



**Centre hospitalier
Charles-Perrens
de Bordeaux (Gironde)
12 au 22 mars 2013**

Contrôleurs :

- Michel Clémot, chef de mission ;
- Vincent Delbos ;
- Anne Galinier ;
- Philippe Lavergne ;
- Félix Masini¹ ;
- Bonnie Tickridge.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, six contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier (CH) Charles-Perrens de Bordeaux (Gironde) du mardi 12 au vendredi 22 mars 2013.

1- LES CONDITIONS GENERALES DE LA VISITE.

Les contrôleurs sont arrivés au centre hospitalier Charles-Perrens (CHCP), au 212, rue de la Béchade à Bordeaux (Gironde), le mardi 12 mars 2013 à 15h. Ils en sont repartis le vendredi 22 mars 2013 à 13h. Le centre hospitalier Charles-Perrens est un établissement public de santé mentale tel que défini au livre IV de la sixième partie du code de la santé publique.

Le 12 mars 2013, dès l'arrivée des contrôleurs, une réunion de présentation a été organisée et les contrôleurs y ont rencontré :

- le directeur du centre hospitalier ;
- le directeur des ressources humaines et des relations sociales, le directeur des ressources matérielles et des affaires financières, le directeur des services économiques, des achats et du développement durable, la directrice adjointe des soins et des usagers ;
- le président de la commission médicale d'établissement (CME) ;
- les chefs de pôle² et des cadres supérieurs de santé ;
- des représentants des usagers.

Le 22 mars 2013 à 10h30, à l'issue de la visite, les contrôleurs ont tenu une réunion avec le directeur du centre hospitalier, en présence du président de la CME, de la cheffe du pôle « Arcachon – Médoc », également cheffe du pôle d'évaluation médicale et médicotechnique - EVAMET-, du directeur des soins et de son adjointe, pour leur faire part des principaux enseignements provisoires tirés de la visite.

Le cabinet du préfet de la région Aquitaine, préfet de la Gironde, le président et le procureur de la République près le tribunal de grande instance de Bordeaux ainsi que le directeur général de l'agence régionale de la santé (ARS) ont été informés de la visite. Les contrôleurs ont en outre rencontré, au tribunal de grande instance de Bordeaux, les juges des libertés et de la détention en charge des audiences prévues par la loi du 5 juillet 2011.

¹ Du 12 au 15 mars 2013.

² La cheffe du pôle universitaire (33 G05 et 33 G06), en congé, était représentée par un médecin du pôle.

Les affichettes annonçant la visite des contrôleurs ont été largement apposées dans les unités de soins.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir en toute confidentialité avec trente-six patients hospitalisés sous contrainte au moment de la visite. Ils ont également rencontré des proches venus rendre visite à des personnes hospitalisées et ont reçu les représentants d'une organisation syndicale représentative des personnels qui en avait fait la demande.

Ils ont pu circuler dans l'ensemble de l'établissement dans des conditions permettant l'exercice de leur mission. Ils se sont également déplacés aux urgences du centre hospitalier universitaire (CHU) et au service des urgences de l'hôpital Saint-André, situé en centre-ville, après avoir pris contact avec le directeur du CHU.

Par ailleurs, ils ont effectué une visite de nuit le mercredi 20 mars 2013.

Cette mission a fait l'objet d'un projet de rapport qui a été transmis au directeur du centre hospitalier Charles-Perrens, le 22 août 2013. Celui-ci a fait connaître ses observations par deux courriers successifs : l'un du 30 septembre 2013, l'autre du 10 octobre 2013. Le présent rapport de visite en tient compte.

2- LA PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT.

2.1 L'implantation.

2.1.1 L'historique.

La construction de l'hôpital a été décidée et votée le 9 juillet 1885 ; les travaux ont débuté le 6 juin 1887 et la livraison a été effectuée le 28 juillet 1890. Il a alors pris le nom du château implanté sur le site : Château-Picon.

Le département disposait alors de deux établissements de santé mentale : l'un, à Cadillac³, consacré aux hommes et l'autre, à Bordeaux, au Château-Picon, réservé aux femmes. Cette situation a évolué à partir de 1960 pour aboutir à une mixité dans les deux hôpitaux.

En 1974, l'hôpital psychiatrique Château-Picon a changé de dénomination pour devenir le centre hospitalier Charles-Perrens, prenant le nom d'un ancien médecin-chef de l'hôpital Château-Picon, en poste de 1920 à 1952, également professeur à la faculté de médecine de Bordeaux.

L'établissement est présenté comme le cinquième au niveau national par ses capacités (nombre de lits installés), mais le dix-septième par les moyens humains et financiers dont il disposerait.

2.1.2 L'accessibilité.

Le centre hospitalier Charles-Perrens est implanté sur la commune de Bordeaux. Il est mitoyen du centre hospitalier universitaire (CHU) Pellegrin et de l'université Victor-Segalen

³ Un centre hospitalier spécialisé implanté à 35 kms au Sud-Est de Bordeaux, dans l'arrondissement de Langon.

Bordeaux 2 (qui comprend notamment la faculté de médecine). Cette implantation lui permet des liens privilégiés avec ces deux établissements.

Bordeaux, chef-lieu du département de la Gironde et de la région Aquitaine, ville de 239 642 habitants⁴ incluse dans la communauté urbaine de Bordeaux (CUB – 719 489 habitants) est desservie par plusieurs autoroutes et par le TGV, qui s'arrête dans la ville, à la gare Saint-Jean.

De nombreux panneaux indicateurs signalant la direction du centre hospitalier facilitent la circulation des personnes venant en véhicules.

Un maillage dense de tramways et de bus permet aisément de rejoindre l'hôpital à partir de la gare ou du centre-ville. Plusieurs arrêts de bus, de différentes lignes, sont implantés à proximité : l'un d'eux, l'arrêt « Charles-Perrens », est situé devant un accès aux piétons ouvert en journée.

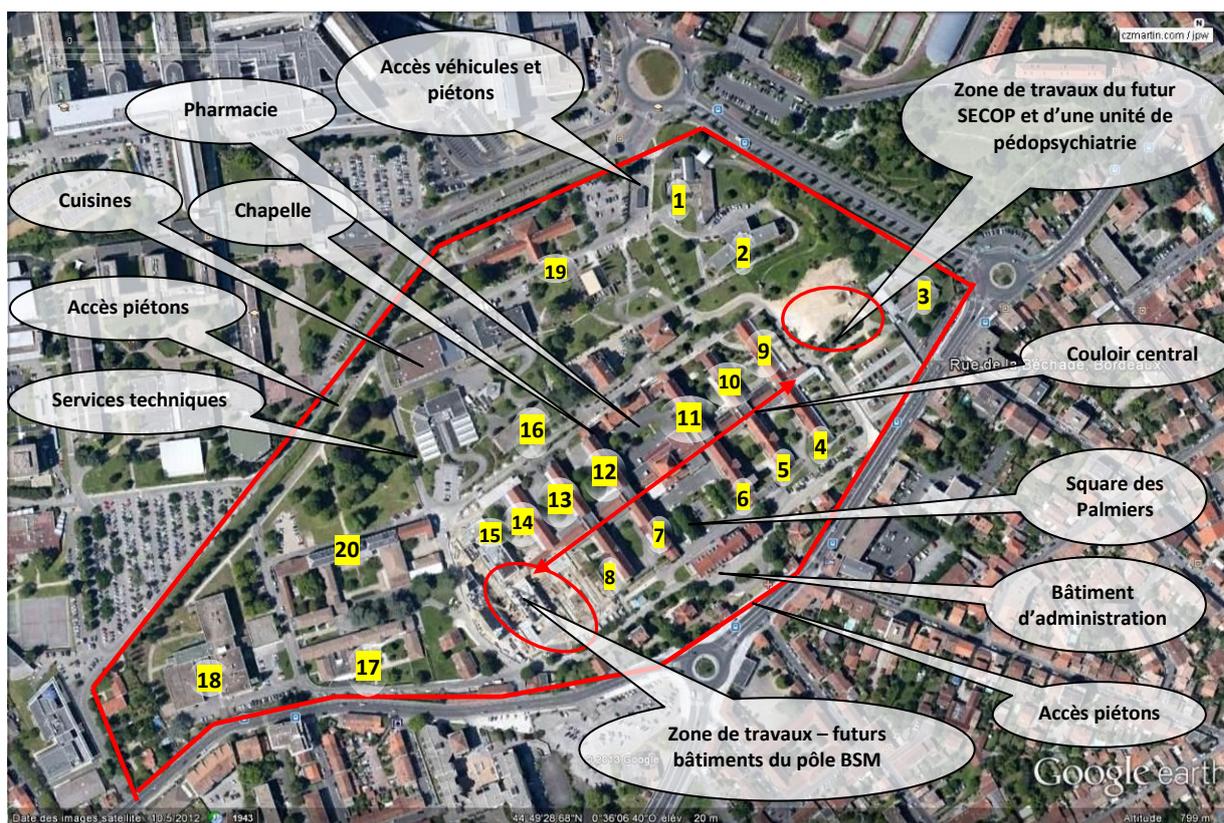
2.1.3 Le site et l'immobilier.

Le site, de 12 ha, comprend trois accès : l'un pour les véhicules et les piétons, au Nord, contrôlé par des agents de sécurité (fermé de nuit mais ouvert à la demande) ; les deux autres pour les piétons (au Sud et au Nord-Ouest, ouverts en journée de 7h à 19h30).



Un plan du site est placé près de l'entrée

⁴ Source : www.bordeaux.fr



Vue aérienne du centre hospitalier Charles-Perrens

Légende :

- | | |
|--|--|
| 1 - SECOP ⁵ | 2 - Pôle « 3-4-7 » et unités Lescure 1 et 2 |
| 3 - Centre de crise pour adolescents | 4 - URPS ⁶ |
| 5 - Unité Falret (pôle Arcachon-Médoc) | 6 - Unité Foville (pôle Arcachon-Médoc) |
| 7 - Unité Esquirol | 8 - En cours de reconstruction (BSM) |
| 9 - Unité Génin | 10 - Unité Hesnard |
| 11 - Unité Dumesnil – Ballarger | 12 - Unité Toulouse-Lunier |
| 13 - Unité Morel | 14 - Unité Bazin |
| 15 – Unité Charcot | 16 - Pôle Arcachon-Médoc |
| 17 – Pôle « 3-4-7 » et unité Régis | 18 - Pôle universitaire « 5-6 » et unités Carreire 1 à 6 |
| 19 – Pôle I01 | 20 – Château-Picon |

Une voirie intérieure comportant des rues et des places, tous dénommés (allée de l'université – allée de Lescure – allée du Château - square du Haut-Brion - ...) permettent la circulation à l'intérieur de l'emprise. La vitesse y est limitée à 20 km/h. De nombreux panneaux permettent de s'orienter.

⁵ Service d'évaluation de crise et d'orientation psychiatrique.

⁶ Unité de réhabilitation psycho-sociale rattachée au pôle « 3-4-7 ».



La signalétique

Les unités de soins portent des noms de psychiatres (cf. légende ci-dessus) et seules deux sont désignées par des sigles (SECOP et URPS).

Un passage couvert, orienté d'Est en Ouest, sert à la liaison entre différents bâtiments d'origine abritant la plupart des unités. Il est séparé en son milieu par l'esplanade centrale appelée square des Palmiers et l'ancienne cuisine.



Des bâtiments anciens et le square des palmiers

L'après-midi, les visiteurs peuvent entrer avec leur véhicule à l'intérieur du site et stationner sur l'un des parkings.

Le château Picon et des bâtiments anciens, datant de la construction d'origine, en côtoient d'autres plus récents dont certains en construction. La cour centrale (le square des Palmiers), les anciennes cuisines, les façades des bâtiments d'origine et une fontaine du XVII^{ème} siècle sont classés. Les travaux sont ainsi soumis à l'avis de l'architecte des bâtiments de France (ABF).

A la date de la visite, les unités d'un même pôle sont souvent dispersées sur le site et le bâtiment dans lequel est installé le chef de pôle en est parfois éloigné, rendant les relations plus compliquées.

Les unités installées dans les anciens bâtiments ont été rénovées et, pour certaines, restructurées depuis une dizaine d'années.

D'importants travaux ont été entrepris dans le cadre d'un plan d'investissement établi en 2008, d'un coût total de 50 M€ :

- la restructuration complète de toutes les unités Carreire en 2008 et 2010 ;
- la construction de la cuisine centrale et du restaurant des personnels, livrés en 2010 ;
- la restructuration de l'unité Génin en 2012 ;
- la construction d'un nouveau SECOP et d'une unité d'hospitalisation complète de pédopsychiatrie à proximité du centre de crise pour adolescents, avec une livraison prévue en octobre 2013 ;
- la reconstruction des unités du pôle Bordeaux santé mentale (BSM), avec une unité déjà en fonctionnement et les dernières livraisons prévues en février 2014.

Un effort de conception partagé entre les professionnels de santé et l'architecte a été conduit lors de la réalisation des nouveaux bâtiments du pôle BSM : ceux-ci se caractérisent par leur modularité, des cloisons pouvant être mises en place à la demande, pour séparer les zones et leur donner un caractère plus ou moins contenant. Au terme de ce plan, 60 % des lits de l'établissement auront été restructurés. Les chambres individuelles, de 20 m², disposeront toutes d'une salle d'eau attenante avec wc, lavabo et douche.



Un des futurs bâtiments du pôle « Bordeaux santé mentale »

2.1.4 La vidéosurveillance du site.

Vingt-sept caméras de vidéoprotection ont été installées sur le site en 2010, hors des unités. Elles se trouvent sur les voies de circulation à l'intérieur de l'emprise. A la date de la visite, neuf caméras étaient hors service.

Les images sont reportées sur des écrans installés à la conciergerie, à l'entrée réservée aux véhicules. Elles sont enregistrées et conservées durant sept jours. Les agents de sécurité peuvent les regarder uniquement en temps réel. Le directeur des ressources matérielles et des affaires financières et le responsable de la sécurité sont les deux seules personnes à pouvoir accéder, après autorisation du directeur général, aux enregistrements pour les visionner.

Une pancarte, installée aux différentes entrées, en informe ceux qui pénètrent dans l'enceinte (« Établissement placé sous vidéosurveillance ») et fait référence aux lois n°95-73 du 21 janvier 1995⁷ et n°2006-64 du 23 janvier 2006⁸ ainsi qu'aux décrets n°96-926 du 17 octobre 1996⁹ et n°2006-929 du 28 juillet 2006¹⁰. Elle indique : « pour toute question concernant le fonctionnement du dispositif de vidéosurveillance, s'adresser à Monsieur le directeur ou téléphoner au 05.56.56.34.34 ». Cette information n'est pas actualisée pour se mettre en conformité avec les dispositions issues de la loi n°2011-267 du 14 mars 2011 d'orientation et de programmation de la performance¹¹.

2.2 La psychiatrie dans le département de la Gironde.

Le département de la Gironde, avec 1 449 245 habitants au 1^{er} janvier 2010¹², regroupe dix-sept secteurs de psychiatrie adultes et sept inter-secteurs de pédopsychiatrie. Trois hôpitaux prennent en charge les patients :

- le centre hospitalier Charles-Perrens à Bordeaux, avec neuf secteurs de psychiatrie adultes (dénommés 33 G01 à 33 G09)¹³ et quatre inter-secteurs de pédopsychiatrie (dénommés 33 I01 à 33 I04)¹⁴ ;
- le centre hospitalier spécialisé de Cadillac, avec six secteurs de psychiatrie adultes (dénommés 33 G10 à 33 G15) et deux inter-secteurs de pédopsychiatrie (dénommés 33 I05 à 33 I06) ;

⁷ La loi d'orientation et de programmation relative à la sécurité, qui traitait de la vidéosurveillance à l'article 10, a été modifiée par la loi n°2011-267 du 14 mars 2011 d'orientation et de programmation de la performance de la sécurité ; son article 17 modifie le terme de « vidéosurveillance » en « vidéoprotection » et son article 18 fixe les règles

⁸ Loi relative au terrorisme et portant dispositions diverses relatives à la sécurité et aux contrôles frontaliers dont le chapitre premier comportait deux articles (articles 1 et 2 de la loi) traitant de la vidéosurveillance.

⁹ Décret relatif à la vidéoprotection pris pour l'application des articles 10 et 10-1 de la loi n°95-73 du 21 janvier 1995 d'orientation et de programmation de la sécurité, après modification par le décret n°2012-112 du 27 janvier 2012.

¹⁰ Décret relatif à la vidéosurveillance et modifiant le décret n°96-926 du 17 octobre 1996.

¹¹ Le terme « vidéosurveillance » est remplacé par celui de « vidéoprotection » et, depuis l'ordonnance n°2012-351 du 12 mars 2012¹¹, les articles L251-1 à L.255-1 du code de la sécurité intérieure traitent des dispositions législatives de la vidéoprotection.

¹² Il se classe au 8^{ème} rang au plan national. Entre 1999 et 2010, la population a augmenté de 162 000 personnes (soit 14 700 personnes par an, en moyenne).

¹³ « G » pour « générale ».

¹⁴ « I » pour « infanto-juvénile ».

- le centre hospitalier général de Libourne, avec deux secteurs de psychiatrie adultes (dénommés 33 G16 et 33 G17) et un inter secteur de pédopsychiatrie (dénommé 33 I07).

L'hôpital Charles-Perrens prend en charge la partie Ouest du département, incluant la zone littorale entre le bassin d'Arcachon et la pointe de Grave, le Médoc et une partie de l'agglomération bordelaise.

L'agglomération bordelaise est partagée entre les hôpitaux de Bordeaux et de Cadillac, la Garonne faisant la séparation (la rive gauche est rattachée à l'hôpital Charles-Perrens et la rive droite à celui de Cadillac) sauf dans la partie Sud où la répartition est plus complexe ; ainsi, la gare Saint-Jean est rattachée à l'hôpital de Cadillac mais le parvis l'est à Charles-Perrens. Selon les indications fournies, l'arrivée du tramway a rapproché les habitants des deux rives qui passent plus facilement d'un côté et de l'autre. Ceux de la rive gauche se rendent ainsi plus facilement au centre hospitalier Charles-Perrens et à son SECOP qu'à Cadillac.

Le centre hospitalier de Cadillac accueille une unité pour malades difficiles (UMD), l'une des quatre premières de France. Une unité hospitalière spécialement aménagée y sera prochainement ouverte.

Un « protocole inter-établissements psychiatriques girondins relatif à l'admission des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux » a été co-signé le 19 mars 2002 par les directeurs des trois centres hospitaliers de Bordeaux (Charles-Perrens), de Cadillac et de Libourne. Il rappelle le libre choix du médecin par le patient et la répartition des secteurs entre les trois hôpitaux. Il aborde également la situation des personnes domiciliés hors du département ou « sans résidence stable », celle des personnes détenues (cf. paragraphe 4.5) et celles des patients mineurs (paragraphe 4.3.5).

2.3 L'organisation de l'établissement.

L'établissement, qui dispose de 516 lits, comprend différents pôles :

- le pôle d'évaluation médicale et médicotechnique (EVAMET) qui regroupe le service d'évaluation de crise et d'orientation psychiatrique (SECOP), la médecine générale et la pharmacie ;
- le pôle « Arcachon – Médoc », avec les secteurs 33 G01 (Médoc) et 33 G02 (bassin d'Arcachon) ;
- le pôle « 3-4-7 », avec les secteurs 33 G03, 33 G04 et 33 G07 (regroupant des communes du Sud-Ouest de Bordeaux), dont dépend également le service médico-psychologique régional (SMPR) implanté à la maison d'arrêt de Gradignan¹⁵ ;
- le pôle universitaire « 5-6 », avec les secteurs 33 G05 et 33 G06 (regroupant des communes du Nord-Ouest de Bordeaux) ;
- le pôle « Bordeaux santé mentale » (BSM), avec les secteurs 33 G08 et 33 G09 (regroupant des quartiers de Bordeaux) ;
- le pôle de pédopsychiatrie universitaire, dont dépend notamment le centre de crise pour adolescents et le centre de ressources sur l'autisme ;

¹⁵ Gradignan est une commune dépendant du secteur 33 G07.

- le pôle d'addictologie, avec un hôpital de jour, un centre de soins, d'accueil et de prévention des addictologies (CSAPA) et une équipe de liaison et de soins d'addictologie.

Un institut de formation en soins infirmiers (IFSI) est également implanté sur le site.

Les pôles de psychiatrie adultes se présentent ainsi :

Pôle	Secteurs	Nombre de communes par secteur	Nombre de communes par pôle	Nombre d'habitants par pôle
Pôle Arcachon – Médoc (PAM)	33 G01 (Médoc)	51	66	226 698
	33 G02 (Bassin d'Arcachon)	15		
Pôle « 3-4-7 »	33 G03	1 (Pessac)	4	191 223
	33 G04	1 (Mérignac)		
	33 G07	2 (Talence et Gradignan)		
Pôle universitaire « 5-6 »	33 G05	8	10	174 324
	33 G06	2		
Pôle Bordeaux santé mentale (BSM)	33 G08	Bordeaux Nord et Bordeaux Centre		153 216
	33 G09			

Le pôle de pédopsychiatrie englobe les inter-secteurs de la même zone géographique.

Ainsi, les secteurs relevant du centre hospitalier Charles-Perrens couvrent une population de 745 461 habitants, avec un fort taux d'accroissement au cours des dernières années en raison de la poussée démographique de l'agglomération bordelaise, même si des diminutions sont enregistrées ailleurs, notamment dans le Médoc.

Une large déconcentration a été mise en place au profit des pôles. Si les marchés sont établis au plan central, les commandes sont passées directement par les responsables de pôle qui ont des « droits de tirage ». Il a été indiqué que cette solution permettait des commandes au plus près des besoins et donc au plus juste, générant des économies.

Selon les informations recueillies, des réductions du nombre des personnels employés par le centre hospitalier qui ont été opérées au sein de l'établissement ont portées sur les services administratifs. Ainsi, il n'existe plus de bureau central des admissions.

Au sein d'un même pôle, les patients peuvent être affectés dans l'une ou l'autre des unités d'admission, quel que soit le secteur géographique dont ils relèvent, en fonction de la disponibilité des lits. La règle veut toutefois que les patients soient affectés dans les unités correspondant à leur secteur.

La direction du centre hospitalier regroupe cinq directions : « direction des ressources humaines et des relations sociales » ; « direction de soins et des usagers » ; « direction des

ressources matérielles et des affaires financières » ; « direction des services économiques, des achats et du développement durable » ; « direction des affaires médicales et générales ».

2.4 Les personnels.

La direction des ressources humaines a pu fournir aux contrôleurs le bilan social 2011, le bilan social 2012 n'étant pas finalisé en mars 2013.

2.4.1 Le personnel médical.

En 2011, quatre-vingt-dix-huit praticiens hospitaliers travaillaient 92,22 équivalents temps plein (ETP). Les autres praticiens exerçaient selon un statut provisoire (praticien contractuel, médecin en formation, étudiants...).

Parmi ces praticiens, 45 % sont des femmes, 25 % ont plus de 55 ans, un seul médecin est de nationalité étrangère. Au cours des dix dernières années, le corps médical s'est, de l'avis général, rajeuni.

Le taux de rotation est supérieur à 10 % ; onze praticiens ont quitté l'établissement et sept ont été recrutés.

Cinquante-deux praticiens ont bénéficié de formations financées par l'établissement, ce qui représentait 454 journées pour un montant total de 44 000 euros.

En 2012, l'effectif médical de référence moyen était de 163,43 ETP de médecins. Les postes affectés au centre hospitalier Charles-Perrens sont les suivants :

- 67,55 ETP de praticien hospitalier temps plein ;
 - 9,66 ETP de praticien hospitalier temps partiel ;
 - 25,16 ETP de praticien hospitalier contractuel ;
 - 7,99 ETP d'hospitalo-universitaire ;
 - 41,58 ETP d'interne ;
 - 8,75 ETP d'étudiants ;
- soit un total de 160,69 ETP.

Ainsi, 2,74 ETP médical n'ont pas été pourvu en moyenne au cours de l'année 2012.

Les postes médicaux se répartissent par pôle, selon des affectations en intra hospitalier pour la prise en charge des patients hospitalisés et en extra hospitalier pour la prise en charge des patients sur leur secteur de résidence en centre médico-psychologique (CMP), en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et en équipes mobiles.

Les praticiens travaillant en intra hospitalier ont, pour la plupart, des activités en extra hospitalier afin de pouvoir compléter la prise en charge des patients. Ainsi, le tableau suivant retrace les temps médicaux affectés à chaque pôle. Il n'a pas été possible de distinguer, dans le détail, le temps réel consacré à la prise en charge des patients hospitalisés en intra et en extra hospitalier en l'absence de réels tableaux de service.

En 2012 les temps médicaux se répartissaient ainsi :

2012	Pôle 347		BSM		EvaMeT										PAM		PPS		Pôle universitaire						
	CGM		CGM		SECOP		Pharma		Labo		Hygiène		MG		DIM		CGM		CAC		CGM		ECT		
	T	P	T	P	T	P	T	P	T	P	T	P	T	P	T	P	T	P	T	P	T	P	T	P	
PHTP		7,8	8	8	3	91	2	2	1	1			0,5	0,42	1	1	1	1	10,5	2,5	3,45	6	6	0,5	0,25
PH temps partiel	1	1			0,83	0,83			1	1			0,5	1			1	0	1	0					
Interne	3,98	3,98	1,33	2,16	2	2	1,16	1	1	0,84			2	1,8			1	1	1	0,67	13,2	15,8			
CCA																					2	1,83			
Assistant	3	2,34	3	3,38	2	2,1	1	0,58																	
Assistant spécialité																					0,16				
Assistant généraliste																									
Attaché	0,5	0,5	0,2	0,2			0,29	0,29				0,5	0,5	0,2	0,2						0,1	0,1	0,6	0,6	
PH contractuel		0,41				0,48							1	1,12			0	0,75				0,07		0,25	
Externe	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1							1	1							
PU																					2	1,84			
MCU																					1	1			
FFI												0,5										0,33			

Répartition des temps médicaux par pôle (T : théorique ; P : pourvu en ETP)

CGM : centre de gestion médicale de chaque pôle.

2.4.2 Le personnel non médical.

Si les effectifs des soignants n'ont pas été modifiés depuis quelques années, il a été précisé aux contrôleurs, par la communauté médicale rencontrée, que le corps des agents administratifs avait fortement diminué.

En 2011, cette catégorie professionnelle représentait 8,4 % des effectifs de l'hôpital alors qu'il était de 9 % en 2009, ce qui correspond à une diminution de vingt-et-un postes. Durant la même période, la catégorie des « soignants - éducatifs » augmentait de six postes supplémentaires, passant de 20,6 % de l'effectif total en 2009 à 20 % en 2011.

Les hommes représentent 35 % des personnels non médicaux, 15 % des hommes ont plus de 55 ans. Le personnel non médical est globalement plus jeune que le corps médical.

Les mouvements des agents restent modérés : 10 % ont quitté l'établissement en 2011 et 6 %, soit soixante-quatre postes, ont été recrutés. L'établissement ne rencontre pas de difficultés de recrutement. Le taux de présence moyen des agents est de 87,80 %. Le nombre moyen de jours d'absence par agent est de vingt-quatre par an. Seuls les congés maternités sont remplacés.

Au cours de l'année 2011, 1 597 agents ont pu participer à 2 917 journées de formation, pour une dépense de 1 457 512,37 euros.

Les effectifs non médicaux sont, comme pour les effectifs médicaux, répartis entre l'intra et l'extra hospitalier.

Les effectifs qui sont strictement affectés aux unités d'hospitalisation temps pleins sont les suivants :

2012	T	P	Différence ¹⁶
Cadres de santé	21,63	18,9	- 2,73
Infirmiers	369,99	375,73	+ 5,74
Aides-Soignants	70,01	96,64	+ 26,63
Agents de service hospitalier	95,33	102,79	+ 7,57
Assistants médicospsychologiques	3	2,99	- 0,01
Auxiliaires puéricultures	2	2	0
Secrétaires médicales	1	1	0
Éducateur spécialisé	1	0,75	- 0,25
Ergothérapeutes	2,17	2,18	+ 0,01
Psychologues	2,15	2,94	+ 0,19
Psychomotriciennes	2,3	1,94	- 0,36

Depuis septembre 2012, les horaires des agents des unités d'hospitalisation à temps plein ont été uniformisés. Les équipes de nuit sont constituées, pour une faible part, d'agents affectés au service de nuit et, pour une majorité, d'agents de service de jour travaillant par roulement de deux semaines de nuit, toutes les six semaines.

Les horaires de travail sont :

- le matin de 6h30 à 14h30 ;
- l'après-midi de 14h à 22h ;
- la nuit de 21h45 à 6h45.

Il existe également quelques postes à horaires décalés. La durée hebdomadaire de travail est de 36h : elle génère six jours de réduction du temps de travail (RTT) par an.

Une équipe de suppléance de quatre agents de jour et de trois agents de nuit permet d'aller chercher les patients en hospitalisation sans consentement, sans enlever d'effectif dans les unités de soins.

Les effectifs des personnels non médicaux (en ETP) affectés à des activités transversales sont les suivants :

¹⁶ T : effectifs théoriques P : effectifs présents

	Cafétéria		Transport		Conciergerie		Centre d'appel		Suppléance		Sécurité		Direction des soins	
	T	P	T	P	T	P	T	P	T	P	T	P	T	P
IDE									3	3				7,63
Psycho														2,5
AS		0,81		1				0,52	3	2,37				7,18
ASH		0,56		0,25				0,63				1		3,62
AMP	1													0,71
Ouvriers	1	0,54	1	1	1			1			2	2,95		
Adj Adm			1	1		0,54	1	0						1,44
Agent entretien				1	5	2,08		1			2	2		
Agent Maitrise			1	1							1			
Conducteur			7,5	6,28										
Ouvrier			1	2		3,67		0,88			6	6,97		
Technicien											1	1		

L'hôpital accueille enfin un institut de formation de soins infirmiers (quatre-vingt-quinze élèves) et une école de cadres (trente-cinq élèves).

2.4.3 La sécurité des personnels

Une équipe de treize personnes (12,5 ETP) assure la sécurité incendie¹⁷ ainsi que la sécurité des personnes et des biens dans l'enceinte de l'hôpital : elle n'intervient pas au sein des unités pour les personnes hospitalisées. La sécurité des personnels, lors de la survenue d'états d'agitation de patients ou lors de besoin de renfort, est assurée par les soignants.

Les besoins en renfort peuvent s'effectuer selon deux procédures :

- une procédure d'extrême urgence au moyen de l'alarme de l'appareil de protection du travailleur isolé (PTI) dont les personnels paramédicaux sont dotés. Cet appareil peut déclencher une alarme par pression ou par arrachement ; elle s'affiche dans chaque bureau de soins infirmiers, sur un tableau lumineux ;
- une procédure d'urgence : l'agent appelle par téléphone le n° 55. En fonction des heures et des jours, ce sera le bureau des soins infirmiers, le cadre de santé de permanence jusqu'à 21h, le concierge, la suppléance de nuit ou le cadre de santé de permanence les fins de semaine qui organiseront les renforts.

Ces renforts sont planifiés selon une sectorisation géographique :

- secteur 1 : Lescure 1, Lescure 2, SECOP, unité mère-enfant ;
- secteur 2 : Centre ADO, Dumesnil, Falret, Foville, Hesnard, URPS, Génin ;
- secteur 3 : Bazin, Charcot, Esquirol, Morel, Toulouse ;
- secteur 4 : Carreire (1, 2, 3, 4, 6), Régis, Pôle addictologie.

¹⁷ Les horaires de travail de chaque équipe de deux agents sont : 6h-14h, 14h-22h, 22h-6h.

2.4.4 La médecine de prévention

La santé des personnels est évaluée par un médecin de santé au travail qui intervient au sein de l'établissement à hauteur de 0,80 ETP. Il assure également le suivi des arrêts de travail à hauteur de 0,20 ETP ; 1,5 ETP d'infirmier complète l'équipe.

2.5 L'activité.

2.5.1 Les premiers éléments relatifs à l'année 2012.

A la date de la visite, le rapport d'activités de 2012 n'était pas rédigé mais quelques données ont pu être recueillies. Globalement, 181 847 jours d'hospitalisation ont été dénombrés et le taux d'occupation moyen s'est établi à 99 %, avec une durée moyenne de séjour de 29,1 jours.

Avec l'activité ambulatoire, la file active était de 21 938 patients. Pour les hospitalisations, elle était ainsi constituée :

Nature de la prise en charge	Hospitalisations à temps plein	Séjours thérapeutiques	Hospitalisations à domicile	Hospitalisations partielles de jour	Hospitalisations partielles de nuit
File active	4 112	18	130	1 133	25

La comparaison des chiffres de l'année 2012 avec ceux de l'année précédente est difficile en raison des changements introduits par la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative « aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge ».

Globalement, le nombre des hospitalisations complètes a été plus faible en 2012 qu'en 2011 mais le nombre des personnes placées sous contrainte a été plus important :

Année	Nombre total des hospitalisations	Nombre total des hospitalisations sous contrainte	Taux des hospitalisations sous contrainte
2011	5 295	998	18,85 %
2012	5 021	1 170	23,30 %

En moyenne mensuelle, le nombre de personnes placées à la demande d'un tiers a peu varié avant et après la mise en application de la loi mais celui des personnes placées sur décision du représentant de l'État, stable en 2011, a nettement augmenté en 2012.

	2011		2012	
	ASPD T	ASPDRE	ASPD T	ASPDRE
Année complète	752	246	802	368
	998		1 170	
Moyenne mensuelle de janvier à juillet	61	20,57	67,86	28
	81,57		95,86	
Moyenne mensuelle d'août à décembre	65	20,4	65,4	34,4
	85,4		99,8	

En 2012, parmi les personnes admises en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (ASPD T), peu l'ont été dans le cadre du péril imminent mais la majorité l'a été dans le cadre de l'urgence¹⁸ :

ASPD T	ASPD T urgence	ASPD T péril imminent	Réintégration ASPD T ¹⁹	Total
205	505	35	57	802
25,56 %	62,97 %	4,36 %	7,11 %	

2.5.2 La situation à la date de la visite.

Le 14 mars 2013, selon la liste établie par le centre hospitalier à la demande des contrôleurs, cent-vingt personnes étaient hospitalisées sous contrainte :

- quarante-sept sur décision du représentant de l'État (39%) ;
- soixante et onze sur demande d'un tiers, soit 61% (dont quarante-six dans le cadre de l'urgence et une dans le cadre du péril imminent) ;
- deux sur ordre de placement provisoire, soit 0,1% (OPP).

Les contrôleurs ont observé, lors de leurs visites dans les unités, que cette liste présentait plusieurs erreurs : deux personnes placées sous ordre provisoire de placement (OPP) étaient devenues majeures et étaient hospitalisées en hospitalisation libre ; des patients n'étaient pas affectés dans l'unité annoncée ; ...

Le 15 mars 2013, selon les informations fournies par le centre hospitalier, 367 personnes étaient en hospitalisation libre et 117 l'étaient sous contrainte. Parmi ces dernières, trente-six (soit 30,8 %) n'étaient pas en hospitalisation complète mais suivaient un programme de soins, tout en étant hospitalisées. Cette situation particulière est notamment abordée au paragraphe 4.3.3.7).

Par ailleurs, 178 hommes et femmes suivaient un programme de soins à domicile.

Les patients placés sous contrainte étaient ainsi répartis :

¹⁸ Avec un seul certificat médical.

¹⁹ À la suite d'un non-respect du programme de soins.

- pour le pôle « Arcachon Médoc » (PAM) :

Unité	ASPDRE			ASPDT			Hospitalisation		Programme de soins à domicile
	ASPDRE	ASPDRE carcérale	ASPDRE judiciaire	ASPDT	ASPDT urgence	ASPDT péril imminent	Complète	Programme de soins	
Falret	29	0	0	18	8	0	10	6	39
Foville	0	0	2	0	0	0	0	0	2
Morel	13	0	0	3	5	0	4	2	15
Bazin	1	0	0	0	0	0	1	0	0
Total pôle	43	0	2	21	13	0	15	8	56

- pour le pôle « 3-4-7 » :

Unité	ASPDRE			ASPDT			Hospitalisation		Programme de soins à domicile
	ASPDRE	ASPDRE carcérale	ASPDRE judiciaire	ASPDT	ASPDT urgence	ASPDT péril imminent	Complète	Programme de soins	
Régis	29	0	1	5	6	2	16	1	26
Lescure 1	3	0	0	0	0	0	1	0	2
Lescure 2	6	0	0	1	4	0	5	3	3
URPS	1	0	0	0	0	0	0	1	0
Total pôle	39	0	1	6	10	2	22	5	31

- pour le pôle universitaire « 5-6 » :

Unité	ASPDRE			ASPDT			Hospitalisation		Programme de soins à domicile
	ASPDRE	ASPDRE carcérale	ASPDRE judiciaire	ASPDT	ASPDT urgence	ASPDT péril imminent	Complète	Programme de soins	
Carreire 2	12	0	1	3	5	0	10	3	8
Carreire 4	9	0	0	6	5	0	7	1	12
Carreire 5	0	0	0	3	0	0	0	0	3
Carreire 6	7	0	0	6	12	0	5	3	17
Total pôle	28	0	1	18	22	0	22	7	40

• pour le pôle Bordeaux santé mentale (BSM) :

Unité	ASPDRE			ASPDT			Hospitalisation		Programme de soins à domicile
	ASPDRE	ASPDRE carcérale	ASPDRE judiciaire	ASPDT	ASPDT urgence	ASPDT péril imminent	Complète	Programme de soins	
Charcot	17	0	1	7	7	0	10	7	15
Dumesnil	4	0	0	2	1	0	1	1	5
Esquirol	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Hesnard	26	0	0	10	12	0	11	8	30
Total pôle	49	0	1	19	20	0	22	16	51

Ainsi, globalement, le 15 mars 2013, la situation était :

Pôle	ASPDRE			ASPDT			Hospitalisation		Programme de soins à domicile
	ASPDRE	ASPDRE carcérale	ASPDRE judiciaire	ASPDT	ASPDT urgence	ASPDT péril imminent	Complète	Programme de soins	
« PAM »	43	0	2	21	13	0	15	8	56
	45			34			23		
« 3-4-7 »	39	0	1	6	10	2	22	5	31
	40			18			27		
« 5-6 »	28	0	1	18	22	0	22	7	40
	29			40			29		
« BSM »	49	0	1	19	20	0	22	16	51
	50			39			38		
CHCP	159	0	5	64	65	2	81	36	178
	164			131			117		

2.5.3 Le taux d'occupation et la durée moyenne de séjour.

En 2012, le taux d'occupation moyen avait été de 99,1 % et la durée moyenne de séjour était de 29,1 jours dans les unités d'accueil et de 75,6 jours dans les unités de réhabilitation.

Le rapport d'activité de 2012 du centre hospitalier n'étant pas disponible, les contrôleurs ont examiné les chiffres datant de 2011 :

Pôle	Durée moyenne de séjour (en jours)		Taux d'occupation moyen en 2011
	2010	2011	
Pôle « Arcachon Médoc »	27,4	28,3	101,7 %
Pôle « 3-4-7 »	27,2	24,5	95 %
Pôle universitaire « 5-6 »	30	29,1	99,3 %
Pôle Bordeaux santé mentale	34,9	35,4	101 %

Cette année-là, pour l'ensemble des unités du centre hospitalier, la durée moyenne de séjour était de 28,2 jours dans les unités d'admission et de 84,7 jours dans les unités de réhabilitation.

2.6 Les capacités de l'établissement.

Les capacités des unités sont les suivantes :

Unités d'accueil	Lits installés	Lits supplémentaires		Unités d'accueil	Lits installés	Lits supplémentaires
Lescure 1	24			Dumesnil	25	2
Lescure 2	20	1		Esquirol	25	1
URPS	23			Hesnard	24	4
Régis	28	1		Charcot	22	4

Unités d'accueil	Lits installés	Lits supplémentaires		Unités d'accueil	Lits installés	Lits supplémentaires
Falret	25			Carreire 1		
Morel	25			Carreire 2	22	2
Bazin	20			Carreire 3	21	
Foville	25	3		Carreire 4	19	2
				Carreire 5	10	
Génin	10	1		Carreire 6	21	2

2.7 Les données financières.

Le budget du centre hospitalier est ainsi bâti :

	Charges (M€)			Produits (M€)		
	Comptes de résultat principal	Comptes de résultat médico-sociaux	Comptes de résultat écoles	Comptes de résultat principal	Comptes de résultat médico-sociaux	Comptes de résultat écoles
2011	88,376 M€	7,001 M€	2,199 M€	93,209 M€	7,165 M€	2,143 M€
	97,576 M€			102,517 M€		
2012	91,274 M€	6,803 M€	2,191 M€	92,830 M€	6,886 M€	2,317 M€
	100,268 M€			102,033 M€		

2.7.1 Le compte de résultat principal de 2012.

En 2012, les charges financières du centre hospitalier Charles-Perrens ont totalisé 91 273 837 euros (en augmentation de 3,28 % par rapport à 2011) et les produits ont représenté 92 829 991 euros (en augmentation de 0,68 % par rapport à 2011), faisant apparaître un solde positif de 1 556 154 euros (soit 1,67 % en 2012 alors qu'il était de 4,16 % en 2011).

Les charges d'exploitation se répartissent ainsi :

- 80,43 % en charges de personnel ;
- 2,07 % en charges à caractère médical ;
- 8,84 % en charges à caractère hôtelier et général ;
- 8,66 % en les charges d'amortissements, de provisions, financières et exceptionnelles.

Les produits d'exploitation proviennent :

- pour 86,04 % de l'assurance maladie ;
- pour 5,88 % des autres produits de l'activité hospitalière ;
- pour 8,08 % d'autres produits.

2.7.2 L'investissement.

Le tableau de financement pour 2012 s'établit ainsi :

	Emplois (en M€)			Ressources (en M€)			
	Remboursement de dettes financières	Immobilisations	Autres	Capacité d'autofinancement	Emprunts	Dotations et subventions	Autres ressources
2011	1,681 M€	8,699 M€	0,001 M€	6,007 M€	3 M€	0,108 M€	4,701 M€
	10,381 M€			13,816 M€			
2012	2,034 M€	13,883 M€	/	6,685 M€	7 M€	0,065 M€	0,658 M€
	15,917 M€			14,408 M€			

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

3.1 L'arrivée des patients, le service d'évaluation de crise et d'orientation psychiatrique (SECOP) et la psychiatrie aux urgences.

Les patients peuvent être admis en hospitalisation libre au centre hospitalier Charles-Perrens, soit directement dans les unités, après accord du médecin régulateur du pôle, soit après une évaluation au service d'évaluation de crise et d'orientation psychiatrique (SECOP).

Lorsqu'un patient fait l'objet d'une première mesure d'hospitalisation sans consentement, son admission dans une unité se fait toujours après une première évaluation au SECOP.

Lorsque le patient est connu du secteur et qu'il a déjà fait l'objet d'hospitalisations sous contrainte, il peut être admis directement dans une unité de son secteur.

3.1.1 Le bureau des admissions.

Le centre hospitalier Charles-Perrens (CHCP) ne dispose pas de bureau des entrées. Les admissions sont effectuées soit au service d'évaluation de crise et d'orientation psychiatrique (SECOP) par l'agent d'accueil, soit par les infirmiers dans les unités d'hospitalisation à temps plein.

Après présentation de la carte Vitale, d'une pièce d'identité et éventuellement de la carte de mutuelle complémentaire du patient, le dossier administratif est créé dans le logiciel de gestion « Hôpital Manager » (HM) et les étiquettes d'identification sont éditées.

Le dossier informatisé du patient est ainsi créé²⁰.

Le centre hospitalier dispose d'une liste de trente-cinq agents de l'hôpital pouvant assurer un interprétariat en onze langues, dont le langage des signes.

3.1.2 Le service des urgences.

Le service d'accueil des urgences de psychiatrie est éclaté sur quatre sites.

3.1.2.1 Le service d'évaluation de crise et d'orientation psychiatrique (SECOP).

Les patients de la partie de la communauté urbaine de Bordeaux, du bassin d'Arcachon et du Médoc sont accueillis par le SECOP et l'hôpital de Cadillac²¹ ; ceux de la partie sud du département sont accueillis par le service d'accueil des urgences (médecine-chirurgie-obstétrique – MCO) de l'hôpital de Langon.

Le centre hospitalier Charles-Perrens (CHCP) accueille au SECOP les urgences, 24 h sur 24, 365 jours par an, adressées par les médecins généralistes, les services d'urgence de la ville, le SAMU centre 15 ou les personnes se présentant spontanément (seules ou accompagnés par la

²⁰ Le dossier patient informatisé (DPI) est entièrement déployé sur le site depuis novembre 2012.

²¹ Le CH de Cadillac ne possède pas de service d'accueil des urgences.

famille). Les patients en soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'Etat sont le plus souvent pris en charge à leurs domiciles par une équipe²² du CHCP.

Une permanence téléphonique, dite de coordination médicale, est mise en place au SECOP ; des médecins expérimentés répondent à un numéro unique, permettant une orientation appropriée à la pathologie décrite du patient.

Outre l'accueil et l'évaluation, cette structure comporte onze lits d'hébergement dont deux chambres qui ont été sécurisées.

A. Les locaux.

Le pavillon du SECOP, d'une surface totale de 860 m², se situe à l'entrée de l'hôpital, à gauche de la conciergerie. Il dispose d'un accès pour piétons et d'un autre accès pour les ambulances.

La zone d'accueil pour les soins ambulatoires.

Elle comporte :

- l'entrée des piétons : elle est constituée d'un sas de 6,20 m², équipé de portes automatiques. Une fois le sas franchi, on pénètre dans un hall de 16 m² séparé par une banque, équipée d'un poste informatique, qui délimite une zone d'accueil de 7,40 m² ;
- à gauche, une salle d'attente de 37 m² est meublée de sièges métalliques de couleur bleue. Un bureau, d'une surface de 13 m², équipé d'un guichet vitré, donne dans cette salle d'attente. Initialement prévu pour les admissions, il a été transformé en bureau pour le cadre de santé. Un sanitaire, équipé d'un wc à l'anglaise et d'un lave-mains, d'une surface de 2,5 m², est ouvert au public. Cette zone d'attente accueille les patients qui se présentent spontanément ou leurs familles. Une porte, fermée à clé pendant la visite des contrôleurs, donne accès à la zone de soins.

A droite, un couloir dessert successivement :

- à droite :
 - un bureau de consultation médicale de 16 m² ;
 - un patio de 7 m² ;
 - un bureau de consultation de 9 m² ;
 - un couloir perpendiculaire.

Les portes de ces bureaux et les cloisons sont vitrées permettant un contrôle visuel extérieur et donnant une sensation de sécurité.

- à gauche :
 - un local d'archive, de 9,5 m², ouvre dans la zone d'accueil ;

²² L'équipe de soignants qui va chercher le patient au domicile, est constitué d'un infirmier de l'unité d'accueil et d'un infirmier de l'équipe de suppléance ; cette équipe se compose de quatre infirmiers le jour et de trois la nuit. Ces infirmiers sont en nombre supplémentaire dans leur service et peuvent être amenés à aller chercher un patient. Cette organisation permet la continuité des soins, sans diminution des effectifs soignant (cf. paragraphe 2.4.2)

- un premier secrétariat médical, de 11 m², est obscur. Il est équipé d'un bureau avec un poste informatique, de trois chaises et de deux armoires de rangement. Dans ce bureau, deux portes s'ouvrent :
 - ◆ l'une, à gauche, vers un deuxième secrétariat médical, équipé de deux postes de travail ; il est éclairé par une large fenêtre donnant sur un autre patio. Il s'ouvre également par une porte sur la zone d'accueil. Lors des différentes visites de contrôleurs, le personnel d'accueil se tenait dans cette pièce et venait à la rencontre des personnes qui se présentaient ;
 - ◆ l'autre, en face, vers un bureau médical de 16 m² qui donne également dans le couloir de circulation. Ce bureau est utilisé par tous les médecins du SECOP. Il est équipé d'une banque comportant trois postes informatiques et d'un bureau également doté d'un poste informatique. De nombreuses notes de service, tableaux de garde, listes de numéros de téléphone, listes d'établissements sont accrochées au mur... montrant l'utilisation fréquente de cet espace. Il comporte également une armoire où sont rangés des ouvrages scientifiques. De nombreuses blouses blanches sont accrochées à un porte manteau ;
- le couloir perpendiculaire dessert :
 - à droite :
 - ◆ une zone réservée au personnel sanitaire qui comporte :
 - deux chambres de garde (de 10,7 m² et 14,7 m²), toutes deux équipées d'une salle d'eau avec douche et lavabo ;
 - une salle de réunion de 27 m² ;
 - un vestiaire pour les hommes de 5,30 m² et un autre pour les femmes de 6,20 m² ;
 - un sanitaire équipé d'un wc à l'anglaise et d'un lave-mains ;
 - deux douches séparées ;
 - ◆ une zone de consultations qui dessert, outre le bureau médical, à gauche :
 - le bureau de consultation, d'une surface de 9 m², et le secrétariat de la cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP), d'une surface de 10 m² ;
 - un bureau de consultation médicale, de 9 m² ;
 - un local sanitaire aux normes pour des personnes à mobilité réduite, de 9,6 m², équipé d'un wc à l'anglaise et d'un lave-mains ;
 - une porte double, fermée à clé, qui donne accès à la zone d'hébergement.

Le public accède donc, à pied, librement à la zone du SECOP qui est plus spécifiquement réservée à l'accueil et aux consultations ambulatoires.

La zone d'évaluation et de soin.

On accède à cette zone par l'entrée pour les véhicules qui se trouve sur la partie gauche du bâtiment. Il est également possible d'y accéder par deux portes communiquant avec la zone d'accueil pour les consultations ambulatoires, qui étaient fermées à clé pendant la visite des contrôleurs.

Les ambulances peuvent stationner devant la porte d'entrée, abritées sous un préau :

- une double porte, à ouverture automatique, donne sur un hall de 30 m² entièrement vitré. Dans ce hall, peuvent être rangés des brancards ;
- à droite :
 - une salle d'attente de 11 m² équipée de quatre sièges en métal bleu, avec un sanitaire comportant un wc à l'anglaise et un lave-mains ;
 - un bureau de consultation de 9 m², équipé d'une table ronde et de quatre chaises : il est plus spécifiquement réservé aux entretiens avec les patients instables ou présentant une tension intense ;
 - un sanitaire comportant un wc à l'anglaise et un lave-mains pour le personnel ;
 - un bureau de 9 m² ;
 - un deuxième bureau, uniquement équipé de chaises, de 7,8 m² ;
 - une double porte fermée à clé donnant sur le couloir de l'hospitalisation.

C'est dans cette zone que les patients sont accueillis et évalués. L'architecte a fait le choix de la transparence de ces lieux qui sont entièrement vitrés, permettant un contrôle visuel de tous, par tous.

- en face, le bureau des infirmières, d'une surface de 30 m², dispose de cinq portes donnant accès à l'accueil, à la salle de repos du personnel, à la zone d'évaluation, au hall et au couloir de l'hébergement. Sa position centrale en fait un lieu de rencontre et d'échange. Il est équipé d'une table centrale sur laquelle sont disposés trois postes informatiques. Le long de la cloison donnant sur l'accueil, une banque en hauteur, où sont posés deux postes informatiques, permet de travailler debout. Un tableau mural de planification donne une vue synoptique de l'occupation des chambres. Une armoire contient des boîtes en plastique comportant le numéro des chambres, dans lesquelles les objets des patients sont conservés (téléphones portables, cigarettes, briquets...). Cinq alarmes du type « alarme de protection du travailleur isolé » sont à disposition mais il a été précisé aux contrôleurs qu'elles ne sont utilisées que lorsqu'un patient est agité. Dans sa réponse, le directeur indique qu'elles devraient l'être par au moins un soignant dans l'unité mais aussi lors des entretiens d'accueil.

Une zone d'hébergement.

Un couloir de 63 m² dessert, de part et d'autre :

- six chambres dont la plus petite présente une surface de 9,80 m² et la plus grande 11,30 m². Elles sont équipées d'un placard (les serrures des placards sont toutes

- identiques et seul le personnel en a les clés), d'un lavabo²³ surmonté d'un miroir et d'un éclairage mural, d'une table fixée au mur, d'une chaise, d'un lit médicalisé ;
- trois chambres, d'une surface variant de 12 à 13 m², sont en plus équipées d'un local sanitaire avec un wc à l'anglaise et un lavabo ;
 - deux chambres sécurisées, avec lucarne, positionnées à l'entrée du service. Elles ne diffèrent des autres chambres que par le lit qui est fixé au sol²⁴ et le radiateur protégé par un coffrage en bois. Les placards et lavabo installés dans un renforcement sont fermés à clé. Une horloge protégée est fixée au mur. Aucune caméra de vidéosurveillance n'est installée ;
 - en face des chambres sécurisées, la salle de soins, de 10 m², est équipée d'une armoire à pharmacie métallique, d'un poste informatique, d'un chariot d'urgence comportant un ballon d'insufflation avec un masque, une aspiration portable à mucosité, un défibrillateur semi-automatique et une bouteille d'oxygène. Sur la porte sont accrochés plusieurs jeux de ceinture de contention physique ;
 - une pièce de vie, de 9 m², où se trouve le poste de télévision, protégé. Cette pièce, seule salle commune du service, est équipée de six fauteuils dont l'assise est en bois, et d'une fontaine à eau ;
 - un bureau de consultation, obscur, de 8 m², équipé d'une armoire contenant quelques livres et des jeux de société. Il peut être utilisé par les patients ;
 - une salle de bain de 8,50 m², une douche, deux sanitaires, équipés d'un wc à l'anglaise et d'un lave-main, donnent également dans le couloir. L'accès à la salle de douche et à la salle de bain est limité ; ces pièces d'eau sont fermées à clé ;
 - à l'opposé de la porte d'entrée, les locaux pour le linge sale et l'office où les repas sont mis en chauffe. Au SECOP, les repas sont pris en chambre.

L'ensemble des locaux est vétuste mais bien entretenu.

Les fenêtres de tout le bâtiment comportent une partie fixe de 0,80 m de large et une partie mobile, de 0,14 m de large, qui peut s'ouvrir. Toutes les vitres des fenêtres sont recouvertes d'un film plastifié réfléchissant. La nuit, il est impératif de baisser les volets, afin de préserver l'intimité du patient, lorsque la lumière est allumée dans la chambre. Les contrôleurs ont, à plusieurs reprises, pu observer que cette précaution n'était pas prise par le personnel soignant et que, une fois la nuit venue, l'intérieur des chambres était largement visible depuis l'extérieur.

B. Les effectifs.

✓ Les effectifs médicaux.

Le tableau des effectifs présents (en ETP) en moyenne pour l'année 2012 et en février 2013 est le suivant²⁵ :

²³ Dans un renforcement fermé par des portes.

²⁴ Les courroies pour la contention physique sont en place.

²⁵ Selon la direction des ressources humaines.

	SECOP			
	2012		févr-13	
	T	P	T	p ²⁶
PH temps plein	3	1	3	2
PH temps partiel	0,83	0,83	0,83	0,83
Interne	2	2	2	2
Assistant	2	2,1		
Assistant spécialité			2	
PH contractuel		0,48		2,55
Etudiant	1	1	1	0,98
Total	8,83	7,41	8,83	8,36

Au cours de l'année 2012, les effectifs des soignants ont été déficitaires d'un poste et demi, mais cette difficulté semble en voie de résolution pour 2013.

Un psychiatre sénior est présent au SECOP 24h sur 24. De plus, un psychiatre coordonnateur est présent de 9h à 19h. Il centralise les appels de l'extérieur.

Les effectifs paramédicaux²⁷.

Les effectifs paramédicaux sont décrits dans le tableau ci-dessous. Il a été précisé aux contrôleurs que, au cours des vingt-quatre derniers mois, un renouvellement important de l'équipe (douze agents) s'était produit, en raison de départs à la retraite mais également de demandes de mutation par épuisement professionnel.

	SECOP CHCP			
	2012		févr-13	
	T	P	T	p ²⁸
Cadre de santé	0,8	0,8	0,8	0,8
Infirmiers diplômés d'Etat (IDE)	23	24,7	23	25,9
Agents du service hospitalier (ASH)	4	4	4	4
Secrétaire médicale				2,8

C. L'activité.

Les patients admis dans le service le sont sous le régime de l'hospitalisation libre (68 %), en soins psychiatrique à la demande d'un tiers (20%) ou sur décision d'un représentant de l'Etat (12 %). Le manque chronique de places dans les unités incite les praticiens, après évaluation, à différer une hospitalisation libre pour privilégier les hospitalisations sans consentement.

Le premier temps d'évaluation est assuré par un infirmier expérimenté, puis par un médecin psychiatre. Lorsque l'hospitalisation au SECOP est décidée, le patient est conduit dans sa chambre par l'infirmier. Il y trouve le livret d'accueil de l'hôpital (cf. paragraphe 3.1.3.1).

²⁶ T : théorique ; P : présents.

²⁷ Selon la direction des ressources humaines.

²⁸ Voir note précédente.

Le médecin qui a décidé l'hospitalisation a, le cas échéant, énoncé au malade ses droits et les voies de recours, a-t-il été précisé aux contrôleurs.

Un inventaire contradictoire des effets est effectué. Ils sont placés dans le placard fermant à clé²⁹ de la chambre. Les valeurs sont déposées dans un coffre du SECOP en attendant d'être regroupées dans le coffre central situé dans le bâtiment administratif. Une liste exhaustive des objets interdits n'a pas été établie.

Les téléphones mobiles ne sont pas autorisés ; il est cependant possible aux patients de consulter leurs messageries une à deux fois par 24h. Les patients peuvent téléphoner avec le téléphone sans fil de l'unité.

Les ordinateurs ne sont pas autorisés dans l'unité en raison de la dangerosité éventuelle des câbles. Il a été précisé aux contrôleurs que, étant donné l'extrême précarité de la population accueillie dans le service, de telles demandes étaient exceptionnelles. Il est toutefois possible aux patients d'accéder, sur autorisation médicale, à un ordinateur du service dans un bureau de consultation.

Le port du pyjama n'est pas systématique dans l'unité. Son usage semble être exceptionnel. Lors de la visite des contrôleurs, sur les six patients croisés, aucun n'était en pyjama.

Les visites des proches sont autorisées en fonction de l'état clinique du patient. Bien que des horaires de visite soient définis, l'équipe soignante reste souple, afin de s'adapter à l'inquiétude des familles pour leur parent hospitalisé en urgence. Les visites se déroulent dans les chambres.

L'unité ne dispose d'aucun espace extérieur sécurisé pour fumer. Les patients sont donc autorisés à fumer à la fenêtre de leur chambre. Ce sont les soignants qui conservent les briquets, allumettes et cigarettes, dans des boîtes numérotées entreposées dans une armoire métallique du bureau infirmier.

Tous les après-midi, en semaine, un médecin généraliste examine les patients admis dans la nuit et durant la matinée.

Le SECOP a accueilli 7 999 patients en 2012.

Les modalités d'admission sans consentement au SECOP au cours de l'année 2012 et des deux premiers mois de 2013 sont les suivantes :

²⁹ Les serrures des placards des chambres étant identiques, la clé n'est pas remise aux personnes hospitalisées.

	2012	Janvier 2013	Février 2013
Admission en urgence Art L.3213-3 du code de la santé publique	480 (51%)	44	42
Admission ASPDRE Art L.3213-1 du code de la santé publique	136 (14%)	5	10
Admission soins psychiatriques arrêté municipal Art L.3213-2 du code de la santé publique	20	27	14
Admission soins psychiatriques personnes détenues D.398 du code de procédure pénale	1	0	1
Admission soins psychiatriques en cas de péril imminents Art L.3212-1-II-2 du code de la santé publique	34	2	1
Admission soins psychiatriques sur demande des autorités judiciaires Art L.3213-7 du code de la santé publique	6	0	0
Admission soins psychiatriques à la demande d'un tiers Art L.3213-1-II-1 du code de la santé publique	243 (26%)	18	24
Ordonnance provisoire de placement	8	2	0
Transformation demande d'un tiers en décision d'un représentant de l'état Art L.3213-6 du code de la santé publique	6	1	1

D. Le fonctionnement.

Les différentes réunions du service sont les suivantes :

- deux fois par jour, à 9h et 18h, une réunion de trente minutes rassemble l'équipe médicale de jour et celle de garde ;
- trois fois par jour, à 6h30, 14h et 21h45, une réunion de trente minutes rassemble les soignants afin de faire le point sur les patients reçus dans la demi-journée et ceux qui ont été hospitalisés. C'est le moment du passage des consignes au changement d'équipe ;
- une fois par semaine, une réunion clinique pluridisciplinaire ;
- une fois par mois :
 - une supervision par un psychologue externe au service ;
 - une réunion avec les infirmiers pour traiter d'un cas clinique ;
 - une réunion institutionnelle. Celle du mois précédent la visite des contrôleurs a traité des procédures de transfert vers le centre hospitalier de Cadillac.

Depuis le début de l'année 2013, le SECOP a dû fermer l'accueil des urgences en provenance du SAMU et du centre 15 à six reprises pendant la nuit, en raison d'un manque de lits d'hospitalisation. Dans son courrier de réponse du 30 septembre 2013, le directeur de l'établissement préfère utiliser le terme de « signalement d'alerte capacitaire auprès du SAMU ».

3.1.2.2 Les urgences au Tripode.

Au cours du premier semestre 2012, sans concertation préalable a-t-il été précisé au service des urgences, l'équipe d'infirmiers qui était détachée, de jour, aux urgences adultes du centre hospitalo-universitaire (CHU) Pellegrin³⁰ en a été retirée et redéployée au SECOP.

Dans son courrier du 30 septembre 2013, le directeur du centre hospitalier précise : « six rencontres avec l'équipe médicale et d'encadrement des urgences de Pellegrin ont été réalisées. De plus, le personnel n'a pas été redéployé sur le SECOP mais positionné à l'accueil avec des missions d'accueil des familles sans patient. Ils ont de nouveau été mis à la disposition des équipes d'urgence de Pellegrin pour y réaliser des évaluations d'infirmières psychiatriques ».

Ainsi, tout patient accueilli aux urgences du CHU, présentant une symptomatologie psychiatrique (le plus souvent une intoxication médicamenteuse volontaire) est d'abord pris en charge sur le plan somatique. A l'issue de cette consultation et d'une éventuelle période de surveillance, le médecin urgentiste permet la sortie du patient après avis psychiatrique. Pour cela, le patient est transporté par les moyens du CHU au SECOP, mitoyen. Le patient est ensuite reçu en consultation par un psychiatre qui décide ou non de son hospitalisation.

Cette organisation donne entière satisfaction à l'équipe médicale du service d'accueil des urgences du CHU.

3.1.2.3 Les urgences à l'hôpital Saint-André.

L'hôpital Saint-André est situé en centre-ville. Les contrôleurs se sont présentés aux urgences à 21h15. Ils ont rencontré le cadre de santé de nuit et le médecin urgentiste de garde.

Le service de psychiatrie du CH Charles-Perrens met à disposition une équipe de trois infirmiers qui sont présents aux urgences de 9h à 17h, 365 jours par an. Un praticien hospitalier psychiatre intervient tous les matins du lundi au dimanche. Il évalue les patients entrés dans la nuit et en attente d'avis psychiatrique. Il s'agit le plus souvent d'intoxications médicamenteuses volontaires.

Il est également possible que les patients soient évalués au cours d'un entretien avec un infirmier psychiatrique et ensuite orientés vers un CMP, sans que le psychiatre ne les ait vus en consultation. Dans son courrier du 30 septembre 2013, le directeur du centre hospitalier précise que cette éventualité ne se produit que dans certaines situations (problématique sociale, addictologie) mais en dehors de toute problématique suicidaire.

Un bureau, dans le hall d'accueil des urgences, est mis à disposition de l'équipe psychiatrique. Il est équipé d'un bureau, d'un fauteuil, de deux chaises, d'un poste informatique relié à l'intranet du CHCP, d'une armoire et d'un lave-main. Sur la table, sont posés des *post-it*[®] donnant les adresses et les numéros de téléphone des différents centres médico-psychologiques (CMP) du département.

En 2012, 1 577 patients ont été reçus aux urgences de l'hôpital Saint-André.

³⁰ Ouvertes en 1997.

3.1.2.4 Les urgences de pédiatrie.

Les contrôleurs ont rencontré le cadre de santé et un praticien hospitalier des urgences de pédiatrie.

Ceux-ci ont exprimé leur satisfaction quant à la prise en charge, aux urgences ou dans les services d'hospitalisation, des enfants présentant un trouble psychiatrique.

Ils ont précisé que la convention avec le CHCP, permettant au SECOP d'accueillir les enfants à partir de l'âge de 11 ans, rassurait les équipes bien qu'il n'y soit fait appel que rarement.

3.1.3 Les informations données aux patients.

3.1.3.1 Le livret d'accueil.

Le livret d'accueil est posé dans chaque chambre du SECOP, à l'exception des chambres de sécurisées.

Les contrôleurs ont pris connaissance de la dernière version, dont la dernière mise à jour date de février 2010, qui, de ce fait, ne comporte aucune information sur les dispositions de la loi du 5 juillet 2011.

Le livret est composé d'une pochette cartonnée sur laquelle sont indiqués les unités d'hospitalisation et les numéros de téléphone des différents pôles. Il contient un livret de douze pages intitulé « votre établissement d'accueil », un livret de seize pages intitulé « votre séjour et son organisation », neuf annexes intitulées : « commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) » - quatre pages -, « les tarifs » - quatre pages -, « liste hôtels pour accompagnants » - quatre pages -, « des associations à votre service » - deux pages -, « composition de l'équipe de direction » - deux pages -, « chartre de l'usager en santé mentale » - quatre pages -, « hospitalisation à domicile (HAD) » - deux pages -, « questionnaire de sortie » - quatre pages -, « composition du conseil de surveillance » - deux pages -.

Les modalités de recours aux hospitalisations sans consentement ainsi que les différentes adresses des autorités ne sont pas intégrées au livret d'accueil.

3.1.3.2 Les informations sur les voies de recours.

La direction des usagers a mis en place un formulaire spécifique informant le patient de son mode d'hospitalisation et des voies de recours qui lui sont offertes.

Il a été précisé aux contrôleurs que les juges des libertés et de la détention avaient souhaité que leur soit transmis rapidement ce formulaire signé par le patient ou que le motif de la non signature de ce document leur soit précisé.

« Les refus de signature sont rares » a-t-il été rapporté.

3.1.3.3 Le recueil des observations des patients

Aucun document n'a été mis en place par l'administration du CHCP pour recueillir les observations des patients hospitalisés sans consentement.

3.2 La levée des mesures de contrainte.

3.2.1 Les modalités de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011.

Dès la mise en place de la loi, les juges des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de Bordeaux ont souhaité que les audiences se tiennent à l'intérieur du site de l'hôpital, afin d'éviter les déplacements des patients. Cette position, qui a, semble-t-il, soulevé des difficultés au sein de la hiérarchie judiciaire, a, en revanche, reçu un écho favorable de la direction du centre hospitalier. Il a été décidé par celle-ci de mettre en place une salle d'audience dédiée, dans un espace spécialement aménagé et dédié exclusivement à cet effet. Il s'agit d'une salle de grande dimension, accessible depuis une des cours intérieures de l'établissement et fléchée par une signalétique directionnelle abondante sur le site de l'hôpital. Un auvent fermé permet aux malades d'attendre : certains viennent, accompagnés par des personnels soignants du second établissement du département (le centre hospitalier spécialisé de Cadillac) et sont convoqués à l'audience au CH Charles-Perrens. Les avocats des patients peuvent s'entretenir avec ceux-ci et avoir accès au dossier. Les audiences se tiennent en robe, sur une estrade où siège le juge de libertés et de la détention, assisté de sa greffière. La salle d'audience comporte une vingtaine de sièges.

La mise en place de la loi du 5 juillet 2011 ne s'est pas traduite, au tribunal de Bordeaux, par la création de postes supplémentaires de juge des libertés et de la détention.

Les audiences sont préparées par l'équipe soignante avec le patient.

3.2.2 Le contrôle du juge des libertés et de la détention.

Les quatre juges de libertés du tribunal de grande instance de Bordeaux tiennent trois audiences par semaine dans la salle d'audience installée au sein du CHCP.

Un avocat de permanence, désigné sur une liste établie par l'Ordre des avocats, permet d'assurer une défense effective. Afin de mettre en place ces permanences, le barreau de Bordeaux a sollicité des volontaires mais il est toutefois relevé qu'aucun n'a acquis une spécialisation dans ce contentieux.

Les juges des libertés et de la détention rendent leurs décisions le jour même.

L'immense majorité des patients qui doivent comparaître le font : il n'y a que très peu de non comparution au motif de l'état clinique du patient. Depuis la mise en place de la loi, environ 1 000 patients ont comparu devant le juge des libertés et de la détention, soit, selon les estimations des magistrats, environ 85 % des malades hospitalisés sous contrainte. Le choix a été fait par le CHCP de confier à une infirmière d'effectuer l'ensemble des accompagnements des patients. Celle-ci prend en charge les malades qui doivent comparaître dans les unités et les conduit jusqu'à la salle d'audience. Ce personnel joue un rôle d'interface, estimé précieux, entre les unités et le juge des libertés et de la détention, transmettant des informations orales sur l'humeur du patient.

À la date du contrôle, il n'y avait pas d'incidence du transfert de la compétence du contentieux des actes administratifs au juge judiciaire.

Les juges des libertés et de la détention observent qu'ils ne disposent pas, à l'audience, d'éléments relatifs à la situation sociale des patients, ce qui limite leur capacité de décision.

3.2.3 Les décisions du juge des libertés et de la détention.

En 2011, après la mise en application de la loi, et en 2012, 1 025 personnes hospitalisées sans consentement ont participé aux audiences des juges des libertés et de la détention :

	ASPD T	ASPDRE	Total
D'août à décembre 2011	231	75	306
2012	480	239	719
Total	711	314	1 025
Taux	69,37 %	30,63 %	

Quatorze levées de la mesure ont été prononcées par le juge des libertés et de la détention. Soixante et une autres personnes ont fait appel.

3.2.4 Le collège des professionnels de santé.

Les décisions de collège des professionnels de santé sont rares, de l'avis des praticiens.

3.2.5 Les sorties accompagnées d'une durée inférieure à douze heures.

La suppression des sorties d'essai par la loi du 5 juillet 2011 a conduit à un développement d'une forme particulière de programmes de soins : il s'agit en fait de patients hospitalisés à temps plein mais qui sont autorisés à sortir dans le domaine du centre hospitalier, quelques heures et accompagnés.

Le corps médical admet que de tels programmes de soins aboutissent à esquisser le contrôle du juge des libertés. Ils le justifient par des réactions qu'ils estiment « abruptes » de la part de l'autorité administrative qui a, au lancement de la loi, refusé de manière assez systématique les levées d'ASPDRE. Si la situation a pu revenir vers un étiage plus raisonné, il n'est cependant pas rare que l'Agence régionale de santé (ARS), anticipant la réaction du corps préfectoral, renvoie des demandes de levées d'hospitalisation à temps plein pour des patients en ASPDRE au motif que les certificats en seraient pas clairs. Ces motifs expliquent le recours à cette forme particulière de programmes de soins.

Ces remarques ont été confirmées dans certaines unités (cf. *infra*).

3.3 Le registre de la loi.

3.3.1 La tenue des registres de la loi.

Les registres de la loi se trouvent au 3^{ème} étage dans le bâtiment de l'administration en l'absence de bureau des entrées de l'hôpital.

Les hospitalisations sous contrainte sont enregistrées dans un seul livre renseignant de manière chronologique l'ensemble des titres d'hospitalisation pris aussi bien dans le cadre de décisions de SDRE que de SDT, sans distinguer entre les femmes et les hommes.

Les contrôleurs ont examiné les registres portant les numéros 259, 260 et 261 un pour les SDRE, un pour les SDT) et deux (un pour les SDRE, un pour les SDT). Les derniers registres ouverts et complétés sont les suivants :

- le registre n° 259, ouvert par une première mention le 28 novembre 2012. Il comporte la signature du maire de la ville de Bordeaux, mais pas de date d'ouverture. L'établissement n'est pas désigné. Il a été visé par le président de la CDSP, le 26 février 2013, qui n'a pas fait d'observations. Chaque folio comporte le type d'hospitalisation (ASPDRE ou ASPDT) ;
- le registre n° 260, ouvert par une première mention le 5 janvier 2013. Comme le précédent, il comporte la signature du maire de Bordeaux mais pas de date d'ouverture. L'établissement n'est pas désigné. Il a été visé par le président de la commission départementale de soins psychiatriques (CDSP), le 26 février 2013, qui n'a pas fait d'observations ;
- le registre n° 261. Comme les précédents, il comporte la signature du maire de Bordeaux mais pas de date d'ouverture. L'établissement n'est pas désigné. Il n'a pas été visé par le président de la CDSP lors de son contrôle, le 26 février 2013, alors que le registre était ouvert, selon la première mention, le 5 février 2013 ;
- le registre SDT des femmes, ouvert le 28 mars 2012 au n° 24 200, et renseigné jusqu'au n° 24 415 ;
- le registre SDT des hommes, ouvert le 2 avril 2012 au n° 33 103, et renseigné jusqu'au n° 33 347.

Les visas des autorités figurent en début de registre. Les derniers visas sont les suivants :

- le président du tribunal de grande instance, les 3 et 7 février 2011 ;
- le président de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (ancienne loi), les 19 et 20 mai 2011 ;
- le préfet, le 3 novembre 2011 ;
- le président de la commission départementale des soins psychiatriques (nouvelle loi), le 2 décembre 2011 et le 25 mai 2012.

Les registres examinés sont établis conformément aux mentions issues de la procédure définie dans la loi du 5 juillet 2011 – notamment, avec le nouveau phasage des certificats médicaux et l'intervention du juge des libertés et de la détention –.

3.3.2 De quelques éléments relevés sur les registres.

Les contrôleurs ont examiné quatre-vingt mentions :

- les dix premiers folios des trois registres numérotés 259, 260 et 261, couvrant une période de trois mois (de décembre 2012 à mars 2013) ;
- trente mentions concernant des hommes (quinze du registre SDRE et quinze du registre SDT) ;
- vingt concernant des femmes (dix du registre SDRE et dix du registre SDT).

Les pages traitées dans chaque registre sont consécutives et concernent toutes des hospitalisations survenues depuis l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011.

Les pages examinées dans les deux registres appellent les remarques suivantes³¹ :

³¹ Sont dénommés H les registres retraçant les hospitalisations des hommes et F, celles des femmes.

- au registre n° 259, sur la première page des folios, la rubrique relative à l'intervention du juge des libertés et de la détention (JLD) n'est jamais renseignée, mais en p. 2, l'ordonnance du JLD est collée in extenso, sous différents certificats médicaux. Sous le folio n° 6, le certificat de 24 heures est établi le même jour que l'hospitalisation décidée par le directeur d'établissement, sans précision de l'heure. La copie du certificat ne permet pas d'identifier le médecin ayant signé ce certificat. Sous le folio n° 6 également, une personne en SPDTU est admise « accompagné par les forces de l'ordre pour une agitation sur la voie publique », dit le certificat initial établi par le SECOP, dont le nom du médecin n'est pas identifiable. La dernière mesure figurant sur ce registre est sous le folio n° 100, une ASPDTU prise le 5 janvier 2013, l'arrêt du directeur de l'établissement étant collé sous la demande du tiers. Cette mesure a été levée le 1^{er} février 2013. L'index comportant par folio le nom des personnes hospitalisées n'est pas renseigné ;
- au registre n° 260, sous le folio n° 6 s'agissant d'une ASPDRE, l'arrêté préfectoral survient deux jours après l'arrêté du maire, au lieu des vingt-quatre heures prévus par la loi. En outre, pour la même situation, le maire prend son arrêté sur le fondement d'un certificat médical établi par un médecin du CHCP. Sous le folio n° 7, deux certificats semblent justifier l'état clinique du patient, l'un, le 7 janvier 2013, d'un médecin de l'association « SOS médecins », l'autre, le 8 janvier 2013, d'un psychiatre du CHCP ;
- au registre n° 261, sous le folio n° 3, le certificat initial établi par un médecin de l'association « SOS médecins » indique qu'il lui « est rapporté » un tableau clinique. Cette formulation prête à confusion, laissant accroire que le patient n'a pas été examiné. Dans ce registre, comme dans le précédent, les copies des demandes du tiers à l'hospitalisation sont collées sur la première page du folio, à gauche, et comportent une copie d'un document d'identité de celui-ci. Ils indiquent le lien de parenté ou la mesure de protection juridique qui autorise la demande. Ainsi sous le folio n° 1, figure la demande d'un tuteur mais aussi l'ordonnance du juge des tutelles prononçant la mesure de protection. Chaque folio comporte le type d'hospitalisation (ASPDRE ou ASPDT). une hospitalisation a eu lieu alors que le certificat médical est daté du lendemain et l'arrêté du préfet du surlendemain (F. 1 594).

3.4 L'information sur la visite des autorités.

La dernière visite du parquet de Bordeaux remonte au 22 décembre 2012.

Les registres portent mention de deux visites du président de la CDSP, les 24 avril 2012 et 26 février 2013.

Il est fait état d'une visite du président du tribunal de grande instance de Bordeaux et des juges des libertés, mais aucune date de ces visites n'a été communiquée aux contrôleurs.

3.5 La protection juridique des majeurs.

Il n'existe pas de service de protection des majeurs au sein de l'établissement. Les personnes placées sous tutelle ou curatelle sont suivies par des organismes privés.

Un bureau du Trésor public situé dans l'enceinte de l'hôpital et donnant sur le square des

Palmiers, permet aux personnes protégées de retirer des petites sommes d'argent déposées par leurs mandataires judiciaires. Toutefois, ce dispositif est amené à disparaître, en application du décret n° 2012-663 du 4 mai 2012 relatif aux modalités de gestion des biens des personnes protégées. Ce décret précise : « qu'aucune disposition législative ou réglementaire n'autorise le comptable public à intervenir dans la gestion de fonds de personnes protégées, même soignées ou hébergées en établissement public, lorsque la mesure de protection est confiée à un mandataire judiciaire relevant du droit privé ». En conséquence, l'administration des finances a demandé à la direction de l'hôpital de réfléchir à la mise en place d'un autre dispositif permettant à ces personnes de pouvoir continuer à retirer des petites sommes d'argent au sein de l'établissement.

La régie de dépôt de l'hôpital assure la gestion de dépôt des valeurs des personnes hospitalisées. Un carnet de dépôt de reçus des valeurs est mis à la disposition de chaque unité d'hospitalisation. Lors d'une admission, le personnel soignant inscrit dans ce carnet le détail des valeurs déposées. Le patient et un infirmier apposent leurs signatures une fois l'inventaire terminé. Si le patient n'est pas en capacité de procéder à l'inventaire, il est effectué par deux soignants. Les valeurs sont déposées provisoirement dans le coffre du service et le régisseur vient en contrôler le contenu en présence d'un infirmier. Chacun appose à nouveau sa signature.

Les valeurs sont ensuite déposées au bureau du Trésor public où un contrôle est effectué par le comptable public en présence du régisseur.

Pour l'année 2012, 664 opérations de dépôt de valeurs ont été effectuées pour 3 938 admissions durant la même année.

Toutes ces opérations sont comptabilisées dans un journal de dépôt dont le contenu est contrôlé une fois par mois par le Trésor Public. Le régisseur archive ces opérations sur une durée de dix ans.

3.6 La désignation d'une personne de confiance.

Une fiche relative à la désignation d'une personne de confiance est enregistrée dans le logiciel HM (Hôpital Manager). Le personnel paramédical est chargé de l'imprimer et de la remettre au patient lors de son admission. Le document rempli est conservé dans le dossier médical du patient.

Il a été rapporté aux contrôleurs que la procédure n'était pas appliquée de façon systématique dans certaines unités où les patients chroniques sont hospitalisés à maintes reprises.

Dans certaines unités fermées accueillant des patients en phase aigüe de leur pathologie, il est plus difficile pour le personnel paramédical de faire remplir cette fiche de façon systématique dès l'admission. La fiche est remplie, une fois l'état du patient stabilisé

Il a été précisé aux contrôleurs par les cadres de santé que : « les personnels soignants eux-mêmes ont des difficultés à faire la différence entre "personne à prévenir" et "personne de confiance ». C'est pourquoi ils n'accordent pas une attention suffisante au recueil de cette information".

3.7 L'accès au dossier médical.

Une plaquette commune à tout l'hôpital et explicitant les règles d'accessibilité au dossier médical est mise à la disposition des patients dans chaque unité d'hospitalisation. La demande peut s'effectuer par un courrier sur papier libre ou par le biais d'un imprimé à remplir. Pour un envoi postal, la demande doit être accompagnée d'une copie d'un justificatif d'identité et de domicile ou d'une adresse d'expédition. Si le demandeur n'est pas le patient, il doit fournir les documents attestant sa qualité. Si le patient désigne une tierce personne, il doit formuler son accord par écrit.

Les délais légaux de communication sont de :

- huit jours, si les informations médicales datent de moins de cinq ans ;
- deux mois, si les informations médicales datent de plus de cinq ans.

Lorsque la consultation du dossier a lieu sur place, un médecin se rend disponible pour accompagner le patient dans la lecture de son dossier. Dans le cadre d'une demande d'envoi de dossier à domicile, l'hôpital facture au demandeur les frais d'envoi en courrier recommandé ainsi que douze centimes d'euros par copie.

En cas de refus ou de retard de communication, les voies de recours pour le demandeur sont les suivantes : Il peut demander à la direction des usagers d'être mis en relation avec le médiateur médecin ou bien saisir la Commission d'accès aux documents administratifs (CADA).

Pour l'année 2012, 141 demandes ont été formulées, dont vingt-deux pour une consultation sur place. Aucune demande n'a été refusée. Depuis le début de l'année 2013, trente-quatre demandes ont été formulées dont six pour une consultation sur place.

3.8 L'accès à l'exercice d'un culte.

Le site comporte une chapelle implantée au centre de l'emprise, à côté de la pharmacie.

Une liste des principaux référents pour les cultes est à la disposition des équipes de soins. Elle fait l'objet d'un affichage en plusieurs points du centre hospitalier, en particulier dans les unités de soins.

Cette liste fait apparaître les coordonnées des cultes suivants : bouddhisme, israélite, catholique, orthodoxe, culte réformé, musulman.

Pour l'ensemble de l'hôpital, seule l'aumônerie du culte catholique est présente.

Une fiche indique les activités de l'aumônerie catholique pour l'ensemble du mois de mars 2013. Elle mentionne sept offices religieux : six messes le samedi, à 17 heures, et un office le vendredi saint, à 15 heures.

Un accueil à l'aumônerie de la chapelle s'effectue :

- le mercredi et le jeudi entre 9h et 12h et entre 14h et 17h ;
- le vendredi entre 9h et 12h.

Il est précisé que l'aumônier peut se rendre en visite dans les services à la demande des patients et avec l'accord des soignants.

3.9 La commission départementale des soins psychiatriques.

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) est composée de six membres : un praticien hospitalier, un psychiatre libéral, un médecin généraliste, un représentant des familles (UNAFAM), un juge de l'application des peines et un ancien patient.

Le médecin généraliste, président de la CDSP, a démissionné et, à la date de la visite, n'avait pas été remplacé. Le praticien hospitalier assurait la présidence par intérim.

Selon les informations recueillies, cette démission était motivée, d'une part, par l'âge du président et son souhait de passer le relais à un successeur mais aussi, d'autre part, par la volonté de protester contre le manque de moyens accordés par l'agence régionale de santé à la commission.

La commission se réunit une fois par mois, ou bien pour examiner les demandes reçues, ou bien pour effectuer des visites dans les trois hôpitaux psychiatriques de la Gironde (Charles-Perrens à Bordeaux, Cadillac et Libourne).

Elle se déplace deux fois par an dans chaque établissement mais ces visites ne durent qu'une demi-journée. Cette durée, a-t-il été précisé, est considérée comme insuffisante pour visiter les lieux et recevoir les patients qui le demandent. Ainsi, lors d'une visite à l'unité pour malades difficiles de Cadillac en 2012, une trentaine de personnes hospitalisées ont sollicité un entretien et les membres de la commission n'ont pas pu y répondre, par manque de temps. Il a été indiqué qu'une nouvelle visite, effectuée début 2013, avait permis de recevoir dix-huit patients.

La commission s'interroge aussi sur son rôle. Ses membres estiment que l'intervention du juge des libertés et de la détention constitue un recours systématique qui n'existait pas avant la réforme de 2011. Les demandes qui lui sont adressées sont désormais moins nombreuses mais sont, ainsi, souvent sans objet car le juge s'est prononcé avant que la commission ne soit saisie.

Ils s'interrogent également sur leur rôle par rapport à la place occupée par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

A la date de la visite, en mars 2013, le rapport d'activité pour l'année 2012 n'était pas établi.

Celui de l'année 2011 indique que douze réunions se sont tenues ; le taux de présence de ses membres était de 77 % et les visites des établissements ont eu lieu avec la quasi-totalité des membres. La commission, qui tire des conclusions générales de son activité dans le département de la Gironde, sans que ne soit cité l'un quelconque des centres hospitaliers, présente notamment plusieurs observations :

- « il est très difficile de suivre avec précision le cursus des malades soumis à une obligation de soins en dehors d'une hospitalisation » ;
- « les craintes relatives aux possibles atteintes à la dignité des personnes hospitalisées, consécutives au contexte de suroccupation des unités de soins, restent d'actualité, exigeant une vigilance toute particulière » ;
- « nous regrettons de ne pas avoir les comptes rendus des audiences du juge des libertés et de la détention ce qui permettrait d'avoir un meilleur suivi de la procédure de la mise sous contrainte et de savoir combien d'hospitalisations ont été cassées ».

3.10 La communication avec l'extérieur.

3.10.1 Les visites.

Les visites aux personnes hospitalisées ont lieu très généralement l'après-midi. Les horaires sont variables selon l'unité de soins. Ils sont portés à la connaissance des patients et de leur famille par un affichage au sein de l'unité. Dans certaines d'entre elles, le livret spécifique remis au patient en fait mention.

Des dérogations à ces horaires peuvent être autorisées avec l'accord du médecin responsable de l'unité notamment lorsqu'elles n'en troublent pas le fonctionnement.

Les visites peuvent être également limitées voire interdites ou encore avoir lieu en présence d'un soignant pour des motifs thérapeutiques.

Les visites peuvent avoir lieu, selon les cas, dans l'unité de soins ou dans l'enceinte de l'établissement.

3.10.2 Le téléphone.

Les personnes hospitalisées ont la possibilité d'utiliser les postes téléphoniques dans les chambres qui en sont équipées. En outre, des cabines et postes téléphoniques sont à leur disposition dans les unités de soins. Le coût de ce service est à leur charge.

Les patients peuvent recevoir gratuitement des communications téléphoniques dans la mesure où celles-ci ne gênent pas le fonctionnement des services.

Il en est de même pour l'utilisation des téléphones portables. Les particularités propres à chaque unité sont abordées à l'examen de celles-ci (cf. *infra*)

3.10.3 Le courrier.

Chaque patient est libre de communiquer comme il le souhaite par écrit et de se faire adresser du courrier directement durant son hospitalisation. Toutefois, cette liberté peut être restreinte pour des raisons thérapeutiques.

Le vaguemestre est à la disposition des personnes hospitalisées pour toutes les opérations postales. Une information est effectuée à cet effet.

Pour des raisons médicales, le contenu des colis peut être vérifié par le personnel soignant en présence du destinataire. Si des spécificités existent parfois dans les unités, elles sont abordées à l'examen de celles-ci (cf. *infra*).

3.10.4 L'informatique et l'accès à l'internet.

S'il n'existe pas de contre-indication thérapeutique, les patients peuvent disposer de leur ordinateur. En revanche, il n'était pas possible, à la date de la visite, de se connecter à l'internet.

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

3.11.1 Les réunions de la commission

La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) a été mise en place au centre hospitalier Charles-Perrens le 23 février 2006, en

s'appuyant sur la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades ainsi que sur le décret n°2005-213 du 2 mars 2005 qui fixe ses modalités de fonctionnement.

La commission se réunit une fois par trimestre et publie un rapport annuel.

Elle est composée :

- d'un directeur adjoint, représentant le directeur de l'établissement ;
- du médecin médiateur ou de son suppléant ;
- d'un médiateur non médical ;
- de l'attaché d'administration en charge des relations avec les usagers ;
- de l'ingénieur qualité ;
- de l'assistante de service social représentant la permanence d'accès aux services sociaux ;
- de quatre représentants des usagers, adhérents de l'union nationale des amis et familles des personnes malades (UNAFAM), dont un suppléant.

En 2006, première année de fonctionnement, 300 réclamations environ sont parvenues à la commission ; leur nombre a ensuite régulièrement diminué pour s'élever à quatre-vingt-six en 2010, cinquante en 2011 et, selon les données communiquées aux contrôleurs, à trente-deux en 2012. La commission du dernier trimestre 2012 a été annulée en l'absence de cas à présenter.

Le livret d'accueil informe les usagers de la possibilité qu'ils ont de saisir la CRUQPC ainsi que l'UNAFAM.

Le dernier bilan annuel réalisé était, lors de la visite, celui de 2011. Il présente une analyse complète des statistiques liées aux réclamations des usagers selon plusieurs modalités de tri :

- par pôles et unités ;
- par motifs ;
- selon le mode d'hospitalisation des patients ;
- suivant la position du plaignant : patient, famille, ami, représentant légal ;
- suivant la formulation de la plainte : écrite ou orale.

Malgré leur faible nombre, toutes les réclamations formulées par les usagers ne sont pas soumises à la CRUQPC ; ainsi sur les cinquante réclamations de 2011, seules quatre ont été présentées à la commission.

Selon les informations recueillies par les contrôleurs : « tout est traité en amont par la direction et peu de choses remontent ». Selon des interlocuteurs des contrôleurs, des problèmes pourtant sont récurrents : certaines unités seraient plus rigides que d'autres avec les patients et leur famille qui se plaignent parfois de ne pas être entendus par les médecins. Dans certains cas, il en a parfois résulté une défiance et, devant l'impossibilité de changer de praticiens, une situation de blocage rendant impossible toute relation thérapeutique. Cet état de fait est cependant à relativiser : en 2011, le médecin médiateur est intervenu comme tiers modérateur dans quatre situations.

Les interlocuteurs rencontrés font état de fortes différences dans la prise en charge des patients selon les pôles : « la nouvelle génération de psychiatres est plus à l'écoute que la précédente ». Le manque d'activité régulière organisée pour les patients serait un point commun à une majorité d'unités.

En 2011, parmi les quarante-six réclamations non présentées en commission, les plus fréquentes font état :

- pour neuf d'entre elles, de la contestation par le patient de son hospitalisation sous contrainte ;
- pour huit d'entre elles, de difficultés relationnelles avec le médecin ;
- pour huit autres, de vol ou de pertes d'objet ;
- pour sept d'entre elles, d'effets indésirables liés au traitement ;
- pour quatre d'entre elles, de difficultés d'accès du patient à son dossier.

En 2012, sept des trente-deux plaintes recensées ont trait à une mésentente entre des patients ou leur famille et l'équipe médicale de l'unité d'accueil.

3.11.2 L'analyse des fiches d'évènements indésirables.

Le recueil des évènements indésirables (EVI) est informatisé depuis octobre 2011. Une fiche de procédure, datée du 15 mars 2010, définit les évènements qui doivent donner lieu à déclaration - accidents à l'origine d'un dommage corporel ou matériel, incidents sans dommage et situations à risque - ainsi que les modalités de signalement et de collecte de ces évènements. Les évènements indésirables sont classés en trois catégories :

- ceux liés à la prise en charge du patient : admission, séjour, sortie ;
- ceux liés aux prestations hospitalières : sécurité, prestations diverses ;
- ceux liés aux vigilances : pharmacovigilance, infectiovigilance, hemovigilance...

Collectés en permanence par la direction de la qualité, les évènements indésirables sont examinés chaque mois par une cellule d'analyse opérationnelle composée de soignants et de deux référents « qualité-gestion des risques » qui sont des cadres de santé. Cette cellule a pour mission de définir les actions correctives et de prévention qui en découlent.

Selon les indications données aux contrôleurs, une attention particulière est portée aux évènements indésirables de deux types : les violences – ou bien entre patients, ou bien des patients sur le personnel – ainsi que les fugues.

En 2011, 114 faits de violence ont été recensés, soit 12% des évènements indésirables ; treize ont fait l'objet d'une information à l'agence régionale de santé. En 2012, 135 faits de violence ont été déclarés comme évènements indésirables, représentant 11 % de la totalité de ceux-ci ; onze ont été transmis à l'agence régionale de santé.

En 2011, les autres principales causes d'évènements indésirables ont été, par ordre d'importance décroissante :

- des sorties sans avis médical (fugues) pour 20 % ;
- des prestations logistiques et techniques pour 15 % ;
- des conditions d'accueil insatisfaisantes pour 3 % ;
- des erreurs de dispensation de traitement ou problèmes d'approvisionnement en médicaments pour 1 %.

Pour l'année 2012, la liste complète des fiches de saisie comprend 842 évènements indésirables dont les dix premiers types, classés par ordre d'importance décroissante, sont :

- les fugues, 128 cas ;
- les chutes, soixante-dix-neuf cas ;
- les violences physiques entre patient et personnel, soixante-dix-huit cas ;

- les incidents liés à la téléphonie ou à l'informatique, quarante-quatre cas ;
- les violences entre patients, quarante-et-un cas ;
- les conditions d'hospitalisations insatisfaisantes, quarante-et-un cas ;
- les incidents liés à la maintenance des installations, trente-et-un cas ;
- les incidents liés à l'alimentation-nutrition, trente-et-un cas ;
- les conditions d'accueil insatisfaisantes, trente cas ;
- les dégradations de locaux ou de matériel, trente cas.

Pour 2013, les données correspondant à la période du 1^{er} janvier au 19 mars, soit un trimestre presque complet, recensent 211 évènements indésirables dont les plus fréquents sont les violences physiques entre patient et personnel (vingt-huit occurrences), les fugues (vingt-et-une occurrences), les conditions d'hospitalisations insatisfaisantes (vingt occurrences), les défauts des systèmes de sécurité (quinze occurrences) et les sorties sans avis médical de patients en hospitalisation libre (quatorze occurrences).

3.11.3 L'analyse des questionnaires de satisfaction.

Le taux de retour des questionnaires de satisfaction remis aux patients lors de leur départ est faible : 5 % pour le premier semestre 2012 et 7,8 % sur l'ensemble de l'année. Ce retour varie cependant selon les pôles de 16,1 % – taux le plus élevé – pour le pôle BSM, à 2,6 % – taux le plus faible – pour le pôle « 3-4-7 ».

Les questionnaires présentent huit items, dénommés « dimensions », que les patients sortant doivent noter selon une échelle en quatre points : de « très satisfaisant » à « pas du tout satisfaisant ». Les huit items sont :

- la qualité des soins infirmiers ;
- la qualité de l'information donnée ;
- la qualité de la prise en charge en psychologie ;
- la qualité du service social ;
- la qualité des lieux ;
- la qualité de la restauration ;
- la qualité des activités proposées ;
- la préparation à la sortie.

En 2012, le taux de satisfaction le plus élevé concernait la qualité des soins infirmiers, tandis que le plus faible était attribué, selon la terminologie du questionnaire, à la « qualité des activités proposées ». Selon les soignants, c'est l'insuffisance d'activité plus que leur qualité qui est source d'insatisfaction pour les patients. Des activités culturelles ponctuelles, dont les contrôleurs ont été témoins, sont organisées avec la participation d'intervenants professionnels mais celles-ci, de nature événementielle, n'ont pas la régularité et la fréquence demandées par les patients.

Le deuxième point d'insatisfaction a trait à l'insuffisance d'informations sur la maladie ou le traitement suivi.

Le troisième point concerne la restauration, les patients se plaignant de la quantité et de la qualité insuffisante des repas servis.

Les résultats des questionnaires ne présentent pas de différence entre les patients en hospitalisation libre et ceux hospitalisés sans consentement, ces derniers utilisant toutefois une cotation plus sévère pour chacune des huit items.

3.12 Les associations de patients et de leurs familles (UNAFAM).

Les représentants de l'UNAFAM se disent satisfaits de l'écoute dont ils bénéficient au sein de l'hôpital : « on est bien accueilli ».

Ils participent régulièrement à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) mais également au comité de liaison alimentation et nutrition (CLAN), au comité de liaison contre les infections nosocomiales (CLIN), au conseil de surveillance, au comité d'éthique et à certaines commissions d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) : sur la sortie du patient, la contention, les chutes.

Les coordonnées de l'UNAFAM sont indiquées sur un feuillet intitulé « des associations à votre service » inclus dans le livret d'accueil remis aux patients arrivants.

Il n'existe pas de représentant d'autres associations d'utilisateurs participant aux instances de l'hôpital Charles-Perrens.

4- LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION.

4.1 Éléments communs à tous les secteurs.

4.1.1 Le service social.

L'organisation du service social est sous la responsabilité d'un cadre supérieur socio-éducatif.

L'action du service social concerne les personnes hospitalisées sur l'ensemble des unités de soins ainsi que les personnes suivies en soins ambulatoires.

Le service social intervient à la demande des malades et/ou des familles, des médecins et des équipes soignantes, des services administratifs, des services sociaux extérieurs ou à sa propre initiative.

Il comporte trente-deux agents correspondant à trente et un équivalent temps plein (ETP).

Les assistants de service social sont ainsi répartis :

- l'unité Genin : 0,20 ETP ;
- les unités Carreire 1, 2, 4, 6 : 0,4 ETP par service ;
- les unités SECOP, Bazin, Lescure 1 et 2, URPS, unité mère-enfant : 0,5 ETP par service ;
- les unités Morel, Charcot, Dusmenil, Esquirol, Hesnard : 0,8 ETP par service ;
- l'unité Falret : 0,90 ETP.
- L'unité Régis et le centre de crise pour adolescent : 1 ETP par service.

130 dossiers de patients étaient, en février 2013, en attente de réponse ou de place après acceptation dans un établissement social ou médico-social, en cours de constitution ou sans solution après de multiples refus d'admission.

Ainsi, ces 130 patients doivent rester au centre hospitalier, alors que l'hospitalisation n'est plus nécessaire.

Le service social gère un **fonds de solidarité**. Il est utilisé pour apporter une aide financière, non remboursable, aux patients particulièrement démunis pour de menues dépenses quotidiennes ponctuelles ou faciliter leur sortie de l'établissement. Le fonds de solidarité est établi par la direction pour chaque pôle. Certains pôles y ont, de plus, versé une part de leur fonds d'intéressement³².

La répartition budgétaire du fonds d'intéressement pour l'année 2013 est la suivante :

- pôle PAM : 3 150 euros ;
- pôle 3-4-7 : 4 150 euros ;
- pôle BSM : 2 900 euros ;
- centre adolescent : 100 euros ;
- SECOP : 100 euros.

4.1.2 Le règlement intérieur.

Le règlement intérieur est un document de trente-cinq pages mis à jour le 20 décembre 2012. Son premier paragraphe précise qu'il doit être mis à la disposition des patients, de leurs familles ou de leurs conseils dans les services de soins, auprès de la direction de l'établissement ou sur le site internet de l'hôpital.

Ses 112 articles répartis en cinq chapitres présentent les règles applicables à chacun des temps forts de l'hospitalisation d'un patient : les dispositions liées à l'admission, les dispositions liées à la vie quotidienne des patients hospitalisés, les autorisations d'absence, la sortie définitive et les règles liées à la circulation des personnes dans l'enceinte de l'établissement.

La charte de la personne hospitalisée, conforme à la circulaire du 2 mars 2006, figure en annexe.

La plupart des articles de chaque chapitre indiquent en référence ceux du code de la santé publique sur lequel ils s'appuient.

4.1.3 La restauration.

4.1.3.1 L'alimentation.

La restauration est assurée par une cuisine centrale qui emploie trente-cinq équivalents temps plein dont deux techniciens supérieurs et une diététicienne. Cette cuisine centrale occupe un bâtiment neuf mis en service en juillet 2010. Elle comprend deux niveaux³³ représentant une surface totale de 2 300 m². Propre, vaste et fonctionnelle, elle équipée de matériel ultramoderne et respecte la norme HACCP³⁴.

2 400 repas journaliers sont élaborés, cinq jours par semaine, et livrés en liaison froide aux unités internes ainsi qu'à une quinzaine de structures externes. La cuisine agit également en tant que prestataire en livrant des repas à des établissements indépendants de l'hôpital. La

³² Fond mis par la direction de l'établissement

³³ Un troisième niveau est occupé par le self du personnel.

³⁴ HACCP: Hazard analysis and critical control points.

production, préparée et livrée de J-2 à J-4 par rapport au jour de la consommation, est interrompue le week-end.

Une diététicienne à temps plein est chargée de veiller à l'équilibre et la qualité des repas qui sont intégralement préparés sur place. Après livraison, leur réchauffage est effectué dans les unités qui disposent toutes d'un office équipé de matériel professionnel : four vapeur, réfrigérateurs, lave-vaisselle.

Le nombre de repas à livrer dans chaque lieu de consommation est actualisé quotidiennement par l'intermédiaire d'un logiciel spécialisé, « *Datameal* », auquel sont connectées toutes les unités.

Les soignants signalent ainsi, par voie informatique, les mouvements et les éventuels régimes prescrits aux patients. Tous les régimes sont possibles : diabétiques, hypocaloriques, antiallergiques, hypocholestérolémiant, végétariens... Les patients ont également la possibilité de changer la composition d'un repas jusqu'à deux jours avant celui-ci. Néanmoins, selon les informations recueillies, peu d'unités informent les patients de cette possibilité. Par ailleurs « *Datameal* » permet de déterminer cinq semaines à l'avance la quantité de matières premières à commander, ainsi que de calculer le prix de revient de chaque repas.

Ainsi, pour l'ensemble de l'année 2011, dernière année pleine connue, 568 824 repas ont été préparés³⁵ pour – en moyenne annuelle – un coût matières de 1,98 euro par repas et un prix de revient de 5,61 euros.

Selon les propos recueillis par les contrôleurs, l'objectif est de donner à chaque patient un apport énergétique de 2 452 kJ par jour. Pour y parvenir, chaque repas comporte les quantités suivantes :

- 100 g d'entrée ;
- 100 g de viande ;
- entre 200 g et 250 g de légumes ou de féculents ;
- entre 18 g et 20 g de fromage ou un yaourt ;
- une compote de 100 g ou une pâtisserie de 80 g ;
- un fruit ;
- 50 g de pain.

Pour les adolescents, le grammage est inchangé ; seule varie la portion journalière de pain.

La cuisine centrale bénéficie d'un agrément sanitaire de la direction départementale de la protection de la population. Un laboratoire indépendant extérieur, la société *Silliker*, réalise tous les quinze jours des prélèvements des repas et une analyse des surfaces de travail.

Le restaurant du personnel, installé au troisième niveau du bâtiment, en self-service, a une capacité d'accueil de 174 places assises et peut servir 400 repas par service. Le menu proposé est exactement le même que celui servi aux patients.

4.1.3.2 Le comité de liaison alimentation et nutrition (CLAN).

Le comité de liaison alimentation et nutrition se réunit une fois par trimestre. Présidé par le président de la commission médicale d'établissement (CME), il est composé quatorze membres

³⁵ Hors petits déjeuner et goûters.

dont les deux diététiciennes du centre hospitalier, le responsable de la restauration, un représentant de l'UNAFAM, le directeur adjoint chargé des relations avec les usagers, un pharmacien, plusieurs soignants et cadres de santé. Parmi les thèmes récemment abordés figurent la traçabilité de l'indice de masse corporelle (IMC) dans le dossier du patient et la prévention de l'obésité.

4.1.4 L'hygiène.

4.1.4.1 La blanchisserie.

Depuis cinq ans, l'hôpital dispose d'un espace unique et central à tout l'établissement, la plateforme de lingerie installée en périphérie au Sud de l'emprise, sur l'allée de Carreire. Cette plateforme fait appel à trois prestataires externes pour l'entretien et le nettoyage des articles suivants :

- le linge hôtelier et les tenues professionnelles pour la société « Initial BTB » ;
- les bandeaux de lavage des sols et les articles divers pour la société « Blanchisserie Girondine » ;
- le linge des résidents de l'unité Genin et de la maison d'accueil spécialisé (MAS) pour la société « AD3 ».

La sélection de ces prestataires s'est effectuée sur la base de critères d'ordre organisationnel, technique et financier. Les prestataires n'ont aucun contact avec les unités de soins puisqu'ils se rendent uniquement sur la plateforme. Trois agents et deux chauffeurs de camion, employés par l'hôpital, ont la responsabilité de la livraison, de la collecte et du tri du linge au sein des unités hospitalières.

Le circuit de collecte et de livraison est le suivant : la matinée est dédiée au retrait du linge sale et l'après-midi à la livraison du linge propre.

La plateforme est composée d'une première pièce affectée à la livraison et au tri du linge propre. Une deuxième pièce est consacrée au stockage de linge spécifique et de matériel divers comme les pyjamas et le matériel de contention.

Chaque mois, environ 1 500 pyjamas sont distribués au sein des unités, une grande partie étant destinée au SECOP, en raison des passages rapides que les patients effectuent dans cette unité.

Une troisième pièce, réfrigérée, est réservée à la collecte de linge sale ; elle est nettoyée et désinfectée environ trois fois par semaine.

4.1.4.2 Le linge des patients.

Les personnes hospitalisées, hormis les résidents de l'unité Genin et de la maison d'accueil spécialisée (MAS), peuvent se rendre à la laverie automatique de l'établissement. Cette laverie est sous la responsabilité de la direction des soins (DSI). Elle est située à proximité de la galerie Est ; les horaires d'ouverture sont de 8h à 11h30 et de 12h15 à 16h du lundi au vendredi.

En principe, deux agents du service hospitalier (ASH) y travaillent à temps plein mais il arrive parfois qu'un des deux soit de service à la cafétéria au moins deux fois par mois.

La laverie est constituée d'un unique local de 25 m². L'éclairage est assuré par une fenêtre et un plafonnier. Elle ne possède pas de système de climatisation et il y fait donc très chaud l'été, selon les propos rapportés aux contrôleurs. Les agents disposent de trois machines à laver d'une

capacité de 8 kg chacune et de deux sèche-linges d'une capacité de 10 kg chacun. L'agencement du local ne permet pas d'organiser des circuits indépendants, l'un pour le linge sale, l'autre pour le propre. Le linge sale est donc stocké à l'entrée, à proximité des machines à laver. Le linge propre est rangé dans une armoire située près des sèche-linges.

Le coût du nettoyage et du séchage est de trois euros ; les jetons sont à retirer à la cafétéria. Il est demandé aux patients ou à leurs accompagnants de prendre un rendez-vous au préalable. En principe, une date leur est proposée dans la même semaine mais il arrive que le linge ne soit lavé que la semaine suivante.

Les agents du service hospitalier priorisent aussi le linge à nettoyer en urgence. Elles effectuent en moyenne quinze à dix-huit machines par jour. Elles assurent aussi le pliage du linge. Il est très rare que du linge soit perdu bien que les sacs des patients ne contiennent pas de liste détaillée.

Les machines sont désinfectées une fois par semaine et les agents du service hospitalier affectés à ce service assurent aussi l'entretien du local. Toutefois, comme cette pièce ne possède pas de cuvette permettant de déverser les eaux de vidange, de type vidoir, les eaux usagées sont versées directement dans le lavabo destiné au lavage des mains. Les contrôleurs ont aussi constaté qu'il n'existait ni toilettes ni vestiaires mis à la disposition du personnel. Les agents du service hospitalier doivent donc utiliser les wc de l'unité voisine.

4.1.4.3 Le comité de liaison contre les infections nosocomiales (CLIN).

Le comité de lutte contre les infections nosocomiales organise des réunions institutionnelles trois fois par an. Un représentant des usagers participe aux réunions. L'équipe opérationnelle en hygiène assure le pilotage des réunions.

Des sous-groupes constitués de professionnels concernés se réunissent aussi plusieurs fois dans l'année pour traiter de thèmes plus spécifiques. Ainsi, durant l'année 2012, des groupes ont travaillé sur la mise en place de nouveaux protocoles des mesures d'hygiène, sur l'utilisation des produits désinfectants et d'articles à usage unique.

L'équipe opérationnelle en hygiène a mis en place un système d'alerte destiné à diffuser des informations en temps réel, par le biais d'intranet auprès de chaque unité. Récemment, ces alertes ont porté sur des éléments concernant le nouveau fonctionnement du laboratoire ou encore sur la procédure d'élimination des déchets d'activité de soins à risques infectieux.

4.1.5 Les activités communes aux différents secteurs.

4.1.5.1 Le sport.

Il n'existe pas d'activités sportives communes à l'ensemble du centre hospitalier.

4.1.5.2 La cafétéria.

Un local d'environ 100 m² est à la disposition des patients, des personnels et des visiteurs.

Il est aménagé de onze tables et de trente-et-une chaises permettant l'accueil d'environ une trentaine de personnes. L'espace est lumineux mais les fenêtres, situées trop en hauteur, ne permettent pas une vision sur l'extérieur.

Des photos agrémentent les murs. Un poste de radio diffuse une musique d'ambiance dont la restitution n'est pas de très bonne qualité.

Les horaires de fonctionnement affichés sont les suivants :

- du lundi au vendredi de 9h30-à 11h15 et de 12h15 à 16h ;
- le week-end de 9h30 à 12h et de 13h à 16h.

Il est proposé à la consommation :

- des boissons non alcoolisées dont les prix varient : 0,50 euro pour une boisson chaude, et entre 0,30 à 1,80 euro pour un jus de fruit ou un soda ;
- des friandises (bonbons, gâteaux, chocolats....) entre 0,15 et 1,50 euros ;
- des denrées alimentaires (salades composées, plats préparés...) ;
- des produits de toilette de première nécessité ;(entre 0,20 et 1,80 euros)
- des objets divers (papier à lettre, stylos, enveloppes, jeux de cartes, livrets de jeux....).

Durant le contrôle, il a pu être observé une fréquentation relativement importante de ce lieu : beaucoup de personnes y passaient sans s'y installer de façon durable.

Deux agents du service hospitalier tiennent cet espace ; elles semblent bien connaître les patients qui le fréquentent.

Il n'a pas été signalé aux contrôleurs d'incidents graves.

Huit jeunes effectuant un service civique participent également à l'animation de la cafétéria. Quatre travaillent le lundi et mardi et quatre autres le mercredi et jeudi. Ils n'ont pas de formation particulière. Leur activité consiste à « créer du lien social » entre les patients et à mettre en place des ateliers ou des jeux d'équipes (cartes).

Cet espace ouvert aux visiteurs ne dispose pas de toilettes ; il en existe toutefois sur la cour extérieure mais, lors du contrôle, elles étaient condamnées.

4.1.5.3 La bibliothèque.

Il n'existe pas de bibliothèque commune au centre hospitalier. Dans certaines unités de soins, des livres, généralement en petit nombre, et des revues sont à la disposition des patients.

4.1.5.4 L'ergothérapie.

Il n'existe pas de service commun d'ergothérapie.

4.1.5.5 Le service des transports.

Le parc automobile du centre hospitalier est composé de 125 véhicules, tous services confondus. En ce qui concerne les transports sanitaires, six véhicules y sont répertoriés (trois en location et trois en propriété).

La quasi-totalité des transports sanitaires est effectuée par le centre hospitalier.

Quatre fiches réglementent l'organisation des transports :

- « transport des malades en hospitalisation d'office (admission) » ;
- « protocole d'organisation de transfert inter-établissement des HDT » ;
- « protocole d'organisation de transfert inter- établissement des HO » ;
- « fiche de processus d'un transfert d'un HO judiciaire ».

4.1.5.6 Le service culturel.

S'il a pu être relevé l'absence de régularité des activités culturelles ou occupationnelles, l'établissement s'est engagé depuis plus de dix ans dans une importante activité culturelle qui fait l'objet d'une programmation conséquente.

En effet depuis 2001, le centre hospitalier est engagé dans le dispositif culture et santé, initiative interministérielle régie par deux conventions nationales (1999 et 2010) et une convention régionale. Ce dispositif vise à proposer une offre culturelle adaptée à destination des patients et personnels du milieu hospitalier. Chaque année, l'hôpital répond à l'appel à projet commun de la direction régionale des affaires culturelles, de l'agence régionale de santé et du Conseil régional d'Aquitaine qui soutient le dispositif culture et santé et ainsi permet au centre hospitalier Charles-Perrens de s'inscrire dans cette démarche.

Au moment du contrôle, treize ateliers artistiques sont mis en place en jumelage avec des professionnels dans des domaines artistiques variés. En marge de ces ateliers, l'hôpital organise des manifestations pour l'ensemble de la communauté hospitalière, associant soignants et patients.

La démarche culturelle du centre hospitalier s'articule autour des grandes orientations suivantes :

- le centre hospitalier comme territoire culturel, afin d'y proposer une programmation culturelle et développer la commande publique ;
- l'établissement considéré comme espace de création en développant des ateliers de pratiques artistiques ouverts aux patients et aux professionnels, des résidences d'artistes et en recensant les pratiques culturelles ;
- la valorisation du patrimoine du centre hospitalier

Cette démarche est animée par des groupes de réflexions représentatifs des différents corps de métiers œuvrant au sein de l'hôpital sans, par ailleurs, omettre les artistes et les usagers.

L'évolution du budget destiné à la culture se décline ainsi qu'il suit :

- en 2011, des crédits ouverts à hauteur de 45 072 euros des dépenses engagées de 41 852 euros ;
- en 2012, des crédits ouverts à hauteur de 46 870 euros des dépenses engagées de 38 931 euros
- en 2013, des crédits ouverts à hauteur de 4 070 euros.

Dans ces crédits, on peut noter les participations suivantes :

- centre hospitalier : 27 070 euros ;
- direction régionale des affaires culturelles (DRAC) : 6 000 euros ;
- agence régionale de santé (ARS) : 6 000 euros ;
- conseil régional d'Aquitaine : 6 000 euros.

4.2 Le pôle d'évaluation médicale et médicotechnique (EVAMET).

Le pôle transversal d'évaluation médicale et technique (EvaMeT) regroupe, outre le SECOP (cf. paragraphe 3.1.2), le service de médecine générale, la pharmacie, le département d'informatique et, jusqu'au mois d'octobre 2012, le laboratoire d'analyses médicales.

4.2.1 Les soins somatiques.

4.2.1.1 Les soins de médecine générale.

Au centre hospitalier Charles-Perrens, la prise en charge des soins somatiques est centralisée.

Le service de médecine générale comporte 2 ETP de praticien hospitalier en médecine générale et deux internes de médecine générale en effectif théorique. Lors de la visite des contrôleurs, il se composait de :

- un praticien hospitalier à 0,5 ETP qui effectue des consultations de médecine générale en unité d'hospitalisation à temps plein et des consultations de gynécologie dans une salle partagée³⁶ avec le kinésithérapeute ;
- un praticien hospitalier contractuel à temps plein qui partage son temps entre le SECOP (0,5 ETP) et les consultations de médecine générale (0,5 ETP) ;
- un faisant fonction d'interne en médecine générale à temps plein ;
- un praticien hospitalier à temps plein qui met en place l'équipe mobile de gérontopsychiatrie ;
- deux internes de médecine générale.

Les demandes de consultations de médecine générale sont effectuées par téléphone le matin au secrétariat du département d'information médicale (DIM). Aucun espace de consultation dédié à la médecine générale n'a été créé. Les médecins généralistes examinent, dès que leur état le permet, toutes les personnes hospitalisées sans consentement et prennent en charge les problèmes somatiques des patients en hospitalisation libre dans les unités d'hébergement.

Le dossier médical informatisé en soins somatiques et en soins psychiatriques est commun.

Les médecins généralistes font les consultations le matin même de l'admission entre 10h et 14h, dans les unités d'hospitalisation. Les patients ayant été admis *via* le SECOP ont eu un électrocardiogramme et un examen biologique standard.

L'équipe médicale n'effectue pas de dépistage systématique du syndrome métabolique secondaire à la prise de traitements psychotropes.

Les campagnes de vaccination contre la grippe saisonnière sont régulièrement pratiquées.

4.2.1.2 Les consultations de spécialité.

Les examens biologiques ont été externalisés au centre hospitalo-universitaire Pellegrin en octobre 2012.

Une convention a été établie entre une clinique mutualiste, le pavillon de la mutualité et le centre hospitalier Charles-Perrens pour les consultations de spécialité, à l'exception des consultations d'urologie, de chirurgie vasculaire, de stomatologie, de chirurgie générale et de gynécologie chirurgicale qui se tiennent au centre hospitalier universitaire (CHU).

Le centre hospitalier n'est pas équipé d'un fauteuil dentaire. Les médecins rencontrés par les contrôleurs ont précisé que les patients étant démunis et désinsérés socialement, leur état

³⁶ Cette salle est équipée d'une table de gynécologie et d'un colposcope.

dentaire était souvent dégradé. Les soins dentaires se déroulent au centre mutualiste, avec un délai d'un mois pour les rendez-vous programmés. Pour les urgences odontologiques, les patients sont adressés au centre hospitalier universitaire.

Seule une consultation de neurologie a lieu sur le site du centre hospitalier Charles-Perrens. Le neurologue effectue également l'interprétation des électroencéphalogrammes.

4.2.1.3 Les examens para cliniques.

Une convention a également été passée entre la clinique mutualiste, le pavillon de la mutualité et le centre hospitalier Charles-Perrens pour les actes d'imagerie.

Les rendez-vous demandés par les médecins généralistes sont rapidement honorés. Les patients sont accompagnés par un véhicule du centre hospitalier Charles-Perrens jusqu'à l'établissement où sera effectué l'examen. Il n'a pas été rapporté de difficultés particulières.

4.2.2 La continuité des soins.

Dans chaque pôle, un tableau de garde du samedi matin, pour les unités d'hospitalisation, est constitué. Il s'agit de temps additionnel.

Les gardes sont assurées du lundi au vendredi par :

- un psychiatre senior de l'établissement de 18h à 9h, au SECOP ;
- un interne en psychiatrie de 18h à 9h, pour les patients hospitalisés ;
- un interne en psychiatrie de 18h à 9h, pour le SECOP ;
- un étudiant en médecine au SECOP.

Les gardes de fin de semaine débutent le samedi à 13h jusqu'au lundi 9h.

En 2011, le nombre total de gardes effectuées par les internes était de 732 et de 366 jours par les praticiens.

Un groupe de travail pluridisciplinaire, piloté par la pharmacie, a mis en place une composition unique des sacs d'urgence. Chaque unité d'hospitalisation est équipée, en principe, outre d'un sac d'urgence, d'un appareil à électrocardiogramme, d'un aspirateur de mucosité et d'un saturimètre³⁷. Il a été noté par les contrôleurs que des unités du pôle « 3-4-7 » ne disposaient pas toutes d'aspirateur de mucosité. L'argument évoqué était que les appareils à aspiration peuvent parfois aggraver les fausses routes.

L'établissement est équipé de quatorze défibrillateurs semi-automatiques. Un plan de positionnement des défibrillateurs est disponible sur le site intranet de l'hôpital.

4.2.3 La pharmacie.

La pharmacie, d'une surface de 300 m², occupe le rez-de-chaussée d'un bâtiment comportant deux niveaux. Ce bâtiment est situé à proximité de la chapelle. Le premier étage était occupé jusqu'en octobre 2012 par les locaux du laboratoire de biologie.

³⁷ Appareil permettant la mesure de la saturation en oxygène du sang capillaire.

4.2.3.1 Les locaux.

Après avoir franchi quelques marches, on entre dans un hall de 34 m². Un guichet, situé en face de la porte d'entrée, permet au personnel de la pharmacie de dispenser des médicaments et dispositifs médicaux.

Une porte, sur le mur de gauche, donne accès à la zone administrative qui comporte :

- un bureau du pharmacien chef de service d'une surface de 17 m² ;
- un bureau pour le praticien hospitalier en pharmacie, de 13 m² ;
- un secrétariat de 15 m² ;
- une salle de réunion de 14 m² ;
- un bureau pour les internes et les externes de 17 m²,
- un local de détente de 16 m² ;
- un local de vestiaire avec sanitaires pour le personnel d'une surface de 10 m².

Les locaux de préparation et de stockage des médicaments sont subdivisés en cinq zones :

- une zone de dispensation des médicaments lors des réapprovisionnements quotidiens, de 34 m², où sont déposées les caisses en attente de départ vers les services ;
- une zone de réception des caisses vides, en retour de service, de 10 m² ;
- une salle de dispensation globale des médicaments, équipée de trois stockeurs automatiques³⁸, de 87 m² ;
- une salle réservée aux médicaments en essai clinique, de 9 m² ;
- une salle de préparation magistrale, de 16 m².

Au sous-sol, communiquant par un escalier intérieur, se trouve une zone de stockage pour matériel médical à usage unique d'une surface de 200 m².

4.2.3.2 Les personnels.

Les personnels non médicaux comportent :

- 0,2 ETP de cadre médicotechnique ;
- 5,5 ETP de préparateurs en pharmacie ;
- un ETP d'agent de service hospitalier ;
- trois ETP d'ouvriers professionnels qualifiés (OPQ) qui assurent les transports et les fonctions de magasiniers.

Les préparateurs en pharmacie travaillent huit heures en horaires décalés : de 8h à 16h, de 9h à 17h, de 10h à 18h.

Le personnel pharmacien comporte :

- 2 ETP de praticien hospitalier ;
- un ETP d'assistant ;
- deux internes en pharmacie ;
- deux étudiants en pharmacie.

La pharmacie est ouverte de 8h à 18h du lundi au vendredi et de 9h à 13h le samedi. Les praticiens sont présents de l'ouverture à la fermeture de la pharmacie.

³⁸ Un stockeur automatique est un dispositif robotisé permettant une préparation automatisée des médicaments.

4.2.3.3 L'activité de la pharmacie.

A. Circuit du médicament.

Depuis de nombreuses années, les ordonnances présentées à la pharmacie sont nominatives. Plus récemment, la prescription s'est informatisée pour la totalité des pôles, à l'exception du pôle d'addictologie. Le livret du médicament³⁹ du centre hospitalier est en cours d'actualisation.

L'analyse de 100 % des ordonnances est assurée une fois par semaine.

La délivrance est globalisée par unité à l'exception de la maison d'accueil spécialisée, de l'unité de réhabilitation psycho-sociale (délivrance hebdomadaire) et de l'unité mère-enfant (délivrance journalière).

Les unités d'hospitalisation disposent d'une dotation de service. Celle-ci est mise à jour deux fois par un an par un préparateur en pharmacie référent. Un infirmier de l'unité, référent de la pharmacie, participe quatre fois par an à une réunion d'information animée par le pharmacien chef de service.

Les infirmiers effectuent les commandes et les médicaments sont livrés deux fois par semaine. Ils peuvent venir se réapprovisionner en dépannage si nécessaire. Les unités ne sont pas dotées de stupéfiants.

B. Les traitements de substitution.

Outre le pôle d'addictologie, les traitements de substitution aux opiacés sont peu prescrits. Le 14 mars 2013, cinq patients hospitalisés étaient sous buprénorphine haut dosage et six patients sous méthadone.

Les traitements de substitution nicotinique sont disponibles pour les patients et pour les personnels. Il a été précisé aux contrôleurs que les patients sous contention physique sont systématiquement substitués.

C. Les autres activités.

Les appareils biomédicaux : les pôles sont équipés des différents appareils biomédicaux. Il existe cependant des appareils disponibles à la pharmacie : appareils électrocardiogramme, appareils à aérosol, appareils à saturation d'oxygène, appareils à aspiration.

Le matériel de kinésithérapie : déambulateurs, cannes anglaises sont également entreposés à la pharmacie.

Le matériel non stérile : certains produits non stériles sont entreposés au magasin de l'hôpital ; d'autres, comme les gants à usage unique ou les masques de protection respiratoire de type FFP2⁴⁰ sont stockés à la pharmacie.

³⁹ Le livret du médicament regroupe l'ensemble des médicaments disponibles sur le CH CP.

⁴⁰ Masques de protection respiratoire utilisés en cas de pandémie grippale.

4.2.3.4 La participation aux instances.

Les pharmaciens siègent au comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), au comité de lutte contre la douleur (CLUD), au comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN), au comité du médicament (CMDMS) et au comité des antibiotiques⁴¹.

4.2.4 La biologie.

Les examens de biologie ne sont plus pratiqués sur le site du CH Charles-Perrens depuis octobre 2012. Après quelques jours de flottement qui ont suivi la bascule du fonctionnement, il n'a pas été rapporté de difficultés majeures.

La pharmacie gère les stocks de tubes de prélèvement, d'aiguilles et de container à aiguilles et les bons de biologie.

Les infirmiers procèdent aux prélèvements, identifiés par des étiquettes porteuses de codes-barres, qui sont ramassés sous triple emballage par un ouvrier professionnel qualifié de la pharmacie. Ils sont ensuite apportés au centre hospitalo-universitaire voisin où les analyses sont effectuées.

La transmission des résultats se fait par intranet sans difficulté particulière.

4.2.5 La kinésithérapie.

L'établissement hospitalier dispose d'un équivalent temps plein de kinésithérapeute pour la totalité de l'établissement⁴².

Aucun temps spécifique n'est attribué aux unités de réhabilitation psychosociale ou de gérontopsychiatrie.

Au cours de l'année 2012, 1 702 patients ont été reçus par le kinésithérapeute, pour un soin d'une durée de 30 minutes. La première séance a lieu dans la chambre du patient ; les suivantes, dans la mesure du possible, se déroulent dans le local de kinésithérapie situé à proximité de la cafétéria.

Une activité collective de marche nordique⁴³, pour les patients, se pratique dans le parc à partir de début avril.

Le kinésithérapeute assure également des actions de prévention des risques liés à l'activité physique (PRAPS) pour le personnel sanitaire, en collaboration avec une infirmière (à temps plein) et un ergothérapeute (à temps partiel).

4.2.6 Le département d'information médicale.

Le département d'information médicale (DIM) est intégré au pôle d'évaluation médicale et technique (EvaMeT) ; au cours de l'année 2012, il a été l'objet d'un remaniement important avec le déploiement du logiciel "Hôpital Manager" (HM) et la saisie des actes dans les services.

⁴¹ Une fiche de protocoles d'antibiothérapie était en cours de validation lors de la visite des contrôleurs.

⁴² Le kinésithérapeute se rend deux demi-journées par semaine à l'unité de géronto-psychiatrie située à Pessac.

⁴³ Le kinésithérapeute a suivi une formation spécifique à ce titre.

En 2013, le DIM comprend :

- un ETP de praticien hospitalier ;
- 2,7 ETP de personnel administratif ;
- un ETP de cadre supérieur de santé pour le pôle EVAMET ;
- deux ETP de technicien supérieur hospitalier.

4.3 L'hospitalisation à temps plein.

4.3.1 Le pôle « Arcachon – Médoc » (PAM).

Le pôle "Arcachon-Médoc" regroupe le bassin de population du secteur 33 G01 (Médoc) et 33 G02 (Bassin d'Arcachon) ce qui correspond à une population de 226 698 habitants.

Selon les données du « baromètre mensuel de l'activité d'hospitalisation » de décembre 2012, le taux d'occupation y est élevé et la durée moyenne de séjour varie selon les unités :

	Durée moyenne de séjour (DMS – en jours)			Taux d'occupation en 2012
	2011	2012	Ecart	
PAM				99,6 %
Morel	24,7	32,6	+7,9	96,1 %
Falret	24,9	23,8	-1,1	101,6 %
<i>Admission</i>	<i>24,8</i>	<i>27,4</i>	<i>+2,6</i>	
Bazin	44,8	50,7	+5,8	98,3 %
Foville	89,9	126,2	+36,3	102,1 %
<i>Réhabilitation</i>	<i>36,4</i>	<i>76,6</i>	<i>+13,1</i>	

4.3.1.1 L'unité Morel.

L'unité est une unité d'admission du pôle.

Les patients sont logés dans un bâtiment comprenant un rez-de-chaussée et un étage.

A. Présentation générale.

Au rez-de-chaussée, en face de la porte d'entrée principale, qui reste ouverte, se trouve le hall d'accueil totalement vitré donnant accès à un local réservé aux personnels soignants. Les patients ou les visiteurs se manifestent en frappant à la porte de ce bureau qui est généralement fermé.

Après le hall d'accueil, on accède à un couloir sur la gauche. Il mène à un espace réservé aux sept chambres qui se répartissent en cinq à un lit et deux à deux lits. Une salle de bain équipée d'une baignoire et une salle de douche sont à la disposition des patients.

Une chambre type, tant au rez-de-chaussée qu'à l'étage, peut se présenter de la façon suivante :

- un lit d'une personne, mobile ;
- une table de chevet fixée au mur ;
- une étagère fixée au mur ;
- une armoire fermant à clef ;
- un fauteuil.

La superficie est de l'ordre de 10 m², à laquelle il convient d'y ajouter un coin toilette de moins de 1 m² pouvant être fermé par une porte. On y trouve un lavabo, avec eau chaude et froide, surmonté d'un miroir et un wc.

Toutes les chambres disposent d'une porte qu'il est possible de fermer à clef de l'intérieur ; elles sont également dotées de fenêtres dont l'ouverture est sécurisée. Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur ajoute : « aucun patient ne possède une clé de sa chambre. Seuls, les soignants en sont détenteurs. Les patients bénéficient juste de la clé de leur placard, dans lequel se trouvent leurs effets personnels ».

En prenant le couloir de droite après le hall d'accueil, face à ce dernier, se situe la **chambre d'isolement**. L'accès à cette chambre s'effectue en pénétrant dans un sas. La chambre, de 8,7 m², est équipée d'un lit fixé au sol et d'un wc à l'anglaise dans un coin. Une large fenêtre (0,85 m sur 1,80 m), totalement opacifiée, assure un éclairage naturel. Une caméra est fixée dans un angle supérieur : elle permet la surveillance constante du patient. De nombreuses inscriptions sont présentes sur les murs.

La porte entre le sas et la chambre est équipée d'une vitre permettant une vision sur l'intérieur.

Se succèdent ensuite deux bureaux de consultations, celui du cadre de santé et une salle de soins infirmiers intégrant la pharmacie.

Après ces locaux, on accède à une salle commune, peu éclairée naturellement malgré la présence d'une fenêtre et d'une porte fenêtre : un éclairage artificiel y est nécessaire.

L'équipement de cette salle est le suivant :

- un téléviseur ;
- seize fauteuils ;
- deux tables basses ;
- une table ronde pouvant accueillir quatre à six personnes.

Des jeux de société y sont à la disposition des patients.

En suivant le couloir qui part du hall d'accueil, sur la gauche, un local de détente est réservé aux personnels, tandis qu'en face, une autre salle, plus petite, est à disposition des patients. Cette dernière bénéficie d'un bon éclairage naturel, une porte fenêtre donnant sur la cour ; son équipement est le suivant :

- un téléviseur ;
- une petite bibliothèque équipée de divers livres ;
- une table ronde pouvant accueillir quatre à six personnes ;
- huit fauteuils.

Immédiatement après cette salle, une pièce fermée à clef est destinée à recevoir des réunions et des activités de groupes. Elle bénéficie d'un bon éclairage naturel avec des éléments vitrés donnant sur la cour.

Son équipement en tables et chaises permet l'accueil d'environ une vingtaine de personnes. Malgré une absence de décoration, cette salle est chaleureuse par le choix des mobiliers et des couleurs.

Au fond du couloir, se trouve la salle de restauration ; avant d'y entrer, des sanitaires équipés de lavabos, avec du savon et des serviettes en papier, sont à disposition. Des wc y font face. Une fontaine à eau est en place.

La salle de restauration est éclairée par deux baies vitrées, donnant une vue sur l'extérieur. Elle est meublée de sept tables de quatre personnes. Les patients sont servis par les agents du service hospitalier (ASH) et les personnels soignants. Lors du passage des contrôleurs, le repas se déroulait calmement ; l'ambiance et les contacts étaient chaleureux.

A l'étage, se trouvent exclusivement des chambres et des sanitaires. On dénombre seize chambres d'une personne, une salle de bain avec baignoire et trois douches. Des wc privatifs sont installés dans chaque chambre.

Des locaux techniques (lingerie, rangements) sont à disposition des personnels. Une chambre de veille se trouve également à cet étage, face à l'escalier.

Les chambres sont disposées de part et d'autre d'un couloir faisant la totalité de la longueur du bâtiment.

Ainsi, au total, l'unité compte vingt-et-une chambres à un lit et deux chambres à 2 lits ; quatre douches et deux salles de bains avec baignoire sont à disposition. Des wc privatifs se trouvent dans les chambres. D'autres sanitaires sont à disposition au rez-de-chaussée.

B. Les patients.

Lors du contrôle, la situation était la suivante :

- vingt-six patients étaient hospitalisés (quatorze hommes et douze femmes) ;
- un patient en hospitalisation libre occupait la chambre d'isolement faute de place ;
- deux hommes étaient en ASPRE ;
- cinq femmes et un homme étaient en ASPDT ;
- la plus longue hospitalisation libre est de dix-huit mois ;
- la plus longue hospitalisation en ASPDRE est de dix mois ;
- la plus longue hospitalisation en ASPDT est d'un mois et demi ;
- le patient le plus âgé avait 63 ans et le plus jeune, 25 ans.

C. Les personnels.

L'équipe des personnels qui compose cette unité se décline ainsi qu'il suit :

- quatre médecins psychiatres ;
- un médecin généraliste ;
- un cadre de santé ;
- dix-sept infirmiers(ères) ;
- trois aides-soignants ;
- cinq agents de service hospitalier.

D. Le fonctionnement.

Un règlement sur les conditions de séjour est à la disposition des patients à l'affichage dans la grande salle de télévision ; il précise les accès et les règles de vie dans les locaux mis à disposition, ainsi que les différents horaires rythmant la journée, du lever, à 8h, au retour en chambre, à 23h. Le règlement définit également les horaires de visites, les autorisations d'absences, les horaires d'ouverture des douches. Il comporte des dispositions sur les traitements, l'usage du tabac, les moyens de communication, la gestion et la détention d'argent, les services proposés par l'hôpital, les sorties, les réclamations et les plaintes.

Il a été indiqué aux contrôleurs que les patients pouvaient participer à trois activités principales à savoir :

- un groupe de parole dirigé par un psychologue, auquel assiste un personnel soignant ;
- un groupe de musicothérapie ;
- des activités culturelles programmées par le service culture du centre hospitalier.

L'ensemble des patients hospitalisés sous contrainte ont été rencontrés lors du contrôle. Ils n'ont pas soulevé de problème lié à leurs droits. Certains patients se plaignent cependant du manque d'activités, sans pour autant être en mesure de demander autre chose.

A trois reprises, des patients se sont plaints d'une « attitude » un peu trop brusque de la part d'une soignante. Selon les informations recueillies, l'équipe est attentive à ces faits.

D'une façon générale, une ambiance sereine se dégage dans les relations entre patients et entre patients et soignants.

Aucun patient n'est en pyjama.

Il convient de signaler, enfin, qu'une cour, totalement ouverte sur le domaine du centre hospitalier, est à disposition des patients, libres ou sous contrainte. Ce mode de gestion de sortie du bâtiment ne semble pas favoriser les fugues.

Cette cour est équipée de quelques fauteuils et tables de jardin et d'une table de ping-pong.

Une verrière longe le bâtiment et permet de se tenir à l'abri en cas de pluie.

4.3.1.2 L'unité Falret.

A. La présentation générale.

L'unité Falret est une unité d'admission du pôle ; elle était initialement celle du secteur 33 G02.

Elle est composée d'un bâtiment de type « R+1+combles » et d'une cour.

L'accès au bâtiment nécessite de passer par la cour, un portail permettant d'y entrer. La porte d'entrée du bâtiment (qui donne sur la cour) et le portail de la cour (qui débouche sur une allée de l'emprise du centre hospitalier) sont ouverts durant la journée. L'unité reçoit aussi bien des patients en hospitalisation libre que d'autres placés sous contrainte.

Il a été indiqué que cette situation n'avait pas entraîné plus de fugues qu'il n'y en avait eu lorsque les portes étaient fermées. Lors de la visite, les contrôleurs ont constaté qu'une patiente

en ASPDRE a franchi le portail de la cour et que l'information a été très rapidement transmise aux soignants par un autre patient, lequel connaissait le statut de celle-ci et son interdiction de sortir ; des soignants sont partis immédiatement la chercher et l'ont rapidement ramenée dans l'unité.

Cette unité dispose de dix-neuf chambres individuelles et de trois chambres à deux lits (soit vingt-cinq lits) ainsi que d'une chambre d'isolement.

B. Les locaux.

Présentation générale

Dès l'entrée dans le bâtiment, se situe le bureau des infirmiers. Dans le hall, un tableau d'affichage est rempli de nombreux documents fournissant des informations variées :

- la « charte de l'utilisateur de santé mentale » ;
- des horaires (repas, douches, retrait des rasoirs et des nécessaires de toilettes, bons de retrait à la trésorerie, entretien des chambres, visites, appels téléphoniques, messes, fermeture du portail, ...)
- la possibilité de consulter la liste des avocats du barreau de Bordeaux au bureau du cadre de santé ;
- la désignation de la personne de confiance ;
- le vote par procuration ;
- les modalités de saisine de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge ;
- les modalités d'accès au dossier médical ;
- un rappel sur les questionnaires de sortie.

Au rez-de-chaussée, se trouvent :

- à droite de l'entrée, le long du couloir, la salle de soins, la chambre d'isolement, trois bureaux médicaux, le bureau de la cadre de santé, l'office réservé aux personnels, une salle de télévision, une salle d'activités, une bibliothèque, un espace de détente, la salle à manger avec son office ;
- à gauche de l'entrée, le long du même couloir, sept chambres individuelles, une salle de bains, une salle de douche, une lingerie et un local servant au rangement des matériels de nettoyage.

Au premier étage, de part et d'autre d'un palier central où débouche l'escalier, sont installées douze chambres individuelles et trois chambres doubles ainsi qu'une salle de bains et trois salles de douche.

Des locaux différents sont réservés, l'un, aux matériels de nettoyage servant aux ASH, l'autre, au linge propre, et un dernier, au linge sale.

Une salle de réunion, la lingerie, le stockage des produits alimentaires secs (biscottes, confiture, sucre, ...) sont situés **au deuxième étage**, dont l'accès est limité aux seuls personnels soignants ou agents du service hospitalier.

Un ascenseur, dont l'accès est contrôlé, dessert les différents étages.

Les chambres individuelles.

Les dix-neuf chambres individuelles sont toutes de conceptions identiques ; seule la superficie varie (entre 9 m² et 11 m², salle d'eau incluse). Les contrôleurs ont plus particulièrement examiné la chambre n°6.

Accessible du couloir par une porte pleine de 0,90 m de large, cette chambre mesure 3,25 m de long et 2,80 m de large (soit 9,10 m²). Une fenêtre vitrée, de 1,80 m de hauteur de 0,80 m de largeur, laisse pénétrer la lumière naturelle. Une fenêtre d'aération, de même hauteur mais de 0,15 m de large, est située sur le côté.

Dans cette pièce, située au rez-de-chaussée, les vitres sont protégées par un film occultant, permettant de voir à l'extérieur mais évitant qu'une personne placée dehors puisse voir l'intérieur de la chambre. Les volets roulants sont commandés par une tringle.

Le lit, de 2,10 m de long et de 0,90 m de large, est installé près de la fenêtre.



Une table, de 1,85 m de long et de 0,58 m de large, est fixée au mur opposé à la fenêtre. Une chaise se trouve à proximité.

Des étagères sont scellées au mur, dans un angle de la pièce.

Un placard fermé à clé (de 2,10 m de haut, de 0,55 m de largeur et de 0,60 m de profondeur) est composé de deux étagères et d'une penderie. Il a été indiqué que, malgré la serrure, des vols étaient parfois perpétrés, sans effraction, profitant d'un oubli de fermeture à clé.

Un radiateur assure le chauffage.

Une gaine technique, fixée horizontalement à un mur, regroupe un éclairage, des prises électriques et une prise pour l'oxygène. Un détecteur de fumée est fixé au plafond. La pièce n'est équipée ni d'un bouton d'appel ni d'un interphone.

Le sol est carrelé et les murs peints.

La salle d'eau attenante, de 1,75 m de long et de 0,85 m de large (soit 1,50 m²), est fermée par une porte pleine. Elle est équipée d'un wc à l'anglaise en faïence blanche, sans abattant ni couvercle ; un bouton poussoir sert à actionner la chasse d'eau ; un rouleau de papier hygiénique

est posé près de la cuvette. Un lavabo avec un mitigeur, surmonté d'un miroir, est placé sur le côté opposé au wc ; un porte serviette est fixé au mur.

Dans une chambre, un patient disposait d'un écran, d'un lecteur de DVD et de différents DVD.

Aucune décoration n'égaie les différentes chambres visitées.

Les chambres à deux lits.

Les trois chambres à deux lits, toutes de conception identique, sont situées au premier étage. Leur superficie varie entre 17 m² et 20 m² (salle d'eau incluse). Les contrôleurs ont plus particulièrement examiné la chambre n°109.

La pièce mesure 5,30 m de long et 2,85 m de large (soit 15,10 m²). La conception est similaire à celle des chambres individuelles. Elle bénéficie de deux fenêtres avec des volets roulants, de deux placards et d'une gaine technique au-dessus de chaque lit. La table, de même largeur, est plus courte que celle des autres chambres : 1,30 m de long.

Dans cette chambre, un poste de radio était posé près d'un lit.

La salle d'eau, de 2,50 m de long et de 1,10 m de large (soit 2,75 m²), est équipée d'un wc et de deux lavabos surmontés d'un miroir, ce qui permet à chaque patient de disposer de son propre lavabo.

La chambre d'isolement.

La chambre d'isolement, située près du bureau des infirmiers, est accessible par une porte pleine de 0,80 m de largeur, qui donne sur un sas.

Celui-ci, de 3,70 m de long et de 1,25 m de large (soit 4,62 m²), bénéficie de deux accès : l'un par la porte précitée, l'autre par une autre porte vitrée (mais opaque) donnant dans la cour de l'unité Foville.

Dans la chambre, un lavabo (de 0,32 m sur 0,50 m) avec un robinet mitigeur, un distributeur de papier essuie-main et un distributeur de savon liquide (vide) sont fixés au mur. Les robinets d'alimentation de la douche (cf. *infra*) sont placés à proximité.

Un détecteur de fumée et un luminaire sont installés au plafond.

Une porte de 0,80 m de large donne accès à la chambre d'isolement. La vitre de l'oculus (de 0,82 m de diamètre) est fêlée.

Cette pièce, de 2,80 m de long et de 2,58 m de large (soit 7,22 m²), au sol carrelé et aux murs peints, est équipée d'un lit fixé au sol. Des draps, un oreiller et un couvre-lit sont installés sur le matelas.

Un wc en faïence blanche, sans abattant ni couvercle, est implanté près du lit. Un bouton poussoir sert à actionner la chasse d'eau. Un rouleau de papier hygiénique et une balayette sont posés à proximité.

Une douche à l'italienne, avec un pommeau fixe, est située dans un angle de la chambre. Les robinets, qui se trouvent dans le sas, ne peuvent être actionnés que par les soignants.

Un détecteur de fumée et des lampes sont installés au plafond, dans des cavités, sans autre dispositif de protection. Les commandes de l'éclairage sont installées dans le sas, près de la porte d'entrée de la chambre.

Une fenêtre, identique à celles des chambres ordinaires, donne sur la cour de l'unité Foville. Les contrôleurs se sont assurés que le film posé dessus garantissait une protection suffisante pour éviter que la personne placée à l'isolement (sous contention) puisse être vue par les patients de l'unité voisine, y compris lorsque la lumière de la chambre était allumée.

Les volets roulants de cette chambre, à la différence des autres, sont commandés électriquement ; l'interrupteur se trouve dans le sas, près de la porte d'entrée de la chambre.

Contrairement à ce qui a été observé dans d'autres unités (cf. paragraphe 4.4.2), aucune caméra n'est installée dans cette chambre d'isolement. Des soignants ont indiqué le regretter. Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur du centre hospitalier indique qu'un tel équipement a été demandé.

La salle de douche.

Les différentes salles de douches sont de conceptions identiques. Les contrôleurs en ont examiné plus particulièrement une, située au premier étage.

De 2 m de long et de 1,30 m de large (soit 2,60 m²), elle est fermée par une porte pleine, équipée d'un loquet intérieur. Le sol et les murs sont carrelés. Aucune ouverture ne donne sur l'extérieur.

La douche, avec un bac, est équipée d'un pommeau fixe et d'un mitigeur. Entre la porte et le bac de douche, un muret en béton peut servir à déposer des objets. Un porte-serviette est fixé au mur mais aucune patère n'est installée dans la pièce.

La salle de bains.

La salle de bains, de 7 m², est équipée d'une baignoire, d'un lavabo avec mitigeur et d'une chaise. Une fenêtre donne sur l'extérieur.

La porte d'entrée, pleine, est munie d'un loquet intérieur.

C. Les personnels.

Deux psychiatres à temps plein et un troisième à mi-temps⁴⁴ travaillent au profit du secteur. L'un d'eux, rencontré par les contrôleurs, a indiqué qu'il consacrait une journée par semaine à des consultations à Arcachon et les autres jours à l'hôpital à Bordeaux.

Selon les informations recueillies, les psychiatres ne sont pas présents à des horaires fixes, recevant même, parfois, des patients à l'heure du repas.

Une cadre de santé, dix-sept infirmiers (onze femmes et six hommes), deux aides-soignantes et cinq agents des services hospitaliers (ASH) sont affectés à cette unité. Cette équipe, stable, compte huit anciens infirmiers psychiatriques.

Le service est effectué par trois équipes de quatre à cinq soignants de jour et la nuit de deux professionnels, selon le rythme suivant :

⁴⁴ Ce médecin consacre l'autre mi-temps au SECOP.

- de 6h30 à 14h30 : trois infirmiers si possible (au minimum deux) et un aide-soignant ;
- de 14h à 22h : trois infirmiers si possible (au minimum deux) et un aide-soignant ;
- de 21h45 à 6h45 : un infirmier et un aide-soignant ou deux infirmiers.

Deux infirmiers n'assurent que des services de nuit et sept autres soignants prennent des services de jour et de nuit. Une rotation est prévue tous les deux ans.

Par ailleurs, deux stagiaires psychologues sont présents chaque matin pour animer un atelier de lecture ou d'écriture.

D. Les patients.

Selon les informations recueillies, les personnes en ASPDRE et ASPDT sont accueillies dans l'unité de leur secteur de rattachement, sauf impossibilité. En revanche, les personnes en hospitalisation libre sont hospitalisées indifféremment dans l'une ou l'autre des deux unités d'admission, sauf demande particulière.

Le 13 mars 2013, l'unité Falret accueillait vingt-six patients (dix femmes et seize hommes) : tous les lits, y compris de celui de la chambre d'isolement, étaient occupés. Faute de place suffisante, la dernière personne arrivée était hébergée dans la chambre d'isolement, utilisée alors comme une chambre ordinaire.

Parmi les patients, six (quatre femmes et deux hommes) étaient admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (ASPDRE) et quatre (deux femmes et deux hommes) l'étaient sur demande d'un tiers.

Le plus âgé avait 62 ans et le plus jeune, 21 ans.

Les durées d'hospitalisation les plus longues étaient :

- pour les personnes en hospitalisation libre : huit mois ;
- pour les personnes placées sous contrainte : onze mois.

Le 14 mars 2013, trois personnes ont quitté l'établissement : la patiente installée dans la chambre d'isolement a rejoint une chambre ordinaire ; les deux autres lits ont été de nouveau occupés dans la journée par deux personnes (dont l'une dépendait d'un autre pôle). Ce jour-là, à 17h30, vingt-cinq personnes étaient hospitalisées dans l'unité Falret : quatorze en hospitalisation libre, cinq en ASPDT et six en ASPDRE. Toutes les places étaient occupées et personne n'était affecté dans la chambre d'isolement.

E. L'admission dans le bâtiment.

Le 14 mars 2013, à 17h30 puis à 17h40, les contrôleurs ont assisté à l'arrivée de deux patients qui s'étaient spontanément présentés au SECOP pour être soignés.

Les deux admissions se sont déroulées de la même manière.

Le patient a été accompagné jusqu'à l'unité par des soignants du SECOP et pris en charge par un infirmier, dès son arrivée. Il a été indiqué qu'un soignant de l'unité se rend au SECOP et participe à l'accompagnement lorsque l'arrivant est placé en ASPDRE ou ASPDT ; dans d'autres cas, lors d'arrivées directes sans passage par le SECOP, les patients sont conduits à l'unité par la gendarmerie, la police ou les pompiers.

L'identité de la personne est vérifiée et ses affaires contrôlées (sans déshabillage ni fouille) dans le bureau des infirmiers : les documents d'identité, les clés, les bijoux sont retirés. Ils sont ensuite placés en sécurité dans le coffre de l'unité.

Les deux hommes sont arrivés sans autre vêtement que ceux qu'ils portaient ; l'un d'eux a téléphoné à un membre de sa famille pour qu'il lui amène du linge. Une bouteille d'eau de 1,5 litre lui a été fournie⁴⁵.

Un examen de santé été effectué par un infirmier dans la salle de soins ; les constantes sont prises.

Une discussion s'est engagée entre les soignants présents pour le choix des chambres car deux étaient disponibles (hors chambre d'isolement) : l'une, individuelle, au rez-de-chaussée ; l'autre, à deux lits, au premier étage. Le choix a été fait de placer celui présentant la plus grande sensibilité au rez-de-chaussée, à faible distance du bureau des infirmiers.

Dans ce bureau, les infirmiers disposent d'un tableau blanc sur lequel sont répertoriées toutes les chambres. Ils y indiquent le nom de l'occupant, son statut et diverses informations (droit de téléphoner, de sortir, de recevoir des visites, ...). Les contrôleurs ont observé que ces informations étaient toujours protégées par deux panneaux se repliant sur la partie centrale du tableau.

Un soignant a ensuite fait visiter l'unité à l'arrivant, lui montrant les différents lieux (salle à manger, salle de télévision, ...) et lui expliquant les règles de fonctionnement de l'unité, notamment les horaires. Il l'a également accompagné jusqu'à sa chambre.

Le livret d'accueil du centre hospitalier lui a été remis. Un nombre important de ces documents sont rangés dans des casiers du bureau des infirmiers.

Les deux hommes ont été reçus individuellement par un psychiatre environ une demi-heure après leur arrivée. À l'issue de l'entretien, le praticien a défini, notamment, les différentes consignes : accès au téléphone, visites, ...

Il a été précisé que, parfois, des personnes en ASPDRE ou ASPDT étaient mises en pyjama durant quelques jours, sur prescription médicale, mais que cela était très rare. À la date de la visite, aucun patient n'était dans cette situation. Certains patients revêtent parfois un pyjama en raison d'un manque de vêtement, a-t-il été ajouté. Les soignants se sont organisés pour récupérer des vêtements mais ce stock est limité et ne correspond pas toujours aux besoins.

Selon les informations recueillies, les notifications devant être faites lors de l'admission des patients en ASPDRE ou ASPDT ne le sont pas à l'arrivée car la personne est alors en crise ; elles sont effectuées « dès que possible » a-t-il été indiqué. Certains patients refusent de signer car ils craignent que cela ne constitue l'acceptation de leur placement sous contrainte.

Les contrôleurs ont ainsi examiné les documents en instance de notification, rangés dans un casier « à faire signer ». Huit dossiers concernant cinq personnes étaient ainsi en attente de signature :

⁴⁵ Ensuite, durant le séjour, une bouteille d'eau est remise à chacun, chaque semaine. Elle peut également être remplie à la fontaine à eau située près de la salle à manger.

- pour une première personne placée en ASPDT « urgence », il contenait la décision de placement du 21 février 2013, le certificat de 24 heures, le certificat de 72 heures et la décision de maintien ; l'imprimé de notification, daté du 26 février 2013, n'était pas signé par la patiente qui refusait de signer ; l'imprimé allait être retourné à la direction des usagers ;
- pour une deuxième, en ASPDRE, il contenait un certificat de situation mensuelle du 26 février 2013, la décision de maintien en soins psychiatriques avec programme de soins, datée du 22 février 2013 et un arrêté de maintien du préfet de la Gironde du 27 février 2013 ; l'imprimé de notification, daté du 26 février 2013, n'était pas signé ;
- pour une troisième personne placée en ASPDT « urgence » :
 - un premier dossier contenait la décision de placement du 27 février 2013, le certificat d'admission, le certificat de 24 heures, le certificat de 72 heures et la décision du directeur du centre hospitalier de maintien du 2 mars 2013 ; l'imprimé de la notification, daté du 5 mars 2013, n'était pas signé ;
 - un second dossier contenait le certificat de situation entre le 5^{ème} et le 8^{ème} jour, daté du 6 mars 2013, soit le dernier jour utile, et la décision du directeur du centre hospitalier de maintien sous forme d'une hospitalisation complète, datée du 6 mars 2013 ; l'imprimé de la notification, daté du 7 mars 2013, (soit le neuvième jour) n'était pas signé ;
- pour une quatrième personne placée en ASPDT :
 - un premier dossier contenait la décision d'admission en soins psychiatriques sur demande d'un tiers en urgence, datée du 21 février 2013, le certificat d'admission, le certificat de 24 heures, le certificat de 72 heures et la décision du directeur du centre hospitalier de maintien du 23 février 2013 ; l'imprimé de la notification, daté du 26 février 2013, n'était pas signé ;
 - un deuxième dossier contenait un certificat de prise en charge autre qu'une hospitalisation complète assorti d'un programme de soins, daté du 21 février 2013, et un programme de soins (sorties quotidiennes aux alentours du centre hospitalier Charles-Perrens durant deux heures le matin et deux heures l'après-midi), daté du 1^{er} mars 2013 ; l'imprimé de notification, daté du 5 mars 2013, n'était pas signé ;
 - un troisième dossier contenait un certificat de prise en charge autre qu'une hospitalisation complète assortie d'un programme de soins, daté du 4 mars 2013, un programme de soins indiquant un retour au domicile du lundi 4 mars 2013 à 14h au mardi 5 mars 2013 à 18h, une décision de maintien en soins psychiatriques du directeur du centre hospitalier, datée du 4 mars 2013, une information sur les droits datée du 6 mars 2013 et signée par le patient ; l'imprimé de notification de la décision du directeur, daté du 6 mars 2013, n'était pas signé ;
- pour une cinquième personne placée en ASPDT, le dossier contenait un certificat de prise en charge autre qu'une hospitalisation complète assortie d'un programme de soins, daté du 19 février 2013, un programme de soins, daté du 19 février 2013, et une décision de maintien du directeur du centre hospitalier du 19 février 2013 ; l'imprimé de notification, daté du 21 février 2013, n'était pas signé.

Les contrôleurs ont observé que, dans le bas de l'imprimé, figurent :

- deux cases à cocher : l'une indique « reconnaît avoir été informé de pouvoir formuler des observations » et l'autre « si refus ou impossibilité de signer – motif du refus : » ;
- une rubrique « nous soussignés [...] attestons que M. [...] a bien reçu les documents ».

Rien n'y était mentionné.

F. Le fonctionnement.

La vie quotidienne.

- ✓ L'ouverture et fermeture de l'unité et des chambres.

L'unité fonctionne selon un régime de portes ouvertes, dans la journée. De nuit, la porte d'entrée est fermée.

Dans la journée, les chambres restent librement accessibles et les patients peuvent y retourner quand ils le veulent ; il leur est toutefois recommandé de sortir lorsque les agents des services hospitaliers font le ménage (entre 10h et 12h, au premier étage, et entre 15 et 17h, au rez-de-chaussée).

- ✓ Les règles et rythme de vie.

Hormis les indications figurant au tableau d'affichage de l'entrée, aucun document écrit sur lequel figurent les règles de vie n'existe.

- ✓ L'hygiène corporelle.

Les patients, qui disposent d'une salle d'eau attenante à leur chambre, font leur toilette le matin, entre 7h30 et 10h. Les rasoirs sont distribués chaque jour et repris à l'issue de la toilette.

Les douches sont ouvertes de 7h30 à 10h et de 17h30 à 19h ; il a été indiqué que l'heure d'ouverture est prolongée jusqu'à 21h, en été.

- ✓ L'entretien du linge.

Les draps sont systématiquement changés chaque semaine, le samedi matin.

Les patients peuvent faire entretenir leur linge par leur famille ou se rendre à la laverie automatique centrale (Cf. paragraphe 4.1.4.2). Les soignants se chargent de le faire pour les patients qui ne reçoivent pas de visite et ne peuvent pas sortir.

- ✓ La restauration.

La salle à manger, d'une superficie de 37 m², au sol carrelé et aux murs peints, bénéficie d'une décoration avec des tableaux de peinture accrochés aux murs. Une fenêtre et une porte-fenêtre donnent sur la cour.

Dans le couloir, deux lavabos, avec un distributeur de savon et un distributeur de papier essuie-mains, sont installés peu avant la porte d'entrée dans la salle à manger. Sur un mur, près de cette porte, les menus de la semaine sont affichés.

Un office sert au réchauffage des repas qui sont livrés par la cuisine centrale, chaque matin, pour la journée.

Cinq tables rondes, prévue chacune pour accueillir cinq convives, sont réparties dans la salle à manger. Les patients se placent librement, en fonction de leurs affinités.

Des assiettes en faïence, des verres, des couverts métalliques, une corbeille à pain, un pichet d'eau en plastique et des serviettes en papier sont à la disposition des patients.

Le petit-déjeuner est servi à 8h30, le déjeuner à 12h, un goûter à 16h et le dîner à 19h.

Le petit déjeuner est composé d'une boisson chaude (café, thé ou chocolat), de pain, beurre et confiture, d'un jus d'orange trois fois par semaine et d'un croissant les dimanches et jours fériés.

Le goûter est constitué d'une boisson chaude et d'un gâteau.

Le soir, avant le coucher, une tisane est proposée.

Les déjeuners et dîners sont ceux préparés par la cuisine centrale. Selon les informations recueillies, la qualité est bonne mais certains jugent la quantité insuffisante, notamment lorsqu'un morceau de viande est servie.

Les soignants servent à l'assiette à partir des barquettes livrées par la cuisine centrale.

✓ L'accès au tabac.

Les patients disposent librement de leur paquet de cigarettes. Seuls ceux ayant des difficultés de gestion de leur réserve font l'objet de mesures restrictives et les soignants leur remettent alors une cigarette par heure.

Il est interdit de fumer dans les locaux. Les patients, comme les soignants, sortent dans la cour où des cendriers sont disposés.

Les communications avec l'extérieur.

✓ Les visites.

Les visites sont autorisées entre 14h et 19h, lorsqu'elles ne sont pas interdites par le psychiatre.

L'accès des visiteurs est facile et les contacts avec les soignants sont de bonne qualité, selon les témoignages des proches rencontrés par les contrôleurs.

Les visites se déroulent dans les locaux communs, dans les chambres, dans la cour ou, lorsque le patient y est autorisé, hors de l'unité (dans le parc du centre hospitalier, à la cafétéria, voire hors du centre).

Un homme a ainsi indiqué que son épouse, hospitalisée depuis deux semaines, n'avait jusqu'alors pas voulu voir son fils, encore jeune, mais qu'elle attendait d'être autorisée à sortir de l'unité pour le rencontrer à l'extérieur ; elle ne voulait pas lui imposer la fréquentation des autres patients.

✓ Le téléphone.

La possibilité de téléphoner est fonction des prescriptions du psychiatre mais la règle est l'autorisation, l'exception étant l'interdiction, comme pour les visites. Le 22 mars 2013, tous les patients pouvaient téléphoner.

Il leur est possible de conserver leur téléphone mobile. Les contrôleurs ont constaté que des personnes hospitalisées en disposaient et ont remarqué la présence de chargeurs dans quelques chambres.

Une cabine téléphonique, installée dans un renforcement du couloir menant à la salle à manger, est à distance des salles de télévision et d'activités. L'endroit, éclairé par un spot, est équipé d'un téléphone mural sous lequel est fixée une tablette. Aucune porte ne ferme cet espace. Entre 15h et 19h, les patients peuvent appeler un correspondant en passant par l'intermédiaire des soignants, sans que cela ne leur soit facturé. Lorsqu'une personne appelle un patient, la communication arrive dans le bureau des infirmiers, lesquels transfèrent ensuite l'appel vers la cabine.

- ✓ L'accès à internet.

Aucun poste informatique n'est à la disposition des personnes hospitalisées. Il a toutefois été indiqué que les patients peuvent conserver leurs téléphones intelligents (Smartphone) et donc avoir ainsi un accès à l'internet.

Les contrôleurs ont également noté qu'une jeune femme possédait une tablette tactile.

- ✓ Le courrier.

Les soignants ont indiqué qu'il leur arrivait de fournir du papier, des enveloppes et des stylos, si nécessaire. Les contrôleurs ont également pu le vérifier lors de leur visite, un patient ayant formulé une telle demande devant eux.

Les courriers, fermés, sont remis aux soignants qui les placent dans un casier de leur bureau. Les plis sont ensuite regroupés au siège du pôle avant d'être remis au vagemestre.

Les courriers adressés aux patients, qui suivent un cheminement inverse, sont remis fermés à leur destinataire. Aucune vérification du contenu n'est effectuée, pour respecter la confidentialité de la correspondance.

Les colis sont ouverts en présence du patient pour s'assurer qu'aucun objet dangereux n'est introduit.

Les activités.

- ✓ L'accès à la cour.

L'accès à la cour est libre dans la journée.

Cet espace, de 1 100 m², est constitué d'une partie bitumée et d'une partie herbeuse. Trois arbres y sont plantés.

Six tables de jardin et dix-neuf sièges sont répartis dans la cour. Un banc est installé près de la porte d'entrée du bâtiment.



La cour de l'unité Falret

Une zone, de 45 m², est sous abri. Une table de ping-pong, avec un filet métallique, six raquettes et une balle, y est installée.



La zone abritée

Les contrôleurs ont observé que des patients séjournent fréquemment dans la cour, certains s'isolant en s'asseyant à distance des autres. Hormis la chambre, c'est effectivement un des rares endroits qui le permet.

- ✓ Les salles de détente.

Une salle de télévision est installée au rez-de-chaussée, le long du couloir menant à la salle à manger, face au bureau de la cadre de santé.

Cette pièce, de 16,25 m², est équipée de sièges et d'un téléviseur à écran plat. Les patients disposent de la télécommande.

Des personnes hospitalisées peuvent aussi être autorisés par le médecin à disposer d'un moniteur dans leur chambre, pour y regarder des DVD. Tel était le cas lors de la visite (cf. la description des chambres *supra*).



Une deuxième salle de détente

Une autre salle de détente est aménagée dans un espace, de 20,38 m², situé près de l'entrée de la salle à manger. Là, huit sièges ont été installés près de la fontaine à eau. Durant leur visite, les contrôleurs n'y ont vu personne ; cet endroit, excentré, peut toutefois permettre aux patients qui le souhaitent de s'isoler du groupe sans être obligé de retourner dans leur chambre.

✓ Les activités au sein de l'unité.

Une salle d'activités, de 15,20 m², est attenante à la salle de télévision. Elle regroupe deux tables, cinq sièges et un téléviseur. Des jeux de société (jeux de dames, jeux de petits chevaux, Scrabble, ...) sont à la disposition des patients.

Une bibliothèque, de 17,55 m², et une salle attenante, de 9,42 m², sont proches de la pièce précédemment décrite. Des livres de toutes catégories sont alignés sur des rayonnages. En l'absence de moyens mis à leur disposition et d'une bibliothèque centrale au sein de l'établissement, les soignants ont récupéré ces ouvrages. Des chaises et une table basse meublent la pièce.

Des stagiaires en psychologie animent un atelier de lecture chaque jour, du lundi au samedi, de 10h à 12h, dans la bibliothèque. Le 14 mars 2013, en fin de matinée, les contrôleurs ont constaté que cinq hommes et femmes étaient réunis autour de deux stagiaires. Il a été indiqué que la participation n'était pas obligatoire et que les patients y venaient et en parlaient à leur guise. La presse sert de support mais la discussion peut aussi être orientée vers d'autres sujets, en fonction des attentes des personnes présentes.

✓ Les sorties.

Les sorties à l'extérieur de l'unité sont autorisés sur prescriptions médicales.

Le 15 mars 2013, six patients présents à l'unité Falret suivaient un programme de soins et avaient des horaires de sorties. Parmi les mesures en attente de notification (cf. paragraphe 4.3.1.2 E supra), les contrôleurs ont constaté que ces personnes, placées sous contrainte, pouvaient n'être autorisées qu'à des sorties restreintes : par exemple, deux heures le matin et deux heures l'après-midi.

Les patients en hospitalisation libre peuvent sortir de l'unité.

Lors des deux semaines passées dans le centre hospitalier, les contrôleurs ont croisé à plusieurs reprises des patients se promenant dans le parc.

Les soins.

Les patients ont indiqué être bien suivis et voir très fréquemment leur psychiatre.

Des soignants ont regretté que les familles ne soient pas suffisamment écoutées.

- ✓ La dispensation des médicaments.

Les médicaments sont remis trois fois par jour : au petit-déjeuner, au déjeuner et au dîner. Les contrôleurs ont assisté à la dispensation du 14 mars 2013 à midi.

Deux infirmiers avaient placé le chariot, sur lequel avaient été disposés les traitements, préalablement préparés dans la pharmacie. Les patients s'étaient regroupés dans le couloir et se présentaient l'un après l'autre pour y prendre leurs médicaments avant d'aller déjeuner.

- ✓ L'isolement et la contention.

Il a été indiqué que, compte tenu du taux d'occupation de l'unité, la chambre d'isolement était fréquemment utilisée en chambre ordinaire, la porte restant alors ouverte. Les contrôleurs ont constaté cette situation le 13 mars 2013 : la patiente, en hospitalisation libre, circulait sans restriction dans l'unité, comme les autres patients.

L'occupation de la chambre d'isolement n'a pas pu être reconstituée, faute de registre. Le placement à l'isolement, qui fait l'objet d'une prescription médicale, est uniquement inscrit dans le dossier médical du patient concerné, document relevant du secret médical auquel les contrôleurs n'ont pas accès. Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique que, au jour de sa réponse, les contentions sont tracées dans le cadre de l'EPP sur la contention menée dans l'établissement.

Selon les informations recueillies, les patients placés à l'isolement sont simultanément placés sous contention. Le 22 mars 2013, une personne en ASPDT était ainsi isolée et contenue.

Il a été précisé que, lorsque la chambre d'isolement était déjà occupée, il était possible de mettre sous contention une autre personne agitée dans une chambre ordinaire individuelle, la porte étant alors fermée.

Des soignants ont souligné le caractère particulier d'une telle mesure : « la contention est très difficile à vivre pour le patient mais aussi pour le soignant ».

Les patients détenus.

À la date de la visite, aucune personne détenue n'était hospitalisée dans cette unité.

Une difficulté a été soulevée par les soignants : à leur arrivée, ces patients sont menottés et leur déplacement peut avoir lieu devant les autres personnes hospitalisées. Des mouvements plus discrets sont recherchés par des portes autres que l'accès principal (notamment celle située près de la chambre d'isolement) ou en établissant le contact avec les forces de sécurité à hauteur du portail.

4.3.1.3 L'unité Bazin.

A. La présentation générale.

L'unité Bazin, unité de psycho-gériatrie du pôle, est située au rez-de-chaussée d'un bâtiment non rénové, allée de la chapelle. Il jouxte le chantier de construction des nouveaux bâtiments du pôle Bordeaux santé mentale (BSM) ; ainsi, lors du contrôle, la cour réservée aux patients était délimitée par des grilles de chantier provisoire.

Cette unité accueille les personnes âgées de plus de soixante-cinq ans, présentant des troubles psychiatriques ou des troubles du comportement. Ces pathologies peuvent être anciennes et évolutives, ou être apparues récemment. Elles sont souvent associées aux problèmes somatiques du vieillissement.

Cette unité comporte vingt lits, dont quatre chambres à deux lits. Tous les lits sont médicalisés. Aucune chambre de soins intensifs n'existe dans cette unité. À deux reprises, il a été nécessaire d'utiliser un « sécuridrap »⁴⁶.

B. Les personnels.

Le personnel paramédical comprend :

- un ETP de cadre de san
- 12,60 ETP d'infirmiers, dont un infirmier en poste fixe de nuit ;
- 6,5 ETP d'aides-soignants, dont un aide-soignant en poste fixe de nuit ;
- quatre ETP d'agent de service hospitalier ;
- 0,80 ETP de psychologue ;
- un kinésithérapeute trois fois par semaine (il effectue surtout une aide à la marche).

C. Les patients.

Au jour du contrôle, dix-neuf patients sont hospitalisés, dont trois ont moins de soixante-cinq ans. Une femme a été admise en soins psychiatriques à la demande d'un tiers et un homme, sur décision du représentant de l'État.

En 2012, la file active des patients hospitalisés est de 121 personnes, pour 143 séjours et 7 046 journées d'hospitalisation. La durée moyenne de séjour est de quarante-neuf jours et le taux d'occupation de 99%.

D. Les locaux.

On entre dans l'unité par une porte vitrée opaque située en bout de bâtiment. Cette porte est fermée à clé et équipée d'une sonnette qui marche très mal. Ainsi, il n'est pas rare d'attendre à la porte pendant plusieurs minutes.

La porte ouvre sur un couloir de circulation et les pièces sont réparties de part et d'autre.

L'unité comporte :

- quatre chambres à deux lits, d'une surface de 20 m² pour la plus grande et 17 m² pour la plus petite ;

⁴⁶ Dispositif de couchage de sécurité pour les personnes désorientées permettant de prévenir les risques d'accident, de chutes par exemple.

- douze chambres à un lit, la plus petite d'une surface de 10 m² et la plus grande de 16,5 m².
- une salle de douche équipée de deux cabines entièrement rénovée en 2012 et comportant chacune un siège de douche fixé au mur, un lavabo et un placard contenant du linge propre et des produits de toilettes pour les patients ;
- une salle de bain extrêmement vétuste comportant une baignoire⁴⁷ et deux douches (dont une a été condamnée). Cette salle de bain ne comporte aucune cloison permettant de préserver l'intimité des personnes ; un paravent roulant peut cependant être utilisé à cet effet. Elle est encombrée de matériel médical entreposé en dehors des moments d'utilisation ;
- quatre locaux sanitaires équipés d'un wc à l'anglaise en faïence, avec des rehausseurs amovibles. Deux de ces locaux permettent d'accueillir un fauteuil roulant. Ils ouvrent tous dans le couloir.

Chaque chambre est équipée d'un lavabo surmonté d'une étagère et d'un miroir avec un éclairage mural.

Au centre du couloir se trouvent :

- le bureau du cadre de santé, d'une surface de 6 m² ;
- le bureau du praticien hospitalier de l'unité, d'une surface de 13 m² ;
- une salle de repos, d'une surface de 6 m² pour le personnel, équipée d'un évier, d'une table, de chaises, d'une cafetière et d'un four à micro-ondes ;
- un bureau infirmiers, de 13 m², qui paraît encombré. Il est équipé d'un bureau avec un poste informatique, d'un tableau mural pouvant être fermé comportant le positionnement des patients, d'une armoire pleine de classeurs, de petits rangements à tiroir où sont déposés les objets de valeur des patients et les dossiers médicaux ; un renforcement de la pièce est équipé d'étagères où sont également rangés divers classeurs et documents ;
- une salle de 60 m², dont une partie, de 10 m², obscure, a été délimitée par deux cloisons. Dans la partie principale, le long des murs, sont alignés onze fauteuils de malades ; la petite salle est équipée d'une table, de deux chaises, d'un fauteuil, d'un poste informatique et d'une armoire où sont rangés quelques livres et des jeux de société ;
- une salle à manger de 115 m² de surface, dans laquelle a été délimitée, par deux cloisons, une cuisine de 15 m². Cette salle est très bien éclairée par de nombreuses fenêtres sur trois côtés ; dans un coin, quelques fauteuils pour des malades font face à un appareil de télévision. Elle est également équipée de six tables à quatre places et de vingt-quatre chaises. Un buffet, fermé à clé, contient les serviettes et les bavoirs. Deux portes fenêtres donnent accès à la cour extérieure, dont l'accès est fermé, l'ouverture, sans horaires spécifiques, se faisant sur décision médicale.

L'unité représente une surface totale de 525 m².

⁴⁷ Elle est équipée d'un système de bain bouillonnant.

E. L'admission dans l'unité.

Les patients admis dans l'unité proviennent des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), de leurs familles, du SECOP ou de l'équipe mobile de gérontopsychiatrie.

L'inventaire des effets personnels est effectué à l'arrivée dans l'unité ; il est contradictoire. Certaines clés des placards des chambres ont été perdues ; tous ne ferment pas a-t-il été constaté durant la visite.

Aucun livret d'accueil n'est remis au patient. Les questionnaires de satisfaction ne sont pas recueillis. La personne de confiance n'est pas toujours identifiée et les souhaits de soins en fin de vie ne sont pas relevés. Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique que, depuis la visite des contrôleurs, plusieurs actions ont été initiées afin de mieux informer le patient par la distribution systématique du livret d'accueil, à l'arrivée, et la recherche d'une personne de confiance.

Les patients ne portent le pyjama à usage unique de l'hôpital que dans un seul cas : lorsqu'ils sont admis en urgence et peuvent ne pas avoir de vêtements.

Le linge est entretenu soit par les familles soit par une société privée dont la facture est envoyée au tuteur ou à la famille, soit au "Lavomatic" (cf. paragraphe 4.1.4.14.1.4.1).

F. Le fonctionnement.

Les activités de l'unité Bazin favorisent les sorties à l'extérieur des patients. Pour cela sont organisés par les soignants :

- des visites d'exposition dans le hall de l'hôpital ;
- un accompagnement à la chapelle ;
- la venue dans l'unité de la cellule culturelle, comme ont pu le constater les contrôleurs pendant leur visite avec l'animation "le printemps des poètes" ;
- des marches dans le parc.

Des ateliers de peintures et de dessins sont également organisés. Une socio-esthéticienne intervient dans l'unité et une aide-soignante fait la manucure. Aucun coiffeur ne travaille au CHCP.

Les repas peuvent être pris en chambre ou à la salle à manger. Ils sont servis à 9h pour le petit déjeuner, 12h pour le déjeuner et 18h45 pour le dîner. Il a été précisé que ces horaires peuvent être assouplis en fonction du souhait des patients.

Les visites des familles peuvent se dérouler en chambre, dans la salle de réunion ou dans la cour. Elles peuvent avoir lieu de 14h30 à 18h30.

Les chambres des patients sont en libre accès, à l'exception des horaires de ménage ou lorsqu'un patient est contenu. Quand une personne est contenue, la chambre est fermée afin de la protéger des autres. Lors de la visite des contrôleurs, aucun patient n'avait besoin d'être maintenu la nuit.

Les patients sont systématiquement accompagnés **aux toilettes** par les aides-soignantes quatre fois par jour. Les couches sont fournies par l'hôpital. Les patients sont le plus possible autonomisés pour la douche. Les sanitaires sont nettoyés à quatre reprises dans la journée. Aucune odeur désagréable ne se dégage dans l'unité ou dans les toilettes.

L'équipement matériel de l'unité comprend :

- un lève-malade électrique ;
- deux chariots-douches ;
- trois fauteuils roulants ;
- deux fauteuils-coques ;
- des cannes anglaises et des déambulateurs ;
- une baignoire hydraulique ;
- un lève-malade équipée d'un système de pesée.

Le téléphone portable peut être laissé à la personne en fonction de son état psychique ; les patients peuvent donner ou recevoir des appels téléphoniques de 14h30 à 18h30 avec le téléphone fixe de l'unité.

Deux réunions cliniques par semaine permettent de parler de tous les patients, les mardis et vendredis. Le praticien, présent tous les jours dans l'unité, voit en consultation les patients à leur demande.

L'équipe soignante bénéficie d'une supervision mensuelle.

4.3.1.4 L'unité Foville.

A. La présentation générale.

L'unité Foville est une unité de réhabilitation psychosociale et les durées moyennes de séjour y sont longues.

Elle est composée d'un bâtiment de type « R+2+combles » et d'une cour.



Le bâtiment de l'unité Foville

Le bâtiment est directement accessible par une porte donnant sur le square des Palmiers, cour centrale du centre hospitalier. Malgré la présence de personnes en hospitalisation libre et d'autres placées sous contrainte, cette porte reste ouverte en journée.

Cette unité dispose de dix-neuf chambres individuelles et de trois chambres à deux lits, soit vingt-cinq places. À la date de la visite, trois lits supplémentaires avaient été installés dans les chambres à deux lits, devenant ainsi trois chambres à trois lits. Vingt-huit lits étaient donc installés.

Aucune chambre d'isolement n'existe dans cette unité et, selon les soignants rencontrés, cette situation ne paraît pas constituer une gêne.

Les locaux sont décorés avec de nombreuses peintures effectuées par les patients dans le cadre d'une activité. Cet apport donne une touche de gaieté et distingue cette unité des autres

B. Les personnels.

Un psychiatre est présent à l'unité le lundi, le mercredi matin ainsi que le vendredi et il consacre ses autres journées de travail à la structure extrahospitalière d'Arcachon. Il reçoit ainsi les patients une fois par semaine, si possible en présence d'un infirmier.

Durant ses congés, un autre médecin du pôle le remplace.

Un médecin généraliste se déplace en fonction des demandes transmises par les soignants de l'unité. Il vient alors dans la journée.

Un psychologue est présent le lundi après-midi.

Une cadre de santé, quatorze infirmiers (neuf femmes et cinq hommes), huit aides-soignants (cinq femmes et trois hommes - dont trois en arrêt de maladie à la date de la visite) et cinq agents des services hospitaliers (quatre femmes et un homme – dont une personne à mi-temps) sont affectés dans l'unité. Cette équipe, stable, compte sept anciens infirmiers psychiatriques.

Le service est effectué par trois équipes, chaque jour :

- de 6h30 à 14h30 : quatre soignants si possible (au minimum trois) ;
- de 14h à 22h : trois soignants ;
- de 21h45 à 6h45 : deux soignants.

Durant chaque matinée de la semaine débutant le 18 mars 2013, les soignants assuraient le service dit « de suppléance » (cf. paragraphe 2.4.2) pour les transferts des personnes placées sous contrainte. Il a été indiqué que le tour revenait toutes six à huit semaines.

C. Les patients.

Le 18 mars 2013, l'unité Foville accueillait vingt-huit patients (quatorze femmes et quatorze hommes) ; tous les lits, y compris les trois lits supplémentaires, étaient occupés.

Parmi les patients, trois (une femme et deux hommes) étaient admis en soins psychiatriques sur demande d'un tiers et personne ne l'était sur décision du représentant de l'État (ASPDRE).

Le plus âgé avait 63 ans et le plus jeune, 19 ans.

Les durées d'hospitalisation les plus longues étaient :

- pour les personnes en hospitalisation libre : plus de 20 ans ;
- pour les personnes placées sous contrainte : trois ans.

Les contrôleurs ont observé qu'une personne était en hospitalisation libre alors que la liste des patients placés sous contrainte, fournie par l'établissement, indiquait qu'elle était en OPP. Selon les explications fournies, elle avait été hospitalisée étant mineure, puis était devenue majeure et son mode d'hospitalisation avait changé.

Une personne paralysée ne sortait pas de sa chambre. Pendant une période, elle pouvait descendre et s'asseoir dans un fauteuil, avec les autres patients. C'est désormais chose impossible, a-t-il été indiqué. Une place a été demandée pour qu'elle soit accueillie dans une unité de soins de long séjour à Pessac mais aucune disponibilité n'avait permis de l'y transférer.

D. Les locaux.

L'unité bénéficie de nouveaux espaces depuis quelques mois. Les locaux sont spacieux et des travaux de rénovation y ont été effectués, notamment au rez-de-chaussée.

L'unité occupe quatre niveaux :

- au rez-de-chaussée, se trouvent :
 - face à l'entrée, un hall, de 25 m², donnant accès à la cour ;
 - sur la gauche de l'entrée, le bureau des infirmiers, le bureau de la cadre de santé, la pharmacie, des toilettes pour les visiteurs, une salle de détente et la salle à manger avec son office ;
 - à droite de l'entrée, l'office affecté aux personnels, un salon réservé aux visites des proches, une salle de soins, un grand espace dans lequel se trouvent une bibliothèque et une salle de jeux et les toilettes des personnels. Sur un tableau d'affichage placé dans le couloir desservant ces locaux sont apposés les règles de vie, la charte du patient hospitalisé, une information sur la possibilité de consulter la liste des avocats au bureau des infirmiers et les horaires des messes du culte catholique du mois de mars 2013 ;
- au premier étage :
 - face au débouché de l'escalier, un palier avec deux bureaux médicaux, dont l'un est l'ancien bureau de la cadre de santé ;
 - sur la gauche, une salle servant à un atelier de dessin et de peinture, une salle de réunion, une salle vidéo, une salle de douche, une salle de bains, un wc, un local pour le rangement des matériels de nettoyage et cinq chambres individuelles ;
 - sur la droite, une chambre individuelle, trois chambres avec trois lits, deux wc, un ensemble regroupant une entrée avec deux lavabos, une salle de douche et une salle de bains ;
- au deuxième étage :
 - face au débouché de l'escalier, une lingerie et un local de rangement des matériels de nettoyage ;
 - à gauche, treize chambres individuelles, deux wc, une salle de douche et une salle de bains ;
 - à droite, une zone désormais fermée, uniquement accessible aux soignants, avec d'anciens bureaux et une grande salle pouvant servir de salle de réunion, une ancienne cuisine et l'ancien office des personnels ; selon les informations fournies, cette zone est principalement utilisée lors des services de nuit ;
- au troisième étage, dont l'accès est uniquement accessible aux personnels, des vestiaires pour les équipes soignantes.

Un ascenseur, dont l'accès est contrôlé, dessert les différents étages.

- **Les chambres individuelles.**

Les chambres individuelles sont de conceptions identiques. Leurs dimensions varient de 8 m² à 12 m², la majorité ayant une superficie de 9 m².

Une chambre, plus grande que les autres (19 m²), est occupée par une personne paralysée, en permanence alitée et nécessitant des soins particuliers (cf. *supra*) ; cette pièce est fermée à clé pour éviter que d'autres patients s'y introduisent.

Les contrôleurs ont plus particulièrement visité la chambre n°101, située au premier étage.

Cette pièce, de 3 m de long et de 2,95 m de large (soit 8,85 m²), est meublée d'un lit (avec une lampe de chevet fixée au mur), d'une penderie métallique, d'un placard⁴⁸ (avec des étagères et une penderie) et d'une chaise. Une table murale sert de rangement ; un poste de radio et des peluches y sont posés. Un lavabo, avec un robinet mitigeur, est surmonté d'une tablette, d'un miroir et d'un éclairage.

Une fenêtre, de 1,30 m de haut et de 0,90 m de large, assure un éclairage naturel. Une barre métallique placée en travers permet de l'ouvrir pour aérer la chambre tout en limitant le débattement des vantaux afin d'interdire le passage du corps humain.

Un radiateur, placé sous la fenêtre, assure le chauffage.

Des volets roulants sont commandés par une tringle.

Le sol est carrelé. Les murs sont peints sauf autour du lavabo où du carrelage a été posé.

Un éclairage et un détecteur de fumée sont installés au plafond.

- **Les chambres à trois lits.**

Les chambres théoriquement prévus pour deux lits accueillent en réalité un lit supplémentaire. Elles sont de conceptions identiques.

Les contrôleurs ont plus particulièrement visité la chambre n°107.

Elle est constituée d'une pièce principale (de 5,70 m de long et de 3,20 m de large, soit 18,20 m²) et d'une salle d'eau (de 1,40 m de long et de 1 m de large, soit 1,40 m²). Si une des autres chambres (n°106) a une superficie voisine, la troisième (n°109) est nettement plus grande (24,50 m²).

Les trois lits sont alignés d'un même côté : deux bénéficient d'une lampe de chevet murale et d'un meuble de rangement avec deux étagères, fixé au mur ; le lit supplémentaire n'en dispose pas.

Une fenêtre, avec un dispositif d'ouverture identique à celui de la chambre précédemment décrite, donne sur le square des Palmiers. Des volets roulants sont également commandés par une tringle.

⁴⁸ Les patients peuvent aussi ranger des affaires personnelles dans un des casiers fermant à clé, placés dans la grande salle de détente du rez-de-chaussée.



Un radiateur, placé sous la fenêtre, assure le chauffage.

Sur une table, un patient a installé un téléviseur lui permettant de recevoir les chaînes de la télévision numérique terrestre (TNT) et un lecteur de DVD. Lors de la visite de la chambre, il regardait un téléfilm.

Trois placards, avec une étagère et une penderie, mesurent 2 m de haut, 0,42 de largeur et 0,42 m de profondeur.

La salle d'eau est équipée d'un lavabo identique à celui précédemment décrit.

Le sol est carrelé et les murs peints, y compris dans la salle d'eau. Un détecteur de fumée et deux points d'éclairage sont installés au plafond.



La salle d'eau

E. L'admission dans le bâtiment.

Les personnes admises proviennent d'une unité d'admission ou sont de retour après un séjour dans un foyer.

Les procédures d'admission ont donc généralement été effectuées au préalable.

F. Le fonctionnement.

La vie quotidienne.

✓ Les règles de vie.

L'unité est ouverte dans la journée et la porte d'entrée n'est fermée qu'à partir de 21h.

Selon les informations recueillies, les chambres étaient fermées durant deux heures le matin et deux heures l'après-midi pour permettre aux agents des services hospitaliers d'y faire le ménage mais cette règle aurait été modifiée peu avant la venue des contrôleurs. A la date de leur visite, les patients accédaient librement à leur chambre.

Les règles de vie sont affichées au rez-de-chaussée.

Quelques horaires servent de repères dans la journée :

- entre 7h et 7h30 : réveil et début des toilettes ;
- 8h30 : prise des médicaments et petit déjeuner ;
- 12h : prise des médicaments et déjeuner ;
- 16h : goûter ;
- 19h : prise des médicaments et dîner.

La sieste n'est pas obligatoire mais ceux qui le souhaitent peuvent librement retourner dans leur chambre après le déjeuner.

✓ L'hygiène corporelle.

L'unité est équipée de trois salles de douches et trois salles de bains.

Chaque salle de douches (de 2 m² à 2,30 m², selon son implantation), carrelée, est fermée par une porte pleine. Un siège et deux patères y sont installés.

Chaque salle de bains (de 6,30 m² à 10,50 m², selon son implantation) est équipée d'un lavabo et d'une baignoire. Dans l'une d'elles, une réserve de linge est rangée sur les rayonnages.

Des rasoirs jetables sont distribués chaque jour et repris à l'issue de la toilette.

✓ L'entretien du linge.

Les draps sont changés une fois par semaine, voire plus si nécessaire.

Les affaires personnelles peuvent être entretenues par les familles. Les patients, qui peuvent acheter des jetons à la cafétéria, ont aussi la possibilité de remettre leur linge au Lavomatic situé dans le couloir central reliant les différents bâtiments. Les soignants peuvent aussi s'y rendre, si nécessaire.

✓ La restauration.

Dans la salle à manger, d'une superficie de 42 m², au sol carrelé et aux murs peints, des tableaux ornent les murs. Deux fenêtres donnent sur le square des Palmiers et, en l'absence de rideaux, les passants voient l'intérieur de la pièce. Une porte-fenêtre donne sur la cour.

Deux meubles bas servent à ranger la vaisselle. Une chaîne hifi est installée dans la salle à manger et deux haut-parleurs sont accrochés aux murs.

Les menus sont affichés sur une « ardoise » posée sur un chevalet. Lors de la visite, ceux de la semaine du mercredi 13 au mercredi 20 mars 2013 y étaient placés.

Cinq tables rondes sont en place. Une autre table, pour une personne, est installée face à un mur ; selon les indications fournies, elle sert lorsqu'un patient doit être séparé des autres. Des assiettes en faïence, des verres, des couverts métalliques, un pichet d'eau en plastique et des serviettes en papier sont à la disposition des patients.



La salle à manger décorée avec des tableaux réalisés dans le cadre des activités menées au sein de l'unité (cf. infra paragraphe relatif aux activités)



L'affichage des menus

Les malades se placent librement, en fonction de leurs affinités, et changent rarement de place, a-t-il été indiqué. Un plan de table est cependant affiché.

Le petit déjeuner est composé d'une boisson chaude (café, thé ou chocolat), de pain, beurre et confiture et d'un jus d'orange.

Le goûter est constitué d'une boisson chaude et d'un gâteau.

Les repas sont préparés par la cuisine centrale. Les soignants servent à l'assiette à partir des barquettes qui leur sont fournies.

Un office sert au réchauffage des repas qui sont livrés par la cuisine centrale, chaque matin, pour la journée.

✓ L'accès au tabac.

Quelques patients gèrent eux-mêmes leur consommation de cigarettes et conservent leur briquet en journée mais les restituent le soir. D'autres ne disposent pas de leur paquet. Les contrôleurs ont constaté que les cigarettes de neuf personnes étaient conservées dans le bureau des infirmiers qui les leur distribuait au coup par coup, en fonction des demandes.

Chaque semaine, environ 30 à 40 euros sont consacrés à l'achat du tabac. Certains patients sortent eux-mêmes pour cela, d'autres doivent être assistés d'un soignant.

Les personnes peuvent fumer à l'extérieur du bâtiment, notamment dans la cour où des cendriers sont installés.

Les communications avec l'extérieur.

✓ Les visites.

Aucun horaire n'est imposé pour les visites afin de mieux répondre aux contraintes des familles. Il a cependant été précisé qu'elles ne sont pas autorisées durant les toilettes mais qu'elles sont possibles en fin de matinée.

Sauf contre-indication médicale, toutes les personnes venant voir un patient peuvent accéder à l'unité. A la date de la visite, aucune restriction n'existait.

Les visiteurs peuvent rencontrer librement leur proche et circuler ensemble dans l'unité, dans les salles de détente ou dans la cour. L'accès aux chambres leur est restreint pour permettre aux autres patients de s'y reposer calmement : il leur est cependant possible de s'y rendre, accompagné d'un soignant, pour déposer ou reprendre du linge.

Un salon du rez-de-chaussée est réservé aux visites, pour que les échanges privés ne se fassent pas sous le regard des autres. Cette pièce, au sol carrelé et aux murs peints, est meublée de quatre sièges et d'une table basse. Une plante verte est posée dans un angle du salon et deux tableaux sont accrochés aux murs. Une fenêtre donne dans la cour. La porte pleine s'ouvre de l'intérieur.

✓ L'accès au téléphone.

L'accès libre au téléphone est la règle et l'interdiction ou la restriction l'exception, sur prescription médicale.

A la date de la visite, tous les patients pouvaient librement téléphoner et deux possédaient un téléphone mobile : l'un l'avait conservé et l'autre l'avait déposé au bureau des infirmiers.

Trois téléphones muraux sont à la disposition des personnes hospitalisées : un dans le hall d'entrée, au rez-de-chaussée ; un sur le palier du premier étage ; un au même endroit, au deuxième étage. Ces installations, sans aucune protection, n'assurent pas la confidentialité des conversations. Les postes placés dans les deux étages permettent une meilleure discrétion car

peu de patients y sont présents, contrairement au rez-de-chaussée où le hall est un endroit très fréquenté.

Lorsqu'un patient veut appeler, un soignant compose le numéro à partir du poste du bureau des infirmiers et transfère la communication. De même, lorsqu'une personne veut contacter un malade, la communication aboutit au bureau des infirmiers et un soignant transfère l'appel.

✓ L'accès à internet.

Aucun accès à internet n'est prévu. Les micro-ordinateurs installés dans les salles d'activité du premier étage n'en ont pas la capacité, a-t-il été précisé ; ils sont en place pour familiariser les patients à leur utilisation de base, pour la bureautique.

✓ Le courrier.

Les soignants fournissent du papier à lettres et des enveloppes aux patients qui le demandent. Il a été indiqué que des timbres ne sont plus fournis, comme cela a été longtemps le cas.

Les patients vont eux-mêmes poster leur courrier dans une des boîtes aux lettres proches de l'unité. Les soignants n'interviennent jamais pour vérifier les contenus des lettres.

Le courrier arrivé est remis par le vagemestre au secrétariat du pôle. Un patient, volontaire, va l'y récupérer. Les plis sont ensuite distribués par les soignants, sans être ouverts. Selon les informations recueillies, les soignants proposent leur aide lorsqu'une lettre provient d'une administration.

Les documents importants peuvent être conservés dans un casier du bureau des infirmiers, avec les cartes d'identité ou les objets les plus sensibles.

Les activités.

✓ Les salles de détente.

Deux salles sont à la disposition des patients.

L'une, de 39 m², attenante à la salle à manger, est meublée avec six fauteuils, sept chaises et deux tables. Un téléviseur à écran plat est installé en hauteur et la télécommande est accessible. Des plantes vertes sont posées au sol ; une horloge murale et des tableaux de peinture sont accrochés aux murs. Un aquarium est installé sur un meuble bas et les patients nourrissent les poissons. Durant leur visite, les contrôleurs ont toujours vu des personnes installées devant le poste de télévision de cette pièce. Il a été indiqué que, le soir, les patients pouvaient regarder les émissions de première partie de soirée, jusqu'à leur fin.

L'autre salle est située de l'autre côté par rapport à l'entrée. Vaste (90 m²), elle est séparée en plusieurs espaces cloisonnés par des claustras :

- l'un sert de salon avec deux fauteuils, cinq chaises et deux tables ; un meuble avec trente casiers fermant à clé permet aux patients qui le souhaitent d'y ranger des objets personnels, en sécurité ;
- une bibliothèque avec six sièges, une chaîne hifi et un meuble sur lequel sont rangés des livres récupérés par les soignants, faute de structure organisée à

l'échelon du centre hospitalier ; ces livres, dont une collection complète d'histoire de France, sont de nature diverse ;

- une salle servant à la fois pour regarder la télévision (avec un coin meublé de huit fauteuils placés devant un poste), pour organiser des jeux de société (rangés dans un meuble), pour jouer au baby-foot (la balle est en place) ou au ping-pong (la table est équipée d'un filet ; des raquettes et une balle sont disponibles), pour faire du vélo d'appartement (même si le matériel en place paraît usagé).

Une fontaine à eau y est installée et des tableaux de peinture ornent la pièce.

Cet espace constitue une deuxième salle de télévision, permettant de regarder un programme différent. Il convient aussi de noter que les patients peuvent disposer de leur propre téléviseur dans leur chambre mais peu en possèdent un.

- ✓ L'accès à la cour.

La cour est accessible à partir du hall du rez-de-chaussée.

D'une superficie de 1 100 m², elle est composée d'une partie goudronnée et d'une partie herbeuse. Deux arbres y sont plantés.

Un petit jardin, avec des fleurs, est entretenu par le cadre de santé et quelques patients.

Un portail, fermé à clé, débouche sur une allée du centre hospitalier et sert à l'entrée de véhicules. Un autre portail, ouvert en journée, donne sur le couloir central de liaison des bâtiments.

Une vingtaine de chaises et autant de tables de jardin, de tailles et de formes différentes, ainsi que quatre bancs en métal sont dispersés dans la cour.

Deux poteaux soutenant un filet de volley-ball sont installés sur l'herbe. Une demande pour mettre en place un panier de basket-ball a été formulée depuis plusieurs années, sans avoir été jusqu'alors satisfaite, a-t-il été précisé.

Une avancée du bâtiment, à hauteur de la porte, sert d'abri en cas d'intempérie. Un bac fait fonction de cendrier.

L'accès à cet espace est libre durant la journée. Les contrôleurs y ont fréquemment constaté la présence des patients.

- ✓ Les activités au sein de l'unité (bibliothèque, ergothérapie, ...).

Plusieurs salles, alignées le long d'un couloir du premier étage, sont affectées à des activités.

Un atelier de peinture et de dessin, de 19 m², est animé par une infirmière. Précédemment, il avait été animé par une autre infirmière, passionnée de peinture, et les œuvres réalisées alors servent maintenant à décorer l'unité. Des matériels de dessin et de peinture, notamment des toiles vierges, sont rangés dans cette pièce. Un tableau est posé sur un chevalet.

Dans le passé, cette salle servait à un atelier de maquillage ; le nom est resté sur la porte.

Un atelier de collage, de 20 m², a cessé de fonctionner et la salle qui lui était attribuée a été transformée en salle de réunion, avec une grande table centrale et des chaises. Des photos,

affichées aux murs, retracent des sorties effectuées par des patients ; au zoo de Pessac ; à l'océan (le 11 juillet 2012),... **Un atelier d'anglais**, mis en place avec deux infirmiers, s'y tient également et deux patients y sont inscrits.

Un atelier de vidéo, de 21 m², est équipé d'un écran avec un lecteur de DVD, face à dix-huit fauteuils installés sur trois rangées. Une chaîne hifi est posée sur une table. Cette activité se déroule de façon irrégulière, semble-t-il, et aucune séance ne se serait tenue depuis plus d'un mois. Lorsqu'une projection est envisagée, les patients choisissent un film et une discussion s'engage en fin de séance. Il a également été précisé que les patients du centre hospitalier bénéficiaient de tarifs préférentiels dans un cinéma de Pessac.

Deux micro-ordinateurs sont également installés dans cette pièce car un infirmier animait un atelier de découverte de l'informatique. L'activité est suspendue à la suite d'un arrêt de travail de son animateur.

Une activité de chant y est organisée par la psychologue, a-t-il été ajouté.

Une activité de lecture du journal a été animée durant plusieurs mois par la cadre de santé mais la fréquentation s'est progressivement réduite et cet atelier a cessé de fonctionner. Durant la visite, des patients ont souhaité sa reprise.

Des activités sont parfois organisées à l'extérieur. Ainsi, une association bordelaise organise des activités sportives au profit de personnes handicapées : quatre à cinq patients peuvent en profiter, deux à trois fois par an, selon les informations recueillies. D'autres opérations plus ciblées, comme une inscription dans un centre équestre, sont également possible, a-t-il été indiqué.

✓ Les sorties.

Le 22 mars 2013, vingt-six patients étaient présents.

Parmi eux, vingt-trois étaient en hospitalisation libre : dix-sept sortaient librement de l'unité et circulaient seuls ; cinq étaient autorisés à sortir sous réserve d'être accompagnés d'un soignant (les sorties étaient alors liées à la disponibilité de ces professionnels) et une personne était alitée sans pouvoir se déplacer.

Trois autres personnes étaient placées en ASPDT : une (en programme de soins, autorisée à sortir de 9h30 à 11h et de 14h à 16h) pouvait sortir seule et deux devaient être alors accompagnées d'un soignant.

Les soins.

✓ La dispensation des médicaments.

Les patients prennent leurs médicaments trois fois par jour, avant les repas, à l'entrée de la salle à manger.

✓ La contention et l'isolement.

Aucune chambre d'isolement n'existe dans cette unité. Si besoin, les « périodes de retour au calme » s'effectuent dans la chambre du patient concerné.

Des contentions sont rarement nécessaires. Lorsqu'une telle mesure doit être prescrite, les patients sont installés dans leur chambre, nécessairement individuelle, et la chambre est fermée.

Le dernier recours à une telle mesure daterait de plusieurs mois, selon les informations recueillies.

Les personnes détenues.

Il a été indiqué qu'aucune personne détenue n'a été accueillie dans cette unité de réhabilitation psychosociale.

4.3.2 Le pôle « 3-4-7 ».

4.3.2.1 Présentation générale du pôle.

Le pôle « 3-4-7 » concerne une population d'environ 190 000 habitants correspondant aux communes de la première périphérie de Bordeaux (Pessac : 58 000 hab., Talence : 40 600 hab., Gradignan : 23 000 hab. et Mérignac : 66142 hab.). Il a été formé par regroupement des anciens secteurs 33 G03, 33 G04 et 33 G07 du département de la Gironde.

Pôle	Durée moyenne de séjour (DMS - en jours)			Taux d'occupation moyen en 2012 ⁴⁹
	2010	2011	2012	
Pôle « 3-4-7 »	27,2	25	25,7	96 %

La file active pour l'ensemble du pôle est de 1 001 patients et, pour l'hospitalisation à temps plein, de 844 malades. Le pôle a une activité extra hospitalière qualifiée de « considérable » : 19 097 actes et 42 773 actes infirmiers. Selon la direction de l'information médicale (DIM), le nombre total d'actes en ambulatoires est de 72 422 en 2012.

Le pôle comprend les services suivants :

- trois unités d'hospitalisation à temps plein (Régis, Lescure 1 Lescure 2) ;
- l'unité Genin, de onze lits, dont un lit supplémentaire et un lit en hôpital de jour, qui est un service recevant des patients très déficitaires ; elle dispose d'un praticien hospitalier présent deux heures par semaine.
- une unité de réhabilitation psychosociale ;
- trois centres médico-psychologiques ;
- le service médico psychologique régional (SMPR), installé à la maison d'arrêt de Bordeaux-Gradignan : cette unité dispose de deux praticiens hospitaliers, huit infirmiers et un psychologue. S'y ajoute un service de préparation à la sortie qui fait le lien avec les entités médicales et médico-sociales extérieures et est centré sur le quartier des mineurs de cet établissement pénitentiaire. Une évaluation est en cours du dispositif expérimental des « détenus de confiance » ;
- deux hôpitaux de jour ;
- un centre de ressources régional sur les auteurs d'infraction à caractère sexuel ;

⁴⁹ Ce taux correspond à l'ensemble des unités du pôle. Il recouvre des écarts très importants entre par exemple l'unité de soins relais (U.S.R.), unité extra hospitalière, qui a un taux de 64 % et l'unité Régis, unité d'admission, qui excède les 115 %.

- un centre de ressources pour le traitement des troubles bipolaires de niveau III, qui est l'un de huit existant en France ;
- un centre de ressources régional pour la dépression qui a un caractère expérimental.

Ces trois dernières activités, centrées sur la recherche clinique, occupent deux praticiens hospitaliers à temps plein.

La durée moyenne de séjour (DMS) du pôle est décrite par son responsable comme faible : 19,4 jours pour l'unité Lescure I ; 27,1 pour Lescure II ; 31,9 pour l'unité Régis. Toutefois, les données de la DIM montrent que pour cette dernière unité, la DMS se situe dans la fourchette haute des unités d'admission installées au CHCP.

Deux ergothérapeutes sont affectés au pôle : ils partagent leur activité pour moitié entre l'intra et l'extrahospitalier. Leur activité se déroule dans des locaux qui sont inadaptés, faute de place permettant une mutualisation de leur intervention sur l'ensemble du site.

Dans les recrutements, le choix a été fait de prioriser les embauches d'assistants sociaux sur des psychologues.

Il n'y a pas d'activité culturelle ou sportive dans les unités mais sont organisées des "siestes musicales" qui sont des préalables à l'activité d'ergothérapie qu'elles viennent stimuler.

Le principe en vigueur dans le pôle est d'autoriser, sauf exception : ainsi de l'usage des moyens de communication, comme les téléphones portables ou les ordinateurs, *a priori* laissés à la disposition des patients, sauf contre-indication. Selon le chef de pôle, il en va de même pour les relations sexuelles.

A l'arrivée des patients, il n'y a pas de mise en pyjama, sauf pour ceux qui sont sans domicile. Un travail est entrepris depuis plusieurs années autour de cette question afin de faire coïncider le principe avec les pratiques.

Les visites des familles sont autorisées sauf contre-indication, par exemple lorsque les parents sont eux-mêmes pathogènes. « Il n'y a pas d'interdiction, plutôt des restrictions. »

4.3.2.2 L'unité Régis.

A. Présentation générale.

L'unité Régis est l'unité fermée du pôle. Elle comporte vingt-sept lits et deux lits supplémentaires.

Au jour du contrôle, vingt-neuf patients étaient hébergés, dont dix en SDRE, et cinq en SDT (dont un pour péril imminent et trois pris vu l'urgence). À cette même date, aucun patient n'était admis au titre des dispositions de l'article D. 398 du code de procédure pénale et il est indiqué aux contrôleurs que l'admission de malades sous ce statut est très exceptionnelle (un par an environ).

Le manque de places expliquerait la présence, dans cette unité fermée, d'une majorité de patients en hospitalisation libre : il s'agirait pour la plupart de patients d'unités de réhabilitation psychosociale mais « incompatibles » avec le séjour dans des unités classiques.

Il n'y a aucun programme de soins au sein de l'unité qui consisterait en des sorties limitées dans la seule enceinte du CHCP. En revanche, des sorties accompagnées de quelques minutes

sont fréquentes. Il est fait état de difficultés avec des patients conduits directement au CHCP venant de garde à vue et dont l'admission en soins psychiatriques à la demande du représentant de l'État est prise à l'hôpital, généralement au SECOP mais parfois au sein de l'unité Régis, sans disposer d'éléments sur les faits ayant conduit au placement en garde à vue.

L'unité est installée au rez-de-chaussée d'un bâtiment rénové récemment (qui reçoit à l'étage d'autres services rattachés au pôle, notamment la consultation du centre de ressources régional sur les auteurs d'infractions à caractère sexuel).

La durée moyenne de séjour en 2012 était de 31,9 jours tandis que le taux d'occupation a atteint en moyenne 115,4 %, le plus élevé de l'ensemble des unités présentes sur le site du CHCP.

B. Les locaux.

Le bâti a fait l'objet de rénovations ces dix dernières années afin, d'une part, de déplacer des lits situés à l'étage désormais affecté à des activités de recherche ou extrahospitalières et, d'autre part, d'en faire l'unité fermée du pôle, afin de pouvoir ouvrir les deux autres unités (Lescure I et Lescure II).

L'unité, en forme de H, dispose de deux accès : l'un depuis une voie de circulation périphérique, l'allée de Carreire, par laquelle accèdent les visiteurs et les familles ; l'autre, généralement réservée aux professionnels et aux services techniques du CHCP, donnant sur l'allée du Château.



L'accès à l'unité Régis

Depuis l'entrée située allée de Carreire, l'arrivée s'effectue par une porte vitrée toujours fermée, commandée par une sonnette équipée d'un visiophone dont les images sont reportées dans le bureau des infirmiers. Celui-ci, situé dans l'axe de la porte, dispose d'une vue sur celle-ci. Une fois franchie, les personnes entrent dans un sas d'accueil au fond duquel est installé le bureau des infirmiers, qui fait fonction de guichet d'accueil.

À gauche, une porte double sépare le « petit secteur » du « grand secteur ».

✓ **Le « petit secteur » :**

Il s'agit d'un secteur fermé.

Y sont hébergés, sur prescription médicale, des patients qui le nécessitent. Ce petit secteur comporte quatre chambres dont trois sont aménagées comme chambres de soins intensifs. Une seule est cependant effectivement dédiée à cet usage. Le petit secteur dispose de moins d'éléments de stimulation sensorielle. L'isolement comme la contention y sont pratiqués de manière temporaire, le cadre physique de l'unité étant en soi contenant.

Les repas sont servis en chambre sur un plateau.

Les patients sont accompagnés pour sortir fumer dans une cour extérieure qui comporte un mur d'enceinte de 2 m de hauteur, donnant sur la voirie de l'hôpital, rehaussé d'un support grillagé afin d'éviter les fugues, fréquentes selon les informations recueillies.

Au fond de cette cour, une porte donne accès à un espace donnant sur la voirie périmétrique du centre hospitalier. Elle peut être utilisée afin de faire entrer certains patients sans perturber l'unité dans son ensemble.

La cour ne dispose d'aucun auvent pour s'abriter des intempéries.

L'une des chambres d'isolement donnant sur cette cour dispose de fenêtres opacifiées.

Ce petit secteur, en forme de L, autour duquel se distribuent les chambres comporte une chambre d'isolement, équipée d'un sas d'entrée. Une fois à l'intérieur de celui-ci, deux oculus donnent une vue sur la chambre et l'espace de douche, en retrait. Ce second oculus, placé à une hauteur permettant de voir le haut du corps du patient prenant une douche, donne cependant une vue directe sur la cuvette de toilettes.



Vue sur le wc à partir de l'oculus

L'un des côtés du couloir de distribution est fermé et le bureau infirmier est placé en angle de telle manière qu'il permet aux personnels soignants d'avoir une vue à la fois de l'entrée de l'unité et des mouvements dans le couloir du petit secteur.

Les chambres disposent toutes d'un cabinet de toilettes sans douche. Les lits sont scellés au sol. Les fenêtres s'ouvrent partiellement.

✓ **Le « grand secteur ».**

Il se compose de deux couloirs parallèles reliés en leur centre par un corridor de liaison. Juste à côté du bureau des infirmiers, une petite salle sert de sas permettant d'accéder à une cour intérieure d'environ 20 m², dédiée aux patients fumeurs. Le jour de la visite, un fauteuil roulant médicalisé y était rangé. Cette cour est ouverte la journée. Elle ne dispose pas d'auvent pour se protéger des intempéries.

En face du bureau des infirmiers, une chambre simple a été aménagée pour recevoir, jusqu'à quelques jours avant l'arrivée des contrôleurs, un enfant de douze ans. Elle est sombre, et donne sur l'allée Carreire par une fenêtre ouvrable partiellement.

L'organisation des locaux s'effectue donc autour de deux couloirs parallèles. Au fond du premier, depuis le bureau infirmier, se trouve l'accès à un jardin dont les murs ont été surélevés lors de la fermeture de l'unité. Les conditions météorologiques ne permettaient pas, lors du contrôle, d'apprécier l'usage qui était fait par les patients de ce jardin, orné de différents arbres et de bancs. Il a été rapporté que le rehaussement des murs n'avait que peu d'effet pour dissuader un patient fugueur. Aussi l'équipe soignante est-elle vigilante et limite-t-elle l'accès à ce jardin aux patients qui ne présentent pas de risques de fugues.

Le second couloir, réuni au premier par un passage le long duquel sont installées des chambres, comporte :

- à gauche,
 - le bureau du cadre de santé, qui a une vue sur la cour intérieure destinée aux fumeurs ;
 - des chambres ;

il s'achève par un retour donnant accès à la salle de soins infirmiers, au bureau des infirmiers, ainsi que, derrière une porte pleine, fermée, au petit secteur ;

- à droite, des chambres débouchant sur un hall qui donne accès à la seconde entrée de l'unité. Cet espace est séparé en deux :
 - une bibliothèque contenant quelques livres et des revues ;
 - un salon de télévision pour les patients, équipé de quatre fauteuils. La télécommande du téléviseur est à la libre disposition des malades. En face, sont installés deux bureaux médicaux destinés aux entretiens avec les patients. Enfin, en forme d'ellipse, une salle de réunion disposant d'un éclairage semi-naturel par la présence d'impostes verticaux en verre, sert aux réunions de synthèse : elle fait sas entre l'entrée donnant sur l'allée du château et l'unité en raison d'un double accès (l'un vers l'intérieur de l'unité et l'autre donnant sur la distribution de l'ensemble du bâtiment) ;
- au fond, à droite, après le hall, en passant devant les portes d'entrée vitrées et fermées de l'unité qui donnent dans l'allée du château, la salle à manger de l'unité,

équipée de huit tables et vingt-cinq sièges, dans laquelle les patients du grand secteur, et eux seuls⁵⁰, viennent prendre le petit déjeuner, le déjeuner, le goûter et le repas du soir. L'office est installé au fond de cette salle. Il est approvisionné comme l'ensemble des unités.

La chambre d'isolement du grand secteur, la chambre n°11, dispose d'un grand oculus, qui rend l'intérieur de la chambre visible du couloir. Cette disposition heurte les patients, selon les appréciations recueillies sur place.

Le grand secteur dispose de trois chambres doubles.



Salle à manger

C. Les personnels.

Sont affectés à l'unité :

- deux praticiens hospitaliers à temps plein, un assistant et deux internes
- un cadre de santé ;
- vingt-trois ETP d'infirmiers ;
- trois ETP d'aides-soignants ;
- cinq ETP d'ASH.

L'équipe soignante a été profondément renouvelée au cours des cinq dernières années et au total, selon les informations recueillies sur place, il y aurait six postes en moins, alors que la capacité de l'unité a crû durant la même période.

L'équipe soignante est installée dans un bureau situé au bout de l'unité avec une visualisation d'une partie du grand secteur et de la totalité du petit secteur. En permanence, de

⁵⁰ Si l'état de santé des patients du petit secteur le permet, la salle leur est également accessible sur avis médical, a précisé le directeur du centre hospitalier.

journee, l'équipe comprend cinq soignants, qui peuvent être quatre ou cinq infirmiers et aucun ou un seul aide-soignant. Il y a toujours au minimum un homme dans l'équipe.

Les horaires de travail sont de 6h30 à 14h30 pour l'équipe du matin et de 14h à 22h pour l'équipe de l'après-midi, avec des agents de coupure, un à deux à chaque service, de 9h à 17h.

La durée des transmissions est de trente minutes.

Le planning est établi pour une période de six mois et des permutations sont possibles. Ainsi, lors du contrôle en mars 2013, les agents connaissaient leur planning jusqu'en septembre 2013.

Les accompagnements extérieurs sont effectués par des soignants de l'équipe, sauf pour les audiences du JLD pour lesquelles la direction du CHCP a choisi de dédier une infirmière (cf. supra paragraphe 3.2.1.).

L'équipe est présentée comme très soudée et solide, même si certains se sentent parfois « abandonnés par les médecins ».

D. Le fonctionnement.

L'unité est fermée. La séparation des deux secteurs correspond au projet de soins de manière à disposer d'une zone, le « petit secteur », dans lequel les patients qui ne disposent pas ou peu de stimulation sont en permanence accompagnés dans leurs mouvements, et vers laquelle ils sont orientés dans des phases d'états de grande agitation ou lors de phases maniaques.

A l'inverse, le grand secteur est doté d'une chambre d'isolement ; selon l'équipe, « c'est insuffisant ».

En outre, jusqu'à une période très récente avant le contrôle, l'unité recevait un mineur de 12 ans dans une chambre, qui avait été spécialement aménagée à l'entrée de l'unité en tant que chambre de soins intensifs.

Le recours à la contention est décrit comme rare, sauf lorsque des patients sont en phase agressive. Lors du contrôle, un patient en SDRE du grand secteur, qui était agité, a été placé dans le petit secteur pour quelques heures afin qu'il s'apaise.

Les placements en contention peuvent être décidés par un infirmier qui en réfère immédiatement au médecin. En l'absence de celui-ci, l'un des deux internes du service prend la décision. A défaut, l'interne de garde se déplace. L'entrée et la sortie du petit secteur se font sur avis médical.

Le manque de place, dans les autres unités du pôle, entraîne fréquemment la présence de patients en hospitalisation libre au sein de l'unité, la plupart étant des personnes relevant d'unité de réhabilitation psychosociale mais qui sont en fait « incompatibles » avec des unités classiques.

Il n'est pas fait état de refus de levée d'hospitalisation de la part de l'autorité administrative.

Les soins somatiques sont assurés par les internes et, si besoin, il est fait appel aux médecins somaticiens du centre hospitalier (cf. paragraphe 4.2.1.1).

De nuit, il est indiqué que des patients peuvent être enfermés dans leur chambre en raison de leur état clinique, dans l'un ou l'autre des secteurs, sur prescription médicale.

Selon le chef de pôle, sous réserve de mesures de sécurité ayant trait aux câbles d'alimentation, les ordinateurs portables sont autorisés, sauf avis médical contraire, de même que les téléphones. Des réflexions sont en cours afin de disposer d'un réseau virtuel protégé au sein des unités d'hospitalisation à temps plein du pôle.

Il n'y a pas d'interdiction des relations sexuelles entre les patients et des préservatifs existent dans le bureau des infirmiers. L'équipe est cependant particulièrement vigilante lorsqu'elle observe des patientes fragiles qui sont sollicitées.

Il est relevé le manque général d'activités au sein de l'unité, qui est expliqué par le fait qu'il s'agit d'une unité de crise. Il est également avancé que la mutualisation d'activités est difficile sur le site du CHCP en raison du manque de place.

Lorsque des activités se déroulent dans les unités, elles ont du mal à se pérenniser en raison des mauvaises conditions d'installation. Toutefois, au sein de l'unité Régis, récemment rénovée, aucun espace dédié n'a été prévu pour les accueillir. Les patients rencontrés évoquent à plusieurs reprises la nourriture comme médiocre pour leur goût et pas toujours suffisante en quantité.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur ajoute que des activités sont proposées essentiellement le week-end (football, volley-ball, jeux de société, quizz), en fonction des disponibilités des soignants.

4.3.2.3 L'unité Lescure I.

A. La présentation générale.

Les unités Lescure I et II, situées à l'extrémité Nord-est du domaine, à proximité de l'entrée principale du CHCP, occupent le premier étage (Lescure I) et le deuxième et dernier étage (Lescure II) d'une unité de soins normalisée bâtie en 1978. Le rez-de-chaussée est réservé à l'administration du pôle et aux bureaux des médecins.

B. Les personnels.

L'unité dispose de deux praticiens hospitaliers psychiatres, d'un assistant et d'un interne.

Le personnel paramédical est sous la responsabilité d'un cadre de santé faisant fonction de cadre supérieur pour le pôle 3-4-7.

Cadre de santé	1
Infirmier	17
Aide-soignant	2
Agent hospitalier	4
Psychologue	1

C. Les patients.

L'unité accueille en grande majorité des patients atteints de troubles bipolaires ou de syndromes dépressifs majeurs.

La capacité de l'unité est de vingt-trois lits. C'est une unité ouverte.

Au jour de la visite des contrôleurs, l'unité comptait six hommes et dix-sept femmes.

Nombre de patients en HL	21
Nombre de patients en ASPDT	1 femme
Nombre de patients en ASPDRE	1 femme
Durée la plus longue d'hospitalisation libre	5 mois
Durée la plus longue d'hospitalisation sous contrainte	18 jours (ASPDT)
Age du patient le plus jeune	21 ans
Age du patient le plus âgé	83 ans

Parmi les deux patientes hospitalisées sous contrainte, l'une hospitalisée à la demande d'un tiers bénéficiait d'un programme de soins lui permettant de sortir trois heures tous les après-midi à l'extérieur de l'hôpital.

D. Les locaux.

L'unité Lescure I est divisée en deux parties symétriques comportant une aile de chaque côté.

La partie centrale est composée d'un bureau des infirmiers, vitré (appelé plus communément «aquarium »), donnant sur le couloir. À l'arrière du bureau, se situe l'office où sont stockés les repas des patients.

Autour de ce point central, sont disposés :

- la buanderie ;
- le bureau du cadre de santé ;
- un bureau soignant et trois bureaux de consultation ;
- le local ASH ;
- la pièce de séjour et la salle de télévision.

Le poste de soins avec sa pharmacie et l'office du personnel sont situés face au bureau infirmier.

La particularité de cette unité réside dans le fait qu'il n'existe pas de patio extérieur pour les patients puisqu'elle est située à l'étage. En conséquence, les patients en hospitalisation libre qui désirent fumer sortent de l'unité ou se rendent sur le palier de l'escalier extérieur de secours de l'aile gauche. Cet espace, dont la surface est de 3m², est réservé aux patients hospitalisés sous contrainte ; un grand cendrier est mis à leur disposition.

Chaque aile abrite respectivement onze et douze chambres individuelles. Il n'existe pas de lit supplémentaire.

Toutes les chambres, peintes en jaune pâle, sont identiques, mise à part la chambre réservée aux personnes handicapées dont la surface est de 18 m² et dont l'espace toilette est doté de deux barres de soutien pour les PMR.

Les autres chambres sont d'une surface de 11,50 m² et sont séparées par une porte donnant sur l'espace toilettes. Elles sont équipées d'un lit amovible, d'une table de nuit fixée au mur, d'une table de bureau et d'une chaise. Chaque chambre comporte une armoire intégrée

avec une clef dont les personnes hospitalisées ont la responsabilité. Si un patient n'est pas en capacité de garder sa clef, elle est déposée dans un casier numéroté situé dans le bureau infirmier.

L'éclairage des chambres est assuré par un plafonnier et par une large fenêtre à battant court, dotée d'un volet roulant. Les chambres disposent toutes d'un radiateur. En revanche, elles ne sont pas climatisées. Toutes sont équipées d'un dispositif d'alarme anti feu et d'un système d'appel dont le cordon a été retiré afin de prévenir les éventuels passages à l'acte. Ce système d'appel ne fonctionne donc plus.

Les portes des chambres et les portes ouvrant sur l'espace toilette ne comportent pas de serrure. L'espace toilette, entièrement carrelé, est équipé d'une cuvette wc, d'un lavabo et d'un miroir. L'éclairage est assuré par un plafonnier.

Trois salles de douches et une salle avec baignoire, situées dans les deux ailes, sont mises à la disposition des patients. Les pièces sont relativement vétustes ; le plafond de la salle avec baignoire comporte des traces de moisissure et la VMC est recouverte d'une épaisse pellicule de poussière.

E. L'admission dans le bâtiment.

La personne entrant en urgence comme en admission programmée est accueillie par le personnel soignant qui l'installe dans sa chambre.

Dans l'heure qui suit son arrivée, la personne entrante est vue par le médecin psychiatre et un infirmier. Durant ce premier entretien, le médecin reprend avec le patient les circonstances de son admission et lui explique éventuellement les modalités de son statut quand ce dernier est hospitalisé sous contrainte.

L'infirmier lui explique le fonctionnement et le règlement intérieur du service. L'unité ne dispose pas de document interne reprenant le règlement intérieur : il a été expliqué aux contrôleurs que le document préalablement disponible nécessitait une remise à jour.

Le patient conserve ses vêtements et ses effets personnels à condition que ceux-ci ne présentent pas un caractère dangereux pour la personne ou autrui. Sont considérés comme dangereux : tout objet tranchant ou les cordons de portable. Si le patient a des tendances suicidaires, d'autres objets comme la ceinture, le sèche-cheveux ou le flacon de parfum lui sont retirés.

L'infirmier procède à un inventaire contresigné par le patient. Les effets personnels sont conservés dans un casier numéroté, situé dans le bureau des soignants. Le patient peut conserver son chéquier et sa carte bleue s'il le souhaite. Il en va de même pour les objets multimédia à moins que l'état pathologique du patient ne le contre-indique (patient en phase maniaque par exemple). Les sommes importantes d'argent liquide sont conservées au bureau du Trésor public.

Les soignants proposent au patient de désigner une personne de confiance en lui faisant remplir et signer un document imprimé sur le logiciel HM. Le document est conservé dans le dossier de la personne.

L'infirmier procède à la prise des constantes : la tension artérielle, la température, le poids. Une évaluation de son état psychique est effectuée. Si le patient est passé par le SECOP ou arrive

sous contention, le médecin généraliste extérieur à l'équipe vient procéder à un examen somatique de façon systématique.

Dans les deux jours suivant l'admission, le patient hospitalisé sous contrainte est reçu par le cadre de santé. Il lui transmet, selon le cas, l'arrêté du directeur d'établissement ou l'arrêté préfectoral ainsi que les certificats médicaux justifiant la décision d'hospitalisation sous contrainte.

Il fait signer au patient, si celui-ci y consent, le document de notification des droits. Il l'informe aussi de sa prochaine audience devant le JLD.

F. Le fonctionnement.

Les deux praticiens hospitaliers se relaient du lundi au vendredi, par demi-journée, afin d'assurer la présence quotidienne d'un médecin sur l'unité. L'autre demi-journée est dédiée aux consultations externes au CMP.

Quatre membres du personnel paramédical sont, en principe, présents dans le service la journée. Lors du passage des contrôleurs, deux infirmières et un aide-soignant étaient présents ; le quatrième membre de l'équipe avait été affecté dans un autre service pour la journée.

En service de nuit, deux infirmiers et un aide-soignant, sont présents.

Une psychologue à temps plein alterne son activité entre l'unité et les consultations externes.

Les réunions dans le service sont les suivantes :

- tous les matins ont lieu les « transmissions améliorées » entre les médecins et l'équipe paramédicale ;
- la réunion clinique a lieu une fois par semaine en présence des médecins et des internes, des infirmiers, du psychologue et de l'assistante sociale ;
- la réunion de l'équipe paramédicale, animée par le cadre de l'unité, n'a pas lieu de manière systématique. La réunion s'organise en fonction des demandes et des besoins du personnel soignant ;
- une réunion institutionnelle a lieu tous les trois mois ; tout le personnel de l'unité est présent ainsi que le cadre supérieur. Elle concerne le fonctionnement et l'organisation de l'unité.

Ouverture et fermeture de l'unité et des chambres.

Cette unité ouverte favorise la libre circulation des patients en hospitalisation libre. Les portes sont ouvertes de 9h à 19h. À chaque admission d'un patient hospitalisé sous contrainte, le médecin et les soignants reprennent avec lui, sous forme de discussion ouverte, les règles qui s'appliquent à son statut.

Le personnel soignant a expliqué aux contrôleurs que ce principe d'unité ouverte s'applique essentiellement à des patients pour qui le risque de fugue est minime. Toutefois, il est arrivé que l'unité soit fermée car elle accueillait des patients souffrant de démence ou un nombre trop important (six patients à la fois à une période donnée) de patients hospitalisés sous contrainte.

Les chambres restent ouvertes en permanence hormis pour les patients souffrant de syndrome dépressif majeur pour qui recréer du lien social est une composante importante de la prise en charge thérapeutique.

De manière plus générale, les patients sont incités à sortir de leur chambre entre 9h et 11h.

Hygiène corporelle et vestimentaire.

L'unité dispose de réserves de produits d'hygiène corporelle pour les patients démunis. Certains patients ont la possibilité d'utiliser leur propre rasoir qui est conservé dans le bureau des soignants. Les autres utilisent des rasoirs jetables fournis par l'hôpital et certains se rasent en présence d'un soignant.

Comme cela a été indiqué précédemment, les patients ont la possibilité de faire laver leur linge à la laverie automatique (cf. paragraphe 4.1.4.2). Ils peuvent se faire accompagner par un soignant.

La restauration.

Les repas ont lieu dans la grande pièce de séjour, agréable et lumineuse, d'une surface de 53 m².

Les horaires des repas sont les suivants : le petit déjeuner à 8h15, le déjeuner à 12h, le goûter à 16h et le dîner à 19h. Une tisane est servie à 21h.

Les menus sont affichés dans la salle. Pour les patients bénéficiant d'un régime particulier, leur nom et le type de régime sont inscrits sur le tableau blanc de l'office cuisine. Cette cuisine est vétuste mais propre.

Le jour du passage des contrôleurs, tous les patients prenaient leur repas dans la salle de séjour.

Les relations avec l'extérieur

Les visites ont lieu dans les chambres car il n'existe pas d'espace dédié aux visites. En outre, elles sont interdites dans les salles communes. Les horaires sont de 13h45 à 18h45.

Le jour du contrôle, un seul patient n'avait pas l'autorisation de recevoir de visite.

Des permissions de sorties sont possibles sous réserve d'autorisation du psychiatre, lequel en précise les horaires et les modalités (lieu, durée, accompagnement) y compris pour le week-end.

Le jour du contrôle, un patient hospitalisé à la demande du représentant de l'Etat n'avait droit à aucune sortie. Deux patients, dont un hospitalisé à temps plein à la demande d'un tiers, pouvaient sortir accompagnés l'après-midi.

En principe, **les patients peuvent conserver leur téléphone portable** mais l'usage peut faire l'objet de restrictions notamment pour les personnes dont l'entourage proche est considéré comme nocif ou pour les patients étant en phase maniaque. Le jour du contrôle, un patient n'était pas autorisé à utiliser son portable et trois autres ne pouvaient en avoir qu'un usage limité.

Il n'existe pas de point phone ; les patients ayant l'autorisation de recevoir des appels peuvent utiliser le téléphone du service entre 15h30 et 18h30.

Les patients sont autorisés à fumer dans la cage extérieure de l'escalier de secours, de 7h30 à 23h. Chacun peut conserver ses cigarettes et son briquet. Bien que les portes de l'unité restent ouvertes, beaucoup de patients préfèrent fumer dans cette cage d'escalier.

Les relations sexuelles sont interdites dans le service bien que cette information ne soit pas systématiquement communiquée au patient dès son arrivée. Le personnel soignant souhaite avant tout protéger les personnes vulnérables et les personnes atteintes de troubles bipolaires. Il a été rapporté aux contrôleurs que, si un patient démarre une relation, il n'est pas encouragé à la poursuivre car « il risquerait d'arrêter son traitement parce qu'il aurait le sentiment d'être bien ». Les effusions en publiques sont interdites et les patients ne sont pas autorisés à se retrouver dans les chambres avec la porte fermée. D'après les propos recueillis par les contrôleurs, outre cette interdiction, il semble qu'il existe peu d'espace d'échange autour de ce thème entre le personnel soignant et les patients.

Les activités sont très limitées dans l'unité. La majorité des patients étant en hospitalisation libre, ces derniers privilégient les sorties à l'extérieur. Un infirmier a évoqué « le souci d'éviter l'occupationnel afin que les patients ne s'enlisent pas dans l'unité ». Pourtant il a aussi été rapporté aux contrôleurs que : « l'ennui asphyxie certains patients car c'est anxiogène ».

Deux espaces sont dédiés aux activités. L'un est la salle de télévision équipée de sept fauteuils et de sept chaises avec accoudoirs. L'autre espace, équipé de sept fauteuils, est situé dans la salle de repas ; il possède une bibliothèque contenant une quarantaine d'ouvrages relativement anciens ainsi que divers jeux de société.

Le jour du passage des contrôleurs, une troupe d'artistes animait un spectacle en chansons. Environ huit patients assistaient au spectacle.

Les infirmiers animent des séances de psychoéducation destinées aux patients atteints de troubles bi polaires. L'objectif de cet atelier est de leur permettre d'être partie prenante dans la prise en charge de leur pathologie. Lors de ces séances, au nombre de quatre pour un même patient, des informations leur sont transmises sur les facteurs de risque, les signes précurseurs des phases maniaques et de la dépression. Une plaquette d'information leur est distribuée qui reprend les éléments principaux abordés lors des séances.

Deux fois par mois, ont lieu des rencontres thérapeutiques de membres des familles de patients atteints de troubles bipolaires. Ces rencontres de groupe ont pour objectif de favoriser les échanges autour des différentes expériences vécues et de faire diminuer le sentiment d'isolement et d'impuissance des familles. Le groupe est supervisé par la psychologue.

Soins et contention

Il n'existe pas de chambre d'isolement, ni d'apaisement. La contention s'effectue donc dans la chambre du patient. Le matériel de contention est conservé dans la salle de soins. En principe, le patient est mis en pyjama à moins qu'il ne soit trop agité.

Il n'existe aucun registre de contention ; la prescription et le suivi s'effectue dans le logiciel HM. Pour l'année 2012, il y aurait eu moins de dix mises sous contention selon les propos du personnel soignant.

Les traitements sont distribués dans la pharmacie avant l'heure des repas. La confidentialité est préservée et le soignant peut noter la prise de traitement directement sur le

logiciel HM. Pour les patients souhaitant se coucher vers 23h, il leur est proposé de prendre leur traitement au moment de la tisane afin d'éviter l'endormissement précoce.

Incidents

La majeure partie des incidents est liée à l'introduction d'alcool et de cannabis. Certains patients reviennent alcoolisés de leur sortie. Ces incidents sont repris systématiquement avec eux en entretien et un alcootest leur est proposé en cas d'alcoolisation.

Concernant la consommation de cannabis, leur chambre n'est pas fouillée à moins qu'il n'existe une suspicion de trafic auquel cas une autorisation de fouille est requise auprès du directeur. Si le trafic provient de personnes venant de l'extérieur, le personnel fait intervenir la sécurité de l'hôpital qui se met en rapport avec le commissariat de police.

4.3.2.4 L'unité Lescure II.

A. La présentation générale.

L'unité Lescure II fait partie du pôle « 3-4-7 » qui accueille les patients originaires des communes de Pessac (secteur 33 G03 avec 57 000 habitants), de Mérignac (secteur 33 G04 avec 66 388 habitants), de Talence et Gradignan (secteur 33 G07 avec 66 043 habitants).

Si l'unité accueille indifféremment les patients de ces quatre communes, elle a longtemps reçu ceux d'entre eux qui étaient admis en hospitalisation d'office puis en ASPDRE. Cette particularité s'estompe et, lors de la visite, un seul patient relevait de ce dernier régime.

En 2012, le taux d'occupation était de 109,9 % et la durée moyenne de séjour était de 27,1 jours.

A. Les personnels.

L'unité dispose de deux praticiens hospitaliers et d'un assistant ; les effectifs soignants, se décompose comme suit :

Cadre de santé	1
Infirmier	17
Aide-soignant	2
Agent hospitalier	4
Psychologue	1

B. Les patients.

Le jour de la visite, l'unité accueillait vingt-deux patients (dix hommes et douze femmes) dont un en ASPDRE et un en ASPDT, les autres patients étant en hospitalisation libre.

La durée la plus longue d'hospitalisation libre était de deux ans, la durée la plus longue d'hospitalisation sous contrainte était de six mois (171 nuits). Le patient le plus âgé avait quatre-vingt-trois ans et le plus jeune avait vingt-deux ans.

Une patiente mineure de dix-sept ans était attendue le lendemain.

C. Les locaux.

On accède à l'unité en pénétrant dans la partie administrative et de consultation qui est commune aux unités Lescure I et II. Les visiteurs et les patients doivent emprunter un escalier – également commun – jusqu'au deuxième étage dont l'entrée sécurisée est équipée d'un interphone relié au bureau des soignants.

L'unité comporte dix-sept chambres individuelles et une chambre à trois lits dont un lit supplémentaire qui est devenu permanent, ainsi qu'une chambre d'isolement, parfois utilisée comme chambre d'appoint provisoire en cas de suroccupation.

La superficie des chambres individuelles varie de 9 à 10 m² ; la chambre de trois lits mesure 3 m sur 6,30 m soit une superficie de 18,90 m².

Les chambres individuelles disposent toutes d'un cabinet de toilettes, dont la surface varie de 2,40 m² à 3 m² et qui est équipé d'un lavabo de 0,70 m de largeur avec eau chaude et froide - sans mitigeur - ainsi que d'une cuvette à l'anglaise en faïence blanche, avec ou sans abatant selon les chambres. Elles sont également équipées d'une table de chevet, d'un placard et d'une rampe lumineuse au-dessus du lit.

La chambre triple est équipée de deux lavabos de faïence blanche de 0,70 m de largeur avec eau chaude et froide, surmontés chacun d'un miroir et d'un tube de néon. Les trois patients disposent chacun d'un placard de 0,40 m de largeur et de 2,05 m de hauteur comportant trois étagères. Il n'y a pas de claustras entre les lits.

Un espace de vie est situé au milieu de l'unité. D'une surface de 63 m², il est séparé en deux zones :

- la première, de 40 m², constitue une salle à manger équipée de six tables rondes mélaminées avec chacune quatre chaises ;
- la seconde, qui fait office de salon, est meublée de treize chauffeuses, de deux fauteuils, d'un babyfoot, de deux tables basses et d'une bibliothèque comportant cinq niveaux de rayonnage où sont rangés des romans et quelques revues.

Une ancienne chambre double fait, en principe, office de salle d'activité. Le jour de la visite, elle comportait une table de ping-pong que le plateau disjoint rendait inutilisable et aucun autre équipement. Elle est manifestement peu utilisée. Dans la réponse au rapport de constat, le directeur indique : « la table de ping-pong, en réparation lors de la visite, est très investie selon les moments et la population accueillie ».

D. L'admission dans le bâtiment.

Les formalités d'admission sont, dans la majorité des cas, effectuées par le SECOP. Elles sont en revanche réalisées dans l'unité pour les patients dont l'admission a été planifiée par un CMP du secteur. Les patients arrivent alors directement dans l'unité, accompagnés par un infirmier de CMP ou d'un hôpital de jour.

La vérification de l'identité, la prise en charge et la notification des droits du patient sont effectués par un soignant ou le cadre de santé.

Selon les indications données aux contrôleurs, la plupart des patients ne sont pas en mesure de comprendre la lecture qui leur est faite de leurs droits : la proximité de la crise qui a

précipité leur admission ainsi que les termes employés ne facilitent pas la compréhension de la situation et des recours qui s'offrent à eux.

E. Le fonctionnement.

L'unité est dite « semi-fermée » ; elle accueille des patients en HL, en ASPDT et en ASPDRE. Les chambres de patients sont ouvertes en permanence.

L'ouverture de la porte d'entrée de l'unité est commandée par une gâche électrique dont l'interrupteur est placé dans l'office du personnel, situé en face. Les patients qui souhaitent sortir se présentent aux soignants qui leur ouvrent ainsi la porte.

Lors de la visite, la liste des autorisations de sortie, de téléphoner et de visites étaient consultables pour chaque patient sur le réseau informatique via le logiciel « Hôpital manager ». Au 19 mars 2013, seuls trois patients n'avaient aucun droit de visite. Six avaient le droit de recevoir des visites limitées à des personnes expressément désignées (famille, fils, ami, assistante sociale). Par ailleurs, huit patients pouvaient sortir sans aucune restriction, sept pouvaient sortir sous certaines conditions : « accompagné d'un soignant ou de sa sœur », « une heure - avec son père », « accompagné - de 14h à 17h », « l'après-midi » ; sept n'avaient aucune autorisation de sortie. Comme ceux de Lescure I, les patients de Lescure II ne disposent pas de jardin contrairement à ceux des unités en rez-de-chaussée ; ceux qui ne disposent d'aucune autorisation de sortie sont contraint de passer leur journée dans la salle commune ou leur chambre sans possibilité de s'aérer.

✓ **Les relations avec l'extérieur.**

Deux patients n'avaient pas le droit de téléphoner, onze pouvaient téléphoner sans aucune restriction, un régime de restriction était appliqué à neuf d'entre eux avec la mention : « un appel donné/un appel reçu » ou « un appel donné à un infirmier du secteur ou famille ».

L'emploi du temps des patients et les activités.

L'emploi du temps de chaque patient est ponctué par le réveil à 8h, suivi du petit déjeuner de 8h15 à 9h, lui-même suivi de la toilette.

La matinée est occupée ou bien par des entretiens, ou bien par des consultations diverses à l'extérieur de l'unité.

Le déjeuner, servi dans la salle commune, se déroule de 12h à 13h ; il peut exceptionnellement être pris en chambre pour calmer un patient agité.

Le diner est pris à 18h.

Entretemps, les activités sont limitées : la table de ping-pong évoquée *supra* n'était pas utilisable à la date de la visite ; ne reste que la télévision, le baby-foot dans la salle commune et les quelques livres déjà évoqués.

La seule activité proposée est un atelier d'esthétique qui a lieu deux fois par mois. En dehors de ce créneau, il arrive également que des patients se rendent chez le coiffeur ou au cabinet d'esthétique situé à côté de l'unité Dumesnil.

Les patients ont la possibilité de fumer dans la cage de l'escalier de secours située à une extrémité du bâtiment. Cet escalier extérieur, totalement entouré de grilles, forme une cage. Lorsque les patients s'y rendent, ils sont visibles depuis le parc du CHCP. Ce lieu est ouvert à tout

vent ; rien n'est prévu pour protéger des intempéries les patients qui s'y rendent le temps de fumer une cigarette.



L'espace où les patients peuvent fumer

L'isolement et la contention.

L'unité dispose d'une chambre d'isolement, équipé d'un sas et d'un lit scellé au sol.

Il n'existe aucun registre de contention et de placement en chambre d'isolement. Les prescriptions sont effectuées dans le dossier patient informatisé. Les interlocuteurs rencontrés par les contrôleurs n'ont pu chiffrer la fréquence de leur usage. Selon les indications données sur place, la contention n'est utilisée qu'en cas de violence sur un soignant ou un sur autre patient : « on vise l'apaisement ». Elle peut avoir lieu également à la demande du patient lui-même.

Lors de la visite, un patient occupait la chambre d'isolement faute de place disponible dans une chambre normale.

4.3.2.5 L'unité Genin.

A. La présentation générale.

Jusqu'à un passé récent, l'unité Genin, qui est intersectorielle, changeait de pôle d'affectation tous les six mois. Depuis cinq ans, elle est intégrée au pôle 3-4-7. Elle reçoit des patients adultes atteints de psychoses déficitaires ou autistes en provenance de toute la zone géographique desservie par le centre hospitalier Charles-Perrens.

Cette unité occupe le rez-de-chaussée d'un des bâtiments les plus anciens de l'hôpital, à l'Est du domaine. C'est une unité fermée bien que tous les patients soient en hospitalisation libre.

Le jour de la visite des contrôleurs, elle comptait neuf hommes et deux femmes.

La durée moyenne de séjour était de 139,1 jours en 2012. La durée la plus longue d'hospitalisation est de quinze ans environ ; le patient le plus jeune était âgé de 29 ans, le plus âgé avait 62 ans.

Si la majorité des patients est présente dans l'unité depuis de nombreuses années, d'autres, provenant de la maison d'accueil spécialisée (MAS) et dont l'état nécessite un changement de traitement par exemple, sont admis à l'occasion de « séjours de rupture ».

B. Les personnels.

Lors de la visite et depuis mi-janvier 2013, l'unité ne disposait d'aucun médecin en titre. Il n'y avait pas non plus d'interne affecté.

Le recrutement d'un praticien hospitalier était en cours.

Le personnel paramédical est sous la responsabilité d'un cadre de santé.

Cadre de santé	1
Infirmier	7
Aide-soignant	11
Aide médico - psychologique	1
Agent hospitalier	4
Psychologue	1
Psychomotricienne	1

C. Les locaux.

La superficie totale de l'unité est de 475 m², hors la surface du jardin qui lui est réservé.

On entre dans l'unité par l'extrémité Nord du bâtiment. Une rampe pour personne à mobilité réduite permet d'accéder à la porte équipée d'une sonnette. Là, un couloir dessert de part et d'autre les onze chambres individuelles.

L'unité dispose de onze lits dont deux lits médicalisés et une chambre pour personne à mobilité réduite. Une ancienne chambre sécurisée, équipée d'un lit scellé au sol, est utilisée comme chambre normale.

La surface des chambres varie de 9,84 m² pour la plus petite à 17,06 m² pour la plus grande (réservée aux patients à mobilité réduite).

Sept chambres disposent d'un lavabo ; trois disposent d'une salle d'eau comportant un lavabo de faïence, une douche (deux avec receveurs et une à l'italienne) et une cuvette de wc ; une chambre – l'ancienne chambre sécurisée – ne dispose que de toilettes.

Toutes les chambres sont éclairées par une large fenêtre dont l'ouvrant est sécurisé et dont seule une partie très étroite peut s'ouvrir sur toute sa hauteur. Leur mobilier standard est composé d'un lit métallique de 0,90 m de large sur 2 m de long, d'un placard avec une partie servant de penderie et une autre équipée d'étagères. Une petite étagère fixée à proximité de la tête de lit est utilisée comme table de chevet. La tête de lit est surmontée d'une réglette équipée d'un tube de néon. La peinture des chambres est récente et propre.

Le couloir dessert également deux toilettes, une salle de bain de 11 m², équipée d'une baignoire pour une personne à mobilité réduite, d'une salle de douche à l'italienne de 8,5 m², d'une tisanerie de 8 m² destinée au personnel, d'une salle de soins infirmiers de 12 m² communiquant avec une réserve de pharmacie de 6 m², d'un bureau infirmier de 11,25 m² et d'un bureau pour le cadre de santé de 11 m².

L'extrémité Sud du couloir débouche dans un vaste séjour de 55 m² occupé de tables et de fauteuils. Un coin salon, donnant accès une véranda, a été aménagé pour les « ateliers DVD ». Il est équipé d'un poste de télévision et de plusieurs fauteuils. La véranda offre la possibilité de mettre en place des ateliers d'arts plastiques. Elle est meublée d'une grande table et de plusieurs sièges. Les murs sont décorés des peintures réalisées par les patients.

D. Le fonctionnement.

Comme l'unité ne dispose pas de médecin, les équipes soignantes font appel aux internes affectés aux autres unités du pôle, notamment pour le renouvellement des prescriptions de contention. Ces derniers ne sont pas toujours disponibles et privilégient les prescriptions par téléphone plutôt qu'un déplacement dans l'unité. Néanmoins, le personnel paramédical insiste afin d'obtenir une prescription écrite.

Au regard de la spécificité de cette unité, le personnel soignant choisit de son plein gré d'exercer dans ce type d'environnement. Les arrêts de maladie et les départs du service sont peu fréquents. Il est à noter que l'absence d'un médecin au sein de cette unité est perçue par l'équipe en place comme un manque de considération de son travail.

Quatre soignants, dont une infirmière au minimum, sont présents le matin. Une grande partie de la matinée est dédiée à la toilette, aucun des patients n'étant autonome.

Trois soignants sont de service l'après-midi et deux soignants assurent le service de nuit. Une aide médico-psychologique, aide-soignante de formation, anime un atelier décoration. Une psychologue et une psychomotricienne interviennent à temps partiel au sein de l'unité et animent des ateliers thérapeutiques.

Les réunions dans le service sont les suivantes :

- tous les vendredis matin, a lieu une réunion d'équipe animée par la psychologue en l'absence du médecin. Cette réunion a pour unique objectif de discuter des cas des médicaux ;
- en fonction des demandes et des besoins du personnel soignant, une réunion de fonctionnement de l'équipe soignante, animée par le cadre de l'unité, a lieu ;
- tous les trois mois, une réunion institutionnelle rassemble tout le personnel de l'unité ainsi que le cadre supérieur. Elle concerne le fonctionnement et l'organisation de l'unité.
- tous les deux mois, des séances de supervision à l'intention du personnel soignant sont animées par un intervenant extérieur.

✓ ***Ouverture et fermeture de l'unité et des chambres***

Comme indiqué précédemment l'unité est fermée, les patients présentant des déficiences importantes. Les chambres restent ouvertes en permanence.

Hygiène corporelle et vestimentaire

L'unité dispose de réserves de produits d'hygiène corporelle pour les patients démunis.

L'entretien du linge est assuré par la famille ou par un prestataire externe sélectionné par la responsable de la plateforme linge. Dans ce dernier cas, une liste détaillée des articles composant le trousseau de chaque patient est établie.

La restauration

Les repas ont lieu dans la grande pièce de séjour d'une surface de 54 m² ; elle est agréable et lumineuse.

Les horaires des repas sont les suivants :

- le petit déjeuner entre 9h et 9h30 ;
- le déjeuner à 12h ;
- le goûter à 16h ;
- le dîner à 19h.

Un tableau d'information permet aux patients de prendre connaissance des menus journaliers. Pour les patients bénéficiant d'un régime particulier, leur nom et leur type de régime sont inscrits sur le tableau blanc de l'office cuisine.

De nombreux patients ont des repas mixés du fait des problèmes de déglutition inhérents à leur pathologie.

Le jour du passage des contrôleurs, tous les patients, hormis un, prenaient leur repas dans la salle de séjour.

Les relations avec l'extérieur.

Les visites sont autorisées tous les jours de 14h à 18h et ont lieu dans le salon destiné aux visiteurs. Elles ne sont pas autorisées dans les chambres ni dans les parties communes sauf exception (patients ne pouvant pas se déplacer). Certaines visites pouvant perturber le patient ont lieu en présence d'un soignant. Il a été rapporté aux contrôleurs que la moitié des malades ne recevait jamais de visite.

Les sorties, y compris dans l'enceinte de l'établissement, sont soumises à autorisation médicale qui en précise les horaires et les modalités. Certains patients passent toute une journée chez leurs parents durant le week-end.

Des sorties dans un établissement de restauration rapide ou des pique-niques sont organisés pour deux à quatre patients durant la période d'été.

Aucun patient ne possède de téléphone mobile mais il est à noter que deux d'entre eux seulement ont l'usage de la parole. Le service assure la réception des communications téléphoniques.

Il est interdit de fumer au sein de l'unité. La cour extérieure est prévue à cet effet. Les cigarettes et les briquets sont conservés dans le bureau des soignants.

De nombreuses activités et ateliers thérapeutiques sont organisés au sein de l'unité. Un atelier « DVD » a lieu le mercredi de 18h à 19h. Cet atelier favorise la notion de plaisir, le développement sensoriel et la stimulation mentale à travers la projection de dessins animés.

Un atelier « promenade », informel, est organisé en fonction de l'effectif soignant et de la volonté des patients.

L'atelier « décoration » fonctionne tous les jours et il est assuré en grande partie par l'aide médico-psychologique. Il se déroule autour de la peinture et de la création d'objets. Il a pour objectif d'améliorer la motricité et de stabiliser l'agitation psychomotrice.

L'atelier « conte » favorise l'éveil musical. Il a lieu le vendredi matin à 10h30. Il est animé une fois par mois par une conteuse professionnelle en présence de musiciens. Les autres vendredis, il est animé par les soignants de l'unité à l'aide d'instruments comme le triangle ou le grelot.

L'atelier d'hyppothérapie était arrêté lors du contrôle. Il devrait reprendre au cours du printemps ou de l'été 2013 pour un patient. La spécificité de cette activité est de monter le cheval à cru (sans selle). L'objectif est, d'une part, de renforcer le tonus musculaire et, d'autre part, de ressentir des émotions au contact du cheval.

Soins et contention

Il existe une chambre sécurisée dans laquelle est positionnée une caméra avec vue sur l'ensemble de la pièce ainsi que sur les wc. Les écrans de contrôle sont situés dans le bureau des soignants.

Lors du passage des contrôleurs, la chambre était occupée par un patient, souffrant de coprophagie. Vêtu d'un pyjama, il était contenu dans la chambre sécurisée uniquement après les repas et ce pendant une heure à chaque fois.

Un autre patient était, lui aussi, placé sous contention mais de façon fractionnée, à raison de deux heures par jour. La contention s'effectue dans sa chambre et le matériel nécessaire est à demeure.

Il n'existe aucun registre de contention mais les prescriptions sont reportées dans le logiciel HM.

Les traitements sont distribués au moment des repas et la prise de traitement est également notée dans le logiciel HM.

Lors du passage des contrôleurs, des membres du personnel évoquaient « la lourdeur des traitements » et leur effet important de sédation sur les patients. L'histoire d'un des patients ayant été admis en soins intensifs pendant une période donnée et qui avait alors été sevré de son traitement par benzodiazépines, a été rapportée. Depuis ce sevrage, il semble avoir un comportement plus adapté. Les soignants ont paru très attentifs à de telles situations, même si elles demeurent exceptionnelles.

Incidents.

La majeure partie des incidents a lieu lors de la toilette. Les propos recueillis par les contrôleurs font état d'insultes, de crachats reçus au quotidien de la part des patients. Des soignants disent présenter fréquemment des hématomes liés aux coups qu'ils reçoivent lors de ces toilettes.

Deux patients, connus pour leurs comportements hétéro-agressifs, sont contenus systématiquement dès le premier ou le deuxième passage à l'acte. Le protocole est le suivant :

- l'un est contenu pendant 24 heures dès le premier passage à l'acte, mais doit rester en pyjama 48 heures. Il ne peut accéder à ses cigarettes avant la 72^{ème} heure. Certains membres du personnel questionnent le caractère punitif de ce dispositif ;
- l'autre placé en chambre sécurisée durant 20 minutes après un premier passage à l'acte. Si un deuxième a lieu, il est contenu pendant 1 heure.

4.3.3 Le pôle universitaire « 5-6 ».

4.3.3.1 Présentation générale du pôle.

Le pôle universitaire de psychiatrie adulte « 5-6 » comprend sept unités d'hospitalisation, une unité d'électro-convulsivothérapie, un hôpital de jour et deux CMP.

Trois unités d'admission (Carreire 2, 4 et 6) et une unité de réhabilitation (Carreire 1) ont pour mission d'accueillir les patients des secteurs de Bordeaux-Caudéran et des communes de Blanquefort, Bruges, Bouscat, Eysines, Le-Haillan, Parempuyre, Saint-Aubin-du-Médoc, Saint-Médard-en-Jalles et Le Taillan. Ces trois secteurs regroupent 174 324 habitants (cf. paragraphe 2.3).

Une unité intersectorielle, l'unité mère-enfant (UME), assure les soins spécialisés à la population de l'ensemble des secteurs du CHCP.

Les deux unités d'admission extra sectorielles (Carreire 3 et Carreire 5) ont été regroupées (Carreire 3-5) au cours de l'année 2012, dans le cadre de la mise en œuvre du projet de pôle. Cette unité a une vocation régionale pour l'évaluation diagnostique et thérapeutique des patients présentant des troubles dépressifs, anxieux et bipolaires.

Les unités du pôle sont regroupées dans un bâtiment situé à l'Ouest du centre hospitalier.

Ce bâtiment, de type « R+2 », accueille :

- au rez-de-chaussée : les bureaux du pôle et les unités Carreire 1 et 2 ;
- au premier étage : les unités Carreire 3 et 4 ;
- au deuxième étage : les unités Carreire 5, Carreire 6 et l'unité mère-enfant.

Chaque unité dispose d'une cour, au rez-de-chaussée, chacune étant séparée des autres par un grillage.



Selon les données du « baromètre mensuel de l'activité d'hospitalisation » de décembre 2012, le taux d'occupation y est élevé et la durée moyenne de séjour varie selon les unités :

	Durée moyenne de séjour			Taux d'occupation en 2012
	2011	2012	Ecart	
Carreire 2	25,5	24,1	-1,3	95,1 %
Carreire 3	30	27,5	-2,5	94,8 %
Carreire 4	33,6	33,6	0	114,6 %
Carreire 5	23	26,8	+3,8	79,7 %
Carreire 6	25,6	27,8	+2,2	114,1 %
Mère- enfant	36,1	49,5	+13,4	89,2 %
<i>Admission</i>	27,5	28,3	+0,8	
Carreire 1	93,4	49,1	-44,3	97,3 %
UISG	56	58,6	+2,6	95,5 %
<i>Réhabilitation</i>	70,1	53,4	-16,7	

Les contrôleurs ont visité les unités Carreire 1, Carreire 2, Carreire 3, Carreire 4, Carreire 6 et l'unité mère-enfant où, à la date de la visite, étaient hospitalisées des personnes en ASPDRE ou ASPDT, les autres unités n'en accueillant pas.

4.3.3.2 L'unité Carreire 1.

A. La présentation générale.

L'unité Carreire 1 située au rez-de-chaussée du bâtiment comporte vingt lits d'hospitalisation. C'est une unité de réhabilitation psycho-sociale qui est en principe ouverte ; elle était en pratique fermée en raison de la présence d'un patient hospitalisé sans consentement.

Le jour de la visite quatre femmes et seize hommes sont hospitalisés. Seul un homme l'est sous le régime des soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (ASPDRE).

L'unité ne comporte pas de chambre de soins intensifs.

Le patient le plus âgé a 59 ans et le plus jeune a 29 ans. Le patient le plus anciennement présent dans l'unité est en hospitalisation libre depuis trois ans et six mois. Un des patients est hospitalisé en ASPDRE ⁵¹ depuis plus de vingt ans au CHCP, il est présent à l'unité Carreire 1 depuis une année.

⁵¹ SDRE judiciaire.

Au sein de cette unité, est fait un travail de « déchronicisation⁵² » des patients avec un projet de sortie vers une maison d'accueil spécialisée (MAS), un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EPHAD), un foyer d'accueil médicalisé (FAM) ou un appartement associatif.

B. Les personnels.

L'équipe paramédicale se compose de :

- un ETP de cadre de santé ;
- dix ETP d'infirmiers (IDE) ;
- quatre ETP d'aides-soignants (AS) ;
- quatre ETP d'aides médico-psychologiques (AMP) ;
- 0,5 ETP de psychomotricien ;
- un ETP d'ergothérapeute (arrivée dans le service en janvier 2013) ;
- 0,4 ETP d'assistant de service social ;
- 0,2 ETP de psychologue.

Un psychiatre affecté à mi-temps prend en charge les patients de l'unité. Il assiste à la réunion pluridisciplinaire du lundi matin et reçoit en consultation les patients le mercredi de 16h à 18h et le vendredi matin. Chaque semaine, un interne en psychiatrie du pôle est référent, à tour de rôle, pour l'unité Carreire 1. C'est à sa demande qu'il est fait appel au médecin généraliste.

C. Les patients.

Les patients présents dans ce service sont des malades chroniques pour lesquels une recherche d'hébergement est entreprise.

Au cours des deux dernières années, deux patients sont décédés. L'un a été accompagné en soins palliatifs dans les suites d'un cancer arrivé au stade terminal ; l'autre a vu son état général se dégrader progressivement sans qu'aucune étiologie responsable de l'altération de son état de santé n'ait été mise en évidence.

D. Les locaux.

L'unité Carreire 1 dispose d'une surface totale de 666 m².

On accède à l'unité par une double porte vitrée dans sa partie supérieure, fermée à clé ; une sonnette permet de se faire ouvrir. Les pièces sont disposées de telle sorte qu'un couloir d'une surface de 130 m² fait le tour de l'unité et délimite vers l'extérieur des pièces à vivre (chambres, salle à manger) et vers l'intérieur des pièces aveugles.

Une fois la porte d'entrée franchie, se trouvent :

- à gauche :
 - la cuisine d'une surface de 23 m². Elle est équipée d'une borne de mise en chauffe des chariots repas, d'un lave-vaisselle, d'un réfrigérateur, d'une machine à café, d'un évier, de placards de rangement et de deux chariots à deux plateaux pour servir les repas ;

⁵² Afin de permettre une réhabilitation sociale progressive.

- une salle à manger de 61 m², comportant six tables rondes, vingt-quatre chaises, un appareil de télévision ;
- une salle de réunion de 21 m² où, également, la psychomotricienne travaille avec ses patients ;
- un bureau de 10 m² utilisé par la psychomotricienne et l'ergothérapeute ;
- un bureau aveugle de 9,7 m², pour le cadre de santé ;
- un espace de vie de 61 m² ;
- six chambres à un lit d'une surface comprise entre 12 m² et 12,34 m². Elles sont toutes équipées d'un lit non médicalisé, d'une table, d'une chaise, d'un placard fermant à clé, d'une armoire, d'un lavabo en faïence surmonté d'un miroir incassable et d'une lumière murale ;
- sept chambres à deux lits, équipées chacune de deux lavabos, de deux placards et de deux armoires ;

Toutes ces pièces sont largement éclairées par des fenêtres aux huisseries métalliques. Les chambres ne peuvent pas être fermées de l'intérieur.

- à droite : les pièces aveugles :
 - le bureau infirmier d'une surface de 19 m² : il communique, de chaque côté par un porte donnant sur le couloir. A côté de la porte, un châssis ouvrant, de 1 m sur 1 m, permet de surveiller l'extérieur. Il est fermé par un store à l'italienne, en état de marche. Ce bureau comporte des banques qui sont utilisées en postes de travail, dont deux sont équipés en informatique ; une table ronde peut également accueillir trois personnes. Une armoire est équipée de casiers numérotés où sont entreposés les objets de valeurs des patients. Il règne dans cette pièce une atmosphère étouffante due au nombre de personnes y travaillant et à la faible ventilation ;
 - la pharmacie, de 9,5 m² ; elle comprend une armoire à pharmacie métallique, un réfrigérateur, une paillasse humide, un poste de travail avec informatique ; elle communique largement par une porte coulissante avec la salle de soins, de 9,3 m², équipée d'une table d'examen, d'un chariot à pansement, d'une paillasse humide, d'un sac d'urgence et d'un appareil électronique de mesure des constantes. Cette salle communique avec le couloir. Ces deux salles, en continuité, sont traversantes ;
 - un petit couloir qui permet d'aller d'un côté à l'autre de l'unité ; équipé de placards de rangement, c'est là que se trouve la cabine téléphonique d'une surface de 0,43 m². Elle permet une certaine confidentialité des conversations ;
 - un local à linge sale, de 3,6 m² ;
 - un coin repos pour les patients, de 6 m² ;
 - un sanitaire, de 3 m², comportant un wc en faïence à l'anglaise et un lave-main ;
 - un local de douche comportant deux douches, dont une pour personne à mobilité réduite, d'une surface totale de 8 m² ;
 - un bureau de consultation, de 9,3 m² ;
 - un sanitaire, de 2 m² de surface, comportant une cuvette wc en faïence et un lave-mains ;

- un local de douche équipé de deux cabines de douches ;
- une salle de bain, équipée d'un lavabo, d'une baignoire et d'une douche ;
- un sanitaire, d'une surface de 3,3 m², équipé d'une cuvette wc en faïence, d'un lave-mains ;
- un sanitaire accessible aux personnes à mobilité réduite, d'une surface de 4,4 m², équipé d'une cuvette wc rehaussé en faïence et d'un lave-mains ;
- un local pour le linge propre, d'une surface de 4,25 m².

Sur les murs de l'unité sont affichés de nombreux posters, fabriqués par les patients, retraçant, avec des photos, les différentes sorties de l'année.

E. L'admission dans le bâtiment.

Les patients sont admis dans l'unité, en sortie d'une hospitalisation dans une unité de soins aigus. Des séjours fractionnés permettent un temps d'adaptation et d'observation. Ainsi, l'intégration du nouveau patient dans le groupe est progressivement organisée.

En 2012, trente-cinq patients ont été admis dans l'unité à l'occasion de 144 séjours. On observe ainsi que les patients de cette unité ont fréquemment des séjours de rupture permettant une resocialisation.

Au cours des trois dernières années, l'activité a été de 6 673 journées d'hospitalisation en 2010, 7 008 en 2011 et 6 902 en 2012.

F. Le fonctionnement.

Certains patients ne sont pas totalement autonomes, les soignants les aident pour la toilette et le rangement de la chambre et du linge.

Les activités proposées aux patients, dans le cadre de la socialisation, sont nombreuses. Elles sont planifiées et le programme est affiché dans le couloir de l'unité :

- un atelier « marche dans le parc de l'hôpital » : deux fois par semaine ; cet atelier, animé par un aide médico-psychologique (AMP), est ouvert à cinq ou six patients. Une fois par mois une sortie à la journée, avec un pique-nique, est organisée ;
- un éveil musculaire en musique est animé par un infirmier, un aide médico-psychologique et un aide-soignant une fois par semaine ;
- un atelier musique est animé chaque mois par un infirmier, un aide-soignant et un aide médico-psychologique, avec écoute et discussion à propos d'un CD proposé par les patients ;
- des sorties cinéma pour six patients une fois par mois ;
- un départ en vacances l'été pour un séjour d'une semaine ;
- quotidiennement, les infirmiers jouent aux cartes et à des jeux de société avec les patients ;
- la psychomotricienne assure une prise en charge individuelle.

Il existe également des activités ponctuelles :

- la veille de la visite des contrôleurs, quatre patients étaient allés dans un conservatoire de musique avec l'ergothérapeute ;
- un séjour thérapeutique de trois jours est organisé annuellement près de Royan ;
- l'été, des sorties vers le lac de Bordeaux et l'océan sont organisées.

Un téléphone fixe est situé dans le couloir de l'unité dans un petit renforcement. Une certaine confidentialité y est possible. L'accès au téléphone est convenu avec l'équipe et la fréquence et le nom de l'interlocuteur sont déterminés par le médecin ; lors des entretiens avec les patients de l'unité, certains d'entre eux se sont plaints de « l'iniquité » des autorisations.

Une seule patiente a souhaité posséder un téléphone mobile. Le choix de l'abonnement a été intégré dans le travail thérapeutique fait avec l'équipe. Il a été convenu qu'elle ne prendrait ce téléphone qu'à l'occasion de ses permissions. Elle le remet aux infirmières en rentrant.

Les patients sont autorisés à fumer dans le jardin qui est en libre accès dans la journée ou sur le palier de l'escalier de secours lorsqu'il pleut. L'accès au jardin est fermé la nuit.

4.3.3.3 L'unité Carreire 2.

A. La présentation générale.

L'unité Carreire 2 est une unité fermée, d'une capacité de vingt-deux lits dont deux en chambres de soins intensifs (dites sécurisées).

Le service accueille des patients relevant essentiellement de pathologies liées aux addictions, aux troubles du comportement alimentaire ou présentant des troubles psychotiques. Les patients en hospitalisation libre peuvent sortir de cette unité en dehors des heures de transmission entre les deux équipes. Ils doivent pour cela demander à un soignant de leur ouvrir la porte.

B. Les personnels.

✓ **Le personnel non médical.**

L'équipe non médicale est composée de :

- un cadre de santé à plein temps ;
- seize ETP d'infirmiers effectuant un service de jour et de nuit. Ils travaillent selon un rythme de deux semaines de nuit suivies de six semaines de journée ;
- trois ETP d'aides-soignants ;
- une psychologue, qui partage son temps entre plusieurs unités ;
- un temps d'assistant de service social.

✓ **Le personnel médical.**

L'équipe médicale comporte :

- 0,5 ETP de praticien hospitalier en psychiatrie ;
- deux postes d'internes de spécialités ;
- quatre postes d'étudiants hospitaliers.

C. Les patients.

Les patients admis dans le service de l'unité Carreire 2 relèvent du secteur d'hospitalisation du pôle (cf. paragraphe 4.3.3.1 *supra*).

En 2012, 280 patients ont effectué 323 séjours dans l'unité, ce qui correspond à 7 696 journées d'hospitalisation. Dix patients ont séjourné dans l'unité en hospitalisation de journée à l'occasion de onze séjours, d'une durée totale de soixante-dix-neuf jours. La durée moyenne de

séjour dans l'unité est de vingt-cinq jours avec un taux d'occupation à 95,5 %, selon les informations du DIM.

Lors de la visite des contrôleurs, vingt et une personnes sont hospitalisées, douze hommes et neuf femmes ; douze sont en soins libres, quatre hommes en ASPDRE et trois femmes et deux hommes en ASPDT. Une seule place est vacante.

D. Les locaux.

L'unité Carreire 2 est située au rez-de-chaussée du bâtiment. La disposition générale des pièces est proche de celle de l'unité Carreire 1, avec un couloir périmétrique, de 160 m², qui dessert à l'extérieur des pièces à vivre et délimite à l'intérieur des locaux aveugles.

On entre dans l'unité par une porte pleine fermée à clé, équipée d'une sonnette. Le couloir dessert successivement :

- à droite :
 - un bureau médical, d'une surface de 19 m², utilisé comme salle de réunion et par les étudiants hospitaliers ;
 - une salle de séjour, de 34 m², équipée de onze fauteuils-malades, d'un poste de télévision et d'un lecteur DVD ;
 - le bureau du cadre de santé, de 9 m² ;
 - quatre chambres à deux lits d'une surface allant de 19,7 m² pour la plus petite à 20,3 m² pour les plus grandes ;
- le couloir fait un angle de quatre-vingt-dix degrés et dessert six chambres à un lit, d'une surface de 11,7 m² pour la plus petite et de 16 m² pour la plus grande. Deux de ces chambres ont été sécurisées ; les portes donnant accès au lavabo et au placard ont été fermées à clé ; les fenêtres sont condamnées ; une climatisation a été installée ainsi qu'une caméra de vidéosurveillance. Le lit anglais⁵³ est porteur d'attaches en cuir permettant la pose des contentions physiques ; l'ameublement est complété par un tabouret en mousse recouvert d'une housse en matière plastique. Lors de la visite des contrôleurs, une des deux chambres était occupée par un patient en hospitalisation libre, l'autre était vide ;
- le couloir change encore de direction, à quatre-vingt-dix degrés, et dessert à droite :
 - quatre chambres à deux lits allant de 19,6 à 20,3 m² ;
 - une salle à manger, de 40 m², qui est équipée de six tables à quatre places et des vingt-quatre chaises. Les menus de la semaine sont affichés au mur ;
 - un office comportant une rampe de mise en chauffe des chariots-repas, un réfrigérateur, un four à micro-ondes, une cafetière, une paillasse humide, un lave-vaisselle et un chariot pour servir les repas ;
- le couloir a délimité un espace comportant :
 - une pharmacie de 9 m² ;
 - une salle de soins, de 9 m², prolongeant la pharmacie avec laquelle elle communique par une porte coulissante. Elle est équipée d'une paillasse humide, d'une armoire, d'une table d'examen, d'un chariot à pansement,

⁵³ Mobilier de sécurité en mousse rigide qui permet d'éviter aux patients agités de se blesser.

- d'un appareil numérique de mesure des constantes, d'un sac d'urgence. Ces deux pièces sont traversantes ;
- un bureau infirmiers, de 18 m², à l'identique du bureau infirmier de l'unité Carreire 1 (cf. *supra* § : 4.3.3.1.D). Les écrans de la vidéosurveillance des chambres sécurisées y sont installés ;
 - une pièce de 12,3 m², qui a été aménagée en deuxième salle de télévision, est obscure et comporte trois fauteuils-malades, une armoire contenant quelques livres et des jeux de sociétés. Il a été précisé aux contrôleurs que certains patients aimaient s'y reposer au calme ;
 - un dégagement qui permet la circulation entre les deux couloirs où est positionnée la cabine téléphonique ;
 - un local pour entreposer les matériels de ménage ;
 - un sanitaire comportant deux cabines de douches ;
 - une salle de bains équipée d'une baignoire et d'une douche sans dispositif de séparation ;
 - un sanitaire équipé d'un wc rehaussé à l'anglaise en faïence et d'un lave-mains accessible aux personnes en fauteuil roulant ;
 - un local pour le linge propre et le linge sale ;
 - une douche, de 3 m², deux sanitaires équipés d'une cuvette wc en faïence et d'un lave-mains ;
 - deux bureaux de consultation médicale, de 7,3 m² ;
 - un deuxième sanitaire accessible en fauteuil roulant ;
 - un coin repos de 4,6 m².

Les locaux sont vétustes ; les sanitaires sont dégradés et présentent de nombreuses traces de moisissures au plafond. Le carrelage et la plomberie sont détériorés par l'usage.

Les chambres sont toutes équipées à l'identique : elles comportent un lit médicalisé, un lavabo, une armoire pouvant fermer à clé.

E. L'admission dans le bâtiment.

Les patients sont adressés dans l'unité ou bien directement au cours d'une consultation dans un CMP du secteur, ou bien par le SECOP.

Une infirmière accueille le patient, l'accompagne à sa chambre et lui présente les grande lignes du fonctionnement de l'unité ; à cette occasion, elle lui remet une plaquette de présentation spécifique au service, précisant les règles de vie⁵⁴ de l'unité. Lorsque le patient arrive du SECOP, il n'est pas vérifié qu'il n'est pas porteur d'objet interdits (armes, produits stupéfiants).

L'infirmière fait alors l'admission administrative et le dossier médical informatisé du patient est créé.

Un inventaire contradictoire des effets personnels est effectué. Les câbles de téléphone, d'ordinateur et autres, sont retirés. La conservation du téléphone portable n'est possible qu'après l'avis du médecin.

⁵⁴ Document mis à jour en 2010.

Les patients sont vêtus de leurs effets personnels, sauf lorsqu'ils doivent être placés, en raison de leur état de santé, en chambres dites sécurisées.

L'interne du service voit le patient dès son admission et l'informe du régime d'hospitalisation selon lequel il est hospitalisé. Le lendemain, le psychiatre du service rencontre le patient.

L'énoncé des droits est effectué par le médecin à l'admission et renouvelée 48 ou 72 heures après. Un document comportant les adresses des autorités, auprès desquels un recours est possible, est transmis aux patients par la direction des usagers.

L'examen somatique est effectué par le médecin généraliste sur appel du service. Tous les entrants bénéficient d'un électrocardiogramme et d'examens biologiques. Lorsque les patients sont admis *via* le SECOP, ils ont déjà bénéficié dans cette unité d'un examen par un médecin généraliste.

F. Le fonctionnement.

Le médecin sénior effectue une fois par semaine une visite en chambre de chaque patient, le lundi matin. Il rencontre également les arrivants le lendemain de leur admission et les patients qui « posent problème ».

Les internes rencontrent leurs malades, en entretien, deux à trois fois par semaine. Les étudiants hospitaliers recueillent la biographie de leurs patients et effectuent les électrocardiogrammes de chaque entrant.

Les patients sont autorisés à fumer dans le jardin en libre accès le jour et sur le palier de l'escalier de secours extérieur. Le tabac leur est laissé.

Les ordinateurs sont le plus souvent autorisés. Le service ne dispose pas d'accès wifi.

Le linge des patients peut être retenu par les familles. Un « Lavomatic » est en libre accès, dans les mêmes conditions que dans les autres unités du CHCP (cf. paragraphe 4.1.4).

Les patients sont autorisés à garder des espèces sur eux sans limitation ; le plus souvent, ils conservent 20 à 30 euros pour leurs dépenses courantes.

Les familles, lorsqu'elles y sont autorisées par l'équipe médicale, peuvent visiter leur parent en chambre ou dans la salle de vie de 14h30 à 18h30.

La dispensation des médicaments est assurée avant les repas qui sont servi à 8h30 pour le petit déjeuner, à 12h pour le déjeuner, à 16h pour le goûter et à 19h pour le dîner. La dispensation de 22h se fait le plus souvent en chambre.

Certains produits sont nominativement prescrits en cas de besoins (agitation, angoisse, douleur...).

Les activités proposées ne sont pas nombreuses dans ce service d'accueil pour des troubles aigus :

- un groupe de parole soignants-soignés se réunit tous les quinze jours ;
- une activité socio-esthétique pour les patientes, dont la prise en charge financière n'est pas pérenne ;
- des activités occupationnelles (jeux de société, ping-pong, ...) ;

- un projet de gymnastique et relaxation avec la psychomotricienne et l'ergothérapeute du service est en cours d'élaboration.

4.3.3.4 L'unité Carreire 3.

Cette unité est ouverte. Elle a été constituée au cours de l'automne 2012 en fusionnant les équipes et les lits des unités Carreire 3 et 5 dans les locaux de l'unité Carreire 3. Une partie du personnel a été redéployée sur les secteurs de psychiatrie du pôle : création d'un service d'hospitalisation à domicile et création de cinq lits d'hospitalisation à temps plein pour les femmes enceintes.

A. La présentation générale.

L'unité, située au premier étage du bâtiment du pôle universitaire, comporte vingt lits d'hospitalisation à temps plein et quatre places d'hôpital de jour, aucune chambre d'isolement ou de soins intensifs. Les vingt lits sont répartis en six chambres à un lit et sept chambres à deux lits.

Cette unité d'admission extra-sectorielle est à vocation régionale. Elle est spécialisée dans l'évaluation diagnostique et thérapeutique de patients présentant des troubles de l'humeur (dépressifs, anxieux, bipolaires).

Le plus souvent les patients sont en hospitalisation libre, comme c'était le cas le jour de la visite des contrôleurs.

B. Les personnels.

✓ **Le personnel non médical.**

L'équipe non médicale est composée de :

- un cadre de santé à plein temps ;
- dix-neuf ETP d'infirmière effectuant le travail de jour et de nuit. Elles ne travaillent pas comme dans les autres unités de l'hôpital car quatre infirmiers ne font que la nuit ;
- un ETP d'aide-soignant ;
- cinq ETP d'agent de service hospitalier.

✓ **Le personnel médical.**

L'équipe médicale comporte :

- un maître de conférences des universités-praticien hospitalier (MCU-PH) dans son temps hospitalier ;
- un assistant à temps plein ;
- trois internes de spécialité ;
- quatre étudiants hospitaliers dont un en année Erasmus.

C. Les patients.

Les patients sont admis dans le service soit à la demande de leur psychiatre traitant, soit par le réseau de médecins généralistes ou psychiatres libéraux, soit, plus rarement, à partir du SECOP et alors le plus souvent en hospitalisation différée faute de place immédiate. Il existe une liste d'attente d'une dizaine de personnes.

L'activité du service est la suivante :

	2011	DMS 2011 (jours)	2012	File active
Carreire 3	6 684	30	7 171	258
Carreire 5	5 577	23	4 591	160

D. Les locaux.

L'unité, d'une surface totale de 660 m², a fait récemment l'objet de travaux de rénovation. Deux portes à double battant, équipées d'un oculus, donnent sur le palier du premier étage du bâtiment. Ce palier dessert l'escalier, l'ascenseur et l'unité Carreire 4.

La porte située en face de l'escalier dessert un long couloir, d'une surface totale de 140 m², qui fait le tour de l'unité pour se terminer sur la deuxième porte, donnant sur le palier.

Il dessert successivement :

- à gauche :
 - six chambres dont quatre à un lit (d'une surface de 13,30 m² pour la plus petite et 16,10 m² pour la plus grande, pouvant accueillir une personne en fauteuil roulant) et deux à deux lits de 21 m² ;
 - quatre chambres, ouvrant dans une partie de couloir perpendiculaire au précédent. Une chambre à un lit de 11 m², située à proximité de l'issue de secours où les patients peuvent fumer, et trois chambres à deux lits, de 21 à 22,4 m² ;
 - la dernière partie du couloir qui dessert quatre chambres : deux chambres à un lit de 13 m² pour l'une et 17 m² pour l'autre et deux chambres à deux lits de 21,40 m² chacune ;
 - une salle à manger de 44,5 m² équipée de six tables, vingt-quatre chaises et de six fauteuils-malade regroupés autour d'un poste de télévision qui est fixé en hauteur sur une étagère sécurisée. La télécommande est à portée de main. Cette pièce est surencombrée et il est difficile de s'y déplacer.

Toutes les chambres sont équipées d'une salle d'eau comportant un wc en faïence sans abattant, d'une douche à l'italienne, d'un lavabo surmonté d'un miroir et d'une rampe lumineuse. Elles sont meublées d'un lit médicalisé métallique, d'une table de chevet, d'un placard fermant à clé, d'une table et d'une chaise par personne. Elles sont éclairées par deux ou trois larges fenêtres à châssis métallique.

La chambre à proximité de la salle à manger a été transformée en deuxième salle d'activités pour les patients. Elle comporte un bureau, deux chaises, une table et devrait être prochainement équipée d'un deuxième poste de télévision.

- à droite :
 - le bureau infirmier équipé à l'identique du bureau de l'unité Carreire 1 (cf. *supra* paragraphe 4.3.3.1.D). Trois alarmes PTI sont posées sur le chargeur mural et non utilisées ;

- la salle de soins de 9 m², équipée d'une paillasse humide, d'une table d'examen, d'un appareil électronique de mesure des constantes, d'une armoire métallique contenant des casiers à tiroirs en matière plastique numérotés. Dans ces tiroirs, sont rangés les cordons de charge des téléphones portables et des ordinateurs ainsi que les casques et les écouteurs ;
- le bureau du cadre infirmier de 9 m² ;
- une salle de détente de 6,7 m² ;
- des sanitaires équipés d'une cuvette wc en faïence et d'un lave-mains ;
- les locaux de linge propre⁵⁵, de linge sale et de ménage d'une surface totale de 10 m² ;
- deux bureaux médicaux de 9 m² ;
- une salle de bain, équipée d'une baignoire, de 8 m² ;
- un sanitaire, identique au précédent, d'une surface de 3,4 m² ;
- un sanitaire de 4,8 m² pouvant accueillir une personne en fauteuil roulant.

E. L'admission dans le bâtiment.

L'admission est assurée par une infirmière qui accueille le patient, lui fait visiter sa chambre et le service. Elle effectue les formalités au moyen du logiciel HM. C'est à cette occasion que peut être recueillie l'identité de la personne de confiance ; il a été précisé aux contrôleurs que ce renseignement n'était pas systématiquement enregistré.

Le livret d'accueil de l'hôpital est remis au patient. Un inventaire contradictoire des effets est effectué ; les téléphones portables et les ordinateurs sont laissés aux patients sauf en cas de contre-indication médicale. Le service n'est pas équipé de wifi.

Les repas sont pris en commun dans la salle-à-manger. Le seul poste de télévision de l'unité se trouve dans cette salle.

Le bureau infirmier est équipé d'une large fenêtre donnant sur la porte d'entrée de l'unité permettant une surveillance constante. Tous les entrants subissent un examen biologique standard, un électrocardiogramme, une mesure de la pression artérielle quotidienne (pendant les cinq premiers jours d'hospitalisation) puis, toutes les semaines, une mesure du poids et de la taille avec un calcul systématique de l'indice de masse corporelle. Le médecin généraliste ne vient que sur demande.

Un jour par semaine, un infirmier se consacre à l'accueil et à l'entretien avec les familles de patients hospitalisés.

F. Le fonctionnement.

La prise en charge médicale est orientée vers la psychoéducation des patients présentant des troubles de l'humeur. Elle comporte :

- une prise en charge individuelle avec, entre autres, des programmes donnant des informations sur la maladie ;

⁵⁵ Les draps sont changés les mardis.

- des activités de groupe le mardi, de 18h à 20h. Ce programme comporte seize séances avec les patients⁵⁶ et deux séances pouvant également accueillir les familles. Il s'agit d'un groupe fermé, travaillant avec des méthodes cognitives et comportementales.

Sont également proposés aux patients des jeux de cartes, de société, une bibliothèque.

Les traitements sont préparés par les infirmiers de nuit et dispensés dans la salle de soins au moment des repas.

Les personnes suicidaires ou en phase maniaque ne sont pas autorisées à sortir de l'unité. Les objets coupants et les médicaments leur sont retirés.

Les patients peuvent à fumer sur le palier de l'escalier de secours extérieur qui est en libre accès à partir de l'unité. Cet endroit ne communique pas avec les étages supérieurs et inférieurs.

4.3.3.5 L'unité Carreire 4.

A. La présentation générale.

L'unité Carreire 4 est une unité d'admission du pôle « 5-6 ».

Elle est implantée au premier étage du bâtiment. L'accès se fait par une porte fermée en permanence.

Cette unité dispose de sept chambres individuelles et de six chambres à deux lits, soit dix-neuf lits. À la date de la visite, un lit supplémentaire avait été placé dans deux chambres individuelles, devenant ainsi deux chambres à deux lits. Vingt et un lits étaient donc installés.

Cette unité dispose également d'une chambre d'isolement et l'une des chambres individuelles étaient présentée comme une « chambre sécurisée », avec un lit scellé au sol.

B. Les personnels.

Un praticien hospitalier, qui intervient également à mi-temps en CMP, et deux internes (qui changent tous le six mois) sont affectés à l'unité. Un infirmier est systématiquement présent lors du premier entretien du médecin avec un patient arrivant ; cette présence n'est ensuite plus systématique.

Un psychologue est présent à mi-temps.

Un cadre de santé, quinze infirmiers (dix femmes et cinq hommes), quatre aides-soignantes et quatre ASH sont affectés dans l'unité.

Le service est effectué par trois équipes, chaque jour :

- de 6h30 à 14h30 : quatre soignants si possible (au minimum deux infirmiers et un aide-soignant) ;
- de 14h à 22h : au minimum deux infirmiers et un aide-soignant ;
- de 21h45 à 6h45 : au minimum, un infirmier et un aide-soignant ou deux infirmiers.

Lorsque des effectifs supplémentaires sont disponibles, des soignants assurent un service de 9h à 17h. Ils prennent alors en charge les accompagnements lors des sorties mais aussi ceux

⁵⁶ Ces patients peuvent être ou avoir été hospitalisées dans l'unité.

imposés par les consultations extérieures. Tel était le cas le 20 mars 2013, lors de la visite des contrôleurs dans cette unité.

Les personnels ne disposent que d'une petite salle de repos, de 4,60 m², insuffisante pour y prendre les repas. Les soignants utilisent donc la salle de réunion durant leur pause pour déjeuner ou dîner.

C. Les patients.

Le 20 mars 2013, l'unité Carreire 4 accueillait vingt-deux patients (onze femmes et onze hommes), tous les lits, y compris les deux lits supplémentaires et celui de la chambre d'isolement, étaient occupés.

Parmi les patients, deux personnes (une femme et un homme) étaient hospitalisées sur décision du représentant de l'État (ASPDRE) et six (trois femmes et trois hommes) étaient admis en soins psychiatriques sur demande d'un tiers (dont quatre en procédure d'urgence) ; l'une d'elles était en programme de soins et non en hospitalisation complète.

Le patient le plus âgé avait 81 ans et le plus jeune, 23 ans.

Les durées d'hospitalisation les plus longues étaient :

- pour les personnes en hospitalisation libre : depuis sept mois, date du retour du patient à l'unité après une hospitalisation au CHU, cette personne étant présente, selon les informations fournies, depuis plus de 20 ans au sein du centre hospitalier ;
- pour les personnes placées sous contrainte : cinq ans et demi.

Les contrôleurs ont constaté que la chambre d'isolement était occupée par un jeune homme de 27 ans, placé en ASPDT, qui y séjournait, selon les informations recueillies, depuis plus de 18 mois. Hospitalisé de longue date au sein du centre hospitalier, il avait été affecté dans d'autres unités, notamment à Carreire 1, où il avait détruit des installations, et avait été hospitalisé au CHU où il aurait agressé des personnes âgées.

Réaffecté à Carreire 4, placé dans la chambre sécurisée (cf. ci-dessous), il y a également cassé les équipements. Il vit désormais dans la chambre d'isolement, n'en sort que pour les repas pris dans la salle à manger commune, à une table séparée, ou pour sortir de l'unité en étant accompagné d'un soignant ; dans les faits, selon les explications fournies, il en sort de moins en moins, préférant prendre ses repas dans sa chambre et limitant ses incursions à l'extérieur.

Le 20 mars 2013, il n'a pas voulu se rendre dans la salle à manger pour le déjeuner et sa sortie de la chambre s'est limitée à une déambulation de courte durée dans les couloirs de l'unité. Il a été également précisé qu'il ne se rend plus chez ses parents alors qu'il y allait jusqu'à une date récente. Les contrôleurs ont noté que les soignants éprouaient beaucoup de compassion pour ce jeune homme auquel ils étaient très attentifs.

Cet homme vit ainsi en quasi-permanence sous l'œil de la caméra installée dans la chambre d'isolement (cf. paragraphe 4.3.3.5.D). Ayant l'habitude de se déshabiller et de se rhabiller plusieurs fois par jour, il évolue ainsi en sous-vêtements, sous ce regard.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur du centre hospitalier ajoute que ce patient a été admis en unité pour malades difficiles (UMD), peu après la visite des contrôleurs.

Les contrôleurs ont également noté la présence d'une jeune femme en ASPDT dans la chambre sécurisée, depuis son arrivée à l'unité deux semaines avant la visite. Elle y est placée sous une surveillance constante en raison de la présence d'une caméra (cf. paragraphe *infra*).

D. Les locaux.

Les locaux sont distribués de part et d'autre d'un couloir en forme de U, partant de la porte d'entrée.

La partie centrale, entre les branches du U, regroupe les locaux réservés aux soignants : une salle de réunion, le bureau des infirmiers, la pharmacie et la salle de soins, une petite salle de repos pour les personnels (cf. ci-dessus), deux bureaux médicaux, le bureau du cadre de santé, des locaux de stockage (pour le linge propre, pour le linge sale, pour le matériel de nettoyage) et deux wc, dont un réservé aux professionnels. Une petite salle de télévision est installée dans cette zone centrale.

Des soignants ont fait observer qu'aucune salle de bains n'existait alors que le bain pouvait constituer un moment privilégié pour des patients hospitalisés en psychiatrie.

Les chambres sont réparties sur le côté donnant à l'extérieur du bâtiment. La salle à manger, qui inclut un coin télévision et fait office de salle de détente, est située dans leur prolongement. L'office est commun avec l'autre unité implantée au même étage.

Les locaux sont climatisés.

Une issue de secours débouche sur un escalier extérieur qui dessert les différents niveaux du bâtiment mais aussi les cours des différentes unités. Le palier extérieur sert de fumoir.

Les chambres individuelles.

Les chambres individuelles, de conception identique, sont constituées d'une chambre proprement dite et d'une salle d'eau attenante. Elles ne diffèrent que par leur taille, les surfaces variant de 14,40 m² à 16,60 m² pour la chambre et de 3,40 m² à 4,70 m² pour la salle d'eau.

Les contrôleurs ont plus particulièrement visité la chambre n°102.

La chambre proprement dite, de 16,60 m², est meublée d'une chaise et d'un lit de 0,90 m de large à la tête duquel sont installés un éclairage fixé au mur et deux prises électriques. Une table, de 1 m de long, est fixée au mur et deux spots, installés au plafond, y assurent l'éclairage. Un placard fermant à clé, avec deux étagères et une penderie, sert à ranger les vêtements.

Un branchement permet l'installation d'un téléphone mural. Les contrôleurs ont constaté que nombre de chambres étaient dotées d'un tel appareil.

Le sol est recouvert d'une matière thermo plastifiée et la toile de verre des murs est peinte en blanc et jaune.

Un détecteur de fumée est fixé au plafond.

Trois fenêtres, qui ne peuvent pas être ouvertes par les patients, donnent sur les cours du rez-de-chaussée. Un volet d'aération, de 0,15 m de largeur, est placé à côté de chaque fenêtre.

La salle d'eau, de 3,40 m², est équipée : d'un lavabo, avec un robinet mitigeur, surmonté d'une tablette, d'un miroir et d'un éclairage ; d'une cuvette wc, avec un bouton poussoir pour

actionner la chasse d'eau ; d'une douche à l'italienne avec un pommeau fixe (une arrivée d'eau permet toutefois d'y brancher un flexible, si besoin).

Les chambres n°113 et 114, situées près de l'entrée, de même superficie que la chambre n°102, étaient équipées d'un lit supplémentaire, sans autre aménagement.

Les chambres à deux lits.

Les chambres à deux lits sont de conception identique aux précédentes : la superficie de la chambre proprement dite varie de 21,70 m² à 24,40 m² et celle de la salle d'eau de 3,60 m² à 5 m².

Les contrôleurs ont plus particulièrement visité la chambre n°112.



La chambre proprement dite, de 21,70 m², est meublée de deux lits identiques et de deux chaises. La table mesure 2,10 m. Deux placards et deux téléphones muraux y sont installés.

La salle d'eau, de 4,60 m², est équipée comme une chambre individuelle, avec un seul lavabo.

La chambre n°107, à deux lits, présente une particularité : deux espaces avec chacun un lit sont situés de part et d'autre d'une salle d'eau qui assure une quasi-séparation. L'un de ces deux espaces avait été particulièrement aménagé par la patiente avec de nombreux objets personnels (peluches, DVD, livres, ...).

La chambre sécurisée.

La chambre sécurisée (chambre n°110) ne diffère d'une chambre individuelle que par deux aspects : le lit est fixé au sol ; une caméra, dont les images sont reportées sur un écran du bureau infirmier, y est installée.

La chambre d'isolement.

La chambre d'isolement (n°108) est constituée de la chambre elle-même, de 12,20 m², et d'un sas de 6,10 m².

Elle est meublée d'un lit anglais⁵⁷ et d'une table constituée d'un bloc cylindrique également en mousse.

Un ensemble en inox regroupe un lavabo et une cuvette de wc.

Une douche à l'italienne, avec un pommeau fixe, est installée en retrait, dans un renfoncement.

Un détecteur de fumée et un luminaire sont fixés au plafond, sous une protection.

Une caméra « de vidéo-vigilance » est installée dans la pièce, en hauteur. Les images sont reportées dans le bureau des infirmiers. Là, un écran fixé au mur présente une mosaïque de quatre images : deux correspondent à celles provenant de la chambre d'isolement et de la chambre « sécurisées » ; deux sont noires.

Les images provenant de la chambre d'isolement permettent de distinguer nettement l'ensemble regroupant le lavabo et le wc. Ce champ de vision, même s'il ne couvre pas la douche, ne respecte pas l'intimité des personnes. Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur du centre hospitalier indique que le champ de vision de la caméra a été modifié depuis la visite.

La situation est différente pour les images provenant de la chambre sécurisée, la salle d'eau, cloisonnée et fermée par une porte pleine, échappant à la caméra.

Les caméras ne sont pas pilotables (ni zoom, ni possibilité de les orienter) et les images ne sont pas enregistrées. Il a été cependant précisé que celle de la chambre d'isolement était dotée d'une fonction « infrarouge » lui permettant de transmettre des images de nuit, sans éclairage (cf. *infra* § 4.4.3).

Sur demande des contrôleurs, il a été précisé que ces chambres ne sont pas équipées d'un dispositif de transmission des sons.

Les différentes commandes (éclairage, douche...) sont regroupées dans le sas. Un lavabo, avec un robinet mitigeur et un distributeur de papier essuie-main, y est installé. Un placard sert au rangement des vêtements de la personne placée à l'isolement.

Une lucarne, de 0,30 m sur 0,20 m, placée sur la porte d'entrée, donne dans la chambre et une autre, de 0,30 m sur 0,50 m, sur la douche.

E. L'admission dans le bâtiment.

Selon les indications fournies, 80 % des arrivants arrivent du SECOP, les autres provenant ou bien directement d'un CMP ou bien d'une réintégration à la suite du non-respect d'un programme de soins par une personne en ASPDRE ou ASPDT.

Lors de l'admission, un inventaire de ses affaires est effectué avec le patient. Les valeurs (bijoux, cartes bancaires, carnets de chèques...) sont momentanément conservées dans le coffre placé dans le bureau du cadre de santé avant d'être confiées, le lendemain, à la trésorerie. Un bon de dépôt est alors remis à leur propriétaire. Les biens d'usage courant sont rangés dans le placard de la chambre, muni d'une serrure fermant à clé. Des objets retirés à l'arrivée (sèche-

⁵⁷ Sorte de gros matelas en mousse posé directement sur le sol.

cheveux, tube de laque...) sont conservés dans une boîte nominative, placée dans le bureau infirmier, et sont redonnées ponctuellement le temps strictement nécessaire à leur usage.

Le fonctionnement de l'unité et la chambre sont ensuite présentés au patient par un membre de l'équipe soignante. Le dossier médical est renseigné.

Il a été indiqué que la désignation d'une personne de confiance était recherchée. Il a été précisé que 80 % des patients y procédaient.

Très rapidement après l'arrivée dans l'unité (entre une demi-heure et une heure selon les informations fournies), le patient est reçu par un médecin qui définit alors les consignes relatives à l'accès au téléphone, aux visites et aux sorties. Le praticien informe verbalement la personne placée sous contrainte de la mesure et de ses droits, sans notification formelle. Celle-ci est réalisée dans les jours suivants, a-t-il été précisé.

Un livret d'accueil et un exemplaire des modalités de séjour sont remis.

Le règlement intérieur et la liste des avocats au barreau de Bordeaux sont conservés dans le bureau des infirmiers et les patients peuvent les consulter. Les soignants ont émis des doutes sur la validité de la liste des avocats, pourtant datée de janvier 2011 car le premier mentionné est inscrit au barreau depuis 1943⁵⁸ ; cette observation a également été faite dans d'autres unités.

Le port du pyjama n'est la règle ni à l'arrivée ni ultérieurement. Selon les informations recueillies, seul un manque de linge peut le nécessiter mais les soignants ont constitué, à leur initiative, une petite réserve de vêtements de récupération⁵⁹ pour offrir d'autres solutions. A la date de la visite, personne n'était vêtu d'un pyjama.

F. Le fonctionnement.

La vie quotidienne.

- ✓ L'ouverture et la fermeture de l'unité et des chambres.

L'unité est fermée et les chambres restent accessibles durant toute la journée, les patients pouvant y retourner quand ils le veulent. Il leur est demandé de ne pas y aller lorsque les ASH y font le ménage, le matin. Une souplesse existe toutefois, a-t-il été précisé, et le ménage d'une chambre peut être reporté l'après-midi.

- ✓ Le rythme et les règles de vie.

Un document de quatre pages, affiché dans le couloir, fixe « les modalités de séjour ». Il aborde l'accueil, les repas, les médicaments, la chambre, le téléphone, les sorties, les visites, la télévision, les effets personnels, l'exercice du culte, le tabac et des règles particulières (prises de vues...).

Le lever est fixé à partir de 7h30 pour les patients devant subir des examens médicaux. Le petit déjeuner est servi vers 8h30 et la matinée est consacrée aux soins et aux entretiens.

⁵⁸ Les avocats sont classés par ordre d'ancienneté d'inscription au barreau.

⁵⁹ Les soignants ont indiqué que cette réserve ne correspondait pas toujours aux besoins.

Le déjeuner est servi à 12h, le goûter à 16h, le dîner à 19h et une tisane vers 22h. Le téléviseur est éteint vers 23h (ou à la fin de l'émission si elle est plus tardive).

Il a été indiqué que la règle désormais en vigueur est la liberté (accès au téléphone, visites...) et que l'exception est l'interdiction ou la restriction.

✓ L'hygiène corporelle.

Les patients font leur toilette dans la salle d'eau attenante à leur chambre. Les rasoirs sont remis le matin puis repris.

Le centre hospitalier fournit des produits d'hygiène (savon, dentifrice, gel douche...) à ceux qui en sont dépourvus.

Lors de leur visite, les contrôleurs ont constaté qu'une femme venait au bureau des infirmiers pour récupérer une trousse manucure, déposée dans sa boîte nominative. Elle en a disposé le temps nécessaire à l'entretien de ses ongles.

✓ L'entretien du linge.

Les draps sont changés chaque semaine, voire plusieurs fois si nécessaire.

Les familles entretiennent le linge des patients, lorsque cela est possible. Si cette solution est présentée comme la plus simple, d'autres existent :

- les patients pouvant sortir de l'unité achètent des jetons à la cafétéria et se rendent à la laverie automatique de l'établissement ;
- les soignants le font pour les autres patients.

Un patient a indiqué faire sa lessive dans le lavabo de la salle d'eau de sa chambre.

✓ La restauration.

La salle à manger, de 49,40 m², est meublée de cinq tables pour quatre convives et d'une table pour une personne seule, faisant alors face au mur. Une fontaine à eau et deux meubles bas sont installés dans la pièce. Un salon « télévision » est placé dans un angle, près de l'entrée.

Un tableau d'affichage se trouve sur un mur. Plusieurs documents y sont apposés : un plan du centre hospitalier, la liste des référents des différents cultes, les horaires des messes, une information mentionnant que le règlement intérieur et la liste des avocats sont disponibles dans le bureau des infirmiers. La visite des contrôleurs y était également annoncée. Les menus de la semaine sont affichés dans la salle à manger.

Des tableaux décoratifs et une horloge sont accrochés aux murs. Un détecteur de fumée est fixé au plafond.

Des fenêtres, qui donnent sur les cours des unités du pôle, assurent l'éclairage naturel.

Lors des repas, des assiettes en faïence, des verres, des couverts métalliques, une corbeille à pain, un pichet d'eau en plastique et des serviettes en papier sont à la disposition des patients. Le téléviseur est alors éteint.

Après avoir pris leurs médicaments (cf. paragraphe *infra*), les patients s'installent à table. Aucun plan de table n'est fixé et les personnes se placent en fonction de leurs affinités ; il a été indiqué qu'elles changeaient rarement.

Les chariots contenant les repas du jour sont récupérés, dans l'office attenant, par les soignants et ces derniers servent à l'assiette à partir de barquettes de quatre portions. Le jour de la visite, cinq personnes suivaient un régime et des barquettes spécifiques, individuelles, avaient été préparées ; là également, les soignants servaient à l'assiette, sauf dans un cas particulier, la personne voulant ouvrir elle-même sa barquette.

Les patients, questionnés par les contrôleurs, ont indiqué que les repas étaient de bonne qualité et que la quantité était suffisante.

Avant que le fromage soit servi, les patients vident leurs assiettes dans une poubelle, les empilent sur un chariot et rangent les couverts dans des paniers. Le fromage leur est servi dans une assiette propre et le dessert dans une autre assiette propre, avec une cuillère propre. Une tasse de café termine le repas.

À l'issue du repas, chacun quitte la salle à manger, à son rythme, certains ayant besoin de plus de temps. Aucun patient n'y reste pour permettre aux ASH de faire le ménage ; la salle est de nouveau accessible à partir de 14h.

Le 20 mars 2013, le jeune homme placé à l'isolement a déjeuné dans sa chambre. Un soignant lui a emmené le plateau avec le repas et est resté avec lui durant le déjeuner. Seule, une cuillère en métal lui est fournie, les autres ustensiles étant en plastique.

✓ L'accès au tabac.

Les patients conservent leurs paquets de cigarettes car la règle est de les laisser gérer leur consommation. Cependant, ils sont retirés lorsque la personne n'est pas apte à le faire. Dans ce dernier cas, les paquets sont placés dans le bureau des infirmiers, dans la boîte nominative ; les soignants ont indiqué que cela évitait des consommations trop importantes et permettait d'en discuter avec la personne concernée.

En l'absence d'un accès libre à la cour et compte tenu de l'interdiction de fumer dans les locaux, les patients doivent se réfugier sur le palier de l'escalier de secours. La porte d'accès n'est pas verrouillée. L'espace disponible y est réduit. Un cendrier sur pied y est placé.

Les relations avec l'extérieur.

✓ Les visites.

Les visites sont autorisées l'après-midi de 13h30 à 18h30. Les proches peuvent se présenter sans avoir préalablement annoncé leur arrivée.

En l'absence d'un salon réservé aux visites, les contacts ont alors lieu dans les locaux communs de l'unité ou dans la chambre du patient visité. Visiteurs et visités ont également la possibilité de se rendre dans le parc, si le patient est autorisé à sortir.

Les conditions des visites sont définies par le médecin lors du premier entretien. Aucune restriction n'a été signalée s'agissant des patients hospitalisés à la date de la visite.

✓ L'accès au téléphone.

Des téléphones muraux sont installés dans les chambres, sauf si une prescription médicale le précise. Les patients peuvent les utiliser de 12h30 à 15h et de 17h à 21h. Ce dispositif assure la

confidentialité des conversations. Une carte prépayée⁶⁰, qui peut également être utilisée en dehors de l'hôpital, mentionne un code confidentiel à treize chiffres qui donne accès au réseau.

Un téléphone mural est installé dans un couloir, à proximité de la salle de télévision. La confidentialité des entretiens ne peut pas y être respectée car l'endroit est très souvent occupé par des patients.

Le téléphone mobile est laissé à la disposition des patients, là aussi sauf prescription médicale.

Le 22 mars 2013, alors que vingt-deux patients (quinze en hospitalisation libre, cinq en ASPDT et deux en ASPDRE) étaient hospitalisées dans cette unité :

- quinze étaient propriétaires d'un téléphone mobile et douze l'avaient conservé ;
- deux (un en hospitalisation libre et un en ASPDT) n'avaient pas accès au téléphone.

Un patient a indiqué avoir la possibilité de téléphoner une fois par jour. Il utilise alors le poste situé dans le couloir, près du salon de télévision.

Des soignants ont fait part de leurs interrogations. Des patients sans téléphone mobile peuvent se faire prêter un appareil par une autre personne. Selon les informations fournies, il est arrivé qu'une personne en abuse et consomme plus que ne le permet le forfait. « Quel doit alors être le rôle de l'équipe et quelle est sa responsabilité ? ».

- ✓ L'accès à internet.

Aucune installation ne permet aux patients de se connecter à internet. Cependant, a-t-il été indiqué, des personnes disposent d'un *smartphone* et peuvent se connecter. Selon les explications fournies, des patients ont également pu le faire à l'aide d'une clé 3G ; tel n'était pas le cas au moment de la visite.

- ✓ Le courrier.

Les soignants fournissent du papier à lettre et des enveloppes aux patients qui le demandent. Il a été indiqué que des timbres ne sont plus fournis, comme cela a été longtemps le cas. Les demandes sont cependant rares, a-t-il été précisé.

Les lettres transitent par les soignants et le secrétariat du pôle, tant au départ qu'à l'arrivée. Les plis ne sont jamais ouverts et les soignants n'interviennent jamais pour en vérifier les contenus.

Selon les informations recueillies, les soignants proposent leur aide lorsqu'une lettre provient d'une administration.

Les activités.

- ✓ Les salles de détente.

Deux salles sont accessibles aux patients.

La première est un espace spécifique, non cloisonné, installé dans la zone centrale. Ce salon, de 13,20 m², est meublé avec sept sièges. Un téléviseur y est installé : « ici, c'est la

⁶⁰ Cette carte à usage unique vaut 10 euros ; elle permet cinq heures de communications vers des postes fixes locaux ou 40 minutes vers des téléphones mobiles.

musique » a expliqué un patient pour marquer la différence avec les émissions suivies dans l'autre salle. Un tableau orne le mur où est fixé un téléphone.

La seconde salle est, en fait, la salle à manger qui sert de local polyvalent. Dans un angle de la pièce, le « coin télévision » est constitué de six sièges faisant face à un téléviseur placé derrière une protection vitrée. La salle sert également pour les quelques activités : des jeux sont rangés dans des meubles.

- ✓ L'accès à la cour.

La cour se trouve au rez-de-chaussée alors que l'unité est au premier étage. Y descendre est donc compliqué : il faut passer par l'escalier de secours, franchir plusieurs portes et être accompagné par un soignant. Cette opération ne peut se faire que rarement, principalement à la belle saison.

Il s'agit là d'un inconvénient majeur de cette structure, pénalisant les patients qui n'ont pas un libre accès à la cour, comme dans les autres pôles.

- ✓ Les activités au sein de l'unité.

Les activités sont peu nombreuses. Selon les explications fournies, la faible durée moyenne de séjour le justifie.

Hors les salles de télévision, quelques jeux sont à la disposition des patients dans la salle à manger. Aucune autre salle d'activités n'existe et nombre de patients restent dans leur chambre.

Quelques cas particuliers, ont cependant été signalés :

- un patient bénéficie de deux séances avec un psychomotricien deux fois par semaine ;
- une patiente participe à deux rendez-vous avec un ergothérapeute chaque semaine.

- ✓ Les sorties.

Les sorties sont autorisées en fonction des consignes fixées par le médecin. En règle générale, les personnes en hospitalisation libres sortent comme elles le souhaitent mais des restrictions peuvent être fixées, présentées comme un « contrat » entre le patient et son psychiatre.

Le 22 mars 2013, parmi les vingt-deux patients présents (quinze en service libre, cinq en ASPDT et deux en ASPDRE) :

- six (quatre en hospitalisation libre et deux en ASPDT) n'étaient pas autorisés à sortir ;
- dix (en service libre) pouvaient sortir seuls ;
- les autres devaient être accompagnés.

Il a été indiqué que les soignants ne pouvaient accompagner les patients qu'en fonction de leur disponibilité. Des possibilités existent lorsque les effectifs sont supérieurs au seuil minimum imposé.

La porte de l'unité étant fermée, les sorties et les retours sont nécessairement contrôlés par les soignants.

Les soins.

Les patients rencontrés ont indiqué être bien suivis.

- ✓ La dispensation des médicaments.

Les médicaments sont distribués avant le petit déjeuner, le déjeuner et le dîner. La pharmacie est installée peu avant l'entrée dans la salle à manger et les patients se présentent un par un, entre dans la pièce réservée à la pharmacie, prennent leurs médicaments, en ressortent et vont s'installer pour le repas. Cette modalité évite que les patients connaissent les traitements des autres.

- ✓ La contention et l'isolement.

Lorsque la contention ne correspond qu'à une période d'apaisement d'une durée alors limitée, la personne reste dans sa chambre, fermée à clé pour éviter l'entrée d'autres patients. Si la contention doit durer, le patient est placé dans la chambre d'isolement ou dans la chambre « sécurisée ». La question peut se poser lorsque ces deux locaux sont déjà occupés, comme c'était le cas lors de la visite ; le placement dans la chambre d'isolement d'une autre unité du pôle peut alors être recherché, a-t-il été répondu.

4.3.3.6 L'unité Carreire 5 – unité mère - enfant.

L'unité mère - enfant (UME) a intégré ces locaux au cours du dernier trimestre 2012, après que les services d'unité d'hospitalisation à temps plein de Carreire 5 et de Carreire 3 aient fusionné.

Cette unité est située au deuxième étage du bâtiment universitaire.

A. La présentation générale.

L'unité comporte cinq lits pour les femmes enceintes et cinq lits mère-bébé. C'est une unité intersectorielle qui accueille des patients de la communauté urbaine de Bordeaux et du réseau de psychiatrie périnatale. Certaines patientes peuvent y être hospitalisées sans consentement.

Le jour de la visite des contrôleurs, sept patientes et trois bébés étaient hospitalisées. L'unité est fermée pour la sécurité des bébés.

B. Les personnels.

- ✓ **Le personnel non médical**

L'équipe non médicale est composée de :

- un cadre de santé, qui partage son temps avec l'hôpital de jour ;
- quatorze ETP d'infirmières ;
- un ETP d'auxiliaires de puériculture ;
- une psychologue qui partage son temps entre l'UME et l'hôpital de jour ;
- trois ETP d'aide-soignant ;
- quatre ETP d'agents de service hospitalier ;
- une psychomotricienne du pôle qui vient dans l'unité à la demande ;
- une sage-femme libérale qui vient en consultation à la demande.

✓ **Le personnel médical**

L'équipe médicale comporte :

- 1 ETP de praticien hospitalier en psychiatrie ;
- un interne de spécialités.

C. Les patients.

En 2012, l'unité a accueilli trente-et-une patientes au cours de 1 401 journées d'hospitalisation avec une durée moyenne de séjour de trente-quatre jours. Il est à noter que l'unité a doublé sa capacité d'accueil au cours du dernier trimestre 2012.

Lors de la visite des contrôleurs, une seule patiente enceinte de huit mois était hospitalisée sans consentement, à la demande d'un tiers.

D. Les locaux.

L'entrée de l'unité, d'une surface totale de 660 m², est située en face des escaliers, sur le palier du deuxième étage, où débouchent également l'ascenseur et la porte de l'unité Carreire 6.

La porte, fermée, n'est équipée d'aucun oculus.

Un couloir de circulation délimite :

- à droite⁶¹ :
 - un local pour les poussettes de 4,5 m² ;
 - un local pour le linge propre et un autre pour le linge sale ;
 - un bureau médical obscur ;
 - un local de détente pour le personnel ;
 - un sanitaire, équipé d'un wc en faïence et d'un lave-mains, pouvant accueillir une personne en fauteuil roulant ;
 - une salle de bain commune, de 7 m², équipée d'une baignoire ;
 - d'un bureau infirmier de 14,22 m² : il présente la particularité de communiquer avec la salle commune par une large baie vitrée arrondie qui donne une vision panoramique sur cette salle. Elle est équipée d'une banque comportant deux postes informatiques, des étagères portant des dossiers suspendus, d'un poste d'alarme, d'un tableau de planification mural, des supports d'appareils de protection individuel (API), des récepteurs des bébé-phones ;
 - une salle de soins de 8,4 m² ;
 - un local de pharmacie de 7,5 m² ;
 - un local d'entretien et un local pour les ASH ;
 - un bureau médical de 8 m² ;
 - une zone de lavage, équipée d'une pailasse humide et d'un lave-vaisselle ;

⁶¹ Les différentes pièces sont aveugles.

- à gauche :
 - une chambre pouvant accueillir une personne en fauteuil roulant d'une surface de 18,6 m² ;
 - une chambre « maman » de 16,7 m², une chambre « bébé » de 18,55 m² ; deux chambres doubles de 25 m², une chambre « maman » de 16,2 m², une chambre « bébé » de 17,3 m², une chambre de 26 m², transformée en chambre double, pouvant également accueillir un bébé mais dont le lit avait été retiré lors de la visite des contrôleurs;
 - la salle de jour, d'une surface de 62 m², comporte :
 - ♦ une partie salle à manger, équipée de trois tables rondes à quatre places, de douze chaises, d'un buffet et de deux chaises hautes pour enfants ;
 - ♦ une zone de salon, équipée de sept chauffeuses, d'un poste de télévision, d'une table basse, d'un meuble à étagères où sont rangés des livres pour enfants, des peluches et quelques jouets ;
 - ♦ une zone pour les enfants, équipée d'un tapis de sol, de deux transats pour bébés, de coussins, de portiques d'éveils pour les nourrissons ;
 - une salle de réunion de 18 m², équipée d'une grande table et de quinze chaises ;
 - trois chambres pour bébés d'une surface variant de 13 à 17 m² et deux chambres pour maman de 17 m² chacune.

Les chambres des mamans sont équipées d'un lit médicalisé métallique à roulette, d'une table de chevet, d'un bureau, d'une chaise et d'une armoire.

Les chambres des bébés, identifiées par des autocollants représentant des papillons, collés sur la porte, sont équipées d'une pailleuse humide, d'une table à langer, d'un lit à barreau et d'un placard.

Toutes les chambres comportent un local sanitaire composé d'une douche à l'italienne, d'une cuvette wc en faïence, d'un lavabo surmonté d'un miroir et d'un éclairage mural. Les sanitaires des chambres des bébés ont été condamnés.

Il se dégage de l'ensemble de cette unité une ambiance douce et agréable, propice au calme et à l'apaisement.

E. L'admission dans le bâtiment.

Les patientes sont admises dans le service via le SECOP, après un suivi en hôpital de jour, depuis la maternité ou, quand elles sont enceintes, après un suivi à l'hôpital pour une pathologie mentale chronique.

Certaines patientes sont également suivies dans l'unité en hôpital de jour. Lors de la visite des contrôleurs, trois patientes s'y rendaient une fois par semaine.

L'infirmier accueille la patiente et lui remet le livret d'accueil de l'hôpital. Les règles de vie de l'unité sont affichées dans la salle commune.

Il est possible aux patientes de conserver leur téléphone portable et leur ordinateur. L'unité n'est pas équipée de wifi.

L'infirmière procède à l'admission de la mère et du bébé à l'aide du logiciel HM.

F. Le fonctionnement.

Les bébés disposent d'une chambre mitoyenne de celle de leur maman, mais non communicante. Ces chambres sont équipées de bébé-phone.

Les infirmiers de l'unité donnent les éventuels traitements aux bébés ; en cas d'urgence médicale concernant le bébé, la mère et l'enfant sont adressés aux urgences de pédiatrie du centre hospitalo-universitaire voisin.

4.3.3.7 L'unité Carreire 6.

A. La présentation générale.

L'unité Carreire 6 est l'autre unité d'admission du pôle.

Située au-dessus de Carreire 4, elle est également fermée et sa capacité est la même. Deux lits supplémentaires y sont également installés, dans des chambres accueillant déjà deux lits.

B. Les personnels.

Deux praticiens hospitaliers, qui partagent leurs activités avec les CMP, sont affectés à l'unité. Deux internes sont présents chaque jour de la semaine.

Un psychologue est présent le mardi après-midi et, avec un infirmier, anime un groupe de parole.

Un cadre de santé, dix-sept infirmiers (dix femmes et sept hommes), deux aides-soignantes et quatre ASH (deux femmes et deux hommes) sont affectés dans l'unité.

Le service est effectué par trois équipes, chaque jour :

- de 6h30 à 14h30 : trois soignants (dont au minimum deux infirmiers) ;
- de 14h à 22h : trois soignants (dont au minimum deux infirmiers) ;
- de 21h45 à 6h45 : un infirmier et un aide-soignant ou deux infirmiers.

Lorsque des effectifs supplémentaires sont disponibles, des soignants assurent un service de 9h à 17h. Ils prennent alors en charge l'accompagnement lors des sorties mais aussi ceux imposés par les consultations extérieures.

Deux infirmiers n'assurent que le service de nuit et les autres soignants y participent, à tour de rôle.

C. Les patients.

Le 21 mars 2013, l'unité Carreire 6 accueillait vingt et un patients (douze femmes et neuf femmes).

Parmi les patients, trois personnes (une femme et deux hommes) étaient hospitalisées sur décision du représentant de l'État (ASPDRE) et trois (deux femmes et un homme) étaient admis en soins psychiatriques sur demande d'un tiers ; trois d'entre elles étaient en programme de soins et non en hospitalisation complète.

Le plus âgé avait 59 ans et le plus jeune, 19 ans.

Les durées d'hospitalisation les plus longues étaient :

- pour les personnes en hospitalisation libre : cinq mois ;

- pour les personnes placées sous contrainte : trois mois.

Une personne en hospitalisation libre était placée dans la chambre d'isolement depuis le 4 mars 2013, date de son arrivée dans l'unité. Selon les informations fournies, elle l'a été à sa demande, étant convaincue d'être dangereuse pour autrui et de contaminer les autres patients si elle était en contact avec eux ; l'équipe a accédé à cette demande, du fait de son niveau d'anxiété, dans l'attente de l'effet du traitement. Malgré la durée de cet isolement, son changement de statut, pour qu'elle soit placée en ASPDT, n'a pas été prononcé car cela ne paraissait pas justifié en raison de son accord, a-t-il été précisé. De plus, « des difficultés à trouver un tiers » ont été avancées.

D. Les locaux.

Les locaux sont strictement organisés de la même façon qu'à l'unité Carreire 4, seules les dimensions des chambres varient légèrement : ainsi, la chambre n°215 a une superficie de 14,60 m² et sa salle d'eau de 3,40 m² alors que celle de la chambre n°102 (décrite au paragraphe 4.3.3.5), située en dessous, à l'unité Carreire 4, est de 16,60 m² et celle de sa salle d'eau est de 3,70 m².

Cette différence explique que les lits supplémentaires soient installés dans des chambres doubles :

- les chambres doubles n°224 et 225, de l'unité Carreire 6, qui accueillent ces lits, sont plus grandes que les pièces correspondantes de l'unité Carreire 4 ;
- les chambres individuelles n°226 et 227, de l'unité Carreire 6, sont plus petites que les chambres n°113 et 114 de l'unité Carreire 4, situées immédiatement en dessous, qui accueillent ces lits supplémentaires.

Par ailleurs, les salles d'eau des chambres doubles sont dotées d'un second lavabo. Il a été indiqué que la rénovation de cette unité est intervenue après celle de Carreire 4 et qu'elle a donc bénéficié des enseignements tirés.

La chambre d'isolement est identique mais son équipement diffère : lors de la visite, un lit métallique était scellé au sol. Une caméra de vidéo-vigilance y est également installée.

La chambre n°223 est également équipée d'une caméra. À la différence de la chambre sécurisée de l'unité Carreire 4 (chambre n°110), située immédiatement en dessous, le lit n'est pas fixé au sol et rien ne la différencie d'une autre chambre.

E. L'admission dans le bâtiment.

L'admission se déroule dans des conditions analogues à celles décrites pour l'unité Carreire 4. La mise en pyjama est une mesure rarissime, utilisée uniquement dans l'attente des vêtements devant être amenés par la famille. Pour faire face à d'éventuels besoins, les soignants ont constitué une petite réserve de vêtements de récupération mais les tailles ne sont pas toujours adaptées.

Il a été indiqué que le livret d'accueil n'était pas toujours remis aux patients dès son arrivée mais pouvait être donné plus tard, selon son état.

« Les règles de vie doivent être retravaillées », a-t-il été précisé, raison pour laquelle elles ne sont pas systématiquement distribuées, à l'arrivée dans l'unité. Elles sont toutefois affichées dans un couloir.

Pour les hospitalisations sous contrainte, les documents nécessaires à la notification de la mesure et des droits sont préparés et adressés à l'unité par la direction des usagers. La notification est effectuée dans les 24 heures suivant l'arrivée, par le cadre de santé, a-t-il été indiqué. Selon les informations recueillies, des personnes refusent parfois de signer car elles craignent que leur signature vaille acceptation de l'hospitalisation.

F. Le fonctionnement.

Le fonctionnement de cette unité est proche de celui déjà observé à Carreire 4. Seuls, quelques points particuliers sont donc abordés dans le présent paragraphe.

La vie quotidienne.

L'unité est fermée. Les chambres restent ouvertes en permanence, y compris de nuit pour qu'un patient ayant une crise d'angoisse puisse facilement venir parler avec les soignants.

Un document de quatre pages fixe « les règles de vie de Carreire 6 ». Il aborde les horaires journaliers, les horaires de visite, le comportement des visiteurs, le comportement général des patients, l'exercice du culte et du droit de vote, la restauration, la correspondance écrite et le téléphone. Le rythme de vie est identique à celui de l'unité Carreire 4.

Les relations avec l'extérieur.

- ✓ Les visites.

Les visites sont autorisées de 14h30 à 18h30, sans être préalablement annoncées. Ces horaires peuvent être aménagés en fonction des contraintes de la famille.

Une seule personne fait l'objet de restrictions : elle ne peut rencontrer sa mère que deux fois par semaine.

- ✓ L'accès au téléphone.

L'accès au téléphone se fait dans des conditions identiques à celles décrites pour l'unité Carreire 4.

Le 22 mars 2013, alors que vingt patients (quatorze en hospitalisation libre, trois en ASPDT et trois en ASPDRE) étaient hospitalisés dans cette unité :

- vingt étaient propriétaires d'un téléphone mobile et dix-huit l'avaient conservé ;
- deux (un en hospitalisation libre et un en ASPRE) n'avaient pas accès au téléphone.

- ✓ L'accès à internet.

Il a été indiqué que des patients peuvent éventuellement consulter leur boîte de courriers électroniques à partir du poste d'un soignant, en sa présence, et correspondre avec leur famille lorsque celle-ci est éloignée. L'accès à internet est également prévu dans des cas limités, dans les mêmes conditions : l'exemple cité est celui d'une personne hospitalisée mais devant « pointer » à Pôle Emploi.

Les activités.

- ✓ Les activités au sein de l'unité (bibliothèque, ergothérapie, ...).

Une bibliothèque a été constituée avec des livres récupérés par les soignants.

✓ Les sorties.

Le 22 mars 2013, parmi les vingt patients présents (quatorze en service libre, trois en ASPDT et trois en ASPDRE) :

- deux (un en hospitalisation libre et un en ASPDRE) ne pouvaient pas sortir ;
- les autres (treize en service libre, trois en ASPDT et deux en ASPDRE) pouvaient sortir seuls.

Les deux personnes non autorisées à sortir étaient celles qui n'avaient pas l'autorisation de téléphoner.

Les contrôleurs ont rencontré une personne en ASPDRE, placée non en hospitalisation complète mais en programme de soins. Ce programme prévoyait une sortie seule dans le parc et dans les rues de Bordeaux, de 9h à 19h, tous les jours. Le 18 mars 2013, son recours avait été examiné par le JLD qui avait constaté que son hospitalisation complète avait cessé depuis le 26 février 2013 et que le programme de soins devait être appliqué.

Cette femme a expliqué avoir pu bénéficier d'une sortie seule, durant une demi-heure, que depuis le 20 mars 2013.

Cette situation a été confirmée par les soignants et il a été indiqué qu'il ne s'agissait pas d'une situation isolée. Cette mesure permettrait de couvrir des sorties qui ne sont décidées que progressivement, sans avoir à procéder, à chaque fois, à l'information du préfet, quarante-huit heures avant. Interrogé sur ce cas, le directeur a répondu : « Les sorties dans le parc pour un patient en ASPDRE (sorties non accompagnées) n'étant pas autorisées, un programme de soins avec sorties à l'extérieur de l'établissement a été établi [...] en vue de lui permettre des sorties progressives dans les plages horaires définies par le programme de soins. Malheureusement, au moment où nous obtenions l'accord pour ce programme de soins, l'état de la patiente s'est de nouveau dégradé sur le plan clinique, notamment quant à son acceptation des soins. De fait, il n'était plus envisageable de laisser madame [...] sortir seule. Nous avons différé l'application, du programme de soins ».

Les contrôleurs observent que le placement en programme de soins, tout en maintenant une hospitalisation, a pour conséquence de priver le patient de tout examen périodique de sa situation par le JLD.

La contention et l'isolement.

Il a été indiqué que la contention est utilisée en dernier recours et elle n'est pas obligatoirement prescrite lors du placement d'une personne dans la chambre d'isolement.

Lorsque la chambre d'isolement est déjà occupée, la contention peut être prescrite dans une chambre ordinaire sous réserve que celle-ci soit individuelle ; elle est alors fermée pour éviter l'intrusion d'autres patients.

À l'issue de la mesure de contention, les soignants s'entretiennent toujours avec le patient pour lui expliquer les raisons de ce soin.

Lors de la visite dans cette unité, le 21 mars 2013, la dernière contention datait du 6 mars 2013 et avait été prescrite pour cette seule journée.

Dans cette unité, une jeune femme était placée en chambre d'isolement depuis son admission, en hospitalisation libre, le 3 mars 2013. Fortement angoissée, elle l'aurait elle-même demandé. A son arrivée, elle déchirait ses vêtements et a donc été revêtue d'un pyjama jetable ; à la date de la visite, cette situation avait cessé et elle portait ses vêtements. Elle sortait de la chambre d'isolement plusieurs fois par jour, de façon progressive. Selon les explications fournies, la transformation de son placement en ASPDT n'a pas été possible en l'absence de tiers pour le demander.

Les personnes détenues.

Selon les informations recueillies, l'hospitalisation de personnes détenues est rare. Aucune n'aurait été admise dans l'unité au cours des deux dernières années.

4.3.3.8 Le centre d'électro-convulsivo-thérapie (ECT).

Le centre d'électro-convulsivo-thérapie est situé au rez-de-chaussée du bâtiment Carreire hospitalo-universitaire. Ce centre accueille des patients hospitalisés au CHCP et des patients venant d'autres établissements et de leur domicile.

✓ Les locaux

Les locaux du centre d'ECT, d'une surface totale de 610 m², ont été entièrement rénovés en 2011. Le centre est clairement indiqué à partir de l'entrée du bâtiment.

La porte d'entrée du service s'ouvre sur :

- une zone de consultation comportant une salle d'attente de 26 m² équipée d'une table basse et de fauteuils ; cette salle s'ouvre sur :
 - des toilettes, accessibles en fauteuil roulant, de 4,3 m², équipées d'une cuvette wc en faïence et d'un lave-mains ;
 - un bureau de consultation de 10 m² ;
 - un bureau polyvalent de 14,5 m² ;
 - un vestiaire de 5,3 m², équipé de casier fermant à clé pour les vêtements des patients. Les clés sont rangées dans le dossier médical pendant le soin. Des chemises d'hôpital en tissu sont à disposition des patients ;
 - à droite du vestiaire, la porte du couloir d'entrée en zone de soins et à gauche la porte du couloir de sortie de la zone de soins ;
- une zone de soins qui peut accueillir un brancard médicalisé où le patient est installé avant d'être admis dans les locaux suivants :
 - la salle de préparation, de 14 m², est équipée d'une paillasse humide et éclairée par quatre fenêtres. Les deux pièces suivantes (salle de soins, salle de réveil) ont une configuration identique. Entièrement carrelée aux murs, elle est équipée d'un pied à perfusion et d'un appareil de mesure de constantes multiples. Le patient y est perfusé, éventuellement prémédiqué, après une rencontre avec le médecin psychiatre. Une porte coulissante communique avec la salle de soins ;
 - la salle de soins, de 18 m², comporte une zone pour l'anesthésiste et une zone pour le médecin qui pratique l'ECT. Les appareils médicaux nécessaires sont logés dans des niches derrière les praticiens. Une porte

donne dans une salle de surveillance de 8 m². Une autre porte coulissante communique avec la salle de réveil ;

- la salle de réveil, de 41,50 m², dispose de six box séparés par des cloisons mélaminées. Chaque box est équipé d'un brancard médicalisé, d'un pied à perfusion, d'un appareil à tension, d'un écran de monitoring cardiaque et d'arrivées des fluides médicaux. Une porte, en extrémité de salle, s'ouvre sur un couloir qui mène à la sortie ou à la salle de repos de l'hôpital de jour ;

→ un hôpital de jour, de 71 m², équipé d'une table ronde avec quatre chaises, de neuf fauteuils malade, d'une banque, de trois chaises hautes, de quatre chaises basses, d'une cafetière, d'un four à micro-ondes, d'un réfrigérateur, d'un téléviseur. Cette salle est utilisée pour la surveillance de patients après le soin par électro-convulsivo-thérapie. Jusqu'à 15h, deux infirmiers surveillent les patients en soins externes ou ceux sortant de la salle de réveil.

L'ensemble du service d'ECT est couvert d'un sol en matière plastique insonorisant. Une atmosphère calme se dégage de ce lieu.

✓ *Les personnels*

Le personnel para médical est composé de :

- 0,3 ETP de cadre de santé ;
- 5,8 ETP d'infirmiers.

Le personnel médical comporte :

- 0,4 ETP de médecin anesthésiste venant du CHU ;
- 0,5 ETP de praticien hospitalier en psychiatrie.

✓ *L'activité*

Les électro-convulsivo-thérapies se déroulent quatre matinées par semaine ; dix soins peuvent s'effectuer par matinée. La durée du soin est de 15 minutes pour la préparation, 15 minutes pour l'électro-convulsivo-thérapie, une heure de surveillance en salle de réveil.

L'unité est également équipée d'un appareil de stimulation magnétique trans-crânienne (rTMS). Cette activité est en cours de développement.

		2011	2012
File active	Curatif	19	44
	Entretien	62	52
	Curatif/entretien	17	13
Nombre d'actes	Curatif	446	565
	Entretien	1318	959
Demandes d'inclusion		81	76
Inclusions effectives		39 (48%)	55 (72%)
Durée moyenne cure ECT curatif		10 séances	10 séances
< 10 séances		20 (50%)	26 (44%)
Entre 10 et 15 séances		16 (40%)	27 (45%)
> 15 séances		4 (10%)	6 (11%)

4.3.4 Le pôle Bordeaux - santé mentale (dit pôle BSM).

4.3.4.1 Présentation générale du pôle.

Le pôle Bordeaux - santé mentale (BSM) a été constitué par regroupement des secteurs 33 G08 et 33 G09. Il regroupe géographiquement l'essentiel de la ville de Bordeaux. Il couvre une population de 153 216 habitants. La création du pôle a correspondu à une volonté de réunir les deux secteurs de la ville de Bordeaux *intramuros*. Il est équipé de quatre unités d'hospitalisations à temps plein - deux ouvertes et deux fermées - une unité de réhabilitation sociale, deux centres médicopsychologiques (CMP), deux hôpitaux de jour et un dispositif d'hospitalisation à domicile. La problématique sociale y est importante. Un projet est en cours pour créer une équipe de gériatrie mobile.

Dès la réunion des secteurs, et dès avant la création du pôle, l'équipe médicale a émis des réserves sur les conditions d'hébergement, qui ont abouti à quelques travaux de réfection et à la décision de création d'unités reconstruites qui devraient être opérationnelles à la fin de l'année 2013. La réflexion conduite autour de l'aménagement de cette nouvelle unité repose sur l'idée d'avoir un lieu à fermeture modulaire.

La file active du pôle pour l'hospitalisation à temps plein est de 737 patients⁶². La durée moyenne de séjour sur l'ensemble du pôle est plus longue que pour les autres pôles du CH en raison de la problématique sociale de nombreux patients. De surcroît, le pôle reçoit des patients venant d'autres départements et qui arrivent à Bordeaux-ville lors de « voyages pathologiques » : ceux-ci sont souvent admis dans le cadre d'une ASPDRE alors qu'ils sont compliant aux soins, le recours à cette mesure étant un moyen d'ordre administratif afin de faciliter leur transfert vers leur établissement d'origine.

⁶² Selon les données fournies par le département d'information médicale.

4.3.4.2 L'unité Hesnard (unité fermée).

A. La présentation générale.

Selon les données du DIM, en 2012, l'unité Hesnard avait une file active de 174 patients. 214 séjours y ont été effectués, correspondant à 9 439 journées, soit une durée moyenne de séjour de 44 jours. L'unité comporte vingt-quatre lits et une chambre sécurisée. Depuis décembre 2012, l'ensemble des lits supplémentaires ont été occupés en permanence, avec un passage pour une courte période à vingt-sept patients et des « pointes » à vingt-huit, le temps d'un week-end.

Le taux d'occupation moyen en 2012 s'est élevé à 110,3 %.

L'unité est fermée, mais il est observé que les patients fugueurs peuvent sortir facilement par la cour. Il y a un nombre important de sorties sans avis médical au sein de cette unité.

B. Les personnels.

L'équipe de soins comporte :

- deux médecins psychiatres attachés à mi-temps à l'hospitalisation complète et à mi-temps au CMP ;
- deux médecins généralistes attachés au pôle EVAMET, qui interviennent à la demande (cf. *supra* paragraphe 4.2).

Les effectifs sont organisés par équipe de trois personnels soignants de jour (une équipe le matin et une l'après-midi) auxquels s'ajoutent un ou deux personnels dit de « coupure », travaillant en horaire décalé. De nuit, comme le week-end, les équipes comprennent deux personnels soignants. Il n'est pas fait état de difficultés particulières quant aux effectifs.

L'équipe soignante comporte dix-sept infirmières et deux aides-soignants auxquels s'ajoutent 3,8 ETP d'ASH. En six ans, l'effectif a été profondément renouvelé.

C. Les patients.

Au moment du contrôle, l'unité recevait vingt-cinq patients – vingt hommes et cinq femmes. Six patients étaient en ASPDRE.

Il est évoqué auprès des contrôleurs la situation d'un patient en ASPDRE pour lequel les médecins ont demandé son passage en programme de soins. L'agence régionale de santé (ARS) n'a pas pris de décision pendant plusieurs jours, au motif dans un premier temps que le certificat médical était incomplet, puis sans réel autre motif, que des délais de traitement d'ordre bureaucratique. Cette situation n'est pas, selon les interlocuteurs du CGLPL unique : il est évoqué une absence de prise en compte des situations par l'ARS, dont le fonctionnement est décrit comme « tatillon ».

Il est également fait état de difficultés de relations avec le CHU lorsque des patients en ASPDRE doivent être hospitalisés dans des services de soins intensifs : ceux-ci exigent, conformément à la réglementation, la présence permanente, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, de soignants de l'équipe de soins du CHCP. Cette position est considérée parfois comme excessive, notamment lorsque des patients sont intubés. Là encore, il est regretté la faible réactivité de l'ARS, lorsque l'équipe médicale souhaite transformer la mesure en programme de soins, durant la période d'hospitalisation, afin de faciliter la prise en charge somatique.

Les contrôleurs ont eu un contact avec l'ensemble de patients en hospitalisation sous contrainte dans cette unité, à l'exception de l'un d'eux, à l'isolement, dont l'état de santé ne permettait pas la relation.

Tous les patients sans domicile ne viennent pas à l'unité, malgré leur nombre significatif sur le territoire du pôle qui recouvre le centre de Bordeaux.

L'usage du pyjama fait l'objet d'une appréciation au cas par cas : si tous les patients mis à l'isolement en sont vêtus, pour les autres malades, il s'agit d'une appréciation clinique individualisée.

Les patients rencontrés évoquent la nourriture pas toujours suffisante à leur goût. S'il est indiqué aux contrôleurs que les traitements ont pour effet d'ouvrir l'appétit, il est aussi relevé que les malades peuvent, s'ils le souhaitent, se procurer des compléments alimentaires en allant à la cafétéria.

D. Les locaux.

L'unité Hesnard est installée dans des édifices anciens de l'établissement. Elle occupe une surface totale couverte d'environ 1 200m². Il s'agit d'une unité en forme de « L », occupant un de ces immeubles. Elle est installée sur deux niveaux et comporte une cour de promenade fermée par le corps des bâtiments sur trois côtés (deux occupés par l'unité et le troisième, en face par l'unité Genin) et par les restes d'un saut de loup⁶³, sur le quatrième côté, qui donne sur un délaissé d'une des voiries périmétriques de l'établissement, l'allée de la chapelle.

L'unité est accessible depuis le passage Est, en venant du square des palmiers, centre de l'établissement.

Au fond du passage Est, où est située l'entrée principale de l'unité, la circulation est coupée en raison de travaux de construction en cours. En face, une unité est fermée en raison de travaux d'aménagement en cours.

Deux portes permettent d'accéder à l'unité : l'une donne sur un escalier et est généralement fermée ; l'autre, dotée d'un oculus, est fermée en permanence. Il faut sonner à un interphone pour y accéder et un personnel soignant doit venir ouvrir la porte. Une fois franchie cet accès, un couloir donne sur un séjour.

Dans ce couloir, à droite en entrant, est installé le local des agents de services hospitaliers dans lequel sont rangées les réserves de produits d'entretien. À partir de ce corridor, une double distribution s'effectue :

- en face, vers un séjour donnant accès à l'unité de vie et aux bureaux de soins ;
- sur la droite, à trois pièces : l'une dénommée « bibliothèque », la seconde local de détente et la troisième salle à manger (avec son office).

✓ Le secteur d'hébergement et de soins

Les chambres sont réparties sur deux niveaux.

⁶³ Le saut de loup désigne généralement un fossé creusé à l'extrémité d'un espace extérieur afin d'en défendre l'entrée sans borner la vue.

Au rez-de-chaussée, après avoir franchi un couloir de circulation, se trouvent :

- à droite, le bureau des infirmiers et un bureau médical ;
- à gauche, la pharmacie, une salle de consultation et un second bureau médical.

Une fois passé cet espace, un hall permet une nouvelle distribution :

- sur la droite, l'accès à la cour de promenade ;
- à gauche, l'escalier et l'ascenseur montant à l'étage ;
- au fond, une première série de sept chambres.

Une de ces sept chambres sert à l'isolement des patients. Les autres sont toutes identiques, comportant un lavabo. Seules les chambres 3, 6 et 7 ne disposent pas d'un coin wc séparé de la chambre, un wc commun étant installé en bout de couloir, à proximité d'un local réservé aux ASH et de deux pièces servant à entreposer respectivement les linges propres et sales. Toutes les chambres disposent d'un placard.

À l'étage, la distribution des chambres s'effectue depuis le palier, de part et d'autre de celui-ci. Sur le palier, est installé le bureau du cadre de santé de l'unité et un office de détente pour le personnel. Ces chambres sont été partiellement rénovées.

À gauche du palier, les huit chambres sont toutes individuelles. Au fond, une salle sert à entreposer le linge sale. Au centre, une salle de bains, avec une baignoire, est accessible aux patients de cette partie de l'unité.

À droite du palier, se trouvent six autres chambres, dont deux à deux lits, deux à trois lits et deux chambres individuelles dans un retour situé au fond de l'aile. Les chambres à trois lits sont en réalité des chambres doubles auxquelles ont été ajouté, de manière permanente, un troisième lit. Elles ont été équipées d'un troisième placard mais ne disposent toujours que de deux lavabos pour trois personnes et aucun paravent ne vient séparer les lits.

En face de ces deux chambres, se trouvent deux pièces de rangement.

Au second étage, les combles abritent des salles pour des activités de psychomotricité, ainsi que, au fond, des locaux pour les personnels comportant un vestiaire pour les hommes et un second pour les femmes, chacun équipé de douches et d'un WC.

L'unité Hesnard dispose de vingt-quatre lits avec une chambre sécurisée et deux lits supplémentaires.

L'unité dispose de trois douches, de sept wc dans les parties communes et de trois chambres avec wc. Enfin trois salles de bains avec baignoire sont installées dans l'unité.

Le secteur de vie

A droite du couloir d'accès à l'unité, trois pièces en enfilade constituent, en plus du salon, le secteur de vie de l'unité. Il comporte successivement :

- un premier salon équipé de quelques sièges et d'un téléviseur, avec au fond une table et en retour un point phone. De ce salon, il est possible d'accéder à la cour de promenade ;
- un second salon, sans téléviseur, équipé d'une table et de quatre fauteuils, permettant à des patients de s'isoler du collectif. Dans ce salon, un panneau comporte diverses informations relatives à la vie au sein du centre hospitalier et de l'unité ;

- la salle à manger de l'unité avec, au fond, l'office.

La cour de promenade de l'unité est accessible de 8h30 à 11h30, de 13h30 à 18h30 et de 19h30 à 21h. Ces horaires sont cependant indicatifs car, est-il indiqué, la cour n'est en fait jamais fermée.

E. Le fonctionnement.

L'unité est fermée.

Les patients dont l'état clinique exige une surveillance particulière sont installés dans des chambres au rez-de-chaussée. Lorsque leur état s'améliore, ils sont alors, sur prescription médicale, transférés à l'étage.

Au rez-de-chaussée, deux chambres sont destinées à l'isolement :

- l'une - la chambre n° 1 - servant à l'isolement sanitaire lorsqu'un patient est affecté d'une maladie contagieuse : elle était occupée lors du contrôle ;
- la seconde, chambre n° 2, est destinée à l'isolement thérapeutique : elle ne correspond pas aux normes de la haute autorité de santé, ne disposant pas notamment d'un sas et de toilettes séparées, ni d'un autre accès que celui donnant sur le couloir. La porte d'entrée dispose d'un oculus qui est masqué. Le lit est scellé au sol. Lors du contrôle, elle était occupée par un patient.

✓ **La vie quotidienne.**

L'hygiène corporelle et l'entretien du linge.

Une attention particulière est apportée par l'équipe soignante à l'hygiène corporelle des patients. Une réserve permet de disposer de produits qui sont proposés aux patients. Une distribution contrôlée de rasoirs jetables pour certains patients est effectuée mais la plupart des patients se rasent en présence d'un soignant.

Les draps sont changés une fois par semaine. L'entretien du linge peut également être fait par les familles des patients. Il n'est pas indiqué aux contrôleurs que ceux-ci puissent se rendre à la laverie automatique centrale.

La restauration.

La salle de restauration est éclairée par les fenêtres donnant sur le jardin. Au fond, un office permet la préparation et le réchauffage des repas, comme dans les autres unités : des chariots contenant les repas du jour sont récupérés par les soignants qui servent à l'assiette à partir de barquettes de quatre portions.

La salle à manger est meublée de sept tables pour quatre personnes. Il n'y a pas de téléviseur et les murs sont peu investis.

Les menus de la semaine sont affichés à l'entrée de la salle à manger.

Les relations avec l'extérieur (visite – téléphone – courrier – internet).

Dans cette unité, le principe est celui du libre accès aux moyens de communication, sauf prescription médicale contraire. Cette position est au centre des préoccupations de l'équipe de soins, notamment lorsque certains patients disposent de téléphone ou de tablettes équipées de

caméras ou d'appareils photos, en raison des risques que ces équipements présentent pour la confidentialité et l'intimité de malades.

La télévision est disponible dans le premier salon, à gauche en hauteur. Lors du premier passage des contrôleurs dans l'unité, le matin, elle était allumée et quelques patients la regardaient. Il a été prévu un second salon qui n'est pas équipé de téléviseur, afin que les malades puissent avoir un peu de tranquillité.

L'accès à la cour de promenade est possible à toute heure de la journée, à l'exception des heures des repas où son accès est fermé ; l'entrée dans la cour se fait depuis un préau, abrité des intempéries, où il est possible de fumer.

La contention et l'isolement.

La chambre ordinairement dédiée à l'isolement était, lors du contrôle, occupée par un patient à la suite d'une prescription. Cette chambre peut aussi être utilisée selon un mode classique : selon les informations recueillies, lorsqu'un patient fait l'objet d'une prescription d'isolement, celle-ci s'effectue nécessairement dans cette chambre, mais si la prescription est levée et que la chambre qu'il occupait antérieurement a été affectée à un autre patient, cette chambre d'isolement redevient une chambre ordinaire.

Les personnes détenues.

L'unité ne reçoit que très exceptionnellement des personnes détenues.

4.3.4.3 L'unité Dumesnil.

A. La présentation générale.

L'unité Dumesnil est une unité ouverte. Elle occupe deux niveaux, de 350 m² chacun, à l'extrémité de l'un des deux bâtiments (celui de gauche) formant esplanade depuis l'édifice de la direction, à hauteur du square des platanes, sur la deuxième partie de cette place.

Il s'agit d'une unité de vingt-cinq lits auxquels peut être ajouté un lit supplémentaire. La file active y est de 243 patients et la durée moyenne de séjour y est de 29 jours.

B. Les personnels.

Le jour de la visite, les effectifs de l'unité comprennent :

- 2 praticiens hospitaliers (à mi-temps dans l'intra hospitalier et à mi-temps au CMP) ;
- 0,5 ETP de médecin assistant spécialiste, non pérenne ;
- 1 cadre de santé à temps plein ;
- 16,4 ETP d'infirmières ;
- 2 aides-soignants ;
- 4 ETP d'agent de service hospitalier ;
- 0,33 ETP de psychologue.

A ces effectifs permanents s'ajoutent quelques séances de psychomotricité. L'organisation du service est conçue pour assurer la présence de trois infirmières en permanence.

C. Les patients.

Au jour du contrôle, vingt-six patients – dix-neuf hommes et sept femmes – étaient hospitalisés dont deux sous contrainte : l'un en ASPDRE l'autre en ASPDT. Le patient le plus âgé

avait 82 ans et le plus jeune, 20 ans. Souvent, la mesure de contrainte est levée lors de leur passage dans cette unité ouverte. En effet, l'un des critères d'admission dans l'unité est l'acceptation des soins par les patients.

Un lit supplémentaire était donc nécessaire.

La moitié des patients bénéficient d'une mesure de protection, tutelle ou curatelle.

D. Les locaux.

La porte d'entrée donnant sur le square des palmiers est ouverte de 7h à 21h. L'entrée principale est l'accès unique pour les patients, les visiteurs, les familles et les brancards. Une boîte à lettres permettant de recevoir les questionnaires de satisfaction s'y trouve.

À gauche du hall, la distribution s'effectue autour de trois directions :

- à gauche, trois chambres : une triple et deux médicalisées ;
- au centre, l'entrée de la cour de promenade et l'escalier desservant les vingt et une chambres de l'étage ;
- à droite, une partie dédiée aux soins et à la vie collective.

Au bout du couloir, on trouve une douche, accessible dans un retour de couloir, avec une marche la rendant difficile d'accès pour une personne à mobilité réduite. Le couloir s'achève sur la buanderie et le local où sont entreposés les matériels d'entretien des ASH.

En face de l'entrée principale, la cour de promenade, qui est à l'usage exclusif de l'unité Dumesnil, comporte une allée goudronnée, trois platanes et un panneau de basket. Quatre bancs en métal sont installés le long de la façade. Aucun abri ne protège des intempéries. Au fond, la cour se termine par les restes d'un saut-de-loup.

L'unité ne possède pas de chambre d'isolement.

✓ Le secteur d'hébergement

À gauche de l'entrée, les trois chambres de patients sont situées à proximité du bureau des infirmiers, ce qui permet d'accorder une vigilance accrue aux patients qui les occupent. La chambre n°1 est une ancienne salle d'activités qui a été transformée, avec deux puis trois lits à la date de la visite. Elle est équipée de deux lavabos et deux cloisons séparent les lits afin d'assurer un minimum d'intimité. Les autres chambres sont individuelles. Les patients à mobilité réduite sont en priorité installés dans les trois chambres du rez-de-chaussée.

Il est indiqué aux contrôleurs que les séjours dans la chambre à trois lits sont limités à quelques jours, dans l'attente de la libération d'une chambre à un ou deux lits. Le troisième lit est retiré dès qu'il est libéré ; les professionnels ont expliqué que c'est, pour eux, une manière de ne pas entériner une suroccupation permanente et des conditions d'accueil insatisfaisantes.

À l'étage, sur le palier, un local est réservé aux ASH et un bureau est dédié aux médecins. Ce dernier sert également aux entretiens avec les familles. Le couloir de droite dessert douze chambres individuelles dont la surface varie de 9,3 m² à 8,8 m². Deux lingerie sont situées au fond du couloir. Les chambres sont entrecoupées de deux wc, de deux salles de douche dont une comporte un accès à deux cabines et à un lavabo. Le couloir de gauche dessert neuf chambres individuelles entrecoupées d'une salle de bains de 8,1 m², d'une douche et de toilettes. La plus grande de ces chambres a une surface de 9,7 m² et la plus petite 8,9 m².

✓ **Le secteur de soins et de vie collective**

À droite du hall d'entrée, un couloir comporte :

- d'un côté, un bureau médical équipé de trois fauteuils, d'une bibliothèque avec quelques livres et d'un piano laissé à la disposition de patients qui le souhaitent. Ce bureau est fermé et peut servir aux patients qui souhaitent s'isoler, à leur demande :
- en face de ce bureau, une salle de soins dont la porte, constamment fermée, permet la distribution individuelle des médicaments. Y est rangé l'équipement de contention. Elle dispose d'une table d'examen et de l'appareillage médical nécessaire au contrôle des constantes physiologiques ;
- au fond, deux salles communes comportant des claustras pour séparer les espaces de vie collective. En retour, contre la salle de soins, sont installés deux WC séparés pour les patients. Dans une première partie, un téléviseur, éteint lors de la visite des contrôleurs, est installé devant quelques sièges. Dans une seconde partie, adjacente, sept tables, avec chacune quatre chaises, permettent aux patients de jouer à des jeux de société. Sur un mur, est installé un panneau affichant les menus et, entre autres, les informations sur l'exercice des cultes (avec les numéros de téléphone permettant de joindre les ministres des cultes bouddhiste, israélite, orthodoxe et musulman). La majeure partie de l'espace est utilisée pour le service des repas. Un office attenant permet de préparer la distribution des repas et sert également de tisanerie pour les personnels. Il comporte une réserve alimentaire de produits secs.

E. L'admission dans le bâtiment.

Deux à trois patients sont admis directement chaque mois. La quasi-totalité d'entre eux sont connus, déjà suivis en soins ambulatoires et adressés par un CMP du secteur. Les autres admissions, qui concernent les patients inconnus, sont réalisées après un passage au SECOP qui oriente vers l'unité.

Une infirmière accueille l'arrivant en lui présentant les locaux, la composition de l'équipe, les différents temps de la journée et l'organisation globale de l'unité avant de l'accompagner dans sa chambre. Le soignant recueille ensuite les informations médicales et administratives qui, versées au dossier, permettront de présenter la situation du patient à l'équipe lors de la transmission suivante. Un inventaire des effets personnels du patient est également effectué durant cet accueil. Dans les 72 heures, un entretien infirmier est ensuite réalisé ; il s'agit de faire une première évaluation du vécu du patient.

Un projet de soins infirmiers – spécifique à l'unité mais non daté – encadre les pratiques des soignants en précisant l'objectif des soins (amélioration de la qualité de la prise en charge des patients par l'individualisation des soins et une organisation cohérente du service dans le respect des malades). Si ce projet de soins détaille les phases de l'accueil, il n'évoque à aucun moment la notification de la mesure d'admission sous contrainte et des droits.

Selon les professionnels, cette notification est faite dans l'unité. Elle se pratiquait auparavant à l'aide d'un document type ; la procédure et le contenu sont maintenant disponibles sur le réseau interne. Une copie est systématiquement remise au patient.

F. Le fonctionnement.

L'unité Dumesnil est une unité ouverte qui accueille des patients en phase aiguë, si leur état est compatible avec un service ouvert. Un livret d'accueil actualisé, destiné aux patients arrivants, en présente le fonctionnement de manière simple et claire.

Pour les professionnels, le projet de soins infirmiers cité *supra* précise trois phases de prise en charge :

- dans un premier temps, il s'agit de « faire régresser la phase aiguë et les risques de mise en danger en utilisant des thérapeutiques adaptées, médicamenteuses et relationnelles... » ;
- dans un deuxième temps, de rechercher l'adhésion du patient aux soins qui vont être mis en œuvre, l'aider à restaurer ses repères et à formuler un projet de vie. Cette phase s'accompagne d'évaluations régulières de la situation par l'équipe pluridisciplinaire ;
- dans un troisième temps, d'aider le patient à concevoir un projet de sortie ou à trouver une alternative à l'hospitalisation, en relais avec les structures externes : CMP, appartements relais, hôpital de jour...

Concrètement, l'emploi du temps quotidien des patients est délibérément rythmé par les séquences suivantes, imposés aux patients :

- le réveil a lieu de 7h à 7h 30 ; il est suivi par la toilette, seul ou aidé ;
- le petit déjeuner est pris entre 8h30 et 9h ; il est suivi d'un temps libre : remontée en chambre ou jeux de société, sortie dans la cour de promenade. Les chambres et les douches sont ensuite fermées à 10h pour permettre les entretiens avec les médecins, les soignants ou les consultations extérieures ;
- le déjeuner est pris à 12h et est suivi d'un deuxième temps libre ou d'une sieste, si le patient le souhaite. Les chambres sont à nouveau fermées de 15h à 17h pour la pratique des activités ou un temps libre ;
- un goûter est donné à 16h ;
- les chambres sont de nouveau ouvertes de 17h à 18h30 et le dîner est donné à 19h ;
- les patients réintègrent leurs chambres au plus tard à 23h après avoir pris – s'ils le souhaitent – une tisane préparée par l'équipe de nuit. L'accès à la cour est également fermé à 23h.

La distribution des médicaments a lieu individuellement dans la salle de soins, porte fermée, avant les principaux repas.

Des activités régulières sont mises en place :

- un atelier « relaxation » a lieu le lundi pour cinq à six personnes, de 13h à 14h ;
- un atelier mensuel de gymnastique douce est organisé à raison de dix séances pour l'année ; il est complété par un atelier de sport animé par les soignants tous les quinze jours, pour initier les patients au badminton, au ping-pong ou à la marche ;
- des activités occupationnelles sont aussi organisées à la demande, sans périodicité régulière : peinture à l'eau, puzzle, jeux de société ;
- un atelier « percussion » se tient, une fois par mois, avec un musicien professionnel ; il est ouvert aux patients de l'unité Hesnard.

En plus de ces activités internes, le pôle culturel de l'hôpital en organise d'autres plus ponctuelles ou événementielles : séances de danses africaines, concerts de musique, théâtre, poésie (cf. paragraphe 4.1.5.6).

Les visites des familles sont possibles tous les jours de 15h à 18 h y compris le week-end : « tout le monde y a droit, sauf si le patient refuse ». Ces visites peuvent cependant être limitées si la famille est trop intrusive.

L'accès à la cour est possible de 7h à 23h. C'est le seul endroit de l'unité où les patients ont l'autorisation de fumer. Selon les indications données aux contrôleurs, plusieurs patients sont des consommateurs réguliers de drogue douce. Le parc de l'hôpital serait un lieu d'approvisionnement connu où il est aisé de se procurer différents toxiques, d'autant que les patients en hospitalisation libre ont le droit de sortir de l'unité.

Aucune chambre n'est équipée de téléphone ; la quasi-totalité des patients ont la possibilité d'utiliser leur portable, sauf en cas de crise et dans les vingt-quatre heures suivant leur arrivée « le temps que les consignes médicales soient données ». En cas d'urgence ou si le téléphone d'un patient est hors d'état, les soignants passent les communications de 15h à 20h – sauf avis médical contraire – sur un des deux postes muraux⁶⁴ installés dans les couloirs ; ces postes sont équipés d'abat sons protégeant la confidentialité des échanges.

Le protocole relatif à la contention est disponible sur l'intranet ; rarement utilisée, les soignants n'y ont recours que sur prescription médicale, en cas de crise aiguë et à la condition que le patient ne soit pas accessible au dialogue. Il est déjà arrivé – exceptionnellement – qu'elle soit pratiquée à la demande d'un patient demandeur d'apaisement. Le patient est alors installé dans sa chambre, habillé dans une tenue confortable. Selon les indications recueillies, elle est pratiquée entre cinq et dix fois par an, quelques heures seulement.

Le recours à l'isolement est aussi rare. L'unité ne disposant pas de chambre spécifique, l'isolement se traduit par un simple retour en chambre de quelques heures, porte non fermée.

4.3.4.4 L'unité Charcot.

A. La présentation générale.

Le bâtiment qui abrite cette unité, d'une surface de 823 m², construit sur deux niveaux, est entièrement neuf. L'équipe soignante a été impliquée dans l'élaboration du projet et a intégré les lieux au début du mois de mars 2013. Cette unité a la particularité de contenir un secteur fermé au sein d'une même unité d'admission fermée. L'organisation et la configuration des locaux doivent permettre la gestion en interne de toutes les phases cliniques par lesquelles passe le patient au cours de son hospitalisation.

La capacité de l'unité est de vingt-deux lits. Le service comprend une chambre d'isolement, inoccupée le jour de la visite. Il n'existe pas de lit supplémentaire.

⁶⁴ Ces postes ne permettent pas d'appeler l'extérieur.

B. Les personnels.

- ✓ Le personnel médical

L'unité dispose de deux praticiens hospitaliers psychiatriques (à mi-temps dans l'intra-hospitalier et à mi-temps au CMP) et d'un interne.

- ✓ Le personnel paramédical

Il est sous la responsabilité du cadre supérieur du pôle BSM.

Cadre de santé	1
Infirmier	18
Aide-soignant	2
Agent hospitalier	4

C. Les patients.

L'unité a la particularité d'accueillir des patients souffrant essentiellement de troubles psychotiques graves. La majeure partie d'entre eux est hospitalisée sous contrainte. Au jour de la visite, l'unité comptait treize hommes et neuf femmes.

Nombre de patients en HL	3
Nombre de patients en ASPDT	14 (7 femmes et 7 hommes)
Nombre de patients en ASPDRE	5 (1 femme et 4 hommes)
Durée la plus longue d'hospitalisation libre	7 mois
Durée la plus longue d'hospitalisation sous contrainte	27 mois (ASPDRE)
Age du patient le plus jeune	26 ans
Age du patient le plus âgé	68 ans

D. Les locaux.

Comme indiqué précédemment, l'unité comprend deux niveaux.

Le rez-de-chaussée est composé d'un secteur fermé de dix chambres individuelles et d'une chambre d'isolement répartis sur une partie de bâtiment de forme carrée. Cette zone comprend un patio clos d'une surface de 31 m², situé au centre, équipé d'un banc en bois et d'un store électrique. Les chambres, une salle de bain avec baignoire et un salon de télévision sont répartis le long du couloir. Le secteur est fermé, de part et d'autre, par deux double-portes.

Cet espace sécurisé possède la particularité d'être divisible en trois parties. Cette fonctionnalité permet de protéger certains patients et d'isoler ceux étant en phase aiguë. Cette configuration comporte aussi des inconvénients :

- d'une part, certains patients se trouvant dans cette zone sécurisée par manque de place dans les autres, sont complètement isolés ;
- d'autre part, il n'existe qu'une porte d'accès au patio et au salon de télévision.

En conséquence, quand l'unité est divisée en trois parties, seul un groupe de patients peut avoir accès au salon ou au patio. L'équipe soignante est donc très souvent sollicitée par les

malades pour avoir accès au patio ou au salon. Au moment de la visite, il avait donc été décidé de séparer cette zone en deux parties et non plus en trois. Sept patients isolés pouvaient ainsi avoir accès au patio et au salon télévision tandis que trois autres, pour qui cette zone sécurisée n'était pas requise, avaient la possibilité d'aller et venir à leur guise dans toute l'unité.

Selon les propos entendus, l'utilisation d'une grande modularité entre secteur fermé et « fermable » pourrait ne pas être suffisamment contenant pour certains patients. Une réflexion d'équipe est en cours pour améliorer cette organisation contenant. Le bureau des soignants, situé dans la partie centrale de l'unité, a la vue sur l'ensemble de la zone sécurisée, la cour et, en partie, la salle à manger.

La salle de soins et la pharmacie sont positionnées à l'arrière de ce bureau. Deux bureaux polyvalents, une salle de détente, le bureau du cadre de santé, un salon de télévision, un salon calme, une salle polyvalente et un grand bureau sont disposés le long du couloir d'accès de l'unité. Ce couloir dessert également un jardin clos d'une surface de 90 m², la salle à manger, l'office et la réserve. La buanderie, le local des ASH, trois sanitaires et un salon famille sont positionnés dans la partie centrale.

Deux accès sont réservés l'un au public, l'autre aux livraisons. Le personnel déplore que la partie intérieure des portes, en particulier celle réservée au public, soit recouverte d'un film sans tain. Au moment de la visite, alors que des travaux étaient encore en cours, ce dispositif offrait paradoxalement une vue directe sur le service alors que les soignants ne pouvaient vérifier l'identité des visiteurs.

L'étage comprend douze chambres individuelles, une salle de bain, un local pour les ASH et une buanderie.

Toutes les chambres, peintes en orange et blanc, sont identiques ; elles sont agréables et lumineuses. D'une surface de 18 m², elles comportent une salle d'eau. Contrairement à la zone sécurisée où les lits sont fixés au sol, à l'étage, ils sont amovibles. Chaque chambre est équipée d'une table de chevet, d'une table fixées au mur et d'une chaise. Les patients peuvent ranger leurs vêtements dans une armoire fermée à clef. Selon leur état de santé psychique, ils gardent leur clef avec eux ou bien elle est conservée dans le bureau des soignants, sur avis médical.

L'éclairage des chambres est assuré par un plafonnier et par une fenêtre, à battant étroit, à hauteur d'homme. Les fenêtres sont dotées d'un volet roulant. Les vitres possèdent un inconvénient ; dès la nuit tombée, le public extérieur peut voir l'intérieur des chambres, ce qui a été vérifié par les contrôleurs lors d'une visite nocturne ; les volets roulants n'étaient pas abaissés.

Les chambres ne disposent pas de radiateur afin d'éviter tout risque de tentative de suicide par strangulation. Le chauffage est assuré par un dispositif au sol. La climatisation du service est assurée par un puits canadien installé au niveau des double-portes ; lors du passage des contrôleurs, le puits diffusait un air très froid. Toutes les chambres sont équipées d'une ventilation mécanique contrôlée (VMC), d'un dispositif d'alarme incendie et d'un système d'appel.

Les portes des chambres ne comportent pas de serrures. En revanche, la salle d'eau peut se fermer à clef de l'intérieur, y compris dans le secteur sécurisé. Le personnel soignant possède un jeu de clefs.

Les salles d'eau de couleur orange sont spacieuses. Elles sont équipées d'une cuvette wc, d'un lavabo avec miroir, d'une douche italienne et d'une VMC. De larges poignées sont prévues pour les personnes handicapées. L'éclairage est assuré par un plafonnier.

Chaque niveau possède une salle de bain de 16 m² permettant aux patients de prendre un bain thérapeutique pour ceux qui le souhaitent. Ces pièces, toutes aussi agréables, sont équipées d'un lavabo avec miroir, d'une cuvette wc et d'une VMC.

E. L'admission dans le bâtiment.

L'admission des patients s'effectue en majeure partie au SECOP. Quand le patient arrive dans l'unité, il est installé dans sa chambre puis est vu par le médecin psychiatre et un infirmier. Durant ce premier entretien, le médecin reprend avec le patient les circonstances de son admission et lui explique éventuellement les modalités de son statut quand ce dernier est admis sous contrainte. L'infirmier lui explique le fonctionnement de l'unité et lui remet le livret de l'établissement et les modalités de séjour de l'unité.

Le patient conserve ses vêtements. Sur prescription médicale, il peut être mis en pyjama. Ceci est évalué au cas par cas ; il en va de même pour les effets personnels et l'utilisation de l'ordinateur portable. En principe, tous les objets considérés comme dangereux - objets tranchants, les briquets, les cordons de téléphone mobile et d'ordinateur - sont déposés dans un casier numéroté situé dans le bureau des soignants. Si le patient a des tendances suicidaires, d'autres objets comme la ceinture, le sèche-cheveux ou le flacon de parfum, lui sont retirés sur avis médical.

L'infirmier procède à un inventaire contradictoire mais, bien souvent, le patient n'est pas en capacité de l'effectuer. Selon la phase de sa pathologie, le malade peut conserver son chéquier et sa carte bleue. Les sommes importantes d'argent liquide sont conservées au bureau du Trésor public. Concernant la désignation d'une personne de confiance, un membre de l'équipe soignante a expliqué aux contrôleurs que cela n'était pas effectué de façon systématique du fait de l'état d'agitation de nombreux patients à leur arrivée dans le service.

Quand l'état du patient le permet, l'infirmier procède à la prise des constantes : la tension artérielle, la température, le pouls, le poids, un électro-cardiogramme. Une évaluation de l'état psychique est effectuée. Le médecin généraliste, extérieur au service, vient procéder systématiquement à un examen somatique dans les 24 heures.

Dans les deux jours suivant l'admission, quand son état psychique le permet, le patient admis sous contrainte est reçu par le cadre de santé. Ce dernier lui transmet l'arrêté du directeur d'établissement ou l'arrêté préfectoral ainsi que les certificats médicaux justifiant la décision d'admission sous contrainte. Il fait signer au patient, si celui-ci y consent, le document de notification des droits. Il l'informe aussi de sa prochaine audience devant le JLD. Souvent le patient refuse de signer le document de notification des droits car il le confond avec une acceptation de la mesure.

F. Le fonctionnement.

Les deux praticiens hospitaliers se relaient du lundi au vendredi, par demi-journée, afin d'assurer la présence quotidienne d'un médecin dans l'unité. L'autre demi-journée est dédiée aux consultations externes au CMP.

Quatre membres de l'équipe paramédicale sont en principe de service dans la journée. Le secteur fermé nécessite une présence soignante permanente qui se situe, en dehors des temps de soin, dans le bureau des infirmiers. L'infirmier peut ainsi surveiller à la fois la partie fermée et l'espace extérieur clos sécurisé. Un des quatre membres de l'équipe paramédicale travaille en horaire décalé afin d'assurer une présence supplémentaire pour l'équipe du matin et d'après-midi. En outre, il gère les nouvelles admissions et accompagne, si nécessaire, les patients pour un rendez-vous externe. Généralement, deux personnels paramédicaux sont référents du secteur fermé et les deux autres gèrent l'autre partie de l'unité. En service de nuit, deux personnels paramédicaux, dont un infirmier, sont présents. Les rondes de nuit se font toujours en binôme.

Tous les personnels paramédicaux sont, à tour de rôle, de service de nuit, tous les deux mois.

Les réunions dans le service sont les suivantes :

- tous les lundis, une visite médicale en chambre en présence des médecins, des infirmiers référents des différents secteurs, du cadre de santé et de l'assistante sociale ;
- une fois par semaine, une réunion soignants – soignés, animée par la psychologue et un soignant, pour permettre à chacun d'exprimer son ressenti par rapport à des problèmes survenus dans la semaine ;
- une fois par semaine, une réunion clinique avec l'ensemble des membres de l'équipe pluridisciplinaire ;
- une fois par semaine, la réunion de l'équipe paramédicale animée par le cadre infirmier ; elle porte sur l'organisation des soins et a pour objectif d'harmoniser les pratiques individuelles et de favoriser les échanges ;
- chaque mois, une réunion institutionnelle, animée par le médecin et le cadre de santé, avec tout le personnel de l'unité, en présence du cadre supérieur ; elle concerne le fonctionnement et l'organisation de l'unité et permet la transmission d'informations relatives à l'établissement.

Les infirmiers assistent aux entretiens médicaux. Ce mode de fonctionnement semble très apprécié par le personnel paramédical car il permet de d'améliorer la prise en charge globale du patient.

L'équipe soignante bénéficie de dix séances de supervision d'une heure et demie par an. Cet espace d'échange permet de réfléchir aux pratiques et de renforcer la cohésion d'équipe.

- ✓ L'ouverture et la fermeture de l'unité et des chambres.

Cette unité est constamment fermée y compris pour les patients en hospitalisation libre qui doivent solliciter le personnel paramédical pour pouvoir sortir. Tous les patients ne le font pas. Traitant du cas d'un patient hospitalisé depuis plusieurs mois et se trouvant maintenant en hospitalisation libre, un membre de l'équipe paramédical faisait le constat que « rien n'avait changé pour lui ». « Ce patient continue à être soumis aux mêmes règles que les autres alors

qu'il serait en droit de nous demander plus ». Le transfert dans une autre unité avait été évoqué mais il s'avère que ce changement d'environnement aurait été beaucoup plus nocif pour lui.

Les chambres à l'étage sont fermées de 15h à 17h afin que l'ASH puisse effectuer le nettoyage des locaux. Les chambres du secteur fermé restent ouvertes toutes la journée.

En principe, les portes d'accès au jardin de l'unité et du patio du secteur fermé sont ouvertes de 7h à 21h. Bien souvent, elles restent ouvertes jusqu'à 23h afin de permettre aux patients de profiter de ces instants propices à la discussion tout en fumant leur dernière cigarette de la journée.

✓ L'hygiène corporelle et vestimentaire

L'unité dispose de réserves de produits d'hygiène corporelle pour les patients démunis. Certains malades ont la possibilité d'utiliser des rasoirs jetables fournis par l'hôpital.

Comme indiqué précédemment, les patients peuvent faire laver leur linge à la laverie automatique. Ceux qui ont droit à des sorties peuvent s'y faire accompagner par un membre de l'équipe soignante. Pour les autres, un membre de l'équipe soignante se charge d'y déposer les sacs de linge.

✓ La restauration

Les repas ont lieu dans la grande salle à manger, d'une surface de 48 m². La pièce est dotée de grandes baies vitrées donnant sur le jardin clos sécurisé. Durant le printemps et l'été, les patients auront la possibilité d'y prendre leur repas.

Les horaires des repas sont les suivants : le petit déjeuner à 8h30, le déjeuner à 12h, le goûter à 16h et le dîner à 19h. Une tisane est servie à 22h30. L'office de la cuisine, d'une surface de 23 m², est bien équipé et possède une réserve où sont conservées les denrées non périssables.

Le jour du passage des contrôleurs, les sept patients du secteur sécurisé prenaient leur repas dans leur chambre.

✓ Les relations avec l'extérieur

Les visites, prévues sont de 14h30 à 18h30, sont interdites dans les chambres. Elles doivent avoir lieu dans un espace neutre car le personnel soignant veut pouvoir intervenir à tout moment en cas d'incident. Il existe trois pièces où les patients peuvent s'isoler avec leurs visiteurs ; elles sont agréables et sont toutes équipées de fauteuils et de chaises.

Le jour du contrôle, un seul patient n'avait pas l'autorisation de recevoir de visites.

L'ouverture des portes pour **les sorties** s'effectue sur deux temps : à 13h30 et après 14h30. Cela permet aux patients qui le souhaitent de se reposer après le repas tout en bénéficiant d'une sortie ultérieurement. Le retour de sortie est fixé à 18h. Lors du passage des contrôleurs, huit patients avaient le droit de sortir.

Concernant les patients admis dans le secteur fermé, certains sont accompagnés l'après-midi par un membre de l'équipe soignante pour se rendre dans le patio de la zone sécurisée, les autres pouvant s'y rendre librement.

Pour des raisons de sécurité, **il est interdit de fumer** dans l'unité comme il est interdit d'avoir un briquet en sa possession. Le tabac et les briquets sont conservés dans les casiers personnels situés dans le bureau des infirmiers. Les patients doivent donc solliciter les infirmiers pour pouvoir aller fumer dans le jardin clos. Les patients admis dans la zone sécurisée doivent, eux, utiliser la sonnette d'appel des chambres, faire des signes à travers la baie vitrée ou frapper contre la double porte. Une cigarette leur est remise environ toutes les heures. Certains de ces patients, dont l'état psychique est instable, sont accompagnés par un membre de l'équipe soignante dans le patio.

Bien que certains patients aient le droit d'effectuer ou de recevoir des appels, **l'usage du téléphone portable est interdit au sein de l'unité**. L'objectif est d'éviter aux patients de prêter leur appareil à ceux qui n'en n'ont pas l'autorisation et qui en feraient un usage inapproprié (appel non adapté ou prise de photos dans l'unité). En conséquence, tous les téléphones portables sont conservés dans le bureau des infirmiers. Les patients ayant le droit de sortir récupèrent leur téléphone au moment de la sortie et le remettent aux infirmiers à leur retour. Ainsi, le jour de la visite des contrôleurs, les huit patients ayant le droit de sortir avaient la possibilité de récupérer leur téléphone portable.

Les patients n'étant pas dans la zone sécurisée, peuvent consulter leur messagerie dans l'après-midi. Pour certains, cela se fait en présence d'un membre de l'équipe soignante ; cela sera éventuellement repris en entretien, selon la teneur du message. Un *point phone*, situé près du bureau des infirmiers, est mis à la disposition des patients. Il peut être utilisé de 15h à 20h. Il est réservé en priorité aux patients ne pouvant pas sortir de l'unité. Ce *point phone* offre peu d'intimité aux usagers. Durant les premiers jours d'hospitalisation, les appels téléphoniques ont lieu en présence d'un membre de l'équipe soignante car, bien souvent, l'état psychique du patient n'est pas stabilisé et un appel téléphonique peut être mal vécu. Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur annonce que « chaque chambre sera munie d'un téléphone individuel » et que « chaque patient pourra recevoir des appels, sauf avis médical ».

Les relations sexuelles sont interdites dans le service du fait de la spécificité de cette unité qui est fermée. Selon les propos d'un membre de l'équipe soignante, « on ne peut pas faire du cas par cas et donc pour protéger certains patients vulnérables, on amoindrit l'espace de liberté des autres patients ». Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur ajoute cependant que « les soignants ont des préservatifs à la disposition des patients ».

✓ Les activités.

Les activités sont limitées dans l'unité. Ceci s'explique, en partie, par le fait qu'un certain nombre de patients soit admis en phase aiguë et se trouve donc dans l'incapacité de suivre une activité. Par ailleurs, le personnel soignant est fortement mobilisé par la surveillance et la prise en charge des patients. Un des infirmiers reconnaissait que les journées pouvaient être longues pour les malades stabilisés et hospitalisés sous contrainte. L'un de ces patients a évoqué auprès des contrôleurs « l'absence d'activité sportive et les journées qui n'en finissent pas ».

Durant l'après-midi, les patients ont la possibilité de faire des parties de ping-pong et de pétanque dans le jardin sécurisé. Un baby-foot est mis à leur disposition dans le salon de détente ainsi que divers jeux de société. Un autre salon est équipé d'un poste de télévision et d'une petite bibliothèque.

Un atelier d'arts plastiques est organisé un mardi par mois. Il est animé par une professionnelle artistique et un membre de l'équipe soignante de l'unité.

Les patients hospitalisés dans le secteur fermé peuvent se rendre au salon équipé d'un poste de télévision.

✓ Soins et contention

La chambre d'isolement, d'une surface de 15 m², est située dans la zone sécurisée. On y entre par un sas de 12 m² accessible par une première porte donnant dans l'unité ou bien par une seconde porte donnant sur l'extérieur. Ce dispositif permet de préserver la confidentialité lors d'un transfert d'un patient en phase aiguë. La chambre, de couleur blanche, est éclairée par une fenêtre à hauteur d'homme et par un plafonnier. Elle est équipée d'une cuvette wc et d'un lavabo ainsi que d'une douche (dont les robinets d'alimentation sont à l'extérieur). La porte d'accès est ajourée en hauteur.

La chambre est équipée d'un bouton appel ainsi que d'une caméra qui couvre l'ensemble de la pièce hormis le wc. L'écran de contrôle est situé dans le bureau de soins et une surveillance physique est effectuée toutes les heures. Le personnel soignant a confirmé que les images n'étaient pas enregistrées et que la caméra était désactivée au moment de la douche et des soins. Le personnel soignant semble favorable au maintien de cette caméra qui permet de maintenir un niveau de surveillance suffisant en dehors des rondes.

Il n'existe aucun registre de contention, la prescription et le suivi s'effectue dans le logiciel HM. Le patient est systématiquement mis en pyjama et, lorsque son état est stabilisé, il peut éventuellement sortir dans le patio pour fumer une cigarette en étant accompagné.

Un patient a évoqué auprès des contrôleurs le caractère « anxiogène » de cette chambre d'isolement. Il l'a qualifiée de « déshumanisante » en comparaison avec celle située dans les anciens locaux.

Le matériel de contention est conservé dans la salle de soins. Les traitements sont y distribués avant l'heure des repas. Ainsi, la confidentialité est préservée et l'infirmier peut noter la prise de traitement directement sur le logiciel HM. Il est proposé aux patients souhaitant se coucher vers 23h de prendre leur traitement au moment de la tisane, afin d'éviter l'endormissement précoce.

✓ Les incidents.

Depuis l'installation dans les nouveaux locaux, aucune fugue ne s'est produite. En revanche comme l'unité donne sur une allée fréquentée de l'hôpital, les risques liés au trafic d'alcool et de cannabis sont élevés. En conséquence, il a été décidé, lors de la dernière réunion institutionnelle, de laisser les fenêtres des chambres du rez-de-chaussée fermées en journée et de ne les ouvrir que le soir, lorsque l'accès à l'hôpital est fermé. Au jour de la visite, les patients ne s'en plaignaient pas mais ce dispositif était susceptible d'être réévalué durant la période d'été.

Les autres incidents sont liés à la violence provenant des patients. Le personnel soignant a souligné l'importance d'avoir une bonne cohésion d'équipe pour leur gestion. En effet, la spécificité des pathologies amène le personnel soignant à devoir fréquemment gérer des situations de crise. L'équipe est composée d'un personnel junior et sénior très expérimenté ; certains ont vingt-cinq ans d'ancienneté au sein de l'unité. D'après les témoignages recueillis par

les contrôleurs, l'équipe semble fonctionner en bonne intelligence et le cadre de santé veille à maintenir cette cohésion.

- ✓ La présence des caméras

Hormis la caméra positionnée en chambre d'isolement, il existe, à l'étage, deux autres caméras désactivées à la demande de l'équipe soignante. Il apparaît cependant que ce bâtiment est complètement insonorisé et les membres de l'équipe n'ont plus de possibilité de surveillance : « on ne voit pas, on n'entend pas ». Cette situation est particulièrement sensible pour le personnel de nuit. Certains membres de l'équipe paramédicale se sentent peu en sécurité et souhaiteraient voir les caméras fonctionner. Des discussions ont lieu dans le service et il semblerait que la tendance générale aille dans ce sens.

4.3.5 Le centre d'accueil pour adolescents.

Le centre hospitalier Charles-Perrens ne dispose pas, lors de la visite, d'hospitalisation à temps plein pour les mineurs de moins de 13 ans. Une unité, d'une capacité de dix lits, est en cours de construction.

Le centre d'accueil pour adolescent (CAA), d'une capacité de dix lits, est situé dans l'enceinte du centre hospitalier mais il en est séparé par une clôture équipée d'une porte fermée à clé ; il donne également directement sur la rue de la Béchade, extérieure à l'établissement, par un portail en principe toujours fermé. Celui-ci était ouvert lors de la visite des contrôleurs.

4.3.5.1 Les locaux

La structure est pavillonnaire, dessinant un trapèze rectangle autour d'un patio de 200 m². Ce patio comporte un préau de 40 m², une table de ping-pong et un panier de basket-ball. Sous le préau, s'ouvrent quatre salles auxquelles on ne peut accéder que par le patio.

On entre dans l'unité par un sas, fermé à clé, qui donne dans une zone d'attente sur laquelle s'ouvrent : un sanitaire équipé d'une cuvette wc et d'un lave-mains ; le secrétariat médical, de 17 m² ; le bureau de l'assistante sociale, de 11 m² ; un bureau médical et un bureau pour la psychologue, de 11 m² chacun.

Une fois franchie la porte d'accès à l'unité proprement dite, également fermée à clé, le visiteur entre dans un couloir qui fait le tour de trois des quatre côtés du bâtiment.

A droite, le couloir dessert successivement :

- sur sa partie droite, des locaux donnant sur l'extérieur du pavillon, tous équipés de larges fenêtres aux vitres dépolies :
 - une salle de 8,6 m² équipée de quatre grands coussins posés sur le sol et d'une table sur laquelle se trouve une chaîne hifi. Cette salle est ouverte, comme le précise le panneau fixé sur la porte, en semaine de 10h à 12h, de 13h à 14h, de 15h à 17h et de 20h à 21h. Elle permet aux jeunes de se regrouper pour écouter de la musique ou pour parler ;
 - une pharmacie, de 6 m², équipée d'une armoire métallique, d'un chariot pour la dispensation des médicaments et d'une paillasse humide ;
 - une salle de soins, de 5 m², équipée d'une table d'examen, d'une paillasse humide, d'un chariot à pansements, d'un sac d'urgence, d'un appareil numérique de mesure des constantes, d'un pèse-personne et d'une toise ;

- un local de ménage ;
- une salle de douche à l'italienne équipée d'un lavabo ;
- une salle de bain également équipée d'un lavabo ;
- sur sa partie gauche :
 - un bureau infirmier, de 20 m², est équipé d'une grande table sur laquelle sont posés un poste informatique et une imprimante. Un tableau de planification mural est fermé, pour protéger les informations. Une fois ouvert, on peut y trouver le suivi des mises sous contention des jeunes, en place depuis octobre 2012 ;
 - trois chambres dont la surface est comprise entre 11 et 14 m². Ces quatre pièces sont éclairées par de larges fenêtres donnant sur le patio ;
- sur une autre partie, après un angle de 90° :
 - à droite, sept chambres de 20 m². Elles donnent sur un espace extérieur de verdure et sont sans vis-à-vis ;
 - à gauche, longeant le patio :
 - ◆ une salle de détente pour le personnel équipé d'une paillasse humide et d'un four à micro-ondes, d'une table et de deux chaises. Il est également encombré de deux adaptables, d'un fauteuil malade et d'une bibliothèque garnie de livres et de jeux ;
 - ◆ une salle de bain de 10,5 m².

Chaque chambre est équipée d'un lit médicalisé à roulette, d'une étagère de chevet, d'un bureau avec une chaise, d'un placard fermant à clé ; une salle d'eau (comportant un wc en faïence et un lavabo surmonté d'un miroir et d'une rampe d'éclairage) est attenante.

En entrant par le sas de l'unité, à gauche, le couloir dessert :

- donnant sur le patio :
 - un local d'accueil pour les familles de 15 m² ;
 - une salle à manger de 47 m² ;
- donnant sur l'extérieur :
 - un vestiaire de 9 m² équipé de deux wc ;
 - un local sanitaire comportant un wc en faïence et un lave-mains ;
 - une cuisine comportant deux paillasses humides, une borne de mise en chauffe du chariot repas, un réfrigérateur et un four à micro-ondes ;
- au fond, une porte, fermée à clé, permet d'accéder à une salle de psychomotricité 27 m². Cette salle, avec un sol en plastique souple, est équipée de nombreux accessoires (cerceaux, ballons, jeux de fléchettes...). La température y est plus basse que dans les autres pièces de la structure.

Dans le patio, sous le préau, on accède :

- à une salle de réunion, de 27,5 m² ;
- une salle, de 15 m², équipée d'une table et de chauffeuses, utilisée pour les médiations familiales ;
- une salle de classe de 16 m², équipée de postes informatiques ;
- un vestiaire hommes, de 16 m², comportant une douche et un lavabo.

L'ensemble de la structure de construction récente est parfaitement entretenue et propre.

4.3.5.2 Les personnels

✓ **Le personnel non médical**

L'équipe non médicale est composée de :

- un cadre de santé à 0,8 ETP ;
- dix-neuf ETP d'infirmières effectuant le travail de jour et de nuit. Elles travaillent selon un rythme de deux semaines de nuit suivies de six semaines de journée ;
- un ETP de psychomotricienne ;
- un ETP d'éducateur spécialisé ;
- 0,5 ETP de psychologue ;
- quatre ETP d'agents de service hospitalier ;
- un ETP d'assistante de service social ;
- un ETP de secrétaire ;
- des enseignants assurant dix-sept heures d'enseignement par semaine : toutes les matières (mathématiques, science de la vie et de la terre, art plastique, anglais, histoire-géographie) sont assurées à raison de deux heures chacune, par semaine.

✓ **Le personnel médical**

L'équipe médicale comporte, sous la responsabilité du chef de pôle de pédopsychiatrie sectorielle :

- un ETP de praticien hospitalier en pédopsychiatrie ;
- 0,2 ETP de médecin généraliste qui vient en consultation les mardis et vendredis. Il examine tous les entrants.

4.3.5.3 L'activité

Les patients admis dans le centre présentent des troubles du comportement avec des mises en danger auto-agressives, des refus de soins après tentative de suicide ou des symptômes pouvant représenter les premiers signes d'entrée dans la maladie psychotique.

Les admissions se font à partir du SECOP, des CMP prenant en charge le jeune en soins ambulatoires, des urgences de pédiatrie ou d'adulte, à la demande de psychiatres libéraux ou de structures médico-sociales hébergeant le jeune.

En 2012, 130 patients ont été hospitalisés au moins une fois durant l'année, dont 60 % de garçon et 40 % de filles, âgés de 12 (limite inférieure admise) à 18 ans ; six hospitalisations en ordonnance de placement provisoire (OPP) parmi lesquelles deux filles. La durée moyenne de séjour dans le service est de vingt-et-un jours.

4.3.5.4 L'organisation des soins

L'unité est fermée. Elle n'est équipée ni de chambre d'isolement, ni de chambre de soins intensifs. Les chambres sont fermées de 15h à 17h.

Lors de l'admission, le jeune est accueilli par un infirmier qui lui montre sa chambre et lui fait visiter le service. Un livret d'accueil spécifique au centre d'accueil pour adolescent est en cours d'élaboration. Le médecin psychiatre voit le jeune en consultation le jour même et il établit avec lui un contrat de parcours de soins ; l'adolescent est autorisé à sortir, comme les autres, après une semaine complète d'observation.

Les téléphones portables et les ordinateurs ne sont pas autorisés. L'accès à l'informatique est possible avec les enseignants et l'accès à internet avec les infirmières.

Les familles sont autorisées à rendre visite à leur enfant après une rencontre avec le médecin.

Les adolescents ont de nombreuses activités sportives (sports collectifs au stade municipal⁶⁵, course à pied, danse africaine avec les adultes de l'hôpital). Le médecin généraliste est systématiquement sollicité pour une consultation à la recherche d'éventuelles contre-indications à la pratique du sport. Ainsi tous les adolescents admis dans l'unité sont vus en consultation par un médecin généraliste.

Le poste de télévision commun est situé dans la salle à manger ; il est éteint à 22h. Dans la salle à manger, sur un panneau réservé à cet effet, sont affichés :

- le planning de répartition des rôles entre les différents jeunes pour l'aide au service du repas et à l'entretien de la salle à manger. Ce planning n'était toutefois pas renseigné lors de la visite des contrôleurs ;
- le planning d'activité de la semaine ;
- les horaires des repas, des visites et des appels téléphoniques ;
- le planning d'une "journée au centre ado".

Une réunion soignants-soignés se tient une fois par semaine, ainsi qu'une réunion regroupant la totalité des praticiens prenant en charge les adolescents.

4.4 Le recours à l'isolement, à la contention et à la vidéosurveillance.

4.4.1 L'isolement et la contention.

4.4.1.1 Le recours à l'isolement et à la contention.

L'établissement dispose de dix-huit chambres d'isolement. L'unité Régis est celle qui en dispose le plus (cf. *supra* paragraphe 4.3.2.2).

Toutes ne sont pas aux normes de la Haute autorité de santé, neuf seulement disposant d'un sas d'accès à la chambre. Dix ne disposent pas d'une douche à l'intérieur de la chambre. Onze sont équipées d'un dispositif de surveillance par une caméra à l'intérieur de la chambre.

Pôle	Unité	N° de la chambre	SAS ⁶⁶	Douche wc à l'intérieur de la chambre ⁶⁷	caméra ⁶⁸
	Carreire 6	221	o	o	o
	Carreire 4	108	o	o	o

⁶⁵ Par convention les adolescents peuvent se rendre au stade Chaban Delmas situé à proximité.

⁶⁶ (o=oui/n=non)

⁶⁷ (o=oui/n=non)

⁶⁸ (o=oui/n=non)

	Carreire 4	110	o	o	o
	Carreire 2	110	n	o	o
	Carreire 2	19	n	n	o
	Carreire 2	18	n	n	o
	Régis	nr	o	o	o
	Régis	28	o	o	o
	Régis	24	n	n	o
	Pons	8	nr	N	nr
	Lescure 2	205	o	o	n
	Hesnard	2	n	n	n
	SECOP	1	n	n	n
	SECOP	2	n	n	n
	Morel	8	o	n	o
	Falret	1	o	nr	n
	Genin	4	n	n	n
	Charcot	1	o	o	n

Les chambres sont décrites précisément dans les parties (cf. supra paragraphe 4.3) relatives à chaque unité. Pour l'ensemble du CHCP, une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) a été lancée en 2007, qui a abouti à élaborer un axe de travail particulier un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins couvrant la période 2011 à 2015. Ce programme prévoit d'améliorer les pratiques de contention. Les contrôleurs ont pris connaissance de ce document et des comptes rendus des réunions de l'EPP tenus au cours de l'année 2012. Aucune évaluation quantitative pour l'ensemble du CHCP n'était disponible au moment de la visite, à l'exception d'une enquête par échantillonnage pratiquée en 2011 au sein du pôle 5-6. Cette étude montre, selon les déclarations faites par les personnes interrogées, que la contention est utilisée dans la totalité des cas dans les chambres normales, dont, pour 16 %, des situations de mises sous contention en chambre double. La chambre d'isolement, quant à elle, peut être utilisée comme une chambre normale dans un tiers des cas. La même étude montre que 83 % des personnes interrogées indiquent que l'isolement ou la contention peuvent être utilisées pour des patients en hospitalisation libre.

Enfin, il convient de relever que le protocole en vigueur, de cinq pages, a été signé par les parties prenantes le 28 août 2008. Il est disponible sur l'intranet de l'établissement. Il comporte un diagramme précisant le processus de l'isolement thérapeutique qui décrit sommairement la prise de décision (médecin lorsqu'il est présent à l'unité ou infirmier en situation d'urgence). Le médecin prescrit et rédige le programme de soins et la surveillance. Le schéma précise que le médecin décide de la sortie.

Le recours à l'isolement et à la contention relève de pratiques très différenciées selon les pôles et les unités. Ces variations tiennent à plusieurs facteurs :

- les locaux de certaines unités ne sont pas très contenant et le choix est fait de recourir à l'isolement afin d'éviter des fugues de patients. Par exemple, dans une unité fermée, alors que les patients peuvent parfois aller en promenade dans la cour intérieure de l'unité, il peut y avoir recours à l'isolement afin d'éviter qu'un patient ne s'en aille en franchissant les limites de la cour de promenade ;
- mais aussi, le projet médical peut induire un recours plus ou moins prononcé à l'isolement comme moyen thérapeutique. Il a ainsi été constaté que lors des admissions certaines unités pratiquent systématiquement le recours à la contention.

Fin 2011, le comité d'éthique de l'établissement a rédigé un document critique suggérant la tenue d'une journée d'échanges.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique que l'EPP « isolement et contention » devrait rendre ses préconisations début 2014, ce qui devrait permettre d'harmoniser les pratiques.

4.4.1.2 La traçabilité.

L'occupation des chambres d'isolement n'a pas pu être reconstituée, faute de registre. Le placement à l'isolement, qui fait l'objet d'une prescription médicale, est uniquement inscrit dans le dossier médical du patient concerné, document relevant du secret médical auquel les contrôleurs n'ont pas accès.

Il n'existe aucun registre de contention, la prescription et le suivi s'effectuant dans le logiciel HM. Les données sont empiriques. La traçabilité du recours à l'isolement ou à la contention n'est pas organisée. Les interlocuteurs rencontrés n'ont pu chiffrer la fréquence de leur usage. Selon les indications données aux contrôleurs, la contention n'est utilisée qu'en cas de violence sur un soignant ou un sur autre patient : « on vise l'apaisement ».

4.4.1.3 Les locaux destinés à l'isolement.

La dimension des chambres d'isolement est variable : de 8,7 m² à 15 m².

L'accès à ces chambres s'effectue généralement en pénétrant dans un sas. Le sas n'existe pas toujours. Lorsqu'il est présent, il dispose généralement d'un oculus permettant de visualiser, de l'extérieur, l'intérieur de la chambre d'isolement. Dans une unité (Régis – cf. paragraphe 4.3.2.2), il a été relevé qu'un second oculus permettait de voir le haut du corps du patient prenant une douche mais aussi la cuvette des wc.

Les chambres sont équipées d'un lit fixé au sol et d'une cuvette wc dans un coin. La lumière qui entre est variable. L'usage de vitres opacifiées donnant sur l'extérieur est assez répandu,

préservant l'intimité des patients depuis l'extérieur mais réduisant aussi fortement la luminosité naturelle. En l'absence de sas, l'oculus est généralement opaque. Dans l'une des unités, un secteur est réservé à l'isolement, en sus d'une chambre située dans une autre partie de l'unité. Ce secteur fermé dans une unité fermée comporte quatre chambres dont trois sont aménagées comme chambres de soins intensifs.

4.4.1.4 Les durées d'occupation.

Selon les déclarations recueillies et faute de données d'activité, il a semblé que les durées d'occupation pouvaient être très variables. Il a été relevé dans une unité (Carreire 5), un séjour de la chambre d'isolement de plus de 18 mois (cf. *supra* paragraphe 4.3.3.5) Dans une autre, c'est une jeune femme en ASPDT dans la chambre sécurisée, depuis son arrivée à l'unité deux semaines avant la visite. Mais ces exemples paraissent devoir rester exceptionnels.

Dans certaines unités, en raison de la suroccupation existant au sein du CHCP, les chambres d'isolement sont assez fréquemment utilisées en chambre ordinaire, la porte restant alors ouverte.

Lorsque la chambre d'isolement est déjà occupée, la contention peut être prescrite dans une chambre ordinaire, sous réserve qu'elle soit individuelle ; elle est alors fermée pour éviter l'intrusion d'autres patients. Là où n'existe pas de chambre d'isolement (Lescure 1), ni de chambre d'apaisement, la contention s'effectue alors dans la chambre du patient. La plupart des soignants ont souligné la spécificité du recours à la contention ou à l'isolement. La contention est utilisée en dernière intention et elle n'est pas nécessairement associée à la prescription de placement d'une personne dans la chambre d'isolement.

4.4.2 La vidéosurveillance des unités de soins.

Toutes les unités ne sont pas équipées de moyens de vidéosurveillance.

Des caméras sont installées dans les chambres d'isolement de plusieurs unités (Régis et Genin du pôle « 3-4-7 » - cf. paragraphes 4.3.2.2 et 4.3.2.5 ; Carreire 4 et Carreire 6 du pôle universitaire « 5-6 » - cf. paragraphes 4.3.3.5 et 4.3.3.7 ; Charcot du pôle « Bordeaux santé mentale » - cf. paragraphe 4.3.4.4 -).

De plus, d'autres caméras sont également installées dans d'autres chambres : tel était le cas dans les unités Carreire 4 (chambre « sécurisée ») et Carreire 6 (chambre ordinaire) du pôle universitaire « 5-6 » (cf. paragraphe 4.3)

Ces caméras sont en règle générale fixées dans un angle supérieur permettant la surveillance constante du patient. Il a été relevé, dans certaines unités, qu'elles étaient désactivées au moment de la douche et des soins. Toutefois, à l'unité Charcot, une caméra offre une vue directe sur les wc (cf. paragraphe 4.3.4.4).

Elles ne sont pas connectées au système informatique de l'établissement et ne sont reliées aux écrans de visualisation que par un câble, sans autre connexion. Les images, qui sont renvoyées sur des moniteurs placés dans les bureaux des soignants, ne sont pas enregistrées et ne peuvent être regardées qu'en temps réel. Toutefois, ces bureaux étant parfois ouverts aux patients, la confidentialité du report d'images n'est pas parfaitement assurée.

Dans l'unité Charcot (pôle « Bordeaux santé mentale »), les caméras installées dans le couloir du premier étage ont été déconnectées. Des personnels soignants ont indiqué qu'ils souhaitaient leur remise en fonctionnement (cf. paragraphe 4.3.4.4).

Ce dispositif a été localement qualifié de « vidéovigilance ». Selon les explications fournies par la direction du centre hospitalier, l'installation dans les chambres d'isolement correspondrait à une norme réglementaire qui, cependant, n'a pu être fournie.

4.5 L'hospitalisation des personnes détenues.

Un « protocole inter-établissements psychiatriques girondins relatif à l'admission des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux », co-signé par les directeurs des trois centres hospitaliers de Bordeaux, de Cadillac et de Libourne, aborde ce sujet (cf. paragraphe 2.2).

Les personnes détenues de la maison d'arrêt de Gradignan sont prises en charge par le secteur dont elles dépendent, en fonction de leur lieu de résidence lorsqu'elles sont domiciliées en Gironde.

Lorsqu'un patient n'est pas domicilié dans le département ou n'a pas de domicile fixe, les règles sont :

- de janvier à juin, la personne est prise en charge par le centre hospitalier de Cadillac ;
- de juillet à décembre, elle l'est par le centre hospitalier Charles-Perrens de Bordeaux.

L'hôpital de Libourne n'est pas inclus dans ce tour.

Cette prise en charge « au tour extérieur » dure trois ans pour permettre la continuité des soins.

Dans ce cadre, neuf personnes détenues (quatre entre janvier et juin ; cinq entre juillet et décembre) ont été admises en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État en 2012 et, à la date de la visite, une l'a été en 2013.

4.6 La suroccupation et les transferts au CHCP.

Les statistiques communiquées aux contrôleurs font apparaître une suroccupation chronique des lits d'hospitalisation complète. Les données 2012 sont, pour chaque pôle, les suivantes :

Taux d'occupation moyen en 2012	
pôle Arcachon-Médoc	99,6%
pôle 3-4-7	96%
pôle 5-6	98,5%
pôle Bordeaux-Santé mentale	102,4%
pédopsychiatrie	106,1%

Toutefois, ces moyennes globales, qui prennent en compte des structures externes à l'hôpital, faussent la réalité de la suroccupation des unités situées au sein du site central. Ainsi, le pôle 3-4-7 est celui qui présente le plus grand nombre d'unités d'hospitalisation à temps complet excédant 100 % d'occupation en 2012.

Onze unités présentent, en 2012, un taux d'occupation annuel supérieur à 100 % ; ce sont par ordre d'importance décroissante :

- l'unité Régis (du pôle « 3-4-7 »), avec 115,4 % ;
- l'unité Carreire 4 (du pôle « 5-6 »), avec 114,6 % ;
- l'unité Carreire 6 (du pôle « 5-6 »), avec 114,1 % ;
- l'unité Hesnard (du pôle « Bordeaux santé mentale »), avec 110,3 % ;
- l'unité Lescure 2 (du pôle « 3-4-7 »), avec 109,9 % ;
- l'unité Charcot (du pôle « Bordeaux santé mentale »), avec 107,4 % ;
- le centre pour adolescents, avec 106, % ;
- l'unité de réhabilitation psychosociale (du pôle « 3-4-7 »), avec 103,8 % ;
- l'unité Génin du pôle « 3-4-7 »), avec 102,6 % ;
- l'unité Falret (du pôle « Arcachon –Médoc »), avec 101,6 % ;
- l'unité Dumesnil (du pôle « Bordeaux santé mentale »), avec 100,6 %.

Il n'existe pas de corrélation entre la suroccupation, le nombre d'admissions dans les unités et la durée moyenne de séjour (DMS) : l'unité Lescure 1 qui, avec 386 entrées, est celle qui totalise le plus d'admissions en 2012, a un taux d'occupation de 92,6 % parmi les plus faibles constatés et la DMS la plus courte du CHCP. La DMS paraît, en effet, davantage influencée par les pathologies des patients que par le taux d'occupation d'une unité. Ainsi, par exemple, l'unité Génin, intersectorielle, qui reçoit des patients très déficitaires, est en suroccupation et présente naturellement la durée moyenne de séjour la plus élevée (139 journées).

La suroccupation chronique a par ailleurs été évoquée spontanément par les professionnels des unités visitées, dont onze comportaient un à deux lits supplémentaires (cf. paragraphe 2.6). Selon les propos tenus aux contrôleurs : « on ne transfère plus les patients vers d'autres hôpitaux depuis trois à quatre ans pour des motifs de suroccupation ; autrefois on envoyait des patients vers Jonzac et même Bayonne, on ne le fait plus par égard pour les familles ».

Les données globales d'activité relatives à l'hospitalisation complète – hors SECOP – font apparaître une diminution de 1 166 journées entre 2011 et 2012, soit une légère baisse d'activité de 0,6 %, qui est trop faible pour influencer sur la suroccupation au sein des unités.

Concernant les transferts de patients, les statistiques du contrôle de gestion interne, qui s'appuie sur le logiciel de facturation, indiquent 796 transferts de patients vers d'autres établissements pour l'année 2012 ; en faisant abstraction de 694 transferts effectués par le SECOP – que l'on peut considérer comme des réorientations après évaluation – il reste 102 transferts vers l'extérieur opérés par les pôles eux-mêmes.

A l'intérieur du CHCP, il peut arriver exceptionnellement que des patients relevant d'un pôle soient répartis dans d'autres pôles mais il a été rapporté qu'il n'est pas possible de les dénombrer car « ces données ne sont pas centralisées ». Si les entrées de patients en provenance d'un autre pôle ne font effectivement pas l'objet de statistiques, les données relatives à leur sortie d'un pôle vers un autre font apparaître les mouvements suivants⁶⁹ :

⁶⁹ Hors 2 421 patients orientés vers les pôles par le SECOP dont c'est la mission.

Mutations de patients entre pôles en 2012 (sorties)	
pôle Arcachon-Médoc	134
pôle 3-4-7	233
pôle 5-6	228
pôle Bordeaux-Santé mentale	168
pédopsychiatrie	3
Total	766

Selon les propos recueillis par les contrôleurs, ces mouvements s'effectuent dans le cadre de « dépannage » ; il a aussi été rapporté que certains pôles ont parfois des difficultés à reprendre leurs patients par manque de places disponibles.

Enfin, les changements d'unité à la demande des patients sont exceptionnels.

5- LES CONDITIONS DE VIE AU TRAVAIL.

D'une manière générale, la problématique de la suroccupation évoquée ci-dessus (cf. *supra*) dégrade les conditions de travail.

5.1 La gestion de la violence.

Au cours de l'année 2012, cent trente-cinq déclarations de violence ont été effectuées. La maison d'accueil spécialisée (MAS) comptabilise à elle seule cinquante-trois évènements soit 39 % de la totalité des déclarations. L'unité Régis arrive en deuxième position avec dix-sept déclarations. Il faut cependant noter que les évènements de violence au sein de l'unité Régis proviennent en grande partie du même patient.

L'ensemble de ces évènements sont repris et analysés au sein du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) afin d'en comprendre la genèse et d'évaluer si l'incident aurait pu être évité.

Les évènements violents sont ainsi répartis par pôle :

Pôles	PAM	3/4/7	5/6	BSM	EVAMET	PPS	PPU	MAS	Total
Total	12	36	5	12	7	2	8	53	135

La violence à l'encontre du personnel soignant représente 57 % de ces évènements. La violence entre patients provient essentiellement de la MAS (78 %).

Violence physique patient - patient	Violence physique patient - personnel	Violence verbale injure patient - personnel	Total
41	78	16	135

Lorsqu'un des membres du personnel est victime d'un acte de violence, la direction des ressources humaines encourage la personne à déposer une plainte en mentionnant l'hôpital

comme adresse de domiciliation. En 2012, deux personnes ont porté plainte et pour, l'une d'entre elles, l'hôpital a pris en charge le dédommagement puisque le patient était insolvable.

Après un événement violent, la personne a aussi la possibilité de bénéficier d'un « débriefing » mené par la directrice adjointe des soins. Elle peut ensuite être orientée vers le psychologue de la médecine du travail ou vers un autre professionnel exerçant à l'extérieur de l'hôpital.

Lors du passage des contrôleurs dans une unité, deux des personnels paramédicaux interrogés ne semblaient pas avoir connaissance de ce dispositif.

Une formation à la gestion des situations de violence au travail est proposée deux fois par an au personnel soignant ; elle n'est pas obligatoire. Vingt-trois membres du personnel paramédical se sont inscrits en 2012 et deux sessions sont prévues en 2013. Chaque session se déroule sur cinq jours et alterne théorie et jeux de rôle. Les dernières évaluations ont montré la nécessité de renforcer l'aspect pratique en ciblant la contention, le matériel... Un travail de réflexion en ce sens est mené par la direction des soins et le service « formation ».

Une autre formation de deux jours portant sur la gestion des situations d'agressivité est proposée au personnel non soignant. Vingt-deux personnes se sont inscrites en 2012.

La sécurité des personnels.

Une équipe de treize personnes (12,5 ETP) assure la sécurité incendie ainsi que la sécurité générale dans l'enceinte de l'hôpital.

La sécurité des personnels, lors de la survenue d'état d'agitation de patient ou lors de besoin de renfort, est assurée par les soignants.

Les besoins de renfort peuvent être mobilisés selon deux procédures :

- une procédure d'extrême urgence au moyen de l'appareil de protection du travailleur isolé (PTI). Cet appareil, dont est équipé le personnel soignant, peut déclencher, par pression ou par arrachement, une alarme qui s'affiche dans chaque bureau de soins infirmiers, sur un tableau lumineux. Lors du passage des contrôleurs dans une unité, l'alarme s'est arrêtée soudainement alors que l'infirmier qui l'avait déclenchée n'avait encore pas la situation en main ;
- une procédure d'urgence : l'agent appelle par téléphone le n° 55. Suivant les heures et les jours, le bureau des soins infirmiers, le cadre de santé de permanence jusqu'à 21h, le concierge ou la suppléance de nuit organise les renforts.

Ces renforts sont planifiés selon une sectorisation géographique :

- secteur 1 : les unités Lescure 1 et Lescure 2, le SECOP, l'unité mère enfant ;
- secteur 2 : le centre d'accueil pour adolescents, les unités Dumesnil, Falret, Foville, Hesnard, l'URPS, Génin ;
- secteur 3 : les unités Bazin, Charcot, Esquirol, Morel, Toulouse ;
- secteur 4 : les unités Carreire (1, 2, 3, 4, 6) et Régis, le pôle d'addictologie.

5.2 Le rythme de travail.

Au sein des unités d'hospitalisation, trois équipes soignantes paramédicales se succèdent au cours des vingt-quatre heures et travaillent un week-end sur deux.

Les trois membres de l'équipe du matin sont présents dans les unités dès 6h30 et la transmission avec l'équipe de nuit dure quinze minutes. Leur service prend fin à 14h30.

Les équipes d'après-midi, comportant également trois personnels paramédicaux, prennent leur service à 14h afin d'assurer la période de transmission de trente minutes avec les équipes du matin. Elles terminent leur service à 22h.

Selon la charge de travail, dans certaines unités, un agent paramédical est affecté en supplément et en horaire décalé pour une durée de huit heures entre 8h et 20h.

L'équipe de nuit, au nombre de deux ou de trois personnels paramédicaux, démarre à 21h45 et termine son service à 6h45.

D'après les témoignages reçus par les contrôleurs, les équipes semblent être, la plupart du temps, en effectif suffisant, sauf lors de la survenue d'un arrêt de maladie où le personnel n'est pas systématiquement remplacé. Un médecin s'est plaint de voir les membres de son service affectés régulièrement dans d'autres unités.

Les personnels des différentes unités déplorent le phénomène de suroccupation au sein de l'établissement car cette situation affecte la prise en charge des patients et génère des tensions au sein des unités.

5.3 Les accidents de travail.

Au cours de l'année 2012, cent quarante-sept accidents du travail ont été signalés, dont 20 % étaient des accidents de trajet. Parmi les cent dix-huit accidents du travail (hors accidents de trajet), 41 % ont généré des arrêts de travail. Parmi les vingt-neuf accidents de trajet, 62 % ont généré des arrêts de travail.

Année 2012	Total	Avec arrêts	Jours d'arrêts	Sans arrêt
Accidents de travail	118	49	1 060 jours	69
Accidents de trajets	29	18	286 jours	11

Le nombre d'accidents du travail est en légère hausse par rapport à l'année 2011 mais en baisse par rapport à l'année 2010.

	2010	2011	2012
Accidents de travail	180	133	147

Pour l'année 2012, les accidents de travail les plus nombreux concernent :

- les manutentions de patients ou de machines (36 %) ;
- la violence (23 %) ;
- les accidents d'exposition au sang (15 %) ;
- les chutes et glissades (11 %).

Les accidents de travail générant le plus d'arrêts maladies sont :

Accidents du travail	Les manipulations	La violence	Les chutes
Nombre d'arrêts maladie	18	11	7

5.4 Le dialogue social.

Les contrôleurs ont rencontré, à sa demande, une des quatre organisations syndicales présentes au sein de l'établissement. Les interlocuteurs rencontrés ont évoqué l'augmentation de la violence notamment en lien avec l'hospitalisation d'un patient qui, depuis, a quitté l'établissement. Le phénomène de sur occupation a été abordé ainsi que le manque d'effectifs de personnel durant les arrêts maladies. Enfin, ils déplorent l'absence de bureau d'accueil et d'admission à l'entrée de l'hôpital.

6- CONCLUSIONS.

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

1. Le centre hospitalier Charles-Perrens de Bordeaux est l'un des trois hôpitaux psychiatriques prenant en charge les patients dans le département de la Gironde. Il couvre une population de 745 461 habitants, en forte progression, sur neuf secteurs de psychiatrie adultes, répartis en quatre pôles, et quatre inter-secteurs de pédopsychiatrie, regroupés dans un même pôle. Il dispose de 516 lits dont le taux d'occupation est, en moyenne, de 99 % pour une durée moyenne de séjour de 29,1 jours (en 2012).

Le centre hospitalier est implanté en ville, sur un site de 12 ha. Des bâtiments anciens, datant de la construction d'origine, y côtoient d'autres plus récents. D'importants travaux ont été entrepris dans le cadre d'un plan d'investissement établi en 2008 pour en restructurer plusieurs et en reconstruire d'autres. Au terme de ce plan, 60 % des lits de l'établissement auront été restructurés. Les chambres individuelles, de 20 m², disposeront toutes d'une salle d'eau attenante avec WC, lavabo et douche (cf. paragraphe 2).

2. La très forte occupation enregistrée dans les différentes unités, avec un taux global moyen proche de 100 %, conduit parfois, durant les périodes de suroccupation, à affecter des patients dans des chambres d'isolement. Même si la porte reste ouverte et même si le régime appliqué est celui des autres patients, cette situation n'est pas acceptable car elle place la personne dans une situation à part, dans des conditions d'hébergement dégradées. Dans d'autres unités, un lit supplémentaire a été installé dans des chambres. La commission départementale des soins psychiatriques de la Gironde souligne également ses « *craintes relatives aux possibles atteintes à la dignité des personnes hospitalisées, consécutives au contexte de suroccupation des unités de soins* ». Cette suroccupation est aggravée par la présence de nombreux patients pour lesquels une hospitalisation ne se justifie plus mais qui sont en attente

d'une place dans une structure médico-sociale ; 130 étaient dans cette situation lors de la visite (cf. paragraphes 2.5.3, 3.9, 4.1.1, 4.3.1.à 4.3.4, 4.4.1.3, 4.6).

3. L'hospitalisation de patients en programme de soins, assortie d'une autorisation de sortie du centre hospitalier durant quelques heures, d'ailleurs pas toujours respectée, constitue un détournement de la loi et aboutit à esquiver le contrôle du juge des libertés et de la détention. Cette situation, qui concerne une part notable des soins sans consentement (36 des 117 patients en soins sous contrainte, lors de la visite), est à proscrire (cf. paragraphes 2.5.2, 3.2.5, 4.3.1.2.F, 4.3.2.3.C, 4.3.3.7).

4. La qualité de fonctionnement du service d'évaluation de crise et d'orientation psychiatrique (SECOP) et sa bonne articulation avec le service des urgences du centre hospitalier universitaire méritent d'être soulignées. Sa capacité d'accueil et de prise en charge est cependant parfois atteinte, freinant de nouvelles admissions. Les consignes de sécurité devraient cependant y être respectées avec plus de rigueur (cf. paragraphe 3.1).

Un document permettant le recueil des observations des patients devrait y être mis en place (cf. paragraphe 3.1.3.3).

Les dispositions du décret du 15 novembre 2006 pris en application de la loi du 10 janvier 1991, dite « loi Évin », rendant totale l'interdiction de fumer dans les établissements de santé et les plans « hôpital sans tabac » devraient y être appliqués ; à cet effet, un espace fumeur sécurisé devrait être aménagé (cf. paragraphe 3.1).

5. Dans quelques unités, les volets des chambres devraient être baissés à la tombée du jour pour que l'intérieur des chambres, où la lumière est allumée, ne soit pas visible de l'extérieur et que l'intimité des patients soit préservée (cf. paragraphes 3.1.2.1.A – SECOP – et 4.3.4.4 - Charcot). Dans d'autres unités, en revanche, la pose d'un film occultant sur les fenêtres est suffisamment efficace pour assurer cette protection (cf. paragraphe 4.3.1.2.B).

6. Il convient de souligner que, dès la mise en application de la loi du 5 juillet 2011, les juges des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de Bordeaux ont obtenu la création d'une salle d'audience au sein du centre hospitalier, dans un espace spécialement aménagé et dédié à cette seule fonction. Le centre hospitalier a, pour sa part, organisé l'accompagnement des patients avec une infirmière qui joue un rôle d'interface. Ces bonnes pratiques méritent d'être relevées, même si elles sont aujourd'hui consacrées par la loi (cf. paragraphes 3.2.1 et 3.2.2).

7. Une attention devrait être portée aux certificats médicaux dont certains ne permettent pas d'identifier le médecin qui l'a rédigé (cf. paragraphe 3.3.2).

8. Lors de la procédure d'admission, la désignation d'une personne de confiance n'est pas systématiquement demandée dans toutes les unités mais il est pris acte des dispositions prises postérieurement à la visite pour en rechercher une pour tous les patients arrivants (cf. paragraphes 3.6 et 4.3.1.3).

Par ailleurs, les patients mais également les personnels soignants, en charge de réaliser les procédures d'admission, ne sont pas toujours en mesure de faire la différence entre la personne de confiance et la personne à prévenir. Il est impératif que le personnel soignant soit en capacité d'éclairer le rôle de la personne de confiance pour en faire comprendre l'intérêt ; cette

explication devrait pouvoir être réalisée systématiquement lors de chaque admission (cf. paragraphe 3.6).

9. Les règles d'accessibilité au dossier médical sont clairement établies et expliquées aux patients. Il convient de souligner que les 141 demandes, formulées en 2012, ont toutes été honorées (cf. paragraphe 3.7).

10. Dans ce centre hospitalier, le principe de la liberté pour l'accès des patients au téléphone et au courrier est la règle et les restrictions, l'exception. Il en est de même pour les visites et les horaires fixés peuvent être modulés en fonction des contraintes des visiteurs, sous réserve que le fonctionnement des unités n'en soit pas affecté. La possibilité de conserver son ordinateur est généralement accordée même si aucune connexion à internet n'est possible. Ces différentes mesures, respectueuses des personnes, méritent d'être relevées (cf. paragraphes 3.10 et 4.3.1 à 4.3.4).

11. A l'échelon central, les activités proposées aux patients sont très limitées en l'absence de toute installation sportive et de toute bibliothèque. Seule, une cafétéria offre un lieu d'accueil hors des unités. De plus, aucun atelier d'ergothérapie n'existe. Il convient cependant d'observer que l'établissement s'est engagé depuis plus de dix ans dans une importante activité culturelle qui fait l'objet d'une programmation conséquente (cf. paragraphe 4.1.5).

Dans les unités, les activités sont également très limitées, même si, ponctuellement, certaines sont mises en place. La télévision reste souvent le principal loisir durant la journée (cf. paragraphes 3.11.3, 4.1.5, 4.3.1 à 4.3.4).

12. Le service de médecine générale du centre hospitalier assure avec efficacité les examens effectués lors de chaque admission sous contrainte et les soins somatiques de tous les patients de chaque unité. En revanche, une prise en charge plus satisfaisante des soins dentaires devrait être organisée. L'installation d'un fauteuil dentaire et la venue d'un praticien en odontologie constitueraient une amélioration (cf. paragraphes 4.2.1.1 et 4.2.1.2).

13. Le livret d'accueil devrait être actualisé et faire référence aux dispositions législatives les plus récentes, à la loi de juillet 2011 et, désormais, à celle de septembre 2013 (cf. paragraphe 3.1.3.1). Il est pris acte des dispositions prises, depuis la visite des contrôleurs, d'en remettre systématiquement un exemplaire à tous les patients arrivants (cf. paragraphe 4.3.1.3.E).

14. La présence des psychiatres est régulière dans les unités.

Toutefois, l'unité Génin ne dispose d'aucun médecin en titre depuis le début de l'année 2013 et, de surcroît, aucun interne n'y est affecté. Le personnel infirmier doit faire appel aux internes, présents dans les autres unités, dès lors qu'il s'agit de renouveler les prescriptions de contention mais ceux-ci semblent toutefois privilégier les prescriptions par téléphone. Il est donc indispensable qu'un médecin soit affecté à l'unité afin que les patients puissent bénéficier de soins de qualité, conformes aux principes de déontologie médicale (cf. paragraphe 4.3.2.5).

15. La mise en pyjama est rarement adoptée, sauf lorsque la personne hospitalisée ne dispose pas de vêtement. Cette situation évite de stigmatiser certains patients par un traitement à part, au vu des autres personnes. Il s'agit là d'une bonne pratique (cf. paragraphes 3.1.2.1.C, 4.3.1.1, 4.3.1.2, 4.3.1.3, 4.3.3.5, 4.3.3.5, 4.3.3.7).

16. Les difficultés rencontrées par les soignants pour notifier aux personnes placées sous contrainte, alors en crise, les mesures dont elles font l'objet ne doivent pas conduire à reporter indéfiniment cette notification. L'impossibilité d'y procéder devrait être actée après quelques jours de présence, dans l'attente de réaliser ultérieurement cette obligation légale (cf. paragraphes 4.3.1.2.E).

17. Dans les quatre unités du pôle « Arcachon - Médoc », l'accès à la cour est libre durant la journée. Trois de ces unités sont ouvertes (hors celle de psychogériatrie) et les patients, y compris placés sous contrainte, peuvent circuler sans que les fugues y soient plus importantes qu'ailleurs. Dans deux unités (Falret et Foville), les patients peuvent également disposer de leur propre téléviseur ou de leur propre moniteur avec lecteur de DVD dans leur chambre.

A l'unité Foville, un effort de décoration donne une ambiance plus conviviale et plus chaleureuse aux locaux, la distinguant des autres.

Les téléphones muraux placés dans les couloirs ne garantissent cependant pas la confidentialité des conversations et mériteraient d'être mieux protégés (cf. paragraphe 4.3.1).

18. Au sein des unités du pôle « 3-4-7 », deux unités sont fermées alors que l'une (Régis) accueille notamment des personnes admises en soins libres et que l'autre (Génin) ne reçoit que des hommes et des femmes relevant de ce statut. Cette situation paraît d'autant plus paradoxale que, dans le même établissement, des unités ouvertes accueillent des personnes admises sous contrainte (cf. paragraphes 4.3.2.2 et 4.3.2.5).

Deux unités (Lescure I et Lescure II) ne disposent d'aucune cour en raison de leur installation en étage, ce qui interdit toute sortie à l'air libre à certaines personnes et les fumeurs doivent se limiter à un espace réduit dans la cage d'escalier de secours (cf. paragraphes 4.3.3.3 et 4.3.3.4).

Par ailleurs, un document retraçant les règles de vie de l'unité devrait être remis aux arrivants à Lescure I (cf. paragraphe 4.3.3.3).

19. Les unités du pôle universitaire « 5 – 6 » sont regroupées dans un même bâtiment récent. Les patients admis dans celles situées dans les étages (fermées) ne peuvent guère sortir : la cour se situant au rez-de-chaussée, ils doivent être accompagnés et être surveillés par un soignant disponible. Dans ces conditions, les fumeurs sont contraints de trouver refuge sur le palier (étroit) de l'escalier menant aux cours.

Dans plusieurs unités, les chambres sont équipées, à la tête du lit, d'une prise permettant le branchement de téléphone, généralement installé, sauf cas particulier. Cette solution, adoptée dans les hôpitaux généraux, préserve mieux la confidentialité des conversations que des postes placés dans les couloirs (cf. paragraphe 4.3.3).

20. Les unités du pôle « Bordeaux santé mentale » devaient bénéficier de nouveaux locaux et les travaux de construction se poursuivaient lors de la visite. Les conditions d'hébergement et d'accueil des patients en seront améliorées.

L'unité Charcot était déjà installé dans un bâtiment neuf et bénéficiait d'un concept architectural intéressant avec une modularité des secteurs, permettant de séparer les patients en phase aiguë des autres. Si cette solution offre des avantages, elle présente également des inconvénients (notamment, le nombre de places respectives des deux modules ainsi que l'accès au patio et au salon de télévision) qui mériteront d'être analysés après une période de fonctionnement.

Dans cette unité, l'accès aux téléphones portables était cependant plus restreint que dans d'autres unités du centre hospitalier, faisant apparaître des règles parfois variables selon les unités ou les pôles (cf. paragraphe 4.3.4).

21. Le centre d'accueil pour adolescents, d'une capacité de dix lits, séparé des autres unités du centre hospitalier par une clôture, est installé dans des locaux récents, bien entretenus et propres. Les jeunes patients y sont pris en charge avec attention et de nombreuses activités y sont menées. La mise en service d'une unité d'hospitalisation à temps plein pour les mineurs, en construction lors de la visite, devrait améliorer l'organisation des soins et éviter que des enfants soient placés dans des unités avec des majeurs, comme cela a pu être le cas (cf. paragraphe 4.3.5).

22. Les dix-huit chambres d'isolement sont inégalement réparties au sein des unités. Des unités (Régis, Charcot) en disposent de plusieurs alors que d'autres, sans que cette situation ne constitue une gêne, n'en ont aucune. Ces chambres ne sont pas toutes aux normes prévues par la Haute autorité de santé. Neuf n'ont pas de sas et dix ne disposent pas de douche à l'intérieur. Dans l'une des chambres de l'unité Régis, un oculus donne sur la cuvette des wc.

Des personnes en soins libres y sont parfois placées, malgré leur statut.

La contention est apparue comme un moyen ultime, utilisée avec précaution, mais, dans les unités dépourvues de chambres d'isolement, elle peut aussi être effectuée dans une chambre ordinaire.

Des pratiques très différenciées existent, selon les pôles et les unités (cf. paragraphe 4.4.1).

A l'unité Génin, l'isolement et la contention revêtent parfois un caractère punitif et sont suivis d'une mise en pyjama d'une durée de 48 heures et d'une privation de cigarettes d'une durée 72 heures (cf. paragraphe 4.3.2.5).

23. Les placements à l'isolement et sous contention sont certes tracés dans le dossier du patient mais aucun registre ne permet d'avoir une connaissance globale de ces pratiques et de les évaluer. La mise en place d'un tel document permettrait pourtant une meilleure approche du recours à ces modalités qui, bien qu'étant un soin, n'en constitue pas moins une mesure de privation de liberté extrême (cf. paragraphe 4.4.1.2).

24. Des caméras sont installées dans différentes unités, formant un dispositif qualifié localement de vidéo-vigilance. Des chambres d'isolement en sont équipées au motif d'une norme qui n'a cependant pas pu être présentée mais toutes n'en sont pas dotées. Des caméras sont également placées dans deux chambres dites « sécurisées » dans des unités du pôle universitaire « 5 – 6 », à Carreire 4 et Carreire 6.

Des patients vivent ainsi sous observation permanente, même si les caméras sont désactivées lors de la douche ou des soins. A l'unité Génin, la caméra positionnée dans la chambre sécurisée offre une vue directe sur les wc. De plus, les images sont reportées sur les écrans de surveillance placés dans les bureaux des infirmiers, parfois sans mesure de protection.

Cette situation est anormale et l'installation de caméras dans les chambres devrait être prohibée, comme le Contrôleur général des lieux de privation de liberté le préconisait dans son rapport d'activité de 2009 – page 110 et 111 (cf. paragraphe 4.4.2).

Il est pris acte des mesures adoptées, après la visite des contrôleurs, pour modifier l'orientation de la caméra d'une unité du pôle universitaire « 5 – 6 », dont le champ de vision couvrait notamment le wc (cf. paragraphe 4.3.3.5.D).

Table des matières

1- Les conditions générales de la visite	2
2- La présentation générale de l'établissement	3
2.1 L'implantation	3
2.1.1 L'historique.....	3
2.1.2 L'accessibilité.....	3
2.1.3 Le site et l'immobilier.....	4
2.1.4 La vidéosurveillance du site.....	8
2.2 La psychiatrie dans le département de la Gironde	8
2.3 L'organisation de l'établissement	9
2.4 Les personnels	11
2.4.1 Le personnel médical.....	11
2.4.2 Le personnel non médical.....	12
2.4.3 La sécurité des personnels.....	14
2.4.4 La médecine de prévention.....	15
2.5 L'activité	15
2.5.1 Les premiers éléments relatifs à l'année 2012.....	15
2.5.2 La situation à la date de la visite.....	16
2.5.3 Le taux d'occupation et la durée moyenne de séjour.....	18
2.6 Les capacités de l'établissement	19
2.7 Les données financières	20
2.7.1 Le compte de résultat principal de 2012.....	20
2.7.2 L'investissement.....	20
3- Les hospitalisation sans consentement et l'exercice des droits	21
3.1 L'arrivée des patients, le service d'évaluation de crise et d'orientation psychiatrique (SECOP) et la psychiatrie aux urgences	21
3.1.1 Le bureau des admissions.....	21
3.1.2 Le service des urgences.....	21
3.1.3 Les informations données aux patients.....	30
3.2 La levée des mesures de contrainte	31

3.2.1	Les modalités de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011.....	31
3.2.2	Le contrôle du juge des libertés et de la détention.....	31
3.2.3	Les décisions du juge des libertés et de la détention.....	32
3.2.4	Le collège des professionnels de santé.....	32
3.2.5	Les sorties accompagnées d'une durée inférieure à douze heures.....	32
3.3	Le registre de la loi.....	32
3.3.1	La tenue des registres de la loi.....	32
3.3.2	De quelques éléments relevés sur les registres.....	33
3.4	L'information sur la visite des autorités	34
3.5	La protection juridique des majeurs.	34
3.6	La désignation d'une personne de confiance.....	35
3.7	L'accès au dossier médical.....	36
3.8	L'accès à l'exercice d'un culte.....	36
3.9	La commission départementale des soins psychiatriques.	37
3.10	La communication avec l'extérieur.....	38
3.10.1	Les visites.....	38
3.10.2	Le téléphone.....	38
3.10.3	Le courrier.....	38
3.10.4	L'informatique et l'accès à l'internet.....	38
3.11	La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.....	38
3.11.1	Les réunions de la commission.....	38
3.11.2	L'analyse des fiches d'événements indésirables.....	40
3.11.3	L'analyse des questionnaires de satisfaction.....	41
3.12	Les associations de patients et de leurs familles (UNAFAM).	42
4-	Les conditions d'hospitalisation.	42
4.1	Éléments communs à tous les secteurs.....	42
4.1.1	Le service social.....	42
4.1.2	Le règlement intérieur.....	43
4.1.3	La restauration.....	43
4.1.4	L'hygiène.....	45
4.1.5	Les activités communes aux différents secteurs.....	46
4.2	Le pôle d'évaluation médicale et médicotechnique (EVAMET).	48

4.2.1	Les soins somatiques.....	49
4.2.2	La continuité des soins.....	50
4.2.3	La pharmacie.....	50
4.2.4	La biologie.....	53
4.2.5	La kinésithérapie.....	53
4.2.6	Le département d'information médicale.....	53
4.3	L'hospitalisation à temps plein.....	54
4.3.1	Le pôle « Arcachon – Médoc » (PAM).....	54
4.3.2	Le pôle « 3-4-7».....	85
4.3.3	Le pôle universitaire « 5-6 ».....	106
4.3.4	Le pôle Bordeaux - santé mentale (dit pôle BSM).....	137
4.3.5	Le centre d'accueil pour adolescents.....	154
4.4	Le recours à l'isolement, à la contention et à la vidéosurveillance.....	157
4.4.1	L'isolement et la contention.....	157
4.4.2	La vidéosurveillance des unités de soins.....	160
4.5	L'hospitalisation des personnes détenues.....	161
4.6	La suroccupation et les transferts au CHCP.....	161
5-	Les conditions de vie au travail.....	163
5.1	La gestion de la violence.....	163
5.2	Le rythme de travail.....	164
5.3	Les accidents de travail.....	165
5.4	Le dialogue social.....	166
6-	CONCLUSIONS.....	166