



Rapport de visite

Centre hospitalier de Plouguernével

Unité pour malades difficiles

14 au 16 avril 2009

Contrôleurs

Jean-Marie Delarue, chef de mission

Betty Brahmy

Xavier Dupont

En application de la loi du 30 octobre 2007 instituant le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, trois contrôleurs ont effectué une visite de l'unité pour malades difficiles (UMD) du centre hospitalier de Plouguernevel (Côtes d'Armor) du 14 au 16 avril 2009. L'ensemble de la structure hospitalière est géré par l'association hospitalière de Bretagne (AHB). Il s'agit d'un établissement de santé privé participant au service public hospitalier qui dispose en outre de deux secteurs de psychiatrie.

1. Les conditions de la visite

Les trois contrôleurs sont arrivés sur le site le mardi 14 avril à 11 heures 30 et en sont repartis le jeudi 16 avril à 16 heures 10. Ils ont effectué une visite de nuit le mardi 14 avril de 22 heures à 0 heure 30.

Les contrôleurs ont été accueillis par le cadre supérieur de santé, responsable de l'unité avec lequel une réunion de début et de fin de visite s'est tenue. Ils ont également rencontré le médecin-chef le mercredi matin 15 avril. La direction de l'association hospitalière de Bretagne, prévenue de l'arrivée des contrôleurs a délégué sur le site la directrice des soins infirmiers.

Un rapport de constat a été adressé le 22 juin 2009 au directeur de l'association hospitalière de Bretagne qui a fait connaître ses observations par un courrier en date du 7 juillet 2009, accompagné d'une lettre du médecin responsable de l'UMD, que le rapport de visite a pris en compte.

Les contrôleurs ont rencontré au siège de l'association, c'est à dire sur le site du centre hospitalier, distant d'environ un kilomètre de l'UMD, le directeur adjoint de l'association.

Un contact téléphonique a été pris avec le directeur de cabinet du préfet des Côtes d'Armor, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) de Bretagne, le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales des Côtes d'Armor et le médecin du travail de l'établissement.

Les contrôleurs ont pu visiter la totalité des locaux de l'unité pour malades difficiles en étant toujours accompagnés d'un personnel puisque la circulation nécessite de posséder une clé pour ouvrir les portes fermées à clé isolant chacune des unités et des lieux accueillant des patients, pour des motifs de sécurité.

Ils ont pu rencontrer, comme ils le souhaitaient des personnes exerçant sur le site. Les patients ont été reçus en entretien, toujours pour des raisons de sécurité, avec un personnel soignant.

L'ensemble des documents demandés a été mis à la disposition de la mission de contrôle.

2.

3. Présentation générale de l'établissement

Le centre hospitalier est situé 2 route de Rostrenen, dans le centre du village de Plouguernével. L'unité pour malades difficiles se trouve à l'entrée du village, allée du Bois, à environ un kilomètre du centre hospitalier. Un panneau de signalisation indique « UMD ». Pour ceux qui connaissent la signification de l'acronyme, il est donc facile de trouver l'établissement en venant en voiture. Un parking, commun aux professionnels et aux visiteurs est situé de part et d'autre de l'entrée de l'unité. Il comporte deux places pour les personnes à mobilité réduite.

En revanche, la desserte par les transports en commun est difficile. Il faut se rendre en train à Saint-Brieuc ou à Guingamp, puis prendre un autocar ; cependant les horaires ne correspondent pas forcément à ceux des visites.

L'ouverture d'une cinquième unité pour malades difficiles en France¹ répond aux recommandations de la mission nationale d'appui en santé mentale.

A Plouguernével, la première unité a été mise en service le 2 janvier 2008 et inaugurée le 4 avril 2008. La deuxième unité a été mise en service le 2 mai 2008. L'investissement a coûté dix millions d'euros. L'ouverture a été précédée d'une phase de réflexion approfondie (associant les personnels) ouverte à la fin de 2003.

Cette unité est destinée à recevoir en priorité des patients en provenance des régions Bretagne, Basse-Normandie, et Pays de la Loire. Toutefois, à l'instar des quatre autres unités, elle peut répondre à toute demande d'admission d'urgence provenant de n'importe quelle région. Tous les patients accueillis sont de sexe masculin.

L'UMD est entourée d'un mur d'enceinte de 4,50 mètres de haut et de 600 mètres de long. Elle s'étend sur un terrain de quatre hectares cédé par la municipalité. La superficie utile de l'unité est de 3 800m².

La capacité de l'UMD est de quarante lits se répartissant en deux unités (unité 1 et unité 2) et deux chambres d'isolement par unité.

Une troisième unité est possible et d'ailleurs souhaitée par les responsables (qui pourraient ainsi mettre en œuvre un circuit progressif des patients, actuellement irréalisable, d'une unité à l'autre au long du séjour). La disponibilité foncière existe d'ores et déjà.

Le premier jour de la visite des contrôleurs, dix-neuf patients se trouvaient dans l'unité 1 et dix-sept dans la 2 ; un patient était attendu le 15 avril 2009.

On pénètre dans la structure par un « sas de contrôle » (deux portes verrouillées par serrures électromagnétiques commandées par le poste d'entrée, analogue à ceux qu'on trouve à l'entrée des établissements pénitentiaires, puis après avoir traversé un espace à l'extérieur, on parvient dans la zone administrative où se trouvent :

- trois bureaux pour les psychiatres dont celui du médecin, chef du service,
- les bureaux du cadre supérieur, de la psychologue et de l'assistante sociale,

¹Après celles de Villejuif en 1910, Montfavet en 1947, Cadillac en 1963 et Sarreguemines en 1956 et 1967.

- le secrétariat,
- un office,
- une salle de réunion,
- les fauteuils où attendent les visiteurs,
- le cabinet dentaire avec un local de décontamination des matériels réutilisables,
- la salle de sismothérapie et les deux salles de réveil,
- le cabinet du médecin généraliste et des médecins vacataires,

La zone dédiée aux patients comprend l'unité 1, l'unité 2, la zone d'ergothérapie, le salon de coiffure et la cafétéria.

Le personnel est composé de trois psychiatres à temps plein dont le chef de service, d'un médecin généraliste assurant deux vacations hebdomadaires, d'une psychologue exerçant son activité à 85%, d'une assistante sociale à mi-temps, d'une secrétaire, d'un cadre supérieur de santé, de deux cadres infirmiers, de quarante-cinq infirmiers (dont deux tiers d'hommes), de huit aides-soignants, de huit agents de service logistique (correspondant dans le service public aux agents de service hospitalier), de trois ergothérapeutes, d'un infirmier chargé des activités sportives et d'un psychomotricien exerçant à mi-temps.

A cela, il faut ajouter

- les personnels qui assurent l'accueil et l'entretien des locaux, soit deux personnes à temps plein et deux exerçant leur activité à 40% ;
- deux personnes à mi-temps qui gèrent le fonctionnement de la cafétéria des patients
- le soutien apporté par le siège de l'AHB (paie, sécurité-incendie, blanchisserie, direction administrative).

Dix infirmiers et un ergothérapeute sont en cours de recrutement.

Au total, actuellement trente personnels soignants et un mi-temps (hors médecins, psychologue et ergothérapeutes) sont en poste sur l'unité 1 et trente et un sur l'unité 2.

Selon les dispositions de l'article 1 de l'arrêté du 14 octobre 1986 relatif au règlement intérieur type des unités pour malades difficiles, tous les patients admis dans une UMD sont en situation d'hospitalisation d'office (HO). Cette hospitalisation d'office est toujours prononcée dans l'établissement d'origine du patient et confirmée par un arrêté du préfet des Côtes d'Armor.

Le premier patient a été admis le 15 janvier 2008.

En 2008, 159 demandes provenant de la France entière ont été adressées au médecin responsable de l'UMD, cinquante-sept patients ont été admis dont douze dans le cadre de l'article D.398 du code de procédure pénale. Quatre annulations sont à noter : deux pour orientation vers une autre UMD, deux à la suite d'une révision de l'indication de l'admission.

Le délai moyen entre le premier contact avec le service demandant l'admission et l'arrivée à Plouguernevel est de 42,7 jours.

En 2008, le taux d'occupation a été de 73,85%.

La durée moyenne de séjour a été de 166,7 jours ; le séjour le plus court a été de soixante-huit jours et le plus long de trois cent soixante-deux jours.

Le jour de la visite des contrôleurs, un patient était attendu le 21 avril 2009, un autre le 28 avril et six avaient eu une réponse favorable et étaient en attente d'une place disponible.

4. Hospitalisations sans consentement et exercice des droits

3.1 Modalités d'admission des patients

Le psychiatre souhaitant adresser un patient à l'UMD fait sa demande par téléphone ; la secrétaire lui propose d'envoyer par fax, un courrier décrivant la situation et l'état clinique du patient au psychiatre responsable de l'UMD. Si celui-ci pense que le cas est compatible avec une admission, la secrétaire envoie au service demandeur un dossier d'admission extrêmement détaillé et complet. En effet celui-ci comprend, outre les données administratives du patient, l'histoire de sa maladie, les traitements prescrits et les motifs d'admission, un certain nombre d'exams complémentaires tels que son électro-encéphalogramme (EEG), son électrocardiogramme, son bilan biologique complet, son bilan psychologique et, si possible, neuropsychologique...

A réception du dossier, une date indicative d'admission est donnée au service demandeur.

3.2 Modalités d'arrivée du patient

Les contrôleurs ont pu assister à l'arrivée, mercredi 15 avril 2009 à 14 heures, d'un patient en provenance du centre hospitalier spécialisé de Brest.

Lorsque ce patient arrive à l'UMD, il est accompagné par deux infirmiers du centre hospitalier d'où il provient. L'ambulance pénètre dans l'établissement par le « sas véhicules » (deux grilles fermées à tour de rôle par commande électromagnétique) puis le patient est conduit par une entrée directe dans l'unité d'hébergement, sans passer par la zone administrative. Les infirmiers déposent au secrétariat les documents administratifs, notamment les arrêtés préfectoraux d'hospitalisation d'office et de transfert. Les vêtements du patient sont remis ainsi que l'argent liquide au cadre infirmier de l'unité. Celui-ci établit un reçu, enregistre le dépôt sur le registre « argent des patients ». L'argent est ensuite entreposé dans le coffre-fort situé derrière la cafétéria. Chaque patient a un compte nominatif où est enregistrée la somme qu'il possède au jour le jour. En l'occurrence ce patient disposait de 107 euros à son arrivée.

Le projet médical de l'UMD prévoit une période obligatoire de vingt-quatre heures d'observation en chambre d'isolement lors de l'admission du patient. Ce patient a été admis à l'unité 1 du fait que les deux chambres d'isolement de l'unité 2 étaient déjà occupées. Le patient a donc été amené sans difficultés à la chambre d'isolement par les infirmiers. Ceux-ci lui ont expliqué lors d'un premier entretien, son fonctionnement et notamment la présence d'une caméra de vidéosurveillance.

Une réunion s'est tenue avec les infirmiers du centre hospitalier de Brest, le psychiatre référent du patient à l'UMD, la cadre infirmière de l'unité 1 et l'une des infirmières de cette unité. Ce temps d'échanges a permis aux infirmiers d'expliquer

de vive voix les difficultés que l'équipe de Brest avait rencontrées dans la prise en charge de ce patient, sa personnalité, les passages à l'acte agressifs qu'il avait effectués et les modes de réponses que les infirmiers jugeaient efficaces. Ils ont également donné la feuille de traitement que le patient recevait et précisé l'heure de la dernière prise.

Ensuite, les soignants ont effectué un entretien avec le patient en chambre d'isolement en expliquant les modalités de la période d'observation. Le médecin a prescrit le traitement et devait revoir le patient en fin d'après-midi. A l'issue de la période de vingt-quatre heures, le médecin doit décider, lors d'un nouvel entretien, de mettre fin ou non à la période d'observation en chambre d'isolement. A ce sujet, il faut observer que la plupart des patients séjournaient dans leurs hôpitaux d'origine en chambre d'isolement. Les statistiques mettent en évidence que, sur cinquante-sept patients admis en 2008, cinquante-et-un sont restés vingt-quatre heures, sans prolongation, en chambre d'isolement à leur arrivée. Trois patients sont retournés à l'isolement dans les vingt-quatre à quarante-huit heures suivantes pour une durée de deux, trois et sept jours.

Si le patient sort de la chambre d'isolement, il est admis dans une des vingt chambres individuelles de l'unité. Il n'a pas le choix, ni de l'unité, ni de la chambre dans l'unité. Celles-ci sont équivalentes dans leur fonctionnement et leurs indications.

Un contrôle et un inventaire des objets et effets personnels sont alors effectués en présence du patient.

3.3 Informations données aux malades arrivant et possibilités de recours

Les informations sont données au patient lorsqu'il sort de la chambre d'isolement : le cadre de l'unité lui remet le livret d'accueil et le règlement intérieurs spécifiques à l'unité contenant le statut les droits et devoirs du patient hospitalisé en UMD ainsi que tout ce qui concerne la vie quotidienne et les activités.

Sur avis du psychiatre traitant, les activités sportives peuvent commencer après sept jours de séjour, tandis que les activités d'ergothérapie ne peuvent débuter qu'après quinze jours.

Les modalités de sortie de l'UMD obéissent aux dispositions de l'arrêté du 14 octobre 1986. Le règlement intérieur et le livret d'accueil traitent précisément du rôle de la commission de suivi médical, de son fonctionnement et de la possibilité pour le patient de la saisir.

3.4 Registres de la loi

Le registre de la loi a été consulté sur l'ensemble de la période, c'est-à-dire du 15 janvier 2008 au 16 avril 2009. Ses indications corroborent les informations recueillies des responsables interrogés.

Il recense soixante-quinze admissions pendant ce délai.

Les origines géographiques des patients sont à plus de 85% situées dans les trois régions Bretagne (28), Pays de la Loire (19) et Basse-Normandie (17). Trois personnes sont originaires des départements d'outre-mer. Une provient d'Aquitaine (Cadillac) lors de l'ouverture de l'UMD, une autre de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, une troisième de Poitou-Charentes, enfin une d'Ile-de-France.

Le temps de présence moyen, pour les patients déjà sortis de l'établissement (au nombre de 38) s'établit à près de 7 mois (6,89), mais avec une amplitude relativement forte. Le séjour le plus bref est, comme il a été dit, de soixante-huit jours (du 27 février 2008 au 5 mai suivant), pour un homme de 51 ans ; le plus long est, en tout état de cause, celui du premier malade entré dans l'établissement le 15 janvier 2008, à l'âge de 21 ans, encore présent au jour de la visite.

Les patients sont souvent jeunes. La moyenne d'âge à l'entrée est de 33 ans et deux mois. Le plus jeune avait, lors de son hospitalisation à l'UMD, 18 ans et un mois ; le plus âgé 56 ans.

Sept d'entre eux sont mentionnés comme « sans domicile fixe » mais il n'est pas certain que cette qualité soit toujours mentionnée dans le registre et on ne saurait donc tirer de conclusion de ces mentions ; de même de celles (au nombre de trois) précisant une maison d'arrêt comme lieu de provenance.

Le registre mentionne la date de l'arrêté de « transfert HO » : il est évidemment toujours antérieur à la date d'admission, parfois de quinze jours, plus fréquemment de quelques jours, souvent de la veille. Il est fait état une fois d'un arrêté du même jour (à la date du 16 janvier 2009).

Sont également précisées les dates des arrêtés de prolongation du maintien dans les lieux. Ils interviennent dans des délais très variables. Sur cinquante-deux mentions exploitables, la première prolongation est intervenue dans un délai supérieur à un mois pour trente-cinq cas ; dans un délai égal ou inférieur au mois dans dix-sept cas.

Si la plupart des patients n'ont fait l'objet que d'un seul arrêté de prolongation (vingt-huit), quatorze d'entre eux ont fait l'objet de deux arrêtés ; deux, de trois arrêtés. Les dates des arrêtés de transfert qui conditionnent la sortie de l'UMD sont évidemment antérieures à la date de sortie proprement dite, sauf dans quatre cas dans lesquels les deux dates coïncident (27 novembre 2008 ; 3 décembre 2008 ; 7 janvier 2009 ; 30 janvier 2009). Dans un cas, le registre ne mentionne aucun arrêté de cette nature (7 avril 2009).

4.5 Information donnée aux familles et confidentialité de l'hospitalisation

Lorsque la famille a déjà rendu visite au patient et qu'elle est donc connue de l'équipe soignante, des informations peuvent être communiquées par téléphone. Dans les autres cas, les règles en matière de secret professionnel s'appliquent et seules les informations pratiques sont données par téléphone.

4.6 Accès au dossier médical par le patient

Depuis l'ouverture de l'unité, aucun patient n'a demandé la communication de son dossier médical. La procédure en vigueur dans les établissements hospitaliers s'applique également pour les patients de l'UMD.

4.7 Communication avec l'extérieur

3.7.1 Courrier

Tout le courrier passe par le centre hospitalier de l'association hospitalière de Brteagne ; le facteur ne vient pas à l'UMD, même si le courrier est adressé allée du Bois. Le vaguemestre passe deux fois par jour à 11heures et 15heures pour apporter les courriers adressés à l'UMD, notamment aux patients et prendre ceux en partance.

Les patients disposent du droit de recevoir et d'émettre des courriers.

Le patient ouvre systématiquement ses courriers en présence du personnel soignant afin de vérifier l'absence d'objets interdits. Le vaguemestre peut percevoir un mandat adressé à un patient ; l'argent sera versé sur le compte de ce dernier selon les mêmes modalités que pour l'argent apporté lors de l'admission.

Lorsqu'un patient reçoit un colis, c'est un soignant qui est seul habilité à l'ouvrir en présence du patient, afin d'y rechercher d'éventuels substances ou objets interdits.

Le patient fait partir son courrier cacheté sans contrôle.

En ce qui concerne les patients détenus, les règles relatives à la correspondance sont soit celles prévues au code de procédure pénale, soit celles relatives aux dispositions particulières de l'administration pénitentiaire.

3.7.2 Visites

Sur avis médical et sur rendez-vous, les visites ont lieu du lundi au vendredi de 14 heures à 16 heures dans les « salons famille ». Les visiteurs sont accompagnés d'un membre de l'équipe soignante. Les enfants de moins de quinze ans ne sont pas autorisés à venir à l'UMD. Les familles peuvent apporter des denrées périssables à consommer immédiatement et des boissons en bouteille plastique ou en dose individuelle en carton.

En 2008, 149 visites ont eu lieu ; elles ont concerné 251 visiteurs. Vingt-deux patients n'ont eu aucune visite, trente-cinq, au moins une. Un patient a eu trente-trois visites, soit un quart des visites. Il s'agit essentiellement de la mère (32% des cas) et du père (25%), de la fratrie (17%), plus rarement des grands-parents (3%).

Un sondage a été fait sur les visites, d'après le registre d'accueil de l'établissement : il porte sur la période du 14 novembre 2008 au 10 avril 2009 (cent quarante-huit jours). Durant ce laps de temps, cinquante-six visites ont été recensées (une, ou deux, ou trois personnes) soit une tous les 2,6 jours. Le registre précise dans trente-et-un cas qu'il s'agit de proches (parents, mère, père..., ou compagne – mentionnée une fois) ; dans un cas, il précise qu'il s'agit de la tutrice du patient. Il confirme que ces visites, qui ne sont pas fréquentes, en raison notamment des distances, sont concentrées sur quelques patients. Il mentionne également trois visites de gendarmes.

3.7.3 Téléphone

Les téléphones portables des patients sont systématiquement remis à l'unité de soins lors de l'admission.

Sauf avis contraire du psychiatre traitant, les patients peuvent donner ou recevoir des communications téléphoniques dans la cabine téléphonique se trouvant dans chaque unité.

Pour les patients détenus, l'administration pénitentiaire donne les consignes dans ce domaine.

3.8 Information sur les visites des autorités

Selon les informations recueillies, le procureur de la République de Guingamp ne s'est jamais rendu sur le site. Aucun visa ne figure sur le registre.

3.9 Permissions de sortie et sorties d'essai

Le projet médical de l'UMD ne prévoit pas de sortie d'essai, ni de permissions de sortir.

3.10 Commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP)

La commission départementale des hospitalisations psychiatriques est présidée par le médecin-chef de l'unité pour malades difficiles.

Elle s'est rendue en mai et octobre 2008 à l'UMD. Selon les informations recueillies, aucune demande ne lui avait été adressée.

3.11 Traitement des plaintes et réclamations

Le livret d'accueil remis au patient décrit la procédure à mettre en œuvre par le patient en cas de plainte ou de réclamation : s'adresser au cadre de l'unité, écrire à la direction de l'établissement, avoir un entretien avec un médecin médiateur, saisine de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQ).

L'assistante sociale accompagne les patients qui le souhaitent dans la rédaction de courriers de recours.

5. Conditions matérielles d'hospitalisation

Chaque unité comporte une zone d'hébergement et une zone de vie collective ; le poste central infirmier contrôle l'ensemble de l'unité. Les bureaux d'entretien se trouvent un peu à l'écart. L'ensemble est bien conçu et en bon état de propreté. Aucune odeur désagréable n'y règne.

4.1 Hébergement

Toutes les chambres des unités 1 et 2 sont identiques à l'exception d'une chambre pour personne à mobilité réduite qui se trouve dans l'unité 2.

Les chambres, d'une surface totale de 15,97m², sont individuelles. Tous les éléments du mobilier sont fixés au sol : lit, bureau, tabouret, placard. Le patient dispose d'une lampe de chevet mais pas de table de nuit. Il existe une tablette sur le panneau qui

fait face au lit, fixée au mur Le bloc sanitaire, condamnable de l'extérieur, fait 3,25m². Il comprend une douche, un lavabo et un wc.

On doit noter que le placard, de bonne dimension, contient les vêtements du patient et un kit d'hygiène. Il peut être fermé à clé par l'occupant de la chambre sauf indication médicale contraire (le personnel ayant également la possibilité de l'ouvrir).

L'équipement électrique est sécurisé et peut être actionné de l'extérieur.

La porte est dotée d'un oculus.

Chaque chambre comporte un double accès.

La chambre pour personne à mobilité réduite fait 20,06m² et correspond aux normes en vigueur.

Le projet médical prévoit que les patients ne restent pas dans leur chambre dans la journée hormis pour y faire la sieste ou pour les « périodes de retrait », décidées par les personnels soignants.

Les chambres se répartissent le long d'un couloir mais les portes d'entrée y sont disposées selon une forme de « losange », quatre par quatre, de manière à définir dans l'espace des secteurs plus réduits.

4.2 Restauration

La société Medirest assure la restauration pour l'ensemble du centre hospitalier. L'unité de production se trouve à Rostrenen, à cinq kilomètres de Plouguernevel. Les repas sont servis sous forme de barquettes réchauffées sur place.

Selon les informations recueillies, la nourriture paraît de qualité satisfaisante mais de quantité insuffisante pour des patients jeunes (cf. moyenne d'âge mentionnée ci-dessus).

Il est possible d'obtenir, sur prescription médicale des régimes diabétiques, hypocaloriques, pauvres en graisses et également des repas sans porc.

Les repas sont servis dans la salle à manger de chaque unité sauf pour les patients placés en chambre d'isolement. Les patients disposent de couverts en métal qui sont comptés après chaque repas. La vaisselle est en plastique de couleur, incassable.

Le petit déjeuner à lieu à 8 heures 10, le déjeuner à 12 heures 30, le goûter à 16 heures 30 et le dîner à 18 heures 30.

Les patients peuvent se rendre à la cafétéria de 14 heures 30 à 16 heures 30, accompagnés par un soignant. Ils peuvent y acheter auprès de l'agent qui y est affecté sans que l'argent circule, à prix coûtant, des boissons chaudes et froides, des gâteaux et des friandises. L'achat est noté puis débité sur le compte nominatif du patient ; l'ensemble de la procédure est informatisée ; à titre d'exemple, le café coûte 0,40 euro, la limonade 0,50 et le paquet de « petits beurrés » 0,65. Des achats peuvent aussi être effectués à l'extérieur pour les patients en commandant à la cafétéria auprès du personnel soignant après validation du responsable infirmier.

4.3 Linge

Lors de l'admission, il est demandé au patient de venir avec son « trousseau » : sept slips, sept paires de chaussettes, sept tee-shirts, trois pantalons, trois sweats, deux pull-overs, un short, deux blousons (été et hiver) deux pyjamas, une paire de chaussures, une paire de baskets, une paire de chaussons.

Dans le cas où le patient n'a rien pour s'habiller, un trousseau d'urgence est mis à disposition dans chaque unité et la blanchisserie de l'hôpital peut fournir des « vêtements perdus » pour dépanner. Ils sont attribués à un patient déterminé car les unités n'ont pas le droit d'avoir en stock des vêtements. L'association du centre hospitalier « Synergie » peut venir en aide aux patients ainsi que des personnes de l'abbaye de Timadeuc. Par ailleurs certains membres du personnel donnent des vêtements, mais ceux-ci doivent de même immédiatement être attribués précisément à un patient défini.

L'UMD ne dispose pas de machine à laver le linge, car le projet médical n'inclut pas la notion de réinsertion des patients.

Le patient dépose son linge à laver dans un filet à son nom. Un agent de service logistique renseigne la feuille de gestion du linge ; le linge est lavé à la blanchisserie du centre hospitalier et sera rendu au patient deux jours après. Il est recommandé de ne pas mettre dans les filets le linge délicat.

Les draps sont lavés par le centre hospitalier.

4.4 Hygiène

Les patients sont réveillés à 7 heures 15 et effectuent leur toilette sous le contrôle d'un personnel soignant. Le rasage se fait avec un appareil électrique sous le contrôle d'un soignant. Les rasoirs mécaniques sont interdits.

Une salle de bains permet de proposer un bain à un patient, une à deux fois par semaine, selon les possibilités en personnel, dans un but thérapeutique.

Un salon de coiffure est à la disposition des patients une demi-journée par semaine.

4.5 Culture – Loisirs

Les activités de loisirs ont lieu dans les espaces de vie collective au sein des unités : ces espaces, qui ouvrent sur une cour de promenade, et incluent la salle à manger, comprennent, autour d'un vestibule spacieux deux salles de télévision et un salon dit de jeux, plus une « cuisine » où peuvent être réalisées avec les patients et le personnel diverses activités (pâtisseries...). L'ensemble du mobilier est en bois clair ou de couleur et n'est pas fixé au sol.

Le vestibule est bordé de deux côtés par le poste de surveillance de l'unité où se trouve en permanence un infirmier (et où se tiennent la nuit les infirmiers de garde). Il s'agit d'un local en équerre séparé du vestibule par un comptoir en bois surmonté d'un verre sécurisé jusqu'au plafond. On y accède par deux portes fermées à clé. Le patient ne peut y rentrer. En revanche, il a été constaté au long de la visite que, dans la journée, des infirmiers se tiennent très fréquemment dans le vestibule, avec les malades, pour être à leur disposition et leur parler, ou allumer les cigarettes à l'entrée de la cour.

Chaque unité est abonnée à l'édition locale du journal *Ouest-France*.

A la cafétéria, se trouve une bibliothèque contenant au moment de la visite une vingtaine de bandes dessinées et quelques DVD. Selon les informations recueillies, un catalogue des livres de la bibliothèque du centre hospitalier est disponible ; les patients peuvent demander un livre. L'infirmier envoie un courriel à la bibliothèque et le chauffeur peut l'apporter dans la journée. Il semble que cette possibilité soit peu mise en œuvre.

Les patients peuvent recevoir des livres ou des revues apportées par leurs visiteurs.

La première salle de télévision est meublée de huit fauteuils orange et de quatre chaises en bois, la seconde de cinq fauteuils bleus, de quatre chaises en bois et d'une table.

Le choix du programme de télévision se fait par les infirmiers (d'autres indications précisent que c'est à la demande des patients). La télévision est allumée après le petit déjeuner, à 8 heures30 et éteinte à 20 heures.

Les patients peuvent écouter de la musique sur leur lecteur de CD personnels.

Les patients ont la possibilité de sortir dans une cour fermée d'un côté par le bâtiment, de l'autre par un grillage métallique, étroit, élevé, de couleur blanche, en demi-lune ; elle est ouverte environ dix fois par jour ; c'est à la fois un lieu de promenade et le seul où ils sont autorisés à fumer. A l'entrée se trouve un allume-cigare et un cendrier. Cet espace est équipé de mobilier fixé au sol : cinq tables avec des chaises et quatre bancs ; certains meubles sont placés sous un préau qui occupe une partie de la surface.

Au sein de l'espace collectif, chaque patient dispose d'un casier fermant à l'aide d'un code personnel pour y entreposer durant la journée des objets personnels. Le cadre de l'unité conserve un passe pour le cas où un patient oublie son code ou si l'état du patient ne lui permet pas de le composer. Une fontaine d'eau potable est à disposition à proximité.

4.6 Ressources

L'assistante sociale est chargée de veiller à l'ouverture des droits sociaux des patients pour leur garantir des ressources minimales nécessaires pour l'achat de tabac, de produits d'hygiène et de consommations à la cafétéria. Elle entreprend en particulier les démarches relatives au versement de l'allocation adulte handicapé, ou à l'ouverture du droit à la couverture maladie universelle complémentaire.

6. Soins somatiques

Un médecin généraliste du centre hospitalier vient à l'UMD tous les lundis et jeudis matin et demande, le cas échéant, des consultations spécialisées extérieures. Mais sa présence ne paraît assurée que si des besoins lui sont indiqués. En effet, le registre d'accueil de l'établissement (pendant la même période que celle précédemment indiquée, de novembre 2008 à avril 2009, soit environ vingt-deux semaines) ne mentionne sa venue (sauf les situations d'urgence en-dehors des heures « ouvrables ») que deux lundis (pour des périodes inférieures à une heure) et quatre jeudis (pour une heure dix au maximum). Si on y ajoute les heures tardives², ce sont cinq lundis et sept jeudis où sa présence a été relevée.

Le médecin responsable atteste de la présence régulière deux fois par semaine d'un médecin généraliste sans qu'il en ait été fait mention systématiquement sur le registre tenu à l'accueil.

² Mais il y a toutes raisons de croire que la mention du registre désigne dans ce cas le médecin de garde intervenant au titre de l'urgence.

En 2008, vingt-quatre consultations spécialisées ont eu lieu : cardiologie (4), orthopédie (5), gastro-entérologie (5), ophtalmologie (2), dermatologie (1), radiologie (3), IRM et EEG (2), autres (2).

En cas de besoin d'une hospitalisation pour des soins somatiques, une convention entre le centre hospitalier du centre Bretagne de Pontivy et l'association hospitalière de Bretagne prévoit la mise à disposition à Pontivy d'une chambre sécurisée et d'une pièce attenante pour le personnel chargé des soins psychiatriques. Il est prévu que deux infirmiers du centre hospitalier de Plouguernevel assurent cette surveillance permanente du patient. En 2008, trois hospitalisations ambulatoires ont été mises en œuvre dont deux en gastro-entérologie et une en orthopédie. Aucune hospitalisation à temps complet n'a eu lieu.

Un cabinet dentaire, parfaitement équipé, est à la disposition des patients de l'UMD. Un dentiste libéral, effectue une vacation d'environ trois heures tous les vendredis matin. En 2008, il a effectué 141 consultations au bénéfice de vingt-huit patients (soit 50% des patients). Deux infirmiers sont présents pendant les soins dentaires. Le registre d'accueil, toutefois, ne mentionne pas sa venue dans l'établissement depuis le 6 février 2009. Selon le médecin responsable de l'UMD, le dentiste est bien intervenu régulièrement depuis cette date.

Un kinésithérapeute peut venir, sur prescription médicale, dans chaque unité.

7. Projet médical

L'arrêté du 14 octobre 1986 définit les patients à accueillir en UMD : patients en hospitalisation d'office « présentant pour autrui un danger tels qu'ils nécessitent des protocoles thérapeutiques intensifs adaptés et des mesures particulières, mis en œuvre dans une unité spécialement organisée à cet effet ». L'objectif global des soins est de canaliser l'agressivité du malade et de l'amener à modifier son mode de relation à l'autre afin qu'il puisse retourner dans son service d'origine.

Chaque patient bénéficie d'un projet de soins individualisé qui est facilité par l'effet « contenant » de la structure :

- une phase d'observation, lors de l'admission afin d'appréhender la dynamique de l'agressivité et de la violence et d'en comprendre le sens.
- une phase de soins intensifs avec mise en place des différents traitements adaptés, au regard des éléments repérés lors de la phase précédente.
- une phase de consolidation accompagnant l'évolution positive du patient intégrant des soins d'adaptation à un environnement de plus en plus ouvert, se rapprochant des conditions de séjour en psychiatrie générale.

Pour chaque patient il existe une prise en charge individuelle par le psychiatre qui va prescrire le traitement et lors d'entretiens structurés avec les psychiatres, la psychologue et les infirmiers. Ils ont lieu à la demande du patient ; ils peuvent se dérouler également au cours d'une activité qui sert de médiation.

La prise en charge collective tient une grande place dans les soins prodigués aux patients :

- il peut s'agir d'activités au sein même de l'unité : jeux de société, lecture, baby-foot, activité vidéo qui ont un rôle occupationnel et thérapeutique
- les activités physiques et sportives animées par un infirmier permettent de régulariser et de canaliser l'agressivité, d'apaiser les tensions. Les

patients, en groupe de quatre au maximum, peuvent apprendre à se retrouver avec d'autres personnes et à respecter des règles ; une prise en charge individuelle est également possible grâce à des massages et à un travail sur l'image corporelle proposés par le psychomotricien.

- l'ergothérapie propose quatre activités principales : atelier d'activités structurantes (bois, rotin, maquettes), atelier informatique, atelier espaces verts, atelier d'expression et de créativité (peinture, travail de la terre...).

Certains patients refusent toute activité collective, d'autres y restent cinq minutes car ils ne peuvent se concentrer davantage tandis que quelques-uns vont pouvoir travailler dans un atelier pendant quarante-cinq minutes.

La zone d'ergothérapie est séparée des bâtiments d'hébergement ; elle est claire et fonctionnelle ; chaque atelier est séparé de l'autre par un mur doté d'une grande paroi vitrée. L'atelier bois est équipé de machines performantes et de tous les outils destinés à la menuiserie, y compris ceux pouvant présenter un danger : preuve que l'animateur de l'atelier a su inspirer un climat suffisamment serein pour que leur maniement ne fasse pas craindre de risque prononcé. Chaque outil est rangé dans une boîte de couleur différente, avec le dessin de l'outil représenté sur le contenant ; un outil manquant est ainsi immédiatement repéré.

L'atelier espaces verts dispose d'un jardin potager clôturé ; l'atelier cognitif d'ordinateurs qui ne sont pas reliés à l'internet, ainsi que d'une cour fermée où les patients sortent fumer.

En 2008, 1023 prises en charge individuelles en ergothérapie ont eu lieu et 1265 en activité collective :

- atelier cognitif : 406 prises en charge individuelles et 366 collectives
- atelier créativité : 321 individuelles et 594 collectives
- atelier bois : 177 individuelles et 274 collectives
- atelier espaces verts : 119 prises individuelles et 31 collectives

En 2008, cinquante-cinq patients ont pratiqué des activités sportives dans deux salles qui permettent aussi bien d'effectuer des séances de musculation, des massages que de pratiquer des sports tels que basket-ball ou hand-ball ; cependant les patients sont au maximum quatre pour cette activité, sauf cas particulier (tournoi en groupe). 226 prises en charges individuelles ont eu lieu et 1147 collectives.

Le psychomotricien a pris en charge dix-huit patients depuis novembre 2008.

Il existe une possibilité de réaliser des sismothérapies au sein de l'UMD pour des patients résistants aux traitements médicamenteux. Pour les mettre en œuvre, il est fait appel, par convention à des anesthésistes du centre hospitalier de Pontivy. Le nombre de séances varie en fonction de l'état clinique du patient. Il faut noter que l'équipement dont est dotée l'UMD est également à la disposition des patients du centre hospitalier qui sont amenés pour les séances de sismothérapie à l'UMD par un accès indépendant.

En 2008, vingt-huit séances de sismothérapie ont été pratiquées pour deux patients de l'UMD.

Les patients sont compliants aux traitements et de ce fait le recours aux traitements injectables est minime, sauf en cas d'agitation.

Lorsque les infirmiers constatent l'émergence de signes cliniques évoquant la possibilité d'un passage à l'acte violent, ils l'anticipent en proposant au patient, sans avoir besoin d'un avis médical, sa « mise en retrait ». Il s'agit d'accompagner le patient dans sa chambre pour quelques minutes afin que la tension et l'agressivité baissent, grâce, notamment, à la mise à l'écart des autres patients ; cela permet également de ne pas communiquer à l'ensemble de la collectivité la violence facilement « contagieuse ». Le patient ne reçoit pas forcément un traitement supplémentaire. De manière générale, c'est sur le cadre « contenant », par la présence et la disponibilité des soignants plus que par l'importance des traitements, que repose la prise en charge des patients.

8. Recours à l'isolement et à la contention

Les quatre chambres d'isolement (deux par unité, comme il a été dit), d'une superficie chacune de 19,69m², répondent aux normes exigées par la haute autorité de santé : lit sécurisé installé en position centrale dans la chambre, permettant la contention, mais aussi de relever le buste et les jambes, bloc sanitaire condamnable, comportant un wc en inox, un lavabo et une douche, qui peut rester ouvert, double accès, surveillance visuelle. Il existe aussi un dispositif de vidéosurveillance grâce à une caméra dont les images sont projetées au poste infirmier. Cette caméra protège en partie l'intimité du patient car elle ne permet pas de visualiser le wc. Selon les opinions recueillies, ce moyen de surveillance permet d'intervenir immédiatement dans la chambre, au moindre geste ou comportement inquiétant ; alors qu'en l'absence de ce dispositif, les infirmiers vont certes régulièrement (tous ¼ d'heure) voir le patient dans la chambre, mais ils peuvent arriver alors que le patient présente déjà des signes de souffrance. Il a ainsi été rapporté par plusieurs infirmières que grâce à la vidéosurveillance, le temps de séjour à l'isolement était raccourci, car il permettrait d'anticiper la décompensation.

Une pendule permet de donner au patient un repère temporel. Il a été observé qu'il serait utile qu'elle indique également la date.

Le registre de la chambre de contention est rangé dans un tiroir dans le sas de la chambre d'isolement.

Le registre d'isolement de l'unité 1, conservé dans le poste de surveillance infirmier, a été consulté pour toute l'année 2008. Il est bien tenu : comme indications y figurent, outre le nom du patient, les date et heure de début et de fin de l'isolement³, l'urgence ou l'absence d'urgence de la mesure, enfin son motif.

Cette année-là, soixante-huit mesures d'isolement ont été ordonnées par le médecin.

On doit distinguer, d'une part, l'isolement ordonné lors de l'admission du malade dans l'établissement, qui est la règle et qui a une durée de vingt-quatre heures, à fin d'observation comme il a été dit. Vingt-et-un cas relèvent de cette situation dans le registre. Tous sont notés au titre de l'absence d'urgence⁴. Sur ces vingt-et-un patients, un seul a vu la période vingt-quatre heures prolongée par décision médicale. En d'autres termes, si les patients admis étaient souvent en isolement dans leur établissement d'origine, leur venue à Plougernével se traduit, vingt-quatre heures après, par une liberté de mouvement plus grande.

³ Une seule mention de la date et de l'heure de fin d'isolement manque, pour la mise à l'isolement ordonnée le 4 juin 2008.

⁴ Alors même que, comme le 9 avril, on relève une « agitation » de la personne admise.

Tout autre est, d'autre part, le placement à l'isolement ordonné pour des patients séjournant à l'UMD. Il y a été fait recours quarante-sept fois en 2008. L'exploitation des données du registre permet de mesurer la durée moyenne de cet isolement (pour quarante-six cas exploitables) : elle est de cinquante-trois heures. L'amplitude est toutefois très large : la durée minimale observée est inférieure à deux heures (une heure trente) ; la durée maximale de 214 heures (près de 9 jours). La majorité des placements est inférieure à 24 heures (28). Mais ceux qui sont d'une durée plus élevée se répartissent également :

24h < isolement < 48h : 9

48h < isolement < 72h : 10

Isolement > 72h : 9.

En revanche la distribution fait apparaître une forte concentration de mesures sur une petite minorité de patients, y compris sous forme de mesures parfois répétées à quelques jours d'intervalle. Il est clair, au vu du registre, que la majorité des patients ne sont jamais soumis à de tels placements.

Les motifs de ces derniers, portés au registre⁵, sont clairement liés à la mise en danger par le patient de soi-même ou d'autrui et à la nécessité de prévenir le passage à l'acte : il s'agit donc le plus souvent « d'agitation psychomotrice », de « menaces contre soignants », « d'altercation avec patient » ou « d'agressivité envers autrui »...

La grande majorité des mesures est décidée pendant la journée (ce qui s'explique par la présence d'un médecin). Seules, cinq ont été prises la nuit (entre 20h et 7h)⁶.

Il résulte de ces données qu'en l'état des choses, le recours à l'isolement n'est pas une mesure tout à fait banale à l'UMD de Plouguernevel : elle n'intervient que lorsque les autres solutions (contact multiple, « retrait »...) ne produisent plus d'effets.

Ajoutons qu'il existe aussi un registre des mises en contention (unité 1) : il mentionne, pour la période du 28 février 2008 au 25 mars 2009, vingt-et-patients concernés. Il s'agissait d'urgence dans la moitié des situations et de décision au cours de la nuit deux fois sur trois.

9. La commission de suivi médical

Conformément à l'arrêté du 14 octobre 1986, la commission du suivi médical se réunit mensuellement pour étudier systématiquement le dossier de chaque malade au moins une fois par semestre. Il n'a pas été présenté aux contrôleurs le registre comportant les comptes-rendus rédigés par les membres de la commission après chaque séance dont le médecin responsable indique qu'il est conservé au secrétariat de l'UMD.

A Plouguernevel, il a été décidé que les quatre membres titulaires et les trois membres suppléants siègeraient alternativement afin de diminuer la fréquence des

⁵ Il y a une mention se bornant à relever « isolement » qui n'est évidemment pas explicative (le 6 août) et une autre illisible (le 25 août).

⁶ Le rapprochement de la date de la dernière mise à l'isolement la nuit mentionnée au registre (le 22 novembre 2008) constatée dans le registre et des dates de visite du médecin de garde, venu en effet le 22 – qui était un samedi – mais à 12h30 puis à 17h35, ne permet pas de faire état d'une présence médicale dans l'établissement à l'heure du placement (23h50).

réunions pour tous les membres et d'impliquer les suppléants dans son fonctionnement.

C'est le médecin qui a en charge le patient qui propose son passage en commission.

Après une synthèse préalable de l'équipe de l'UMD qui suit le patient, celui-ci est reçu par la commission comprenant au moins deux psychiatres qui formulent un avis sur sa sortie de l'UMD ou sur son maintien. Dans le cas d'un avis favorable à la sortie, le délai moyen entre le passage en commission et la sortie effective est de 24,7 jours.

Depuis l'ouverture de la structure, vingt-et-un patients (soit 36,8%) sont sortis au 31 décembre 2008 :

- dix-sept sont retournés dans leur centre hospitalier d'origine
- quatre sont retournés dans un établissement pénitentiaire.

Une commission devait avoir lieu le 21 avril 2009 et les patients qui devaient y passer l'ont souvent évoquée devant les contrôleurs en faisant part de l'importance de l'enjeu que représentait, pour eux, cette procédure.

10. Hospitalisation des détenus

Hormis les problèmes spécifiques du téléphone et des visites, les personnes détenues sont traitées exactement dans les mêmes conditions que les autres patients.

11. Sortie et organisation du suivi

La sortie se fait en conformité avec les propositions de la commission du suivi médical qui sont systématiquement transmises au patient et au secteur d'origine.

L'équipe du secteur d'origine est reçue à l'UMD où une réunion est programmée avec les professionnels qui transmettent les fiches de liaison et les informations nécessaires. Le patient peut quitter ensuite l'unité accompagné par l'équipe de son secteur d'origine.

12. Rapport avec les personnels

Les infirmiers sont en contact permanent avec les patients ; ceux-ci leur demandent sans cesse un entretien, une marque d'attention ou d'être à leur disposition pour les toucher dans une exigence parfois constamment réitérée de réassurance. Les professionnels parviennent à rester disponibles durant leurs heures de travail grâce à une rotation sur leurs postes : lever des patients, PCI, soins, repas ... Seul l'infirmier du PCI est séparé des patients par une vitre épaisse sans dispositif de communication. Ceux-ci tentent de lui parler par gestes. Inversement, si l'infirmier voit un patient commettre un geste répréhensible, il cogne dans un premier temps à la vitre ; mais il peut aussi joindre par son téléphone-émetteur un collègue pour lui demander de venir prendre en charge, le cas échéant, un patient livré à lui-même.

Les infirmiers évoquent l'impulsivité et le risque de passage à l'acte inhérents à ces patients qui créent un climat de tension souvent perceptible. Néanmoins ils disent travailler en toute sécurité grâce à la solidarité existant entre les différents membres des équipes de chaque unité et à la présence des psychiatres. De plus chaque

personne pénétrant à l'UMD, y compris le médecin de garde, est dotée d'un dispositif de sécurité et de communication dont tous s'accordent à reconnaître l'efficacité.

13. Conditions de vie au travail

La grande majorité des personnels exerçant sur le site ont fait le choix d'y travailler. Tous les personnels recrutés ont bénéficié de la formation « oméga » ; il s'agit d'un enseignement spécifique dispensé par une équipe de l'institut Philippe Pinel de Montréal sur la gestion des situations de violence. Douze personnes sont formées par périodes de quatre jours.

Après une certaine rotation des personnels, les effectifs se sont stabilisés et l'absentéisme est faible : 2,52% en 2008.

Trente-sept accidents du travail ont été déclarés en 2008 ; aucun n'a entraîné un arrêt de travail. Trente-deux étaient liés à un geste violent d'un patient, dont douze envers un personnel féminin. Depuis le 1^{er} janvier 2009, neuf accidents du travail relatifs à six événements (soit un tous les dix-sept jours environ) ont été déclarés, selon le registre des accidents du travail de la caisse régionale d'assurance-maladie, parfaitement renseigné à la direction du centre hospitalier⁷. Pour l'essentiel, il s'agit de griffures ou de morsures occasionnées lorsque des patients doivent être maîtrisés et conduits en chambre d'isolement ou que doivent être posées des contentions⁸. Le médecin du travail confirme la faible gravité de ces accidents professionnels et l'excellent état d'esprit du personnel.

Les personnels entendus par les contrôleurs ont exprimé à la fois la difficulté de leur exercice professionnel et l'intérêt de celui-ci. Cependant beaucoup s'accordent à dire qu'une supervision effectuée par un psychologue du centre hospitalier leur serait très utile pour faire face à la violence et à l'agressivité qu'ils rencontrent quotidiennement.

Des réunions de synthèse pluridisciplinaires ont lieu chaque semaine : le mardi matin pour l'unité 1 et le jeudi matin pour l'unité 2. Les contrôleurs ont pu assister à la réunion du jeudi 16 avril qui rassemblait les trois psychiatres, le cadre supérieur de santé, la psychologue, le cadre de l'unité, l'assistante sociale, une ergothérapeute, l'infirmier chargé des activités sportives, et une infirmière de l'unité. Celle-ci présente tour à tour les quatre dossiers des patients prévus pour la synthèse ce jour-là ; chacun donne son point de vue sur le patient : comportement, participation aux activités, relation aux soignants et aux autres patients, visites ou appels téléphoniques éventuels, évolution des symptômes...Le psychiatre traitant donne particulièrement son point de vue sur l'état clinique du malade et son éventuel passage en commission du suivi médical.

Un temps de passage des transmissions est prévu entre l'équipe du matin (7 heures-14 heures 30) et celle de l'après-midi entre 14 heures et 14 heures 30 dans chaque unité. Les psychiatres et la psychologue essaient d'y participer le plus souvent possible et se répartissent alternativement entre l'unité 1 et l'unité 2. Les contrôleurs ont pu assister au passage des consignes dans les deux unités ; elle a lieu dans la salle de détente des infirmiers derrière le PCI. La plupart des présents (une dizaine) sont debout. Les échanges sont informels. Le responsable de l'équipe « sortante »

⁷ Le cadre responsable fait valoir qu'il insiste auprès du personnel pour que la moindre anomalie soit déclarée.

⁸ Les plus graves pathologies signalées sont relatives à « l'épaule gauche » et aux « vertèbres dorsales ».

donne les informations essentielles mais chacun complète en fonction de ce qu'il sait de la personne (toujours appelée « Monsieur X... » ou « Monsieur Y... »). Chaque patient est abordé de façon à indiquer son état général du moment et le cas échéant les prescriptions particulières intervenues depuis la veille ou les événements à venir. On signale ainsi qu'un malade a fait une chute dans les toilettes et que, comme il manquait de tonicité, il a été nécessaire de le transporter à bras (faute de brancard). A propos d'un patient qui a uriné au fond d'un couloir, on indique qu'une décision de « retrait » a été prise à son égard.

Cinq personnes assurent la permanence de nuit de 21 heures¹⁵ à 7 heures 15 : deux infirmiers dans chaque unité et une personne chargée de l'accueil et du nettoyage des locaux.

Lors de leur prise de service, un passage des transmissions s'effectue avec l'équipe de jour. La situation de tous les patients est abordée entre 21 heures 15 et 21 heures 30.

Les infirmiers effectuent des rondes toutes les deux heures et répondent aux demandes des patients signalées grâce au bouton d'appel. Si les chambres d'isolement sont occupées, ils surveillent l'écran de contrôle.

En cas de problème dans une unité, ils téléphonent à un infirmier de l'autre unité. Un soignant ne pénètre jamais seul dans une chambre ; par exemple, pour effectuer un changement de draps, un renfort de l'autre unité sera appelé. En cas de besoin, un renfort serait demandé sur le centre hospitalier ; ce qui n'est jamais arrivé depuis l'ouverture de l'UMD. Selon les informations recueillies, il faudrait au minimum vingt minutes pour que ces soignants en renfort puissent arriver dans une unité.

Tous les personnels de nuit sont volontaires pour travailler selon cet horaire. Ils sont satisfaits de leurs conditions de travail, même si certains regrettent le contact avec les patients. Ils ne disent pas ressentir de sentiment d'insécurité.

Il n'existe pas de garde ou d'astreinte médicale spécifique à l'UMD : c'est le médecin de garde du centre hospitalier qui est appelé en cas d'urgence. Le registre renseigné au poste de garde de l'UMD est le seul à conserver la trace de tous les passages. Selon ce registre, étudié comme précédemment pour la période du 12 novembre 2008 au 16 avril 2009, quatre-vingt-neuf visites de personnel médical ou para-médical sont recensées pour la période. On doit exclure les onze visites du dentiste, au titre de ses vacances du vendredi, une visite d'opticien et les six visites (lundi ou jeudi) d'un généraliste. Les soixante-neuf visites restantes doivent être regardées comme des visites d'urgence, survenant hors des heures « ouvrables » pendant la semaine (treize), ou les samedis, dimanches et jours fériés (cinquante-six). La probabilité d'une urgence « nocturne » (la plupart des déplacements du médecin de garde au centre hospitalier se font d'ailleurs surtout en début de soirée) est ainsi faible (une tous les douze jours). Elle est plus élevée les jours de fin de semaine.

Ces visites d'urgence sont en général brèves (vingt-deux sont inférieures ou égales au quart d'heure), alors qu'il faut un certain temps pour pénétrer dans l'établissement, compte tenu des fermetures de portes. Mais il est vrai qu'il n'a pas été fait état de pathologies lourdes à l'occasion de ces urgences.

Le registre d'accueil ne mentionne pas s'il le praticien qui se présente est un psychiatre ou un médecin généraliste ou d'une autre spécialité. Certaines indications

font état de deux tiers de psychiatres parmi les médecins de garde, ce qui signifie que des urgences psychiatriques survenant la nuit ou le week-end peuvent être traitées par des généralistes. Mais le registre ne permet pas d'attester cet élément.

CONCLUSIONS

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

Observation 1 : la desserte du centre hospitalier de Plouguernevel, notamment de l'UMD, est mal assurée par les moyens de transport collectif;

Observation 2 : à l'arrivée du patient, il est intéressant d'organiser une réunion entre les infirmiers du secteur d'origine et ceux qui vont le prendre en charge (§ 3.2) ;

Observation 3 : un livret spécifique au fonctionnement de l'UMD est remis aux patients (§3.3) ;

Observation 4 : le « salon famille manque de convivialité » ; il serait nécessaire de prévoir un local spécifique destiné à recevoir les familles (§ 3.6.2) ;

Observation 5 : tous les locaux sont propres, une attention particulière a été accordée au choix des meubles et à la décoration (§4)

Observation 6: les chambres devraient être équipées de table de nuit (§ 4.1)

Observation 7: il serait nécessaire de prévoir un surplus de nourriture pour les patients qui le demanderaient (§4.2) ;

Observation 8 : le registre d'accueil retraçant notamment le passage des médecins généralistes doit être mieux tenu (§5) ;

Observation 9 : une réunion est organisée avec les infirmiers du secteur qui viennent chercher le patient à sa sortie de l'UMD (§10) ;

Observation 10 : la disponibilité des infirmiers est apparue constituer un des piliers du fonctionnement de l'UMD §(11) ;

Observation 11 : les personnels soignants affectés à l'UMD sont volontaires pour ce poste et ont bénéficié d'une formation spécifique (§12).