



**Centre hospitalier
interdépartemental
de Clermont de l'Oise
(Oise)**

3 - 14 juin 2013

Contrôleurs :

- Anne GALINIER, contrôleur, chef de mission ;
- Anne-Françoise ASTRUC, stagiaire (1^{ère} semaine) ;
- Marine CALAZEL, contrôleur (2^{ème} semaine) ;
- Jean COSTIL, contrôleur ;
- Céline DELBAUFFE, contrôleur ;
- Thierry LANDAIS, contrôleur ;
- Isabelle LAURENTI, contrôleur ;
- Muriel LECHAT, contrôleur ;
- Anne LECOURBE, contrôleur ;
- Dominique LEGRAND, contrôleur ;
- Bonnie TICKRIDGE, contrôleur ;
- Bernard RAYNAL, contrôleur (1^{ère} semaine).

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, onze contrôleurs la première semaine et dix contrôleurs la deuxième semaine ont effectué une visite du centre interdépartemental de Clermont d'Oise du 3 au 14 juin 2013.

1 Conditions générales de la visite

Les contrôleurs se sont présentés au centre hospitalier interdépartemental de Clermont de l'Oise, site de Clermont 2 rue des Finets 60607 Clermont, le lundi 3 juin à 15h. La visite avait été annoncée le 28 mai 2013, soit cinq jours plus tôt.

Une visite de l'ensemble de l'hôpital a été organisée par la directrice adjointe et le président de la commission médicale d'établissement (CME). Une réunion de présentation de la mission a ensuite eu lieu en présence du directeur de l'établissement, du personnel de direction, des représentants de la communauté médicale, des cadres supérieurs de santé et des responsables des services administratifs.

L'ensemble des documents demandés a été mis à la disposition des contrôleurs.

Les affiches destinées aux malades, à leurs familles et au personnel pour annoncer la visite avaient été diffusées dans les services de soins et les lieux collectifs.

Le directeur de cabinet du préfet de l'Oise, le président du tribunal de grande instance (TGI), le parquet de Beauvais et le directeur de l'agence régionale de santé de Picardie ont été avisés par téléphone de cette visite.

Les directeurs du centre hospitalier intercommunal de Compiègne-Noyon, du centre hospitalier de Beauvais, du groupe hospitalier public sud Oise (GHPSO) site de Creil ont été informés téléphoniquement de la visite de deux contrôleurs au service d'accueil des urgences de leur établissement, afin de rencontrer les personnels du centre hospitalier interdépartemental qui y travaillent.

Les contrôleurs se sont entretenus, comme ils le souhaitent et en toute confidentialité avec les patients et les personnels de santé exerçant sur le site. Ils ont pu circuler sur l'ensemble des trois sites de l'établissement sans difficulté.

Une visite de nuit a eu lieu le 12 juin à l'unité d'accueil des urgences et dans une unité de soins du site de Clermont ainsi que dans une unité de soins du site de Fitz-James. Les contrôleurs ont rencontré à cette occasion des personnels de nuit et des patients.

Au cours de leur mission, les contrôleurs ont eu un entretien avec :

- le président du conseil de surveillance ;
- le président de la commission médicale d'établissement (CME) ;
- le chef du pôle de psychiatrie en milieu pénitentiaire ;
- le juge des libertés et de la détention ;
- les représentantes du collège des psychologues ;
- la présidente de l'UNAFAM ;
- les deux représentants de l'aumônerie.



Site de Clermont

Un rapport de constat a été adressé au directeur de l'établissement le 30 janvier 2014. Celui-ci a fait valoir ses observations dans un courrier daté du 5 janvier 2015. Elles ont été prises en considération pour la rédaction du présent rapport.

2 Présentation générale de l'établissement

Le centre hospitalier interdépartemental de Clermont de l'Oise est considéré comme le plus important établissement psychiatrique de France avec 1 541 lits et places dont 941 lits d'hospitalisation complète.

2.1 Historique

Le Père Tribou, fondateur de ce qui est aujourd'hui le Centre Hospitalier Interdépartemental, va s'installer à Clermont en 1800, occupant une partie du site actuel.

En 1847, l'acquisition de terrains sur les communes de Fitz-James et Villers permettra l'installation de colonies agricoles et l'accueil d'un nombre grandissant de malades.

En 1884, les frères Labitte vendent l'asile au département de l'Oise qui signera une convention avec les départements de la Seine-et-Oise et de la Seine-et-Marne. L'asile public interdépartemental est né.

Entre 1934 et 1940, la population passe de 2 800 à 4 400 malades. En 1937, par décision ministérielle, la Maison de Santé va devenir l'hôpital psychiatrique interdépartemental.

Pendant la deuxième guerre mondiale, 2 000 patients meurent de faim. Une stèle à leur mémoire est érigée au cimetière de Clermont de l'Oise. En 1956, le nombre de malades hospitalisés remonte à 3 892. Un effort de réfection et de construction de bâtiments va être entrepris.

A partir des années 60, l'évolution de la carte sanitaire et les orientations en matière de psychiatrie ont ramené à 1 051 le nombre de lit en hospitalisation complète.

Le centre hospitalier interdépartemental (CHI) a acquis la personnalité morale par un décret en Conseil d'État du 19 octobre 1971. Des conventions ont été également conclues avec le département des Hauts-de-Seine concernant deux secteurs : Courbevoie et Neuilly-sur-Seine.

La peintre Séraphine de Senlis y a séjourné de 1932 à sa mort.



Site de Fritz-James

2.2 L'implantation

Les unités d'hospitalisations du CHI de Clermont de l'Oise sont implantées sur les communes de Clermont 10 384 habitants¹, de Fitz-James 2 467 habitants² et de Compiègne¹ 40 860 habitants. Avec 2844 salariés³, le CHI est le premier employeur de la ville de Clermont

Le site de Clermont, d'une superficie de dix hectares, compte quarante-cinq bâtiments occupés par des services de soins, administratifs et logistiques ; le site de Fritz-James situé à 4 km, présente une superficie de soixante hectares sur lequel soixante bâtiments sont essentiellement occupés par des services de soins. En 2009, un troisième site, le centre Henri Theillou, a été créé à Compiègne à proximité du centre hospitalier intercommunal de Compiègne-Noyon.

2.3 La psychiatrie dans le département de l'Oise

Le CHI est le seul établissement public de santé mentale pour répondre aux besoins des 801 512 habitants¹ de l'Oise (45 % de la population de la région picarde) et deux communes des Hauts-de-Seine (Neuilly-sur-Seine 60 501 habitants¹, et Courbevoie 86 945 habitants¹).

Il accueille dix secteurs de psychiatrie adulte (Oise), deux inter-secteurs (Est, Ouest) de psychiatrie infanto-juvénile et une coopération avec la Nouvelle Forge pour l'hospitalisation des enfants et des adolescents du 3^{ème} inter-secteur (Sud) de l'Oise et deux secteurs des Hauts-de-Seine. Les unités d'hospitalisation des secteurs sont ainsi réparties :

¹ Population municipale 2009 Source : Insee, Code officiel géographique.

² Population municipale 2009 Source : Insee, Code officiel géographique.

³ Présentation par le directeur de l'établissement le 3 juin 2013.

Secteurs adultes de l'Oise :

- secteur 60 G01 : le pôle Clermont 4 regroupe les communes de Beauvais Nord-Est, de Beauvais Nord-Ouest, de Beauvais Sud-Ouest et de Nivillers pour une population de 57 380 habitants ;
- secteur 60 G02 : le pôle Fitz-James 10 regroupe les communes d'Auneuil, de Le-Coudray-Saint-Germer, de Chaumont-en-Vexin et de Méru pour une population de 72 178 habitants ;
- secteur 60 G03 : le pôle Fitz-James 2 regroupe les communes de Clermont, de Saint-Juste-en-Chaussée, de Liancourt et de Maignelay-Montigny pour une population de 68 867 habitants
- secteur 60 G04 : le pôle Fitz-James 7 regroupe les communes de Crèvecœur-le-Grand, de Marseille-en-B Beauvaisis, de Breteuil, de Formerie, de Froissy, de Songeons et de Grandvilliers pour une population de 43 590 habitants ;
- secteur 60 G05 : le pôle Clermont 1 regroupe les communes de Creil, de Creil-Sud et de Nogent-sur-Oise pour une population de 41 206 habitants ;
- secteur 60 G06 : le pôle Fitz-James 5 regroupe les communes de Senlis, de Crépy-en-Valois, de Nanteuil-le-Haudouin et de Betz pour une population de 67 298 habitants ;
- secteur 60 G07 et G08 : le pôle Fitz-James 1 et Fitz-James 9 regroupe les communes de Noyon, de Ressons-sur-Matz, de Lassigny, de Guiscard, de Ribécourt-Dreslincourt et de Compiègne-Nord, de Compiègne-Sud-Ouest, de Compiègne-Sud-Est, d'Attichy et d'Estrées-Saint-Denis pour une population de 71 502 habitants pour les deux secteurs ;
- secteur 60 G09 : le pôle Clermont 2 regroupe les communes de Pont Ste Maxence et de Chantilly pour une population de 48 457 habitants ;
- secteur 60 G10 : pôle Fitz-James 6 regroupe les communes de Mouy, de Montataire et de Neuilly-en-Thelle pour une population de 52 925 habitants.

Secteurs infanto-juvéniles de l'Oise :

- secteur 60 I01 : le pôle regroupe les communes de l'Est du département pour une population de 66 726 habitants ;
- secteur 60 I02 : le pôle regroupe les communes de l'Ouest du département pour une population de 73 424 habitants ;
- secteur 60 I03 : le pôle regroupe les communes du Sud du département pour une population de 76 680 habitants.

Secteurs de psychiatrie adulte des Hauts-de-Seine :

- secteur 92 G07 : le pôle Fitz-James 4 regroupe les communes de Courbevoie pour une population de 64 187 habitants ;
- secteur 92 G08 : le pôle Fitz-James 3 regroupe les communes de Neuilly-sur-Seine pour une population de 45 707 habitants.

Services intersectoriels, au nombre de trois :

- l'unité de psychogériatrie d'une capacité de quinze lits ;
- l'unité d'accueil des urgences qui comporte deux lits ;
- l'unité intersectorielle, qui accueille les troubles envahissants du comportement, d'une capacité de douze lits.

L'offre de soins est complétée par une centaine de structures extérieures : centres médico-psychologiques (CMP), centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), ateliers thérapeutiques, appartements thérapeutiques, centres de postcure, maisons communautaires, hospitalisations à domicile (HAD).

Tableau récapitulatif des pôles, des secteurs, géographiques, des unités d'hospitalisation et de leurs localisations

Departement	Secteur	Sites du pôle	Cantons et communes du secteur	Site	Unité
Oise	Secteur n°1	Clermont 4	Beauvais Nord-Est, Beauvais Nord-Ouest, Beauvais Sud-Ouest, Nivilliers	Clermont	Regis 1
				Clermont	Regis 2
				Clermont	Esquirol
				Clermont	Colard
	Secteur n°2	Fitz-James 10	Auneuil, Le Coudray Saint Germer, Chaumonen vexin, Méru, Noalles	Fitz James	Tinel
				Fitz James	Avinin
				Fitz James	de Clérambault
				Fitz James	Toulouse
	Secteur n°3	Fitz-James 2	Clermont, Saint Juste en caussée, Liancourt, Maignelay-Montigny	Fitz James	Artur Rimbaud
				Fitz James	Winnico
	Secteur n°4	Fitz-James 7	Crèvecœur le grand, Marseille en Beauvaisis, Breteuil, Formerie, Froissy, Songeons, Grandvillier	Fitz James	Mélanie Klein
				Fitz James	Legrand de Saulle
	Secteur n°5	Clermont 1	Creil, Creil-Sud, Nogent sur Oise	Fitz James	Tournaire
				Clermont	Voisin
				Clermont	Charcot
				Clermont	Garnier
	Secteur n°6	Fitz-James 5	Senlis, Crépy en Valois, Nateuil le Haudoins, Betz	Creil	Post Cure
				Fitz James	Capgras
				Fitz James	Rogues de Fursas
				Fitz James	Serieux
Secteur n°7	Fitz-James 1	Compiègnes, Nord, Compiègnes Sud-Ouest, Compiègnes sud-Est, Attichy, ,Estrées Saint Denis,	Fitz James	USN Bas	
			Fitz James	USN Haut	
	Fitz-James 9	Noyon, Ressons sur Matz, Lassigny, Guiscard, Ribécourt, Dreslincourt	Fitz James	Cellier	
			Compiègne	Merigaud	
Secteur n°9	Clermont 2	Pont Ste Maxence, Chantilly	Compiègne	les Pervanches	
			Compiègne	les Gentianes	
Secteur n°10	Fitz-James 6	Mouy, Montataire, Neuilly en Thelle	Fitz James	Myosotis	
			Fitz James	Narcisses	
			Clermont	Trenel RDC	
			Clermont	Trenel etage	
Haut de Seine	Secteur n°7	Fitz-James 4	Courbevoie	Clermont	Bayle
				Fitz James	Biondi
Psychiatrie infanto-juvénile	Secteur Oise - Est	Fitz-James 3	Neuilly-sur-Seine	Fitz James	Bourneville
				Fitz James	Dupré
Unité de Psychogériatrie	Intersectorielle			Fitz James	Raynier 1
				Fitz James	Raynier 2
	Secteur Oise - Ouest			Fitz James	Les genets
	Secteur Oise - Sud			Clermont	
				Fitz James	Les Chataigniers

2.4 L'organisation de l'établissement

La capacité autorisée de l'établissement au 31 décembre 2011 est de 885 lits d'hospitalisation complète pour les adultes et 56 pour les enfants, 191 places en hospitalisation de jour pour les adultes et 162 pour les enfants, 33 places en hébergement de nuit pour adultes et 7 pour enfants.

Sur le site de Clermont : cinq bâtiments accueillent six unités d'hospitalisation. Elles regroupent 212 lits d'hospitalisation à temps complet.

Sur le site de Fitz-James : dix-huit bâtiments accueillent trois unités d'hospitalisation de pédo-psychiatrie (42 lits), vingt unités d'hospitalisation d'adulte et une unité de psychogériatrie (527 lits).

Sur le site de Compiègne : un bâtiment composé de quatre unités d'hospitalisation, deux pour le secteur de Compiègne et deux pour le secteur de Noyon, regroupe, au total, quatre-vingt-quatorze lits installés sur ce site pour résoudre le problème de l'éloignement des patients de leur domicile.

Il existe une inadéquation entre la capacité autorisée et le nombre de lits installés. Cette différence s'explique par les transformations structurelles mises en place depuis quelques mois aboutissant à la fermeture de bâtiments vétustes ou même insalubres et à la réduction du nombre de lits redéployés. La première phase de restructuration actuellement aboutie a comporté : la création d'une maison d'accueil spécialisée (MAS) de soixante places, la création de deux unités pour accueillir les patients présentant un trouble envahissant du développement (TED) de douze et dix places.

L'unité d'accueil des urgences occupe un bâtiment situé en dehors de l'enceinte du CHI mais à proximité de l'entrée principale. Elle ne dispose pas de lit d'hospitalisation, seuls deux boxes permettent une attente toujours inférieure à 24 heures.

Le CHI assure la totalité de la prise en charge publique psychiatrique du département. Ainsi trois équipes de soignants (infirmiers et médecins) sont présentes dans les services d'accueil des urgences des hôpitaux de Beauvais, Creil et Compiègne.

2.5 Les bâtiments

L'architecture des différents bâtiments est extrêmement hétéroclite traduisant pas sa disparité les diverses phases de rénovation et de construction de l'établissement qui se sont échelonnées au cours du dernier siècle.

Sur le site de Clermont des bâtiments vétustes ont été détruits, d'autres ont été rénovés en unités d'activités inter sectorielle (Eole). Le service d'informatique, de logistique, le garage, les archives, un self, l'imprimerie, les ateliers, la salle des instances, la direction, la direction générale, des logements du personnel se trouvent sur ce site.

Les unités d'hospitalisation sont les suivantes :

- pour le pôle Clermont 1 : Voisin⁴ (vingt-six lits), Charcot (vingt-trois), Garnier (vingt-six) et deux chambres de soins intensifs ;

⁴ Hors chambre sécurisée.

- pour le pôle Clermont 2 : Trenal rez-de-chaussée (vingt-deux) et étage (trente) et une chambre de soins intensifs ;
- pour le pôle Clermont 4 : les bâtiments Régis 1 (vingt-et-un) et Régis 23 (trente), Esquirol 3 (vingt-six) et une chambre de soins intensifs.

Sur le site de Fitz-James se trouvent la blanchisserie, les cuisines, la pharmacie, le laboratoire, la piscine, le magasin général, des logements du personnel, l'institut de formation en soins infirmiers² (IFSI), essentiellement des bâtiments d'hospitalisation et de soins :

- pour le pôle Fitz-James 1 et 9 : Béronnelle (dix-sept lits), Ceillier (trente), Mérigonde (seize), Hazoy3 (vingt-trois), la prairie (vingt-quatre), les pervenches3 (vingt-trois), les gentianes (vingt-quatre), Myosotis (dix-neuf) et deux chambre de soins intensifs pour le site de Compiègne pour les deux pôles ;

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « le pôle Fitz-James 1 comprend les unités Le Hazoy et La Prairie. Pour le pôle Fitz-James 9, les unités les Gentianes et les Pervenches sont situées à Compiègne ».

- pour le pôle Fitz-James 2 : Arthur Rimbaud (vingt-cinq), Winnicott (vingt), Mélanie Klein (vingt-cinq) et une chambre de soins intensifs ;
- pour le pôle Fitz-James 3 : Juquelier (quarante-et-un lits) ;
- pour le pôle Fitz-James 4 : Raynier 1 (vingt-deux) et Raynier 2 (vingt-quatre lits théoriques, mais vingt-deux effectivement constatés dans l'unité) ;
- pour le pôle Fitz-James 5 : Capgras (vingt-cinq), Rogues de Fursac (trente-trois), Sérieux (vingt-six), USN bas (dix-huit), et une chambre de soins intensifs ;
- pour le pôle Fitz-James 6 : Biondi (vingt-et-un), Bourneville (trente-et-un) et une chambre de soins intensifs ;
- pour le pôle Fitz-James 7 : Legrand de Saulle (vingt-quatre), USN haut (vingt-cinq) ;
- pour le pôle Fitz-James 10 : Tinel (quatorze), Avinin (dix-neuf), Vigouroux (vingt-huit) et une chambre de soins intensifs ;
- pour le pôle infanto-juvénile Seguin Est : les genêts pour une capacité de seize lits d'hébergement à temps plein ;
- pour le pôle infanto-juvénile Seguin Ouest : les primevères (treize) et une chambre de soins intensifs ;
- unité intersectorielle pour les troubles envahissants du développement pour une capacité de douze lits d'hébergement à temps plein.

2.6 Les personnels

2.6.1 Le personnel médical

Le centre hospitalier interdépartemental de Clermont de l'Oise rencontre des difficultés pour recruter des praticiens hospitaliers en psychiatrie. Ces difficultés sont consécutives à l'évolution de la démographie médicale en Ile-de-France ; les postes des hôpitaux psychiatriques parisiens se libérant sont plus attractifs pour les jeunes praticiens.

Afin de pallier ces difficultés, vingt-neuf médecins à diplôme étranger et dix médecins ayant dépassé l'âge de la retraite sont présents à temps plein ou à temps partiel dans l'établissement.

En 2012, 122,66 ETP⁵ de praticiens hospitaliers (PH) ont travaillé en moyenne au CHI ce qui correspond à une légère augmentation des effectifs par rapport à 2011 (120 ETP).

Les effectifs médicaux de l'établissement sont les suivants :

	2010		2011		2012	
	ETP	N	ETP	N	ETP	N
PH temps plein	84	85	84	85	87,30	88
PH temps partiel	9,60	16	9,70	16	9,20	16
Assistants	8	8	4	4	2	2
Praticiens attachés	11,26	21	9,46	18	16,16	25
Internes	13	13	13	13	15	15

La répartition des personnels médicaux, au moment de la visite, dans les secteurs est la suivante :

⁵ Source : direction des affaires médicales

	PH Temps Plein		PH Temps partiel		Assistant		Interne		Attachés	
	Budgété (B)	Occupé (O)	B	O	B	O	B	O	B	O
Clermont 1	6	5,5	1	1				1		
UAU	6	4						2		
Clermont 2	5	4	2	2	1			1		1,2
Clermont 4	6	4			1					2
Fitz-James 1	5	4,5			1					0,1
Fitz-James 2	7	3,5			1					5,6
Fitz-James 3	5	5	1	1	1			1	1,8	0,8
Fitz-James 4	3	2	3	2	1					0,6
Fitz-James 5	7	7		1				2		1,6
Fitz-James 6	4	4			1			1	1	
Fitz-James 7	4	4			2			1		1
Fitz-James 9	4	4	2	2	1			1		1
Fitz-James 10	5	5	1					1		0,8
Seguin 1	5	4	3	3	1			1		1
Seguin 2	6	4	2		1	1		1		
Hôpital école Montataire	2	2	1							
Soins somatiques	11	10						1		
Soins personnes détenues	2	1		1						1
Réinsertion				1						
Laboratoire	3	2,5								
Pharmacie	3	3	1	1						
UHCD			1							

UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée

Sur les 103 postes de praticien hospitalier temps plein budgétés, 89 sont occupés ; sur les 21 postes de praticien hospitalier à temps partiel budgétés, 15 sont occupés ; 1 seul assistant est présent pour 13 postes budgétés. Les postes vacants sont donc occupés par des praticiens attachés dont le statut reste précaire.

En 2012, six praticiens hospitaliers temps plein et onze praticiens attachés ont été recrutés, deux ont quitté l'établissement par mutation, trois (dont un à temps partiel) ont fait valoir leur droit à la retraite.

Des formations ont été accordées à 132 praticiens pour un montant total de 54 000 euros. Le budget de formation est de 450 euros par an pour un praticien à temps plein et 225 euros pour un praticien à temps partiel, ce budget est mutualisé dans chaque pôle.

Dix-huit praticiens ont bénéficié de convention d'intérêt général au bénéfice des établissements médico-sociaux.

Les primes d'engagement exclusif sont accordées à soixante-treize praticiens, quarante-et-un d'activités sectorielles et dix-neuf d'activité multi-sites.

Les internes de spécialités dépendent de la faculté d'Amiens. Il a été passé une convention sur l'enseignement de la médiation cognitive avec l'université.

2.6.2 Le personnel non médical

Au cours des trois mois qui ont précédé la visite des contrôleurs, l'hôpital a dû faire face à un mouvement de grève illimitée, en raison d'un désaccord sur le projet d'établissement suivi d'un recours auprès du tribunal administratif. Le conflit social a pris fin à l'issue de la décision du tribunal.

Le CHI, premier employeur du département, emploie en 2012 2 723 agents. Le personnel provient en majorité du bassin local de population. Des familles entières sont employées dans l'établissement et pour certaines sur plusieurs générations. En mai 2013 l'établissement employait :

- 269,50 ETP (11 %) de personnels administratifs ;
- 1736,11 ETP (68 %) de personnels soignants ;
- 114 ETP (4,5 %) de personnels socio-éducatifs ;
- 29,8 ETP (1 %) de personnels médico-techniques ;
- 394, 61 ETP (15,5 %) de personnels techniques.

Les accords locaux ont déterminé un temps de travail de jour hebdomadaire de quarante heures et un temps de travail journalier de huit heures générant ainsi vingt-quatre jours de RTT, plus quatre jours d'heures supplémentaires. Le temps de travail de nuit est de 8h45.

Le taux de turn-over du personnel non médical soignant est de 5 %.

En 2012, vingt-deux agents ont bénéficié de promotions professionnelles. Les actions de formation ont été accordées en 2012 à 2 461 reprises.

La sécurité incendie est assurée par six agents. En 2012, six interventions pour des départs de feu pendant les heures administratives ont été nécessaires et treize pendant les horaires d'astreinte. Au cours de l'année 1 451 agents ont suivi la formation aux consignes incendie.

Le service d'accueil orientation et vigilance est assuré par quatorze agents. Outre la gestion des badges barrières et des badges d'identification, ils assurent le renfort des équipes soignantes. En 2012 ils ont renforcé l'unité d'accueil des urgences à 148 reprises et ont répondu aux alarmes de protection du travailleur isolé (PTI) à 379 reprises.

	C1	C2	C4	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F9	F10	UAU	SO	SE	SS	TED	PG	MG
Assistants médico-adm	3,8	4	1	2	4	0	1	2,8	2,8	2,8	0,8			3	3	1		1	
Adjoints administratifs	4,8	3	5,8	6,6	4	4,8	4	4,8	5	1,8	5	7,6	4	6	7	1,8	0,8		0,5
Psychologues	3,8	5	5	3	5	3	3	4,4	4,28	3	5	4		12,99	15,08	2		0,8	
Cadres supérieur de santé	1	1					1	1	1	1	1			0,7	1	0,3			
Cadres de santé	5	3,9	4	7,84	6,13	3	3	6,5	4	3,9	4,73	4,9	1	6,2	7	0,8	1	1	
IDE	40,7	26,5	33,1	49,6	47	10,3	26,8	45	28	25,9	44,4	34,6	18	21	19,8	6,6	5	8	
Infirmiers psy	13,8	24,5	28,25	31	17,3	4	14,8	32,8	19,3	17,74	23	28,64	17	17,9	26	10,8	10	5	
Orthophonistes															1				
Ergothérapeutes				2				1,8				0,8					1		
Psychomotriciennes					1,6			0,8						2	3	2	0,17		
Aides-soignants	28,3	13	25,4	25	28,6	9	13,8	27	17	15,8	34,8	31,7		7	8,8	7	13,8	9	
Aides médico-psy											1						1	1	
Auxi puériculture			1																
Élèves aides-soignants		1	1					2		1									
Agents de service hospitalier	15,6	11,4	13	11,6	14,8	7	8	13,8	8	10,4	7,3	9,8	2	9	11,8	3,7	4,8	2	
Cadres socio-éducatifs			0,33			0,34	0,33							0,8		0,2			
Assistantes sociales	2	2,8	3	2,8	3	1,5	1,8	2,9	1,6	1,8	2,95	3,5	1	2,8	4	1	0,25	0,4	
Éducateurs spécialisés						1								15,8	23,3	5,6			
Moniteurs éducateurs					1						1			1,8	3				
Moniteurs atelier					1														

PG : psychogériatrie, UAU : unité d'accueil des urgences, TED : troubles envahissant du comportement, MG : soins somatiques, SO : Seguin ouest, SE : Seguin est, SS : Seguin sud.

2.7 Les données financières

2.7.1 Le compte de résultat principal

L'évolution 2011-2012 du compte de résultat principal est traduite dans le tableau ci-dessous :

<i>Charges</i>	Réalisé 2011	Réalisé 2012	Écart en euros	En %
Titre 1 : Charges de personnel	129 550 809	126 619 704	- 2 931 105	- 2,26
Titre 2 : Charges à caractère médical	3 046 747	2 934 361	- 112 386	- 3,69
Titre 3 : Charges à caractère hôtelier et général	16 126 772	17 193 134	1 066 362	6,61
Titre 4 : Charges d'amortissements, de provisions, financières	6 915 938	8 355 960	1 440 022	20,82
TOTAL DES CHARGES	155 640 266	155 103 159	- 537 107	- 0,35
<i>Produits</i>				

Titre 1 : Produits versés par l'assurance maladie	139 026 098	136 960 118	- 2 065 980	- 1,49
Titre 2 : Autres produits de l'activité hospitalière	6 041 147	6 543 323	502 176	8,31
Titre 3 : Autres produits	13 990 772	12 345 108	- 1 645 664	- 11,76
TOTAL DES PRODUITS	159 058 017	155 848 549	- 3 209 468	- 2,02
RESULTAT	3 417 751	745 390		

- **Les charges d'exploitation 2012 :**

Les dépenses de personnel représentent 81,64 % de l'ensemble des charges - elles en représentaient 84,20 % en 2010 - ; la diminution de ces charges résulte d'un transfert des dépenses de personnel vers le budget annexe de la maison d'accueil spécialisée qui vient d'ouvrir et de départ de personnel pris en charge dans le cadre de l'indemnité de départ volontaire (IDV) ; les dépenses de personnel médical représentent 10,12 % du titre 1.

Au niveau du titre 2, les dépenses médicales extérieures diminuent.

Au niveau du titre 3, le poste achats extérieurs a augmenté ainsi que les services confiés à l'extérieur.

Au niveau du titre 4, la forte progression est due à la dotation aux provisions.

- **Les produits d'exploitation 2012 :**

La dotation annuelle de financement représente 87,88 % des produits ; sa diminution résulte de la création en année pleine de la maison d'accueil spécialisée dont l'activité est retracée dans un budget annexe ; il est à noter que sur l'année 2012 ont été attribués, au 31 décembre, 2 000 000 euros non reconductibles au titre de l'accompagnement à la réalisation du plan directeur.

Les recettes du titre 2 résultent de l'activité hospitalière et sont en progression par rapport au prévisionnel de recettes : ticket modérateur, forfait journalier, prestations fournies à l'extérieur par le laboratoire.

Le titre 3 représente les autres produits qui sont également en augmentation par rapport au prévisionnel – même si, en valeur absolue, ils diminuent par rapport à 2011 : subvention pour les crèches, fonds pour l'emploi hospitalier, fonds d'intervention régional, mise à disposition du personnel auprès du syndicat inter hospitalier de l'Oise...

- **Le compte de résultat principal pour 2012** est en excédent de 745 390 euros.

L'exercice 2011 était excédentaire de 3 417 751 euros, celui de 2010 de 4 803 euros.

L'ensemble de ces excédents est affecté au report à nouveau déficitaire ; en effet, il est à noter qu'à la clôture de l'exercice 2012 ce report était de -2 510 223 euros et qu'avec l'affectation de l'excédent 2012 le report sera à nouveau déficitaire de 1 764 803 euros.

L'établissement a fait l'objet de la mise en œuvre d'un plan de retour à l'équilibre en 2009.

Dans son rapport de gestion de l'exercice 2012, le directeur note :

« Les indicateurs, notamment le taux de la capacité d'autofinancement qui constitue une variable majeure d'analyse dans la perspective de travaux futurs et le taux de marge brute qui mesure la marge dégagée par l'établissement sur son exploitation pour financer les charges financières, ainsi que les ratios relatifs à la dette, sont révélateurs d'une amélioration certaine de la situation financière de l'établissement. En 2012 la maîtrise des dépenses et la hausse des recettes a permis à l'établissement de constituer des provisions, de dégager un résultat excédentaire, de réduire son report à nouveau déficitaire et d'autofinancer ses investissements certes peu élevés en 2012.

Cette amélioration globale permet à l'établissement de se rapprocher des observations médianes faites sur l'ensemble des établissements de même catégorie. Celle-ci devra être confortée pour permettre au CHI de réaliser les investissements nécessaires à son activité. »

2.7.2 L'investissement

En 2012 les emplois du tableau de financement ont concerné le remboursement des dettes (975 000 euros) et des immobilisations (4 300 000 euros) telles que les finalisations de travaux engagés antérieurement, les travaux pour des structures extrahospitalières, pour l'institut de formation en soins infirmiers, pour des installations techniques...

2.7.3 Les comptes de résultat annexes

Le compte de résultat annexe de l'institut de formation en soins infirmiers et de l'institut de formation d'aides-soignants se solde par un excédent 45 054 euros.

Le compte de résultat annexe de l'établissement et service d'aide par le travail (ESAT) est en excédent de 1 387 euros pour son budget action sociale, de 27 856 euros pour son budget production, de 1 309 euros pour son budget hébergement.

Le compte de résultat annexe de la maison d'accueil spécialisée se solde par un excédent de 52 710 euros.

2.7.4 Les perspectives 2013

- **Le compte de résultat principal**

- en ce qui concerne les produits : la dotation annuelle de financement versée par l'assurance maladie est en progression de 0,69 % ; les autres produits de l'activité hospitalière sont prévus en diminution ; les recettes prévisionnelles totales pour 2013 s'établissent à 151 378 951 euros ;
- en ce qui concerne les charges : les dépenses de personnel non médical sont en progression de 0,83 %, les dépenses de personnel médical en progression de 1 % ; les charges prévisionnelles sont identiques aux recettes prévisionnelles. L'établissement prévoit un budget équilibré en 2013.

- **L'investissement**

L'établissement prévoit plusieurs types de travaux :

- des travaux prévus dans le projet d'établissement avec une réalisation pluriannuelle ;

- des travaux de sécurité et de mise en conformité également prévus dans le projet d'établissement, soit 1 011 000 euros ;
- des travaux d'amélioration des conditions d'hébergements pour 407 200 euros ;
- des travaux de renouvellement d'équipements et d'installations, soit 370 000 euros ;
- des travaux induits par des projets de services, soit 274 000 euros.

Le projet d'établissement prévoit de 2012 à 2017 des opérations de travaux pour un montant de 19 580 791 euros. Sont prévues, en premier, la relocalisation de l'unité d'accueil d'urgence et celle du secteur de Clermont 4 ; ces deux services, à ce jour localisés sur le site de Clermont, doivent être relocalisés sur le site de Fitz-James. Ces opérations devraient être suivies par la relocalisation des deux autres secteurs du site de Clermont vers le site de Fitz-James.

2.7.5 Des rapports sur la situation financière.

- La chambre régionale des comptes, **le 8 juillet 2010, a notifié son rapport d'observations définitives ; la conclusion de ce rapport note :**

« Le plan de redressement arrêté le 30 juillet 2009 comprend des mesures non pérennes, c'est-à-dire des ventes d'immeubles qui conduiraient à une ressource de 11,26 millions d'euros et d'autres pistes d'économies qui rapporteraient au total 9,47 millions d'euros. Ce plan semble à la fois très aléatoire dans la mise en œuvre de ses principales mesures et insuffisant pour faire face au déficit structurel.

La chambre recommande l'exploration d'autres voies possibles permettant d'envisager une rationalisation des charges de personnel. Parmi ces mesures pourraient être envisagés le non-remplacement partiel de départs à la retraite et une application de l'accord sur la réduction du temps de travail plus en conformité avec les règles en vigueur, comme il l'avait déjà été envisagé dans la première version du plan de redressement. »

- L'inspection générale des affaires sociales, **dans un rapport d'octobre 2010, fait une analyse dont il est repris uniquement ici quelques titres :**

« De 2005 à 2008, la situation financière du CHI de Clermont de l'Oise se dégrade, justifiant l'adoption d'un plan à l'équilibre en juin 2009. »

« L'année 2009 témoigne d'un effort de gestion incontestable qui produit des premiers résultats mais qui est insuffisant. A ce sujet il est noté :

- la situation financière de l'établissement à l'issue de l'exercice 2009 s'est améliorée ;
- l'hôpital se trouve néanmoins dans la nécessité non seulement d'équilibrer rapidement les comptes, mais de dégager des marges d'autofinancement pour les investissements ;
- compte tenu de sa dotation actuelle, l'hôpital ne peut pas compter sur des financements externes ».

2.7.6 Un établissement public particulier sur le site : le syndicat inter hospitalier de l'Oise (SIO).

Le SIO est implanté sur le site depuis 1977. Il devrait être transformé conformément à la réglementation en groupement de coopération sanitaire (GCS) en 2015.

C'est le CHI qui met à disposition le personnel du SIO (68,25 équivalents temps plein en 2012) qui conserve son statut d'origine.

En 2013, vingt-neuf établissements adhèrent au SIO : quinze centres hospitaliers, une fondation, treize maisons de retraite.

Le SIO a plusieurs services :

- un service des majeurs protégés auquel adhèrent, outre le CHI, huit centres hospitaliers, six maisons de retraite ;
- un service de blanchisserie auquel adhèrent, outre le CHI, sept centres hospitaliers ;
- un service de médecine préventive auquel adhèrent, outre le CHI, six centres hospitaliers, une fondation, trois maisons de retraite ;
- un service de bureau d'études auquel adhèrent, outre le CHI, dix centres hospitaliers, cinq maisons de retraite ;
- un service d'imprimerie auquel tous les établissements adhérents peuvent faire ponctuellement appel.

Pour l'exercice 2012, le compte de résultat principal est de 4 045 148,52 euros, la clôture de l'exercice est excédentaire de 150 343,71 euros.

Les charges ont augmenté par rapport à 2011 de 3,37 % ; le montant des frais de personnel s'élève à 2 799 371,38 euros, soit une augmentation de 0,80 % par rapport à 2011.

Les produits sont en diminution de 1,63 % par rapport à 2011, essentiellement due à la baisse de l'activité de l'imprimerie (-21,78 %) alors que les honoraires sur travaux augmentent (+ 15,79 %) ainsi que les prestations de la blanchisserie (+ 0,84 %).

Le CHI participe eu égard aux prestations qu'il sollicite, au financement des différentes activités ainsi qu'il suit :

- blanchisserie : 47,91 % ;
- imprimerie : 97,23 % ;
- majeurs protégés : 71,16 % ;
- médecine préventive : 44,82 % ;
- bureau d'études : 30,90 %.

Pour l'exercice 2013, l'état de prévision des recettes et des dépenses a été approuvé à 4 119 767 euros.

2.8 L'activité

Le CHI de Clermont de l'Oise offre une capacité effective d'hospitalisation à temps plein pour les adultes (826) et pour les enfants (40) inférieure au nombre de lits autorisés par

l'ARS⁶. Il n'est pourtant pas soumis au surencombrement fréquemment rencontré dans les hôpitaux psychiatriques. Aucun lit supplémentaire n'est mis en place.

En 2012, l'activité par pôle a été la suivante :

Secteur	Pôle	Unité	Nb de lits		File active	DMS	Tx occupation%
60 G05	Clermont 1	Voisin	26	1	221	36	84,63
		Charcot	23	1	86	114	89,10
		Garnier	26	1	59	141	87,30
60 G09	Clermont 2	Trenel RDC	22	1	226	29	80,20
		Trenel Etage	30		65	140	82,70
60 G01	Clermont 4	Régis 1	21	1	148	31	59,54
		Régis 2	31		147	53	68,30
		Esquirol	27		36	173	62,90
60 G07	Fitz-James 1	Ceillier	30		30	285	77,90
		Béronelle-Méridonde	16		17	248	72,06
		Hazoy	23	1	154	49	89,20
		Prairie	24		201	39	88,24
60 G03	Fitz-James 2	Rimbaud	25		144	54	85,30
		Mélanie-Klein	25		41	211	94,57
		Winnicott	20		208	31	86,76
92 G08	Fitz-James 3	Juquelier	41		139	82	76,36
92 G07	Fitz-James 4	Raynier 1	22		112	57	79,10
		Raynier 2	24*		85	74	71,20
60 G06	Fitz-James 5	USN Bas	18		168	28	71,96
		Rogues De Fursac	33	1	131	55	60,11
		Sérieux	26		48	131	66,08
		Capgras	25		31	216	73,28
60 G10	Fitz-James 6	Bourneville	31		78	122	83,77
		Biondi	21	1	231	28	83,71
60 G04	Fitz-James 7	Legrand	24		158	41	73,40
		USN Haut	25		47	174	89,41
60 G08	Fitz-James 9	Myosotis	19		22	276	87,27
		Ted	8	1	9	279	85,76
		Pervenches	23	1	231	26	71,67
		Gentianes	24		125	43	60,56
60 G02	Fitz-James 10	Toulouse	23		71	70	64,40
		Avinin	19	1	21	12	48,50
		Tinel	14	1	171	21	69,63
		Vigouroux	28		44	115	49,53
60 I01	Seguin Est	Genets	16		32	103	56,23
		Esterel	6		9	71	53,20
60 I02	Seguin Ouest	Primevères	13	1	42	39	34,70

⁶ Au 31 décembre 2011 : adultes : 885, enfants : cinquante-six.

60 Z62		Sited	12	14	289	92,14
60 Z00		UAU Lits Portes	2	260	2	57,92
TOTAL	Adultes		826	3053	75	75,92
	Pédo psy		40	96	70	45,48

*théoriques, 22 effectifs

L'activité de l'hospitalisation à temps complet, mais également la prise en charge à temps partiel, sont en diminution de 9 % en 2012.

Années	Nombre de journées d'hospitalisation				Total (1+4)
	à temps complet (1)	de jour (2)	de nuit (3)	à temps partiel (4) : 2+3	
2011	268 582	50 288	2 215	52 503	321 085
2012	244 118	46 758	1 727	48 485	292 603

3 LES HOSPITALISATIONS SANS CONSENTEMENT ET L'EXERCICE DES DROITS

3.1 L'admission

3.1.1 Les services d'accueil

Le service d'accueil des urgences est rattaché au **pôle permanence des soins intersectoriels** qui regroupe : la fédération de soins somatiques, l'unité des spécialités, l'unité d'électroencéphalographie, l'unité de sport-loisirs et l'unité d'accueil des urgences. La ville de Clermont de l'Oise est approximativement située au centre d'un triangle ayant pour sommets à l'Ouest Beauvais, à l'Est Compiègne, au Sud Creil puis Senlis. Le CHI organise la prise en charge des soins psychiatriques dans ces quatre villes.

3.1.1.1 L'unité d'accueil des urgences (UAU)

Le pavillon de l'Unité d'Accueil des Urgences est situé en dehors de l'enceinte du CHI, dans une rue perpendiculaire qui longe le mur d'enceinte de l'établissement à droite de la conciergerie.

Il dispose d'un unique accès, emprunté à la fois par les voitures et les piétons, donnant sur une cour intérieure.

3.1.1.1.1 Les locaux

Le bâtiment est accessible par un perron ou par une rampe destinée aux personnes à mobilité réduite et aux brancardiers. De par son architecture, ce bâtiment ancien revêt un caractère familial ; les murs sont en brique, les balustrades en fer forgé et les volets en bois blanc. L'entrée principale, dotée d'une double porte, est abritée par un auvent vitré.

a. Au rez-de-chaussée

On accède directement dans un vestibule équipé d'un *point phone* et d'un point carte vitale. Un escalier en bois donne accès aux deux étages.

La **salle d'attente** se situe à la gauche du vestibule. Elle est meublée de dix sièges, de deux tables basses sur lesquelles sont disposés des magazines et des boîtes de mouchoirs en papier. Deux distributeurs de boissons sont mis à la disposition des patients et de leur famille. Les sanitaires équipés d'un point d'eau sont accessibles aux personnes à mobilité réduite.

Au fond, à gauche de la salle d'attente, se trouvent deux salles de consultation utilisées par les médecins et le personnel infirmier. Chacune de ces salles est équipée d'un bureau, d'un ordinateur et de trois sièges. Une des deux salles comprend aussi une table d'examen, un appareil d'électrocardiogramme (ECG) et un défibrillateur.

À droite du vestibule se situe le **poste de soins** d'une surface de 16 m² ; il est équipé d'un bureau, de deux postes informatiques, de deux postes téléphoniques, de quatre sièges, d'étagères comprenant divers formulaires, d'un télécopieur, d'une imprimante, d'appareils de protection de travailleur isolé. Il comprend aussi une paillasse, une armoire à pharmacie - toutes de petite taille - le matériel d'urgence et de réanimation et un point d'eau. Selon les propos du cadre de santé, le personnel a dû faire preuve d'ingéniosité pour optimiser l'espace.

Au fond à gauche du poste de soins, sont situés les **deux boxes** d'une surface de 9 m² permettant d'accueillir des patients pour un temps d'observation. Les fenêtres barreaudées, donnant sur la rue, sont opacifiées à mi-hauteur afin de préserver la confidentialité et l'intimité des patients. Les peintures murales, de couleur vert pâle sont anciennes mais l'ensemble des locaux est bien entretenu.

Le premier box est équipé d'un lit médicalisé, d'une table, de deux sièges, d'une table de nuit et d'un éclairage mural. Le second box n'est pas doté d'une table de nuit. Les deux pièces possèdent un système de chauffage. Il n'existe pas de placard mis à la disposition des patients ; les effets personnels sont conservés dans des sacs d'inventaire déposés directement sur le sol dans un coin du poste de soins.

Au fond, à droite du poste de soins, se situe les sanitaires destinés aux patients. Ils comprennent une cuvette wc, un lavabo doté d'un miroir, une douche à l'italienne et des poignées murales. Un déambulateur est mis à la disposition des personnes à mobilité réduite. L'ensemble est vétuste mais propre.

b. Au premier étage

L'escalier donne sur un petit palier où trois sièges sont mis à la disposition des patients en attente d'une consultation. Un long couloir, éclairé par des fenêtres, orné de plantes et décoré de quelques tableaux, dessert successivement :

- **À gauche :**

- le bureau du cadre de santé ;
- un bureau médical équipé d'un poste informatique et de trois sièges ;
- des sanitaires dédiés au personnel ;

Face à ces bureaux sont disposées six armoires fermées à clefs contenant des dossiers archivés et des fournitures de bureau.

- **À droite :**

- le bureau de la secrétaire médicale ; il est équipé de deux postes de travail dont un pour l'infirmier affecté à l'UHCD de Senlis ;
- le bureau des secrétaires, équipé de quatre postes de travail, d'une photocopieuse, d'une imprimante et de trois planches à étiquettes. Des étagères sont disposées de part et d'autre ;
- face au bureau des secrétaires, se situe le bureau du médecin chef de service ;
- le local des agents de service hospitalier (ASH) situé au fond du couloir ; il comprend le matériel de nettoyage, une broyeuse à papier et des étagères contenant des stocks de dossiers vierges.

c. Au deuxième étage

L'escalier donne sur un couloir, éclairé par trois fenêtres, desservant successivement :

- **À droite :**

- un vestiaire dédié au personnel soignant ; il ne comprend pas de séparation pour les hommes et les femmes, le personnel est amené à s'organiser en conséquence. Le cadre de santé a rapporté aux contrôleurs que cette organisation « était parfois compliquée ». Ce local comprend une douche et un lavabo ;
- la chambre de garde de l'interne de garde, dotée d'un grand lit, d'une armoire et d'un poste de télévision. Elle comprend un cabinet de douche équipé d'un lavabo et de sanitaires.

- **À gauche :**

- l'office du personnel, équipé d'un four à micro-ondes, de plaques chauffantes d'un réfrigérateur, d'une grande table et de sièges ;
- une grande salle de réunion lumineuse et agréable.

Plusieurs placards profonds sont disposés le long du couloir et sont dédiés au stockage de linge sale et au rangement de linge propre.

Tous les locaux du bâtiment sont éclairés par de larges fenêtres fermées à clef.

3.1.1.1.2 Les personnels

a. Le personnel paramédical

Ses horaires sont les suivants :

Horaires de jour	Horaires de nuit
6h-16h	20h-6h
7h-17h	21h15-6h15
10h-20h	21h30-7h30
11h15-21h15	

11h30-21h30	
-------------	--

L'équipe d'infirmiers de l'UAU est expérimentée. Elle est encadrée par le cadre supérieur de santé du pôle et un cadre de santé. Cinq infirmiers sont de service le jour et trois de nuit. Le planning est organisé selon un système d'horaires décalés permettant d'assurer une présence minimale de trois infirmiers.

La journée de travail est de dix heures ; les horaires de prise de poste peuvent être décalés (6h-16h, 7h-17h, 10h-20h, 11h15-21h15, 11h30-21h30, 20h-6h, 21h15-7h15, 21h30-7h30) d'une ou deux heures le matin ou l'après-midi. Concernant l'organisation du planning, le cadre de santé a privilégié un système d'autogestion. Le planning, affiché dans son bureau, est renouvelé toutes les semaines et chacun choisit ses horaires pour la semaine. D'après les propos recueillis par les contrôleurs, ce système semble bien fonctionner et chaque tranche horaire est pourvue.

L'équipe se compose de trente-cinq ETP d'infirmiers⁷, de deux ETP d'agents de service hospitalier, d'un ETP d'assistante sociale et de quatre ETP d'adjoints administratifs qui assurent le secrétariat. Les horaires en semaine des agents administratifs sont les suivants : 8h-16h, 9h-17h, 11h30-19h30 ; le week-end, les secrétaires travaillent de 8h30 à 16h30 puis les infirmiers prennent le relais. Les ASH viennent effectuer le nettoyage des locaux en alternance le matin et l'après-midi. Leurs horaires sont les suivants : 6h -14h et 11h-19h.

Le cadre de santé a expliqué aux contrôleurs qu'il bénéficiait d'une grande marge de manœuvre pour le recrutement de son personnel. Il a fait le choix de recruter des personnes détenant un diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique et des jeunes, titulaires du diplôme d'Etat, afin de favoriser l'échange d'expériences. D'après les propos recueillis auprès du personnel soignant, l'équipe fonctionne en bonne intelligence et le cadre de santé veille à maintenir cette cohésion d'équipe.

Afin d'assurer une continuité des soins de qualité, un système de rotation des personnels a été mise en place. Les agents travaillant sur les sites de Creil et Beauvais travaillent quinze jours par mois sur les sites et quinze jours par mois à l'UAU de Clermont, de même les agents de jour travaillent un mois la nuit et les agents de nuit, un mois de jour, par an.

b. Le personnel médical

L'équipe médicale se compose de :

- quatre ETP de praticien hospitalier en psychiatrie (six ETP budgétés). Un recrutement est en cours, il devrait être effectif avant la fin de l'année ;
- deux internes de spécialité en psychiatrie (un au SAU de Beauvais, un à l'UAU).

La présence médicale est assurée 24h/24, 365 jours par an :

- en journée de 8h30 à 18h30 par un interne et un médecin senior du service ;

⁷ Pour les sites de Creil, Beauvais et Clermont.

- du lundi au vendredi de 18h30 à 8h30 par un praticien hospitalier en psychiatrie de l'établissement qui assure la permanence des soins pour l'UAU et le CHI, un praticien en médecine générale qui assure également la permanence pour l'UAU et le CHI, et un interne de spécialité ;
- en fin de semaine, la garde du psychiatre senior pour l'UAU et le CHI se déroule du samedi 12h au dimanche 10h et du dimanche 10h au lundi 9h.

Le service dispose de quatre véhicules et de quatre téléphones portables. Une chambre de garde se trouve à l'UAU pour l'interne, les deux chambres des seniors de garde sont au sein du CHI.

3.1.1.1.3 Le fonctionnement

L'unité d'accueil des urgences, outre la cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP), propose une offre de soins variée :

- **l'accueil et l'admission** s'effectuent 24h/24, 365 jours par an. L'équipe d'infirmiers est composée de cinq agents en journée et de trois la nuit.

Un premier accueil est assuré par une infirmière qui effectuera les formalités administratives de pré-admission et l'évaluation clinique. Au décours de ce premier entretien, une consultation avec le psychiatre ou l'interne en psychiatrie aura lieu. Une attention particulière est portée aux mineurs qui sont toujours évalués par un praticien hospitalier senior.

Tous les patients arrivant à l'UAU auront un examen somatique succinct effectué par l'interne de spécialité. Lorsque celui-ci est anormal, il sera complété par une consultation avec le somaticien de garde et éventuellement des examens para cliniques.

Pour les hospitalisations sans consentement plusieurs situations peuvent se rencontrer : soit l'hospitalisation sous contrainte a été décidée avant l'admission à l'UAU, l'absence de consentement est alors toujours réévaluée par l'équipe d'accueil ; soit l'hospitalisation sous contrainte est décidée à l'UAU, un partenariat avec les médecins généralistes de la ville de Clermont a été mis en place afin qu'ils puissent rédiger le certificat médical initial.

Le transfert des patients admis en hospitalisation au CHI est assuré par un infirmier de l'UAU dans un véhicule du service.

Lorsque la consultation à l'UAU n'est pas suivie d'une hospitalisation, le patient est systématiquement orienté vers le CMP le plus proche de son domicile ; une date de rendez-vous lui est donnée. Lorsque les délais de rendez-vous sont trop éloignés⁸, il sera possible de suivre, pendant quelques consultations, de manière provisoire le patient en externe à l'UAU.

⁸ Environ deux semaines pour les CMP des Hauts-de-Seine et de huit semaines pour les CMP de l'Oise.

- **les consultations non programmées** qui peuvent conduire à une hospitalisation ou une prise en charge ambulatoire.
- **les hospitalisations de courte durée à l'UAU** qui ne dispose pas de lit d'hospitalisation. Deux boxes permettent d'observer quelques heures le patient⁹ dans l'attente d'une hospitalisation dans une unité ou d'une prise en charge ambulatoire.
- **la permanence téléphonique** est assurée du lundi au vendredi de 8h à 19h et les samedis, dimanches et jours fériés de 9h à 17h par le secrétariat. En dehors de ces horaires et pour les avis plus spécialisés un relais est assuré par les infirmières de l'UAU.

Cette permanence téléphonique permet de répondre aux appels des patients et de leur famille, du SAMU, des hôpitaux généraux, des médecins généralistes de ville, aux appels des commissariats et gendarmeries dépendant du tribunal de Beauvais et de celui de Senlis pour les avis psychiatriques pour les personnes en garde à vue.

Dans le cadre d'un partenariat avec le SAMU, et après double régulation, les infirmiers de l'UAU peuvent être amenés à compléter l'équipe du SAMU ou du SMUR et se déplacer avec eux.

- **les interventions extérieures** se déroulent selon plusieurs modalités :
 - à l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) de Senlis : l'infirmier qui effectue la journée de travail de 10h à 20h assurera la prise en charge des urgences psychiatriques de l'UHCD. Dans un premier temps il évaluera téléphoniquement avec un infirmier les besoins en consultation psychiatrique demandée par un médecin de l'UHCD puis une première évaluation infirmière est réalisée sur le site ; si un avis psychiatrique s'avère nécessaire, celui-ci pourra se faire sur place à l'UHCD ou à l'UAU par déplacement du patient. Cette organisation a été mise en place en juin 2012 afin de répondre à la mutualisation des services d'urgences de Creil et Senlis ;
 - pour les admissions sur décision d'un représentant de l'État dans le département de l'Oise, l'unité d'accueil des urgences organise la prise en charge du patient sur place avec une ambulance de l'établissement, un infirmier de l'UAU et un infirmier de l'unité d'hospitalisation complète du secteur d'origine du patient.

Toutes les consultations effectuées à l'unité d'accueil des urgences sont enregistrées dans le dossier médical informatisé du patient (Cimaise®). Les médecins de l'établissement peuvent y accéder. Il a cependant été précisé aux contrôleurs que le système d'information de l'établissement était en cours de développement.

⁹ 141 patients en 2012.

3.1.1.1.4 L'activité

En 2012, l'UAU a accueilli 4 153 patients et a établi 2 870 dossiers d'admission en hospitalisation. Il a été indiqué aux contrôleurs que 50 % des consultations relèvent de l'urgence.

Hormis les admissions directes réalisées à Compiègne ou en psychogériatrie, 70,11 % des admissions au CHI s'effectuent à partir de l'UAU.

Outre l'accueil et l'admission des patients, l'UAU gère une permanence téléphonique. Pour l'année 2012 l'unité a reçu 5 729 appels dont 47 % provenaient de patients souhaitant bénéficier d'une consultation sur place ou par téléphone. L'accueil téléphonique est assuré par du personnel infirmier expérimenté qui effectue une première évaluation. Puis, selon le caractère de gravité ou la spécificité de la demande (demande de conseil au sujet d'un traitement par exemple), l'appel peut être transféré au psychiatre. Si l'état du patient relève d'une extrême urgence (passage à l'acte imminent), l'infirmier se met en relation avec le SAMU.

<i>Mode d'hospitalisation</i>	Nombre d'admissions au CHI	Certificats d'admission rédigés à l'UAU	% par rapport au nombre d'admissions
S.P.L.	1837	1703	92,7%
S.P.D.T.	607	379	62,4%
S.P.D.T.U	167	29	17,4%
S.P.D.R.E.	93	36	38,7%
S.P.D.R.E.U	117	N/A	N/A
TOTAL	2815	2147	76,3%

Les hospitalisations à l'UAU¹⁰

2010	204
2011	179
2012	141

Pour l'année 2012, parmi les 141 patients hospitalisés à l'UAU, 96 (soit 68 %) ont été admis au CHI.

¹⁰ Un patient passant plus de six heures à l'UAU durant la nuit, est comptabilisé dans les hospitalisations

3.1.1.2 Le service d'accueil des urgences (SAU) du CH de Compiègne

Le centre hospitalier intercommunal Compiègne-Noyon est situé dans une zone commerciale à proximité du centre-ville et dispose depuis 2008 d'un nouveau SAU d'une superficie de 2 000 m². Durant leur visite, les contrôleurs se sont entretenus avec trois membres du personnel infirmier.

3.1.1.2.1 Les locaux

Le SAU a mis à la disposition de l'équipe de soins psychiatriques un vaste bureau situé dans l'unité de triage et de consultations. Il est équipé d'un plan de travail, d'un ordinateur, de plusieurs sièges et d'étagères. Les murs sont décorés de photos de paysage, le tout offrant un décor agréable et accueillant. Les entretiens avec les patients ont lieu dans ce bureau ou dans une des salles de consultation.

3.1.1.2.2 Les personnels

L'équipe psychiatrique comprend six infirmières dont deux interviennent dans le service depuis plus de quinze ans. Administrativement, les infirmières sont rattachées au pôle Fitz James 1 (FJ1) du CHI de Clermont dont les unités d'hospitalisation temps plein¹¹ se situent à Compiègne, à proximité du centre hospitalier intercommunal. Elles exercent sous la supervision du cadre supérieur de santé appartenant à l'unité de post-cure de Compiègne. D'après les propos recueillis par les contrôleurs, l'équipe fonctionne de façon très autonome puisqu'elle gère son propre planning et assure les commandes de matériel et de médicaments.

Les infirmières travaillent en horaires décalés afin d'assurer une présence de 8h à 21h30 y compris les week-ends.

Les horaires sont les suivants : 8h-16h, 10h-18h, 13h30-21h30.

Aucun médecin psychiatre n'est affecté à cette unité. L'accueil, l'évaluation du patient échoient à l'équipe infirmière qui soumet une proposition d'orientation au médecin urgentiste.

3.1.1.3 L'activité

Lorsque les infirmières sont face à un patient dont le cas nécessite l'avis d'un psychiatre, elles font appel au psychiatre assurant la psychiatrie de liaison au sein de l'hôpital, ou au psychiatre de garde du Centre Henri Theillou.

En 2012, l'équipe infirmière est intervenue auprès de 3 751 personnes dont 444 ont été hospitalisées en secteur psychiatrique : 108 ont été admises à la demande d'un tiers et quinze sur décision d'un représentant de l'État. Par ailleurs, 408 entretiens téléphoniques infirmiers ont été réalisés.

60 % des patients accueillis au SAU résident à Compiègne et dans son agglomération et 21 % proviennent du secteur de Fitz-James 1 et Fitz-James 9. Le reste de la population réside à Noyon. Les troubles pris en charges concernent, des personnes en détresse psycho-sociale souffrant de troubles psychiques ou d'un syndrome dépressif en réaction à un événement dramatique. L'équipe reçoit peu de patients présentant une pathologie psychiatrique avérée.

¹¹ Centre Henri Theillou.

3.1.1.4 Le fonctionnement

Les infirmières connaissent bien la population dont elles ont la charge. Elles se mettent en relation avec les familles des patients et effectuent un travail de réseau avec les structures telles que les CMP. Malgré l'absence d'un médecin psychiatre affecté au SAU, les infirmières mettent tout en œuvre pour assurer une prise en charge optimale des patients. La charge de travail et leur investissement sans relâche auprès des patients ne leur permettent pas de consacrer des moments à un temps de supervision. Pour pallier ce manque, elles organisent des séances de débriefing entre elles.

Lorsqu'un patient présente une indication d'hospitalisation, la décision est toujours prise conjointement avec le médecin urgentiste : « nous sommes les garants que les hospitalisations ne soient pas abusives et puis notre richesse est de bien connaître notre population ».

Lorsqu'un patient doit être hospitalisé sous contrainte, l'équipe explique au patient ou au membre de la famille la nécessité d'une hospitalisation. L'objectif premier est de rechercher avant tout l'adhésion du patient ou de la famille.

L'équipe fait alors appel à une ambulance privée afin de l'emmener au Centre Henri Theillou situé de l'autre côté de la rue.

Pour un patient nécessitant une mise sous contention, ce dernier reçoit systématiquement un traitement sédatif afin de lui éviter un traumatisme inhérent à la contention.

Il n'existe pas de procédure formalisée quant à la notification des droits dans le cadre d'une hospitalisation sous contrainte. Aucune notice explicative n'est remise au patient. Toutefois, les infirmières reconnaissent la nécessité d'améliorer la procédure d'information.

3.1.1.5 Le service d'accueil des urgences (SAU) de Beauvais

L'hôpital est situé à proximité du centre-ville, les bâtiments abritant le SAU ont été rénovés en 2006. Les contrôleurs se sont entretenus avec un infirmier et le médecin-chef de service de l'UUA présent ce jour-là.

3.1.1.5.1 Les locaux

Le SAU a mis à la disposition de l'équipe de soins psychiatriques deux bureaux. Ils sont précédés d'une petite salle d'attente équipée de quatre sièges.

Un premier bureau médical, équipé d'un plan de travail, de trois sièges et d'un lavabo, fait aussi office de vestiaire pour l'équipe de soins psychiatriques. Ce bureau est très rarement utilisé, sauf éventuellement dans le cadre d'une seconde consultation avec un patient. Le second bureau revêt un aspect plus accueillant, il comprend un plan de travail, un ordinateur, quatre sièges, une armoire et des étagères. Les entretiens avec les patients se déroulent dans ce bureau.

3.1.1.5.2 Les effectifs

L'effectif médical comprend un PH et un interne tous deux rattachés à l'UAU. Le praticien¹² et l'interne travaillent en alternance deux semaines à l'UAU de Clermont et deux Semaines au SAU de Beauvais.

L'effectif paramédical comprend une équipe de deux infirmiers rattachés à l'UAU. Ces deux infirmiers travaillent en horaires décalés, chacun assurant respectivement une présence de 8h à 18h et de 11h à 21h. En dehors de ces temps de présence, les urgences psychiatriques sont assurées par le SAU ou l'UAU de Clermont lorsque l'état nécessite une prise en charge spécifique. Un troisième infirmier rattaché à l'UAU assure la psychiatrie de liaison de 9h à 17h.

3.1.1.5.3 Le fonctionnement

En cas d'admission d'un patient relevant de la psychiatrie, l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO), dont le bureau est situé à l'entrée des urgences, demande un avis à un des infirmiers référents qui procède à un entretien puis transmet les éléments recueillis au médecin psychiatre. Un deuxième entretien est réalisé en présence des deux soignants puis ces derniers rencontrent un des membres de la famille.

Lorsque le médecin psychiatre décide de garder le patient en observation, ce dernier peut être admis à l'UHCD pour une durée maximale de vingt-quatre heures ou bien à l'unité de médecine post urgence (UMPU) pour une durée maximale de cinq jours. Chacune des unités est équipée de douze lits, le SAU ne possédant pas de box.

Lorsqu'un patient est orienté vers le CHI de Clermont, le médecin-chef de service de l'UAU souhaite qu'un passage systématique soit effectué à l'UAU.

Les patients accueillis au SAU de Beauvais viennent en grande majorité du département de l'Eure ou sont adressés par le CHU de Rouen. L'aéroport d'Orly étant situé à proximité, des patients étrangers, souffrant de troubles de désorientation liés à un contexte de voyage parfois difficile, passent aussi par le SAU.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur de l'établissement de santé indique : « les patients accueillis au SAU viennent en grande majorité du département de l'Oise, environ 20 % viennent du département de l'Eure et seront adressés au centre hospitalier de Rouen en cas de nécessité d'une hospitalisation en milieu spécialisé (sectorisation du département de l'Eure). L'aéroport de Beauvais étant situé à proximité, des patients étrangers, souffrant de troubles psychiatriques durant leur voyage, sont adressés sur le SAU ».

Le SAU ne possède pas de chambre sécurisée pour les personnes détenues. Ces dernières sont maintenues dans une chambre de l'UMPU ou de l'UHCD en présence d'une garde statique. Lorsque la décision est prise d'hospitaliser une personne détenue, cela se fait généralement en accord avec le médecin urgentiste et le psychiatre. Le certificat est rédigé par le médecin urgentiste puis transmis par télécopie à l'UAU qui le transmet à l'ARS. L'arrêté préfectoral est adressé à l'UAU.

Il n'existe pas de procédure formalisée quant à la notification des droits et à son déroulement dans le cadre d'une hospitalisation à la demande d'un tiers ou sur décision du représentant de l'État. En principe, un membre de l'équipe de soins psychiatriques ou le médecin des urgences rencontre le patient afin de lui expliquer son statut et la nécessité des

¹² Un second PH est prévu ; il doit être pourvu d'ici la fin de l'année.

soins. Dans la mesure du possible, le personnel infirmier rencontre aussi un des membres de la famille du patient. Pour une admission à la demande d'un tiers, le premier certificat est établi par le médecin des urgences et le second par le psychiatre ou par un des médecins exerçant dans les autres services du centre hospitalier. Pour une demande d'admission sur décision du représentant de l'État, le certificat est produit par le médecin urgentiste puis transmise par télécopie à l'UAU afin que le personnel soignant le transmette à l'ARS qui le transmettra au préfet.

3.1.1.6 Le service d'accueil des urgences de Creil

Le CHI de Clermont prend en charge les urgences psychiatriques du centre hospitalier de Creil qui sont ouvertes de 8h à 21h depuis de nombreuses années ; il prend également en charge la psychiatrie de liaison au centre hospitalier de Creil depuis 2012.

3.1.1.6.1 Les locaux

Les urgences du centre hospitalier de Creil sont situées à l'entrée de l'hôpital, dans une zone qui était en travaux lors de la visite des contrôleurs.

Pour accéder au bureau des urgences psychiatriques, il faut traverser le service des urgences du centre hospitalier longeant successivement : le bureau de l'infirmière d'accueil et d'orientation, les boxes de soins, la salle de déchoquage, la salle de transit, un couloir à 90° donnant sur l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

L'UHCD comporte douze lits répartis en deux chambres à deux lits et huit chambres à un lit. Une de ces chambres, équipée à l'identique des autres, comporte en outre des grilles à la fenêtre et peut être fermée à clef de l'extérieur. Elle sera prioritairement attribuée aux patients présentant des troubles psychiatriques. Une autre pièce appelée couramment "la cellule" est en réalité, comme l'a précisé aux contrôleurs le cadre de santé des urgences, la chambre sécurisée réservée aux personnes détenues en provenance du centre pénitentiaire de Liancourt¹³.

Le bureau psychiatrique, obscur, d'une surface de 15 m², est situé à l'entrée de l'UHCD.

Cette position, au cœur des urgences, est très pertinente aux dires de l'équipe qui a pu ainsi, au fil des années, s'intégrer à l'équipe d'urgentistes.

3.1.1.6.2 Les personnels

a. Personnel paramédical

L'équipe psychiatrique se compose de trois ETP d'infirmiers, auxquels s'ajoutent deux ETP d'infirmiers de l'unité d'accueil des urgences du CHI de Clermont qui viennent à tour de rôle pour deux mois et trois agents dits "roulants" qui viennent sur le site deux semaines tous les trois mois.

Les horaires des agents sont :

- 8h-18h pour l'agent qui prendra plus spécifiquement en charge les urgences ;
- 11h-21h pour l'agent qui assurera plus spécifiquement la psychiatrie de liaison dans les services de l'hôpital.

¹³ Il comprend 636 places théoriques.

b. Personnel médical

Un praticien hospitalier en psychiatrie, temps plein, de l'unité d'accueil des urgences (UAU) du CHI de Clermont assure en binôme, deux semaines par mois une présence médicale, pendant les heures ouvrables, aux urgences de Creil. Après le départ de celui-ci jusqu'au départ de l'infirmier (entre 17h et 21h) un avis téléphonique du psychiatre de garde à l'UAU sera sollicité par l'infirmier et entériné par le senior urgentiste.

Les samedis, dimanches et jours fériés un praticien hospitalier assurera une permanence des soins du samedi 9h au dimanche 21h pendant la présence des infirmières du CHI dans le service. Cette permanence s'exerce par un déplacement les samedis et dimanches matin aux urgences de Creil et de Beauvais. Il peut ensuite être joint par téléphone et être amené à se déplacer jusqu'à 21h.

Il a été précisé que le praticien se déplaçait prioritairement sur le site ayant accueilli dans la nuit une personne détenue, afin d'évaluer l'état de santé de la personne et de libérer au plus vite les forces de l'ordre, qui assurent la garde statique, par un retour à l'établissement pénitentiaire ou par une décision d'hospitalisation sur décision du représentant de l'État au titre de l'article D. 398 du code de procédure pénale et dans le cadre des hospitalisations régies par l'article L3214-3 du code de santé publique.

3.1.1.6.3 Le fonctionnement

Après avoir été accueilli par l'agent administratif le patient est pris en charge par l'infirmière d'accueil et d'orientation. Après ce premier entretien, le patient est évalué par l'urgentiste qui sollicitera un avis psychiatrique.

Une fois le bilan initial effectué par l'infirmière, une consultation avec le psychiatre, toujours en présence de l'infirmière aura lieu. La consultation psychiatrique peut se dérouler dans un box, dans une chambre, dans la chambre sécurisable en cas de risque de fugue, d'agressivité ou de dangerosité potentielle.

Lorsqu'un patient présente un état d'agitation, il sera évalué en salle de transit. L'appel au service de sécurité de l'hôpital pourra être effectué afin de "faire nombre". Lorsque cela s'avère nécessaire les contentions physiques pourront être placées. Le patient contenu sera rapidement placé en chambre individuelle.

En l'absence du psychiatre sur place, le psychiatre de l'UAU de Clermont peut faire une proposition de traitement à l'urgentiste.

A l'issue de cette première évaluation le patient sera soit orienté vers une prise en charge en soins externes soit admis en soins continus et sera :

- hospitalisé pour observation à l'UHCD pour une durée maximale de 48h ;
- hospitalisé dans un service de médecine du centre hospitalier et alors pris en charge par l'équipe de liaison ;
- orienté vers une clinique privée de proximité ;
- hospitalisé au CHI de Clermont.

Lorsque l'hospitalisation n'est pas consentie et que celle-ci est indispensable, l'infirmier psychiatrique recherchera un tiers afin de permettre un soin psychiatrique à la demande d'un tiers (SPDT). Le médecin urgentiste signera le premier certificat, le médecin psychiatre le deuxième.

L'annonce de l'hospitalisation sous contrainte est faite conjointement par le médecin psychiatre et l'infirmier. Le plus souvent les modalités de recours ne sont pas données aux patients mais à la famille lorsqu'elle est présente. Seuls les patients présentant un état dépressif mélancolique ou suicidaire sont informés des modalités de recours.

3.1.1.7 La pris en charge psychiatrique à l'hôpital de Senlis

Depuis la fermeture des urgences de l'hôpital de Senlis, l'UAU assure une activité de consultations psychiatriques au sein de l'unité hospitalière de courte durée (UHCD). Ainsi, chaque matin à partir de 10h, un infirmier de l'UAU se met en relation téléphonique avec le personnel soignant de l'UHCD afin de s'enquérir de la nécessité de se rendre sur place pour réaliser une évaluation psychiatrique. Lorsqu'un patient nécessite une consultation, l'infirmier de l'UAU se déplace alors à l'UHCD pour mener un premier entretien. Puis, il transmet par téléphone les éléments recueillis lors de cette première évaluation au PH de l'UAU. Si l'état du patient semble relever d'une prise en charge en hospitalisation, le PH se rend également sur place.

Dans le cas d'une indication d'admission à la demande d'un tiers, le premier certificat est établi par le médecin des urgences et le second par le psychiatre de l'UAU. Pour une demande d'admission sur décision du représentant de l'état, le certificat est produit par le médecin des urgences. Tous les patients adressés pour une hospitalisation au CHI de Clermont passent obligatoirement par l'UAU pour une réévaluation de leur état.

Pour l'année 2012, 483 consultations psychiatriques ont été réalisées au sein de l'UHCD de Senlis.

3.1.2 Les modalités d'admission au CHI

Les admissions au CHI se font, sauf exception, par l'UAU. Le chef de service de l'UAU dirige également les équipes de psychiatrie des services d'accueil des urgences de Creil et de Beauvais.

L'équipe de psychiatrie du service d'accueil des urgences de Compiègne est sous la responsabilité du chef de service de Fitz-James¹⁴. Les hospitalisations s'effectuent alors au centre Henri Theillou de Compiègne¹⁵.

Il a été précisé aux contrôleurs que la moitié de l'activité d'accueil des urgences se faisait sur les sites délocalisés.

Tous les patients (70 % en 2012) à l'exception des hospitalisations des personnes détenues, des hospitalisations de jour et des admissions en postcure, transitent par l'UAU, que l'admission se fasse librement ou sans consentement.

¹⁴ Les unités d'hospitalisations de ce service étant sur le site de Compiègne.

¹⁵ 718 admissions en 2012.

3.1.3 Les formalités administratives

Le CHI dispose du système d'information Génois® pour établir le dossier administratif du patient. L'infirmière qui accueille le patient, que ce soit à l'UAU ou dans les unités d'hospitalisation, effectuera une pré-admission sur Génois®. Celle-ci sera complétée dans un deuxième temps par l'agent de gestion hospitalière (GH) délocalisé dans les secrétariats de chaque pôle. Ainsi le centre hospitalier ne dispose pas de bureau des entrées. Cette organisation s'explique par les multiples localisations des lieux d'hospitalisation.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur de l'établissement de santé indique : « le logiciel de gestion administrative n'est pas GENOIS (logiciel de pharmacie) mais GAM en 2013. En 2014, ce logiciel a été remplacé par Pastel ».

Un bureau central de gestion hospitalière (GH) se trouve sur le site de Clermont. Il assure le suivi des certificats d'admission sans consentement en liaison avec l'agent délocalisé sur chaque pôle, organise les collèges de psychiatres et tient les registres de la loi¹⁶.

3.1.4 La période initiale de soins et d'observation

La période de soins et d'observation au sein de l'UAU est d'une durée maximale de vingt-quatre heures. Le patient est installé dans un box ; le port du pyjama est systématique lorsque le patient doit passer la nuit. Il a en va de même lorsqu'il est mis sous contention. Ses effets personnels sont déposés dans un sac vestiaire conservé dans le bureau infirmier. Si le patient est admis dans le cadre de soins libres, il peut éventuellement garder ses effets personnels. Ceci est évalué au cas par cas par le personnel infirmier.

Concernant les objets de valeur, deux infirmiers procèdent à un inventaire contradictoire et, dans la mesure du possible, une fiche est signée par le patient. Les objets de valeur sont déposés dans un coffre fermé à clefs situé dans le bureau médical du rez-de-chaussée.

L'utilisation du téléphone portable est évaluée au cas par cas.

L'unité ne dispose pas d'espace extérieur pour fumer. Les patients sont donc autorisés à fumer dans leur box en présence d'un soignant qui conserve le briquet. Selon les propos du personnel infirmier, la cigarette est utilisée parfois comme un temps privilégié où une relation de confiance peut éventuellement s'établir avec le patient.

Durant cette période de soins et d'observation, le personnel infirmier procède à la prise des constantes et effectue parfois un électrocardiogramme (ECG) ; un bilan sanguin peut être réalisé dans le cadre de recherche de substances toxiques. Un ou plusieurs entretiens infirmiers sont réalisés selon l'état psychique du patient; la durée et le contenu sont inscrits dans une fiche d'entretien. Le praticien réalise un examen somatique.

Lorsqu'une mesure de contention est prescrite, le personnel infirmier surveille le patient tous les quarts d'heure. Le service ne dispose pas de registre de contention.

¹⁶ Cf. § 3.3.

Lorsque le patient nécessite un traitement sédatif, le personnel soignant tente en premier lieu la négociation. Si le patient refuse tout dialogue, le personnel infirmier déclenche l'alarme de protection du travailleur isolé (PTI) entraînant immédiatement l'arrivée de renfort. Bien souvent la présence de plusieurs soignants a un effet dissuasif. Le personnel infirmier note dans le dossier du patient que le traitement a été donné sans le consentement de ce dernier.

3.1.5 Les informations données aux malades

3.1.5.1 Le livret d'accueil

Le livret d'accueil de la personne hospitalisée a été édité en janvier 2013. Il est en principe remis aux patients à l'admission cependant, certains services disent ne le donner qu'à la demande.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur de l'établissement de santé indique : « le principe est que le livret d'accueil est remis à chaque patient dès l'admission à l'UAU. Toutefois, en fonction de l'état de santé du patient, il peut être remis dans l'unité d'admission. En aucun cas, il n'est remis 'à la demande' ».

Outre une présentation générale de l'établissement (organes de contrôle et de gestion, structures de soins internes et externes), une information relative aux divers modes d'hospitalisation ainsi qu'aux modalités d'entrée et de sortie, le livret d'accueil comporte une rubrique intitulée « vos droits », une autre « votre séjour ».

La **rubrique « admission »** s'attache à distinguer les formalités nécessaires au regard du consentement et des certificats médicaux, selon les différents modes d'hospitalisation.

La **rubrique « vos droits »** concerne principalement :

- le droit à l'information du malade (droit d'être informé, de manière individuelle, claire et appropriée, sur son état de santé, et, avant tout acte thérapeutique, sur les traitements proposés et leurs conséquences) ; il est précisé que cette information vaut pareillement pour les personnes hospitalisées sous contrainte ;
- le droit de désigner une personne de confiance susceptible « d'accompagner tout au long des soins et dans la décision à prendre » ; il est indiqué qu'avec l'accord du patient, elle peut assister aux entretiens médicaux ;
- l'accès au dossier médical et ses modalités.

Curieusement, cette rubrique se conclut par la reproduction de l'article 433-3 du code pénal qui incrimine et punit les menaces de commettre un crime ou un délit à l'encontre des professionnels de santé en service.

La **rubrique « votre séjour »** comporte également des informations relatives aux droits des patients et notamment :

- la liberté de croyance et la possibilité de recevoir la visite d'un représentant du culte de son choix ;

- le respect de la vie privée et plus particulièrement le droit de recevoir des visites (dans la limite du respect du règlement intérieur de chaque unité), d'entretenir une correspondance et, sous certaines réserves, de téléphoner (il est fait état de la possibilité d'utiliser les cabines téléphoniques et précisé « cette liberté peut néanmoins être restreinte pour des raisons thérapeutiques ». La seule référence au téléphone portable indique : « des dispositions particulières à l'utilisation du téléphone mobile vous seront indiquées » ;
- les droits d'accès et de rectification issus de la loi dite « informatique et libertés ».

La **rubrique « sortie »** mentionne, pour chacune des modalités d'admission, la personne susceptible d'être à l'origine de la demande de sortie, la détermination de la date et les modalités administratives de sortie. Il n'est pas fait état, à cet endroit, de la possibilité pour le patient admis sans son consentement, de demander la mainlevée de la mesure.

Le livret comporte néanmoins une rubrique spécifique aux droits et recours des personnes admises sans consentement ; elle sera détaillée ci-dessous (cf. *infra* § 3.1.5.3).

3.1.5.2 L'affichage en unités

Dans l'entrée de chaque unité, un panneau supporte de nombreuses affiches (pas toujours bien lisibles car positionnées en hauteur et se recouvrant parfois partiellement) ; il s'agit notamment de :

- les chartes de la personne hospitalisée, de la bienveillance, de l'identité-vigilance et de la laïcité ainsi que la charte Marianne ;
- le détail du droit d'accès et de rectification dans le cadre de la loi informatique et liberté ;
- un document relatif à la personne de confiance (qui expose clairement les critères de choix, la distinction avec la personne à prévenir en cas d'urgence, le mode de désignation et révocation, le détail du rôle) ;
- les indicateurs de qualité 2013 avec mention du nombre d'accidents, plaintes, demandes d'accès aux informations médicales ;
- diverses coordonnées (notamment ministres du culte et contacts « qualité » de l'hôpital) ;
- un document intitulé « recours des usagers », qui sera détaillé plus loin (cf. *infra* § 3.1.5.3) ;
- le tableau des avocats inscrits au barreau de Beauvais (année 2012).

3.1.5.3 Les informations concernant les voies de recours et loi du 5 juillet 2011

Ainsi qu'il a été évoqué, la question des voies de recours et du rôle du juge des libertés et de la détention (JLD) sont abordés, dans le **livret d'accueil**, à travers une **rubrique intitulée : « droits et recours des patients en soins psychiatriques sans consentement »**.

Sont notamment mentionnés :

- l'information et le recueil des observations de la personne avant chaque décision prononçant le maintien des soins ou définissant la forme de la prise en charge ;

- la nécessité de délivrer une information (le plus rapidement possible et de manière adaptée à l'état de la personne) après la décision d'admission et les décisions ultérieures, sur les voies de recours et les droits.

Au titre des droits, sont mentionnés :

- la liste des autorités avec qui le patient peut communiquer ou qu'il peut saisir (préfet, JLD, président du TGI, maire, procureur de la République, commission départementale des soins psychiatriques, commission des relations avec les usagers, Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) à propos « des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence) ; l'adresse des autorités n'est pas mentionnée dans le livret, elle figure en revanche sur une affiche apposée dans les unités ;
- la possibilité de prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ;
- la possibilité de consulter le règlement intérieur de l'établissement (sans mention de l'endroit où il se trouve) ;
- l'exercice du droit de vote et de certains autres droits mentionnés par ailleurs (liberté philosophique et religieuse, liberté de correspondance par courrier).

Mention est précisée des droits qui peuvent être exercés par les parents ou les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du patient.

En revanche, (à l'exception du CGLPL dont la présentation laisse supposer qu'il a un champ de compétence particulier) les autorités sont mentionnées sans référence à leur rôle. En particulier il n'est pas fait mention de la mission et des pouvoirs du JLD. Il n'est pas fait non plus mention du principe et des modalités d'exercice des voies de recours contre les différentes décisions de placement sous contrainte.

Comme il a été indiqué plus haut, le tableau d'affichage apposé dans l'entrée de chaque unité comporte une **affiche intitulée « recours des usagers »**. Celle-ci mentionne les coordonnées de quatre autorités (dans l'ordre, procureur de la République, Contrôleur général des lieux de privation de liberté, commission départementale des soins psychiatriques et directeur du centre hospitalier), indiquant qu'elles peuvent être saisies en cas de contestation de la décision d'admission et se chargeront de transmettre sans délai la requête au JLD. La saisine directe du JLD n'est indiquée qu'à titre subsidiaire (« vous pouvez également saisir directement, par requête transmise par tout moyen permettant de dater sa réception, « au greffe du TGI, le juge des libertés et de la détention » (suivi de l'adresse postale). Suivent quelques lignes indiquant que le juge peut ordonner la mainlevée immédiate de la mesure.

Le document invite, pour plus d'information, à saisir « le médiateur de la République » (institution disparue depuis mars 2011 au profit du Défenseur des droits).

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur de l'établissement de santé indique : « l'affiche sur les recours a été remise à jour en février 2014. Le médiateur a été remplacé par le Défenseur des Droits ».

3.1.6 Le recueil des observations des patients

Le livret d'accueil, dans la rubrique « vos droits », fait référence, sans le citer, à l'article L. 3211-3 du code de la santé publique (CSP) ordonnant le recueil des observations des patients. Dans sa version en vigueur au moment du contrôle, cette disposition prévoit que, « avant chaque décision prononçant le maintien des soins en application des articles L. 3212-4, L. 3212-7, L. 3213-1 et L. 3213-4 ou définissant la forme de la prise en charge en application des articles L. 3211-12-5, L. 3212-4, L. 3213-1 et L. 3213-3, la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est, dans la mesure où son état le permet, informée de ce projet de décision et mise à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à cet état ».

En fait, il semble que les médecins intègrent cette disposition dans une pratique générale de dialogue plus ou moins régulier et plus ou moins approfondi avec leur patient. Le recueil des observations au sens de l'article L.3211-3 CSP n'est pas formalisé ; rien ne démontre que la personne est effectivement rencontrée, informée et dûment consultée sur les projets de décisions formés à son sujet.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur de l'établissement de santé indique : « un document spécifique a été élaboré en 2014 et est remis au patient systématiquement lors de son admission et de tout changement de prise en charge ».

3.2 Le contrôle des mesures de contrainte

3.2.1 La notification des décisions administratives de placement

Les décisions d'admission prononcées par le directeur de l'établissement sont remises au patient de manière informelle ; aucun document ne permet d'en accuser réception.

S'agissant des patients admis en SDRE, les arrêtés municipaux (qui constituent, dans environ 80 % des cas, le premier titre de placement) sont en possession de l'UAU. Les soignants de ce service informent le patient de son statut et portent mention de cette information sur la fiche qu'ils remplissent à ce stade, sans signature du patient.

Les efforts de l'administration hospitalière se sont concentrés sur la notification de l'arrêté préfectoral. Celle-ci repose exclusivement sur l'hôpital, l'ARS n'adressant aucun document au patient et n'exigeant, d'ailleurs, aucun accusé réception de sa part.

Le service central qui gère la situation administrative des patients, nommé « administration de la gestion des hospitalisés » (AGH) a mis au point un formulaire de notification des arrêtés préfectoraux destiné à avertir le patient de la décision d'admission et l'informer des voies de recours. La notification est à la charge des « gestionnaires de pôle » (agents de gestion hospitaliers délocalisés) à qui il appartient de recueillir l'accusé réception du document, signé du patient ou, en cas d'impossibilité, de deux agents.

Les gestionnaires de pôle ne notifient pas personnellement les décisions mais les adressent aux unités. Chaque unité est laissée libre d'établir sa pratique ; elles sont manifestement très variables. Il convient tout d'abord de relever que, en dépit de l'absence de preuve de notification formelle du premier arrêté d'hospitalisation, certains responsables de pôle considèrent que « c'est fait ; il n'y a plus à s'en occuper ».

En dehors de cette position extrême, la notification et l'information qui en principe va de pair, est assurée, selon les unités, tantôt par le médecin responsable, tantôt par un cadre de santé, tantôt par un soignant. Une chose est apparue partagée : aucune des personnes effectivement en charge de la notification n'est parfaitement au fait des implications d'une telle décision ni des voies de recours ; la quasi-totalité des personnels invités à s'exprimer sur ce point a répondu renvoyer le patient vers le tableau d'affichage en cas de question. Certains disent informer le patient à cette occasion, de la possibilité de consulter un avocat, d'autres en profitent pour évoquer l'intervention du JLD. Cette dernière pratique n'est pas partagée, certains estimant qu'il est prématuré d'évoquer le JLD alors que l'état du patient n'est pas stabilisé.

Il faut ici préciser que ce déficit d'information n'est aucunement comblé par les mentions du formulaire : selon ses termes, la remise s'accompagne d'une copie de l'arrêté préfectoral et d'une copie de l'article L 3211-3 du CSP, lequel ne renseigne aucunement sur les conditions et modalités du recours.

Au final, seules les mentions figurant au pied de l'arrêté lui-même, renseignent concrètement le patient sur l'exercice des voies de recours.

Selon les renseignements recueillis, il semble que le recueil de la signature soit effectif. Pour le mois de mai 2013, sur vingt-six admissions de patients sous contrainte, vingt-cinq signatures de patients ont été recueillies, au plus tard huit jours après l'admission.

Aucun patient n'a formé de recours contre les arrêtés préfectoraux lors du premier semestre 2103.

3.2.2 L'intervention du juge des libertés et de la détention (JLD)

Le JLD tient audience par visioconférence. Deux salles sont à disposition, l'une à l'entrée du site de Clermont, l'autre au centre hospitalier Henri Theillou.

La salle de Clermont, qui concerne le plus grand nombre de patients, offre une surface rectangulaire de 40 m² ; des tables sont placées en U, recouvertes d'un tapis vert et de sous-main ; les fauteuils, tous de même type, sont d'une assise confortable. Un pan de mur est percé de fenêtres pourvues de stores et de rideaux de couleur rouille ; en face, des livres anciens sont entreposés sur une étagère en bois. L'ensemble est solennel. Le dispositif vidéo, écran et micro, est de qualité correcte. L'image laisse voir en mode « buste », le juge, son greffier et, au jour du contrôle, le procureur de la République¹⁷.

A proximité de la salle d'audience mais ne communiquant pas directement avec elle, une pièce de 7 m² environ a été aménagée en salle d'attente. Elle comporte des étagères (vides) et six chaises ; le mur vitré donnant sur la cour est muni de rideaux. Des sanitaires sont à disposition sur le palier.

Le principe de la visioconférence a été retenu en 2012, après de vives discussions opposant magistrats (acquis au système) et médecins (opposés). Les difficultés des soignants à procéder à l'accompagnement des patients jusqu'au TGI de Beauvais a largement contribué à la décision. Les magistrats estiment que les patients comprennent les enjeux et vivent ce système sans appréhension particulière. La majorité des médecins se serait laissé convaincre.

¹⁷ Ce dernier requiert le plus souvent par écrit et n'est qu'exceptionnellement présent aux audiences.

Resteraient quelques farouches récalcitrants, qui, selon les magistrats, vont jusqu'à fournir des certificats médicaux que leur systématisme rend douteux, s'agissant d'une contre-indication à l'audition par le juge, quelles qu'en soient les modalités. Il est cité pour preuve un patient déclaré « non auditionnable » qui aurait bénéficié d'une sortie « sèche » quelques jours après que le magistrat ait exigé sa comparution personnelle, avant d'être à nouveau admis peu de temps plus tard.

Invités à s'exprimer sur ce point, les médecins rencontrés estiment globalement que l'intervention du JLD constitue un progrès ; certains contestent fortement la visioconférence comme étant totalement contre indiquée dans certaines pathologies et ne signent le certificat de compatibilité que si « informé de tous les défauts de système, le patient persiste à vouloir assister à l'audience ». Les mêmes estiment ne pas avoir à imposer au personnel de conduire le patient jusqu'au tribunal. Si ce n'est « la masse de documents à remplir », ils ne seraient pas opposés à une audience en face à face, à l'hôpital.

De nombreux fonctionnaires de l'hôpital font valoir que la visioconférence n'est pas plus pénible à vivre pour les patients que la convocation au tribunal, qui conduirait beaucoup d'entre eux à une interrogation anxieuse : « qu'est-ce qu'on me reproche ? ».

Au vu des délais contraints, la convocation – **avis d'audience** – est transmise par télécopie à l'AGH par le greffe du JLD au mieux trois jours avant l'audience et parfois la veille, comme les contrôleurs ont pu le constater à travers l'examen des dossiers de l'audience à laquelle ils ont assisté. Le patient est avisé par un personnel de son unité et invité à signer un accusé réception dont il est fait retour au greffe. L'avis d'audience mentionne d'une part, le droit à l'avocat, d'autre part, le droit d'accès au dossier. Il n'est pas établi que les services remettent systématiquement ce document au patient.

Le certificat médical attestant de la possibilité d'être entendu par visioconférence et l'accord du patient pour ce faire ont été recueillis en amont. S'agissant des patients en SPDT, ces documents sont adressés au greffe en même temps que l'acte de saisine, après collecte, par les secrétaires médicales, des certificats médicaux et de l'avis conjoint.

Il n'a pas été possible d'identifier avec précision les procédés utilisés pour assurer l'information du patient : certains médecins saisissent l'occasion du certificat médical de huitaine pour l'informer de l'intervention du JLD. Dans certaines unités, le cadre se charge de l'information ; parfois la convocation est portée à la connaissance du patient par un membre quelconque de l'équipe soignante dont il n'est pas établi (au vu des échanges que les contrôleurs ont pu avoir avec les uns et les autres) qu'ils sont en mesure d'en expliquer les enjeux ni les droits relatifs.

Les contrôleurs ont pu assister à une **audience** et s'entretenir tant avec des patients qu'avec les personnels accompagnants et avec le juge et le représentant de ministère public (par visioconférence avec ces derniers).

Une dizaine de secrétaires médicales a été assermentée et assure tour à tour le secrétariat de l'audience et l'appel des patients. Elles vérifient que figurent l'accord écrit du patient et l'attestation médicale de compatibilité de son état avec une audition par visioconférence. Elles remplissent un procès-verbal rendant compte du déroulement de l'audience et des éventuels dysfonctionnements.

Les patients sont progressivement acheminés en véhicule, tout au long de la matinée, depuis leur pavillon d'hébergement. Le jour de l'audience à laquelle les contrôleurs ont

assisté, en raison du beau temps probablement, beaucoup de patients ont préféré attendre à l'extérieur, assis sur un muret, en compagnie des soignants.

Les patients ont tous été entendus en présence des soignants qui les accompagnaient. Bien que la porte ait été fermée, l'audience s'est officiellement tenue publiquement.

Le JLD a repris avec chaque patient les motifs de fait ayant conduit à son hospitalisation ; il a exposé son rôle, en ne cachant pas que son contrôle portait « surtout sur la forme », précisant à l'occasion qu'il fondait sa décision « sur les certificats médicaux et sur l'audience ». Les patients se sont exprimés, notamment sur le vécu de leur hospitalisation. La plupart se sont déclarés favorables à leur maintien. Les soignants ont été invités à faire valoir les éléments nouveaux depuis le dernier certificat médical et n'ont pas exprimé de réticence à fournir cette information. Le procureur a requis de façon simple et claire.

La décision n'est pas annoncée sur le champ ; le juge indique qu'il l'adressera dans le courant de l'après-midi. A ceux qu'il sent compliants aux soins, il indique le sens prévisible de la décision. Lorsqu'il pressent une opposition, il indique au patient qu'il pourra le saisir à nouveau par courrier pour un nouvel examen de sa situation. Il semble que le choix d'un délibéré ait été adopté à la demande des équipes soignantes, pour qui il était difficile de gérer les manifestations de protestation des patients durant le trajet du retour.

Plusieurs des patients rencontrés ont fait savoir qu'ils avaient été informés de l'audience la veille. Aucun n'avait d'avocat.

Quelques situations ont plus particulièrement retenu l'attention des contrôleurs :

- une patiente née en 1924, manifestement malvoyante, s'est étonnée du dispositif de visioconférence ; interrogée par le juge sur son accord pour comparaître de cette façon, elle a répondu : « on ne m'a pas vraiment laissé le choix » ; l'audience s'est poursuivie ; la patiente s'est exprimée avec une certaine forme de spontanéité : « je n'ai pas à me plaindre ni des soins ni des soignants », « je ne pense pas qu'on garde les gens à l'hôpital s'ils n'ont pas besoin » et, au moment des réquisitions « attention, je vous entends mais je n'ai pas le temps d'assimiler », à la suite de quoi le procureur a ralenti son débit ; en réponse aux propos de la présidente qui lui laissait entendre que la décision irait vers un maintien, la patiente a conclu : « vous avez la science que je n'ai pas, je m'inclinerai ».

A l'issue de l'audience, la patiente a pu dire aux contrôleurs qu'elle n'avait pas compris, avant l'audience, qu'elle allait « rencontrer » un juge, pensant voir un médecin ; elle a indiqué qu'elle n'avait pas pu distinguer l'image du juge à l'écran (pas plus que celle du procureur ni du greffier) ;

- plusieurs personnes ont fait part de leur regret de n'avoir pas été assistées d'un avocat ; l'une l'a manifesté en ces termes aux contrôleurs : « j'aurais bien pris un avocat, mais je savais qu'il fallait monter un dossier de commission d'office, c'était trop long ; je savais aussi que c'était une visio ; c'est un drôle de système mais j'ai cédé ; ils ont mieux argumenté que moi » ; plusieurs patients rencontrés dans les unités ont tenu un discours comparable ;
- une personne détenue a été conduite par les gendarmes jusqu'à l'entrée de la salle d'audience ; les gendarmes sont restés à la porte et seuls les soignants sont

entrés avec le patient ; plusieurs personnes ont par la suite exprimé leur surprise : « d'habitude il ne passe pas en visio, on a un certificat médical ».

La notification de la décision du JLD est faxée à l'AGH, en général l'après-midi même de l'audience ; elle est immédiatement adressée à la secrétaire médicale du pôle qui se charge de la notification selon le même mode que pour les décisions préfectorales. La décision du JLD est accompagnée d'un formulaire à destination du patient, comportant les mentions utiles à l'exercice des voies de recours ainsi que d'un récépissé d'ordonnance que le patient doit signer à la remise de l'ordonnance et que l'administration hospitalière se charge de retourner au greffe du JLD.

Au cours de l'année 2012, 963 patients ont fait l'objet d'une décision du JLD ; 755 personnes ont été entendues par visioconférence, 16 ont comparu au TGI, 192 ont été dispensées de comparaître.

Du 1^{er} janvier au 3 juin 2013 inclus, 446 patients ont fait l'objet d'une décision du JLD, 352 audiences par visioconférence se sont tenues, 10 personnes ont comparu au TGI, quatre-vingt quatre ont été dispensées de comparaître.

Sur les cinq premiers mois de l'année 2013 :

- 444 décisions ont été rendues (433 maintiens, 5 mainlevées, 2 demandes d'expertise, 4 non-lieu à statuer, en raison de programmes de soins intervenus après la saisine).
- 10 patients ont saisi le JLD (les 430 autres décisions relèvent donc de l'intervention de plein droit ou du contrôle systématique) ;
- 3 patients (présents à l'audience) ont été assistés d'un avocat ;
- 75 patients ont été représentés par un avocat (alors que 80 patients ont été dispensés de comparaître) ;
- 7 patients ont interjeté appel, dont l'un suite à une décision de mainlevée (le procureur de la République a fait appel 2 fois).

Les notifications ont été étudiées à partir d'un échantillon concernant le mois de mai 2013 : sur quatre-vingt-six décisions rendues par le JLD, soixante et onze ont été remises au patient (AR signé) dans un délai variant de un à douze jours, huit fois, l'accusé réception a été signé par un tiers (cadre de santé, IDE ou secrétaire médicale).

L'absence de retour concernait exclusivement des décisions parvenues à l'hôpital une dizaine de jours avant le contrôle.

Le barreau de Beauvais a été contacté par les contrôleurs. Il compte soixante-dix avocats et assure la défense des personnes hospitalisées sans consentement à travers une permanence dite « pôle victimes », qui comprend une dizaine d'avocats volontaires.

Le barreau a été associé à la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 et, « compte-tenu de l'éloignement de l'hôpital », ne s'est pas opposé à la visioconférence. Les avocats ne se déplacent pas à l'hôpital pour rencontrer leur client et assistent à l'audience, côté juge. Dans ce cas, ils ont un bref entretien « en tête à tête » avec leur client par visioconférence, avant l'examen de l'affaire. Les avocats estiment que les patients ont quelque avantage à éviter un déplacement au TGI, fatigant pour eux ; de leur côté, ils estiment que les conditions de leur

désignation (deux jours à l'avance) et de leur indemnisation, constituent un obstacle à leur déplacement à l'hôpital.

3.2.3 Le collège pluridisciplinaire

Le collège pluridisciplinaire (cf. *infra* § 3.3.5) se tient une fois par an, à la date anniversaire de l'admission. Au moment du contrôle, 100 patients étaient potentiellement concernées par ce dispositif.

A l'exception du CPHT de Compiègne, qui prend soin de solliciter un médecin de l'autre pôle, la secrétaire médicale du pôle (qui planifie les collèges en lien avec l'AGH) fait le plus souvent appel à un médecin du même pôle, après avoir pris soin de s'assurer qu'il ne participe pas à la prise en charge et n'a jamais signé de certificat médical à propos du patient concerné.

La troisième personne composant le collège est variable : cadre ou infirmier le plus souvent. A titre très exceptionnel, il aurait été fait appel à un aide-soignant.

Selon les renseignements recueillis, les pratiques sont très diverses. Le médecin ne participant pas à la prise en charge ne rencontre qu'exceptionnellement le malade ; il serait arrivé que le collège ne se réunisse pas réellement. L'un des membres non médecin a en effet pu dire aux contrôleurs : « on m'a présenté un document, j'étais d'accord, j'ai signé ».

Les avis auxquels les contrôleurs ont eu accès étaient motivés.

3.2.4 La levée sur proposition du psychiatre

Selon les données communiquées par l'hôpital, quatre-vingt-quatre demandes de levée de la mesure d'ASPDRE ont été proposées par un psychiatre au cours des cinq premiers mois de l'année 2013. Le préfet a opposé quinze refus et sollicité trois fois un deuxième avis.

Les motifs de refus tiennent le plus souvent à la persistance de la dangerosité, à l'absence de sorties accompagnées, et, parfois, à une contradiction dans les certificats médicaux.

Ces chiffres, communiqués par l'administration, viennent atténuer les propos tenus par certaines équipes, selon lesquelles le préfet opposerait un refus « systématique ». Le cas a cependant été cité d'un refus rendu malgré un deuxième avis favorable. Il était question de soumettre la situation au JLD.

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

Un des jours du contrôle, dix-huit patients en SPDRE (sur 123 présents) et 76 en SPDT (sur 307 présents) bénéficiaient, de manière plus ou moins régulière, de sorties accompagnées.

Au total, les 18 patients admis en SPDRE avaient bénéficié de 60 sorties lors des cinq premiers mois de l'année et les 76 patients admis en SPDT de 327 sorties.

Dans la quasi-totalité des cas pour les SPDRE et de manière largement majoritaire pour les SPDT, les accompagnements sont le fait des soignants.

Le type et la nature des sorties sont très variables mais, selon les renseignements recueillis au sein des unités, il s'agit majoritairement de sorties dans le parc et de la participation à des activités qui se déroulent sur le site (atelier de jour, cafeteria...).

3.3 Les registres de la loi

Le service « administration-gestion des hospitalisés » se situe dans le bâtiment A comprenant également : la direction des affaires logistiques, la direction des affaires financières et le département d'informations médicales, le service informatique.

Il comprend trois bureaux dont le plus important est doté d'armoires dans lesquelles sont stockés les différents registres de la loi.

Ce service est sous la responsabilité de la direction de la qualité, des affaires hospitalières et des droits des patients.

Il comprend une attachée d'administration, une adjointe des cadres hospitaliers et quatre agents.

De plus, sont rattachés à ce service et affectés dans chaque pôle, des adjoints administratifs appelés « gestionnaires », lesquels sont chargés de la gestion de l'ensemble des hospitalisations en lien étroit avec le service central.

Les registres de la loi sont confectionnés et imprimés par l'établissement et services d'aide par le travail (ESAT) du CHI. Au jour de la visite des contrôleurs les registres n'avaient pas été actualisés en application de la loi de 2011 : s'y trouvaient encore les termes « hospitalisation d'office », « hospitalisation à la demande d'un tiers ».

3.3.1 La tenue des registres de la loi.

Quatre registres sont en activité :

- deux registres pour les admissions en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SPDRE) : un pour les hommes, un pour les femmes ;
- deux registres pour les admissions en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (ASPDT) : un pour les hommes, un pour les femmes.

Tous les registres sont ouverts par le maire de Clermont de l'Oise avec la mention « Registre des malades entrés en hospitalisation sur DT/HO au CHI de Clermont de l'Oise. Le présent registre contenant 500 pages a été côté et paraphé par ..., maire de Clermont de l'Oise ». Cela est daté et signé par le maire ; d'autre part un tampon de la mairie est apposé sur toutes les pages, le maire signant également la dernière page du registre.

Les registres en activité sont les suivants :

- le registre numéro 219 concerne les SPDRE hommes ; il a été ouvert le 21 mars 2012 ; la première entrée inscrite sur le folio 231 701 est un patient admis en application de l'article D398 du code de procédure pénale ; le dernier folio utilisé porte le numéro 240 690 et concerne un patient admis sur décision du représentant de l'Etat, entré le 1er juin 2013 ;
- le registre numéro 188 concerne les SPDRE femmes ; il a été ouvert le 19 août 2008 ; la première entrée inscrite sur le folio 167 185 est une patiente admise le 21 mars 2010 ; le dernier folio utilisé porte le numéro 240 349 et concerne une ASPDRE entrée le 29 mai 2013 ;
- le registre numéro 221 concerne les ASPDT hommes ; il a été ouvert le 1^{er} octobre 2012 ; la première entrée inscrite sur le folio 234 379 est un patient admis le 15

mars 2013 ; le dernier folio utilisé porte le numéro 240 628 et concerne un ASPDT entré le 1^{er} juin 2013 ;

- le registre numéro 220 concerne les ASPDT femmes ; il a été ouvert le 1^{er} octobre 2012 ; la première entrée date du 3 mars 2013 ; le dernier folio utilisé porte le numéro 240 648 et concerne une ASPDT entrée le 1^{er} juin 2013.

Toutes les pièces concernant un patient sont photocopiées et réduites à 70 % puis collées sur les folios ; aucun tampon n'est apposé partie sur la pièce et partie sur le folio aux fins de s'assurer de l'éventuelle perte ou arrachage de l'une des pièces.

L'établissement a fait le choix de ne pas coller toutes les pièces concernant un patient.

À titre d'exemple :

- tous les certificats médicaux ne sont pas collés ; pour les ASPRE n'est collé ni le certificat médical d'admission ni le certificat médical de levée ;
- l'arrêté municipal pour une ASPRE n'est collé que si l'arrêté préfectoral ne le confirme pas ;
- aucune notification n'est enregistrée ;
- pour les ASPDT aucune décision du directeur n'est collée ;
- la demande de tiers n'est pas collée ; il est uniquement indiqué manuellement le nom du tiers et son adresse ;

Le paragraphe ci-après 3.3.4 relève, sur le registre de la loi, les pièces collées pour différents patients, ce qui traduit la difficulté du suivi de la possession des pièces réglementaires.

Il a été indiqué aux contrôleurs que toutes les pièces se trouvent dans le dossier administratif du patient. Quelques dossiers ont été consultés, les pièces y sont mais pas dans un ordre chronologique.

Cette application de la tenue des registres a pour conséquence que tous les folios ne sont pas utilisés ; il a été indiqué aux contrôleurs que si cela avait été le cas il serait ajouté des pages supplémentaires, ce qui a pu être vu dans un registre numéro 80 ouvert le 24 avril 1999 pour un patient ASPRE homme entré le 15 mai 2000 ; cinq feuilles volantes, soit dix pages, ont été ajoutées mentionnant le parcours de ce patient ; ce patient occupait six pages du registre plus dix pages ajoutées.

Les décisions du préfet concernant les ASPRE sont prises mais uniquement présentes dans le dossier ; dans les décisions d'admission, il est indiqué qu'un recours peut être fait contre celles-ci devant le juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de Beauvais et devant la commission départementale des soins psychiatriques ; dans les décisions de levée, il est indiqué « un exemplaire de cette décision est à remettre à l'intéressé ».

Les modalités de notification sont réalisées exceptionnellement par le gestionnaire accompagné d'un soignant mais le plus souvent par le secrétariat médical ou un soignant ; ces notifications sont signées soit par le patient, soit par le soignant pour le compte du patient ; les contrôleurs ont vu une notification d'une copie d'un arrêté préfectoral du 22 mai 2013 signé par le patient le 23 mai 2013 ; les contrôleurs ont également vu une notification d'une

ordonnance du JLD du 21 mai 2013 signée par deux soignants le 21 mai 2013 qui indique : « déclare que la personne hospitalisée a refusé de signer mais que la copie de l'ordonnance et la notification des droits de recours lui ont été remises ».

Les relations avec l'ARS s'effectuent par mail sur une adresse dédiée. L'établissement envoie les originaux des pièces concernant les ASPRE ; pour les ASPDT ce sont les copies qui sont transmises.

Les échanges entre le service central de gestion des hospitalisés et les gestionnaires affectés dans les pôles s'effectuent également par mail, les gestionnaires transmettant les différents certificats médicaux, le service central leur transmettant les arrêtés.

Les dates de recueil des certificats médicaux sont suivies par l'agent gestionnaire qui sollicite alors le secrétariat médical. Suivant les différents pôles la méthodologie de suivi des échéanciers des gestionnaires et des secrétariats médicaux est différente ; toutefois les contrôleurs n'ont pas constaté d'erreur de date de transmission.

Lors des sorties de patients, toutes les pièces des dossiers administratifs sont centralisées dans les pôles, dans une armoire située dans le bureau du gestionnaire, celui-ci assurant concrètement la gestion du dossier de l'admission, à la sortie, à la facturation et ce en lien avec les assistantes sociales, les secrétariats médicaux.

Les décisions de délégations de signatures sont publiées au recueil des actes administratifs du département. Celui du 28 juillet 2011 comprend des décisions de délégations datant du 11 mai 2011.

3.3.2 Les admissions.

En ce qui concerne les admissions en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (ASPDT), le tableau suivant retrace l'activité :

Année	ASPDT classique (2 certificats)	ASPDT urgence (1 certificat)	ASPDT péril imminent Pas de tiers	Total
2012	504	206	151	869
Du 01/01/13 au 31/05/13	191	114	83	388

Les admissions pour péril imminent pour 2012 représentent 17,5 % des admissions.

Les admissions pour péril imminent pour les cinq premiers mois de l'année 2013 représentent 21,4 % des admissions.

Pour les admissions sur demande du représentant de l'État (ASPRE), le tableau suivant retrace les activités :

Année	Art.3213-1 CSP (préfet)	Art. 3213-2 CSP (maire)	Art. 122-1 du CP Art. 706-35 du CPP	Art. D 398 (détenus)	Total
2012	44	89	8	108	249
Du 01/01/13 au 31/05/13	10	47	-	31	88

Les admissions des personnes détenues en application de l'article D 398 du CPP représentant 43,37 % des admissions en 2012 et 35,23 % des admissions pour les cinq premiers mois de l'année 2013.

En 2012, les personnes détenues provenaient des trois établissements pénitentiaires du département : Liancourt, Beauvais, Compiègne.

Les admissions en application de l'article L 3213-2 CSP représentent : 63,11 % des admissions en 2012 et 82,45 % des admissions des cinq premiers mois de l'année 2013.

3.3.3 La situation lors de la visite des contrôleurs

Le 6 juin 2013, la répartition entre les différents modes d'admission était :

- soins libres : 421 ;
- ASPRE : 64 patients étaient présents dont 13 avec programme de soins sans date de fin ;
- ASPDT : 298 patients étaient gérés dont 139 avec un programme de soins sans date de retour et 11 avec un programme de soins avec une date de retour.

3.3.4 De quelques éléments relevés sur les registres de la loi

Deux cas particuliers :

1^{er} cas

- certificat médical du 5 décembre 2012 pour admission en ASPRE d'un patient ;
- arrêté préfectoral du 6 décembre 2012 stipulant « Considérant qu'il résulte du contenu du certificat médical du docteur ..., joint au présent arrêté et dont je m'approprie les termes, que les troubles mentaux présentés par M... nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public et rendent nécessaire son admission en soins psychiatriques » ; l'admission fut effective ;
- certificat médical du 9 janvier 2013 stipule : « L'état clinique de M... est stable et son comportement est totalement adapté dans le service. Bonne critique de ses troubles. Disparition des éléments psychotiques avec une adhésion totale aux soins. Au vu de ces éléments, j'autorise M... à sortir seul dans le parc du CHI et en ville à Clermont, de 16h à 17h, tous les jours de la semaine, à compter du mardi 15 janvier 2013 » ;
- mail émanant de l'ARS, reçu à l'établissement le 11 janvier 2013 stipule : « Le directeur de cabinet souhaite avoir l'avis d'experts sur l'état psychiatrique de M... ; en conséquence le programme de soins sollicité est refusé dans l'attente du rapport de l'expert » ;
- c'est un arrêté préfectoral du 13 mars 2013 qui stipule : « M... faisant l'objet de soins psychiatriques, est pris en charge, à compter du 17 mars 2013 sous la forme des modalités définies dans le programme de soins ci-joint ».

2^{ème} cas

- certificat médical du 9 mai 2013 sollicitant une admission en ASPRE ;

- arrêté municipal du 9 mai 2013 pour l'admission ;
- arrêté préfectoral du 10 mai 2013 confirmant l'hospitalisation ;
- certificat médical du 14 mai 2013 demandant la levée de l'ASPRE ;
- mail émanant de l'ARS reçu à l'établissement le 15 mai 2013 stipulant : « Le directeur de cabinet refuse la levée au regard de la dangerosité exprimée par l'intéressé et l'absence de sortie ou de programme de soins, dans une prise en charge très récente ».

Huit cas relevés sur les registres de la loi des ASPDRE :

Folio 240 690

- certificat médical d'admission du 1er juin 2013 ;
- arrêté préfectoral du 2 juin 2013 indiquant : « Est ordonnée l'admission en soins psychiatriques sous la forme initiale d'une hospitalisation complète de M... jusqu'au 1er juillet 2013 inclus, sous réserve de la décision éventuelle prise par le juge des libertés et de la détention » ; cette décision préfectorale vise l'arrêté établi par un maire le 1er juin 2013 ; l'arrêté du maire et le certificat de 24h ne sont pas dans le registre de la loi.

Folio 236 868

- certificat médical d'admission du 2 mai 2013 ;
- arrêté préfectoral du 2 mai 2013 pour admission en hospitalisation complète ;
- arrêté préfectoral du 4 mai 2013 demandant la poursuite de l'hospitalisation complète ;
- pas d'autre pièce dans le registre.

Folio 234 425

- certificat médical d'admission du 15 mars 2013 ;
- arrêté du maire de la commune Clermont de l'Oise du 15 mars 2013 ;
- mention notée sur le registre : « Date de sortie 16 mars 2013 ».

Folio 234 308

- certificat médical du médecin de l'infirmierie psychiatrique de la préfecture de police (Paris) du 12 mars 2013 pour admission ;
- arrêté du préfet de police de Paris du 13 mars 2013 pour admission en soins psychiatriques à l'EPSM Maison Blanche avec transfert immédiat au CHI de Clermont de l'Oise : « A compter de ce jour et ce pour une durée qui, sauf prolongation éventuelle, est limitée à un mois » ;
- arrêté du préfet de l'Oise du 15 mars 2013 pour admission au CHI de Clermont ;
- arrêté du préfet de l'Oise du 4 avril 2013 stipulant : « La mesure en soins psychiatriques de M... est maintenue pour une durée de trois mois à compter du 13 avril 2013 jusqu'au 13 juillet 2013 inclus » ;

- arrêté du préfet de l'Oise du 26 avril 2013 stipulant : « Il est mis fin à la mesure de soins psychiatriques de M... à compter de ce jour » ;
- sur ce registre les contrôleurs ont pu voir une phrase indiquant « M... faisant l'objet de soins psychiatriques est pris en charge à compter du 20 mars 2013 sous la forme et les modalités définies dans le programme de soins ci-joint » ;
- il n'a pas été vu d'arrêté préfectoral ;
- mention notée sur le registre : « Date de sortie 26 avril 2013 ».

Folio 232 821

- certificat médical d'admission du 18 février 2013 à 10h ;
- arrêté préfectoral du 19 février 2013, lequel vise un arrêté municipal du 18 février 2013 ;
- arrêté préfectoral du 20 février 2013 confirmant la poursuite des soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète ;
- arrêté préfectoral du 12 mars 2013 stipulant : « La mesure des soins psychiatriques de M... est maintenue pour une durée maximale de trois mois à compter du 18 mars 2013 au 18 juin 2013 inclus » ;
- pas d'autre certificat médical sur le registre ;
- mention notée sur le registre : « JLD 04/03/2013 - maintien ».

Folio 231 701

- certificat médical du 29 janvier 2013 d'un médecin d'UCSA pour admission d'une personne détenue ;
- arrêté préfectoral du 29 janvier 2013 ordonnant l'admission ;
- arrêté préfectoral du 1^{er} février 2013 mettant fin à la mesure de soins psychiatriques ;
- mention notée sur le registre : « Date de sortie 1^{er} février 2013 ».

Folio 232 271

- certificat médical du 8 février 2013 d'un médecin d'UCSA pour admission d'une personne détenue ;
- arrêté préfectoral du 8 février 2013 ordonnant l'admission ;
- arrêté préfectoral du 12 février 2013 maintenant l'hospitalisation complète ;
- arrêté préfectoral du 20 février 2013 mettant fin aux soins psychiatriques ;
- mention notée sur le registre : « Date de sortie 20 février 2013 » ;
- pas d'autre certificat dans le registre.

Folio 220 630

- ordonnance du président du tribunal de grande instance de Senlis du 19 juillet 2012 pour « l'hospitalisation d'office » indiquant : « Par ces motifs : ordonne l'hospitalisation d'office... rappelle que l'exécution provisoire est de droit ; ordonne la transmission immédiate au procureur de la République » ;
- arrêté préfectoral du 23 juillet 2012 indiquant : « Les soins psychiatriques de M... se poursuivent sous la forme d'une hospitalisation complète au CHI de Clermont de l'Oise » ;
- arrêté préfectoral du 14 novembre 2012 maintenant les soins psychiatriques sous forme d'une hospitalisation complète ;
- pas d'autre pièce dans le registre.

Six cas relevés sur les registres de la loi ASPDT :

Folio 240 648

- certificat médical du 1^{er} juin 2013 pour admission ASPDT urgence ;
- certificat médical du 2 juin 2013 stipulant « : « Les soins ASPDT U sont justifiés - à maintenir » ;
- mention indiquant le nom, la profession et l'adresse du tiers ;
- pas d'autre pièce dans le registre ;

Folio 234 855

- deux certificats médicaux de praticiens différents du 23 mars 2013 pour admission en ASPDT classique ;
- certificat médical de 24h pour maintien de la mesure ;
- certificat médical du 26mars 2013 pour maintien de la mesure ;
- certificat médical du 29 mars 2013 pour maintien de la mesure ;
- la mention suivante est notée : « JLD le 5/04/13 - maintien ».

Folio 234 849

- certificat médical du 23 mars 2013 dans le cadre de la procédure de péril imminent ;
- certificat médical du 24 mars 2013 pour maintien de la mesure ;
- certificat médical du 26 mars 2013 de 72h pour maintien de la mesure ;
- certificat médical du 29 mars 2013 de huitaine pour maintien de la mesure ;
- certificat médical du 8 avril 2013 pour levée de la mesure ;
- la mention suivante est notée : « 05/04/13 - maintien » ;
- « date de sortie : 8 avril 2013 » ;
- pas d'autre pièce dans le registre.
-

Folio 234 547

- certificat médical du 19 mars 2013 pour ASPDT d'urgence ;
- certificat médical du 20 mars 2013 de 24h maintenant la mesure ;
- certificat médical du 22 mars 2013 de 72h pour maintien de la mesure ;
- certificat médical du 25 mars 2013 de huitaine pour maintien de la mesure ;
- mention indiquant le nom, la profession et l'adresse du tiers ;
- la mention suivante est notée : « JLD le 29/03/13 - maintien » ;
- pas d'autre pièce dans le registre.

Folio 234 315

- certificat médical du 3 mars 2013 pour admission d'urgence ;
- certificat médical du 4 mars 2013 de 24h maintenant la mesure ;
- certificat médical du 6 mars 2013 de 72h maintenant la mesure ;
- certificat médical du 8 mars 2013 de huitaine maintenant la mesure ;
- certificat médical du 19 avril 2013 levant la mesure ;
- la mention suivante est notée : « JLD le 15/03/13 - maintien » ;
- mention indiquant le nom, la profession et l'adresse du tiers ;
- mention « date de sortie : 19 avril 2013 ».

Folio 234 377

- certificat médical du 14 mars 2013 pour admission d'urgence ;
- certificat médical du 15 mars 2013 de 24h maintenant la mesure ;
- certificat médical du 16 mars 2013 de 72h maintenant la mesure ;
- certificat médical du 22 mars 2013 de huitaine maintenant la mesure ;
- les mentions suivantes sont notées : « JLD 27/03/13 - maintien ; JLD 29/04/13 - maintien » ;
- mention indiquant le nom, la profession et l'adresse du tiers.

Les différentes formes d'ASPDT :

Sur trente-et-une personnes soignées relevant de l'ASPDT, les contrôleurs ont relevé les points suivants :

- ASPDT classique (2 certificats) : dix-huit ;
- ASPDT d'urgence (1 certificat) : sept ;
- ASPDT péril imminent : six.

Pour les vingt-cinq ASPDT classiques ou d'urgence les tiers étaient : la mère : six fois ; le frère : cinq fois ; le père : trois fois ; le fils ou la fille : trois fois ; le mandataire judiciaire : trois fois ; le mari : deux fois ; l'épouse : une fois ; la tante : une fois ; l'ex conjoint : une fois.

3.3.5 Le collège pluridisciplinaire

Le collège pluridisciplinaire fait l'objet d'une lettre de convocation transmise par le directeur mentionnant :

- la date, l'heure et le lieu de réunion ;
- le nom du patient concerné ;
- la composition du collège (le psychiatre traitant, le psychiatre ne participant pas à la prise en charge, un membre de l'équipe pluridisciplinaire) ;
- l'obligation de transmission du compte rendu signé des trois participants.

Il a été relevé quelques avis :

- une convocation du 23 juillet 2012 pour une réunion le 1^{er} août 2012 à 11h30 ; l'avis du collège médical a été rendu le même jour : « Son état est actuellement stabilisé. Il manifeste une bonne adhésion au protocole de soins établi par l'équipe de soins ainsi qu'à la prise en charge à la maison de... ; à raison de deux jours par mois. Il participe aux activités thérapeutiques proposées par l'unité de soins ainsi que l'unité sports-loisirs du CHI, sans trouble particulier. Projet de réhabilitation et projet social en cours de finalisation. SDTU à maintenir » ;
- une convocation du 24 juillet 2012 pour une réunion le 6 septembre 2012 à 15h ; l'avis du collège médical a été rendu le même jour : « Un projet d'installation progressive en ville est en cours dans le cadre d'un programme de soins. Dans ce cadre les soins doivent être suivis sur le mode actuel » ;
- une convocation du 28 août 2012 pour une réunion le 10 septembre 2012 à 14h30 ; l'avis du collège médical a été rendu le même jour : « Des programmes de soins réguliers sont prévus avec des accueils le week-end au domicile parental qui se sont toujours déroulés dans d'excellentes conditions. Les soins psychiatriques à la demande d'un tiers sont justifiés et restent à maintenir » ;
- une convocation du 28 septembre 2012 pour une réunion le 1^{er} octobre 2012 à 10h ; l'avis du collège médical a été rendu le même jour : « Le mécanisme est principalement interprétatif et hallucinatoire. Elle est dans le déni de sa pathologie. On note de nombreuses demandes et projets inadaptés. Cependant elle participe régulièrement aux activités de l'hôpital de jour. En l'absence de consentement aux soins, l'hospitalisation en ASPDT doit être maintenue » ;
- une convocation du 6 mars 2013 pour une réunion le 15 mars 2013 à 14h ; l'avis du collège médical a été rendu le même jour : « Maintien de l'ASPDT en hospitalisation complète nécessaire » ;
- une convocation du 8 avril 2013 pour une réunion le 9 avril 2013 à 14h30 ; l'avis du collège médical a été rendu le même jour : « M... a été hospitalisé le 5 avril 2012 suite à des troubles du comportement transformés le 11 avril 2012 en ASPPI du fait d'un refus de soins. Il est sorti depuis le 7 décembre 2012. Il était

hébergé à la maison communautaire. Il travaille à l'ESAT 4 jours par semaine. Il semble compliant au traitement. Il vient d'aménager dans son appartement. Il ne semble pas investir ce lieu. En vue de prévenir une désocialisation de ce patient, du fait de changement de domicile, nous maintenons la mesure de soins sous contrainte » ;

- une convocation du 15 mai 2013 pour une réunion le 16 mai 2013 à 14h ; l'avis du collège médical a été rendu le même jour : « Devant une légère amélioration clinique avec mise à distance des éléments mégalomaniaques, une reprise des activités au centre de jour est envisagée. Maintien des soins psychiatriques sur demande d'un tiers ».

3.3.6 Les programmes de soins.

Les programmes de soins concernant un patient en ASPRE font l'objet d'un arrêté préfectoral.

Une note de service du directeur en date du 11 août 2011 concernant les modalités des sorties des patients en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État stipule notamment : « Pour les sorties accompagnées de moins de 12h le préfet doit être informé 48h avant le début de la sortie. Pour le programme de soins, il est nécessaire de prévoir un délai de cinq jours ouvrés, comme auparavant pour les sorties d'essai. De même, je vous rappelle qu'aucun patient en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État n'est autorisé à sortir seul dans le parc ».

Les programmes de soins concernant un patient en ASPDT font l'objet d'une décision du directeur ainsi libellée :

« Décide :

Article 1 : M... faisant l'objet d'une mesure de soins psychiatriques à la demande d'un tiers/à la demande d'un tiers urgente/avec existante d'un péril imminent, est pris en charge, à compter du ... sous la forme et les modalités définies dans le programme de soins ci-après ;

Article 2 : Il peut être mis fin à cette décision à tout moment sur demande motivée d'un psychiatre certifiant que les conditions du programme de soins ne sont plus réunies ;

Article 3 : un exemplaire de cette décision est à remettre à l'intéressé ».

Il a été relevé quelques exemples concernant des programmes de soins de patients en ASPRE :

- après une motivation, le programme de soins du 27 mai 2013 stipulait : « Les différentes permissions se sont déroulées de façon satisfaisante. Nous vous sollicitons pour que le patient puisse bénéficier d'un programme de soins au domicile parental du 31/05/2013-11h30 au 9/06/2013-18h. Il sera accompagné à l'aller et au retour par sa mère. ASPRE à maintenir ». L'arrêté préfectoral du 28 mai 2013 confirme cette proposition et indique aussi « A compter du 9 juin 2013 (18h) la prise en charge de M... se poursuivra sous hospitalisation complète » ;
- un programme de soins stipulait : « M... bénéficie depuis de nombreuses années de sorties seul en ville qui se déroulent sans problème, à savoir : tous les lundis de 10h à 12h et de 14h à 16h, tous les mardis de 10h à 12h et de 14h à 16h, tous les mercredis de 14h à 16h, tous les jeudis de 10h à 12h, tous les vendredis de

10h à 12h et de 14h à 16h, tous les samedis de 10h à 12h. Depuis le 11 janvier 2013 M. ... bénéficie de permissions tous les deuxièmes vendredis de chaque mois de 9h à 19h. A compter du vendredi 29 mars 2013, M. ... bénéficiera de permissions tous les vendredis de 9h à 19h. Les modalités des programmes de soins précédents restent inchangés ». L'arrêté préfectoral du 25 mars 2013 confirme ce programme de soins ;

- un programme de soins du 8 juin 2012 stipulait : « Il a bénéficié de permissions de moins de 12h qui se sont toutes bien déroulées. Il a bâti avec succès un projet d'habitation individuelle et il a obtenu un appartement. Son père et lui souhaitent passer plusieurs jours ensemble à aménager l'appartement. Sa présence dans le service n'a plus d'intérêt sur le plan thérapeutique ; c'est pourquoi je demande à ce qu'un programme de soins avec retour à domicile, adresse ... lui soit accordé le 25 juin 2012 à partir de 9h accompagné par son père. Il sera suivi au CMP de Compiègne par le docteur ... (prochain rendez-vous fixé : 6/07/2012 et 20/07/2012). Il devra recevoir son traitement neuroleptique retard par notre équipe de secteur ». Un nouveau programme de soins du 25 juin 2012 indiquait « M. ... faisant l'objet de soins psychiatriques sera pris en charge à compter du 27 juin 2012 à partir de 10h et non le 25 juin 2012 sous la forme et les modalités définies dans le programme de soins établi le 8 juin 2012 ». Un arrêté préfectoral du 26 juin 20102 confirme ces propositions.

3.4 L'information sur la visite des autorités

Sur les registres de l'établissement il est prévu une feuille qui doit être signée par les autorités amenées à effectuer une visite de l'établissement et à examiner les registres de la loi.

Sur les quatre registres en cours les contrôleurs ont constaté des visites qui ont été formalisées uniquement sur les deux registres ouverts pour les ASPRE.

Aucun des registres n'a été signé par les représentants de la commission départementale des soins psychiatriques.

Le registre des admissions en soins psychiatriques femmes a été signé aux dates suivantes : 4 juin 2010 : présidente du tribunal de grande instance, vice-procureur ainsi que le juge des libertés et de la détention ; 7 décembre 2010 : vice-procureur ; 21 janvier 2011 : président du TGI ; 4 mai 2011 : présidente du TGI et vice-procureur ; 5 décembre 2011 : président du TGI et vice-procureur ; 19 juillet 2012 : présidente du TGI et vice-procureur ; 17 octobre 2012 : vice-procureur ; 18 février 2013 : présidente du TGI et vice-procureur.

Le registre des admissions en soins psychiatriques a été signé aux dates suivantes : 18 février 2013 : présidente du TGI et vice procureur.

3.5 La protection juridique des majeurs

Le service des majeurs protégé, qui relève du syndicat inter hospitalier de l'Oise, est installé dans les locaux de Clermont de l'Oise. Il comprend cinq agents et un effectif de 5 ETP, qui se répartissent la gestion des mesures de protection à raison de 2,5 ETP pour les patients du CHI (y compris la MAS, les foyers de vie et les appartements thérapeutiques), un ETP pour les patients des services extérieurs (établissement et service d'aide par le travail –ESAT, centre médico-psychologique-CMP), et 1,5 ETP pour les résidents des maisons de retraite.

3.5.1 Les mesures de placement

Les demandes de placement sous mesure de protection sont effectuées tantôt par la famille ou les proches du patient, tantôt par l'assistante sociale du pôle où il est admis, laquelle saisit le procureur de la République près du tribunal de grande instance de Beauvais.

Lorsque le CHI est désigné mandataire judiciaire par le jugement qui place la personne sous protection judiciaire, il assure la représentation de ces patients lorsqu'ils sont placés sous mesure de tutelle et leur assistance lorsqu'ils font l'objet d'une curatelle. En attendant l'intervention du jugement, lorsque le juge des tutelles a été saisi, ou pour une opération particulière, par exemple la résiliation d'un bail, le patient peut être placé sous sauvegarde de justice.

Le service des majeurs protégés gère 275 mesures – toutes mesures confondues - pour les patients du CHI dont 158 sont hospitalisés à temps plein.

Le service assure la gestion administrative des protégés, notamment en ce qui concerne la protection sociale pour laquelle il veille au renouvellement des droits ou prend l'initiative de demander des aides.

S'agissant de la gestion financière, il assure la tenue des comptes des patients protégés.

Un sous-compte est ouvert au nom de chaque patient au compte des hébergés sous tutelle, avec lequel le service paie, par ordre de virement, les dépenses courantes des personnes protégées (loyers, impôts, charges etc.).

Par ailleurs, un compte bancaire de fonctionnement est ouvert pour chacun d'eux, alimenté régulièrement par le service, et dont le patient peut utiliser les fonds en les prélevant avec une carte de retrait. L'argent de poche laissé ainsi à chaque patient est fonction du solde de ses dépenses obligatoires sur ses ressources.

3.5.2 L'argent de poche

Ainsi qu'il a été indiqué ci-dessus, les personnes hospitalisées qui en ont les moyens financiers peuvent aller retirer des espèces, éventuellement accompagnées par un soignant.

Les cadres des unités peuvent conserver des sommes déposées par les patients contre reçu, et le leur donner au fur et à mesure des besoins.

3.6 La désignation d'une personne de confiance

Le livret d'accueil mentionne la personne de confiance : « Pendant votre séjour, il vous sera possible de désigner par écrit une personne de confiance choisie dans votre entourage, pour vous accompagner tout au long des soins et dans la décision à prendre. Si vous le souhaitez, elle pourra vous accompagner dans vos démarches et pourra assister aux entretiens médicaux. »

Dans la plupart des unités, une note sur la personne de confiance, élaborée en janvier 2012, est affichée sur les panneaux, avec les réponses à quatre questions : « Comment choisir ? Quel est son rôle ? Comment se fait la désignation ? Pour quelle durée ? »

La question est également abordée dans le mémento « Droits des patients » remis à chacun des membres du personnel. Un article a été publié en 2012 dans la revue interne de l'hôpital.

Le sujet est abordé en principe par l'UAU à l'arrivée d'un patient mais, en fonction de l'état clinique du patient, cela peut être fait ultérieurement en unités d'hospitalisation.

Un formulaire est classé dans le dossier administratif du patient. En revanche, il n'est porté aucune mention dans le dossier Cimaise.

Dans un audit réalisé en novembre 2012 et en janvier 2013 par la direction de la qualité, deux rubriques apparaissent, relatives à la personne de confiance. Dans 70 % des cas (novembre 2012) et dans 80 % (janvier 2013), la mention de la recherche de la personne de confiance est tracée ; la mention de l'identité de la personne à prévenir est tracée (nom, prénom, téléphone ou adresse) est tracée dans une proportion allant de 78 % des cas en novembre 2012 à 74 % des cas en janvier 2013.

3.7 L'accès au dossier médical

Le livret d'accueil indique la possibilité pour le patient d'accéder aux informations médicales qui figurent dans son dossier, sur demande écrite auprès de la direction. « Les pièces peuvent être communiquées soit directement, soit par l'intermédiaire d'un médecin et vous seront facturées ».

Il y est aussi précisé que « la direction n'est pas tenue de satisfaire les demandes de communication de dossier médical manifestement abusives par leur nombre ou le caractère systématique. »

L'accès au dossier médical est également abordée dans le mémento « Droits des patients » remis au personnel, avec le détail de la procédure à suivre.

La demande arrive en général par courrier, « rarement par courriel ». Dès réception, un accusé réception est retourné par le secrétariat de la direction de la qualité, dont le personnel a bénéficié d'une formation. Il est procédé à une vérification d'identité avant de transmettre la demande au médecin chef de pôle concerné. Quand une demande concerne un patient mineur, l'autorisation des deux parents est exigée, sauf retrait des droits d'autorité parentale de l'un d'entre eux.

Selon les services, une copie du dossier médical est transmise à la direction ou directement à l'intéressé lui-même. Dans ce dernier cas, la direction transmet au service un courrier en recommandé avec accusé de réception comprenant un formulaire sur lequel le patient doit noter qu'il a bien consulté son dossier et, le cas échéant, reçu la communication de pièces.

Les copies sont remises gratuitement dans un courrier expédié en recommandé avec accusé de réception.

Il a été indiqué qu'il n'existait plus aujourd'hui – contrairement au passé – aucune réticence de la part de médecins à faire droit à une demande d'accès au dossier médical.

Au moment du contrôle, trente-sept demandes avaient été enregistrées depuis le début de l'année 2013 : vingt-trois avaient donné lieu à une communication, huit étaient en attente d'une pièce d'identité et six en attente d'un retour du service concerné.

Pour les dossiers médicaux datant de moins de cinq ans, la communication est réalisée dans un délai moyen de deux semaines (délai légal : huit jours) ; pour les dossiers plus anciens, il est de l'ordre de deux mois.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur de l'établissement de santé indique : « pour les dossiers plus anciens, la communication n'est pas de l'ordre de 2 mois mais de 15 jours environ ».

Le dossier médical n'est transmis à un médecin traitant demandeur qu'en cas d'accord préalable du patient. Il a été indiqué aux contrôleurs que cela était parfois mal compris par certains médecins traitants, l'un aurait manifesté son incompréhension en insultant par téléphone la secrétaire de la direction de la qualité.

Depuis quelques années, l'hôpital enregistre de plus en plus de demandes émanant de descendants, conformément à la loi qui le permet dès lors que le patient est décédé depuis plus de vingt-cinq années. Pour l'année 2012, huit demandes de ce type ont été formulées.

Aucune réclamation, ni aucun recours n'était en instance sur ce point au moment du contrôle.

3.8 L'accès à l'exercice d'un culte

Tous les représentants des cultes disposent d'un badge qui leur permettent de s'identifier.

Le **culte musulman** est représenté par l'imam qui est aussi aumônier de la prison de Compiègne, ville où il réside. Il exerce depuis six ans et n'est rémunéré que depuis deux.

L'imam ne vient à l'hôpital que sur rendez-vous, pris par l'intermédiaire d'un soignant. Depuis le premier janvier 2013, il a rencontré dix-sept personnes.

Il ne porte aucun signe extérieur de sa religion et ne célèbre aucun service religieux.

Il répond à toutes les questions qu'on lui pose sur les rites mais estime que sa mission « n'est pas la religion, encore moins le prosélytisme ». Il ne distribue ni coran ni tapis de prière. Il se veut un facilitateur de dialogue entre les patients et leurs familles ainsi qu'avec le personnel soignant.

Il vérifie à la bibliothèque la présence de livres en arabe pour les malades qui le lisent et lui en font la demande régulièrement.

Il indique n'avoir pas de difficulté avec le personnel soignant et apprécie le nouveau directeur.

Le **culte catholique** dispose à Fitz-James d'un local situé au premier étage du bâtiment Sicard qui comprend un bureau, une salle d'accueil et une salle de réunion, comportant des fauteuils, une salle aménagée en chapelle avec une trentaine de chaises et des sanitaires équipés de deux lavabos et deux wc.

Le lieu est proche de l'entrée principale mais l'absence d'ascenseur en interdit l'accès à beaucoup de malades.

Le poste d'aumônier est partagé par un prêtre, moine en robe brune - pour être immédiatement identifié - et une laïque. Ils sont entourés par une équipe de quatre personnes pour assurer la permanence au local.

La messe a lieu chaque mercredi à 17h dans la chapelle et regroupe entre vingt et trente malades - plutôt des « long-courts », venus par leurs propres moyens.

Chaque trois semaines, la messe a lieu le lundi ou le vendredi dans un pôle où se regroupent ceux qui peuvent sortir. Les soignants sont rarement disponibles pour accompagner les malades.

Le lundi après-midi se tient un atelier prière et le mercredi à 15h un groupe de parole intitulé « Le mot biblique ». Entre cinq et quinze patients participent aux réunions.

Une fois par an, a lieu une sortie d'une journée en car avec vingt-cinq patients, tous admis en soins libres. Cela est de plus en plus difficile en raison des autorisations nombreuses à obtenir.

Les visites de patients dans les unités ont lieu uniquement sur demande par téléphone et très rarement sur papier. Deux journées par semaine y sont consacrées pour tout l'hôpital. L'accueil dans les unités est très variable en fonction des équipes et des lieux et les entretiens n'ont jamais lieu dans les chambres, ce qui pose un problème de confidentialité.

Il est indiqué qu'il reste un vieil anticléricalisme latent chez certains personnels pour lesquels la religion est une maladie... «On ne sait jamais trop comment on va être accueilli par les équipes et il faut se faire accepter. Dans les pavillons, une visite en appelle d'autres et c'est parfois compliqué. On ne peut jamais entrer dans les chambres d'isolement...».

Pour l'aumônerie, l'importance d'une parole libre - libérée - est la première des missions pour que les patients soient en confiance.

Depuis la mort du rabbin qui venait sur demande, il n'y a plus de présence du **culte juif**.

Le **culte protestant** est représenté par la pasteur de l'Eglise unie de France (récemment créée par l'union de l'Eglise réformée et luthérienne).

Elle ne tient pas de permanence sur les sites de l'hôpital et ne vient visiter des malades que lorsqu'elle est appelée par un service.

Depuis janvier 2013, elle a ainsi visité trois malades.

Elle indique avoir voulu visiter l'année dernière une paroissienne qui se trouvait en long séjour et s'être vu refuser la visite par le psychiatre qui ne l'a même pas reçue malgré sa demande.

3.9 La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), prévue à l'article L.3222-5 du code de la santé publique, n'a pas été mise en place depuis l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011. Aucune des personnes rencontrées n'a été en mesure d'indiquer aux contrôleurs le nom du président de la CDSP, ni même s'il avait été procédé à sa désignation.

Il en résulte une absence des visites et des réunions prévues par la loi.

Le dernier document produit est le rapport d'activité pour l'année 2009 de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP).

La CDSP est néanmoins citée dans le livret d'accueil, de même que dans le mémento à l'usage du personnel, comme autorité susceptible d'être saisie par les patients en soins psychiatriques sans consentement.

En décembre 2011, en réponse à une demande de l'agence régionale de santé (ARS), un praticien hospitalier a été désigné par le président de la CME, en l'occurrence le chef du pôle Clermont 4 qui a indiqué aux contrôleurs n'avoir jamais été sollicité depuis.

En cours de contrôle, l'information a été donnée que l'ARS aurait fixé une date de réunion de la CDSP – dont la composition restait malgré tout inconnue – au cours du mois de juillet 2013.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « au moment de la visite, la CDSP n'avait pas été constituée. Depuis la visite, la CDSP est constituée, se réunit régulièrement et est venue 3 fois dans l'établissement (mars, septembre et décembre 2014) ».

3.10 La communication avec l'extérieur

3.10.1 La télévision

Aucune chambre n'est dotée d'une télévision (aucun câblage n'a été installé dans les bâtiments). Il peut arriver que dans telle ou telle unité « au long cours » un patient soit autorisé par le médecin à installer un poste de télévision avec une antenne portative.

Cette absence de téléviseur dans les chambres correspond à une politique de soins et de lutte contre l'isolement des patients.

L'installation de poste de télévision dans les chambres sécurisées est à l'étude.

Chaque unité dispose d'une, voire deux poste de télévision disposés dans les lieux de détente. Ils sont parfois protégés dans des armoires. La taille des écrans dépend des dimensions des lieux et il reste encore un certain nombre de postes cathodiques. Les chaînes disponibles sont celles de la TNT.

L'usage des télécommandes dépend des personnels soignants des unités. L'objectif est de faire de la télévision, outre un objet de loisir-plaisir, un outil de soin : réflexion avec les patients sur le choix des programmes, télévision éteinte... Mais le peu d'activité dans la plupart des unités rend caduque cet objectif.

Dans toutes les unités sont disponibles des lecteurs de DVD ; les patients peuvent apporter après autorisation des DVD et les personnels soignants disposent de leur propre fonds. L'hôpital ne dispose pas d'un fonds commun.

Certains ateliers thérapeutiques peuvent utiliser la vidéo.

La maintenance est assurée par les services techniques. Toutes les télécommandes d'origine des postes sont remplacées par des « zapettes » qui ne permettent pas d'entrer dans les réglages autres que la recherche des chaînes.

3.10.2 Les visites

Les visites sont toutes soumises à l'avis des médecins et il peut y avoir des restrictions de personnes. L'âge de quatorze ans pour les enfants est requis mais il peut y avoir des exceptions.

Elles ont lieu l'après-midi y compris le week-end, sans horaires fixes et peuvent se dérouler dans les parcs, parfois dans les chambres selon les unités, et dans des salons ; ceux-ci disposent le plus souvent de deux entrées pour éviter aux familles de passer par l'unité (ce n'est pas pour « cacher » les malades mais par souci de confidentialité). Il est fréquent que plusieurs visites dans les salons soient communes.

A Fitz-James, les deux cafétérias ferment à 16h30 empêchant les visites pour les patients qui peuvent sortir.

Tous les rapports sexuels sont interdits.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur demande de préciser la source de cette information.

3.10.3 Le téléphone

L'accès au téléphone est toujours soumis à des consignes médicales qui peuvent varier durant le séjour du patient.

Toutes les unités disposent d'un *point-phone* à carte, le plus souvent couplé avec un appareil dédié à la réception des appels et disposé en-dessous ; ce dernier est directement accessible lors d'un appel extérieur qui passe par le standard puis au bureau des infirmiers, alors que le *point-phone* est parfois caché dans un coffre fermé.

Les cartes de téléphones sont achetées par les familles ou par les patients qui sont autorisés à sortir.

Des patients arrivent de plus en plus souvent avec leur téléphone portable et il n'y a aucun règlement général ; l'usage est soumis également aux consignes médicales.

La possibilité de prendre des photos avec les téléphones portables est un souci pour les personnels soignants, de même que la vulnérabilité de certains patients qui prêtent - ou se font voler- leur téléphone. Les téléphones portables sont en général déposés dans les casiers individuels des patients et mis à disposition en présence d'un personnel pour la durée de la conversation.

Quelques unités, seulement, permettent la confidentialité des conversations.

Deux cabines - une à Clermont et l'autre à Fitz-James - sont installées à l'extérieur des unités.

La maintenance des *points phone* est assurée par *France télécom* et celle des appareils de réception par les services techniques de l'hôpital.

3.10.4 Le courrier

Le local réservé au vagemestre se situe en bordure de l'artère principale du site de Clermont, à 100 m de l'entrée de l'établissement et accessible depuis les unités d'hospitalisation de ce site.

Le lieu se divise en trois parties :

- une partie accueil du public, large de 1,20 m, longue de 5,50 m ; une banque d'accueil de 1 m de long sur 0,40 m permet soit aux patients, soit au personnel, de rencontrer les vague mestres ; de chaque côté de cette banque se trouvent quarante-cinq boîtes de distribution du courrier sur le site de Clermont, chaque service possède une clef et doit venir récupérer le courrier, les patients accompagnent assez régulièrement les personnels venant des unités de soins. En dehors des heures d'ouverture, le courrier peut être déposé dans une boîte aux lettres extérieure disposant d'un réceptacle interne ;
- une partie sert de salle de tri de 2 m de large sur 5,50 m de long, réservée aux vague mestres ; un sanitaire avec wc, lavabo, miroir est à disposition de ceux-ci ;
- un bureau avec trois meubles-bureaux dans lequel est installé un ordinateur disposant du logiciel permettant de localiser les patients ainsi que la machine à affranchir.

Trois vague mestres, travaillant tous à temps plein, assurent un service du lundi au vendredi de 8h à 17h, avec pause de 12h à 13h. Ils disposent d'un véhicule *Berlingo* Citroën®. Ils sont chargés de la réception, du tri, de la distribution et du départ de tout le courrier administratif, professionnel et personnel pour les patients.

Il n'existe pas de boîte aux lettres de *La Poste* dans l'établissement ; le bureau de La Poste de la ville se situe à 200 mètres de l'entrée du site de Clermont.

Tous les jours de la semaine, le service postal amène à 8h05 le courrier au local du vague mestre ; celui-ci est trié, cette opération durant de 45 minutes à une heure.

Par la suite, **la distribution** commence, étant entendu que plusieurs modalités de distribution sont mises en œuvre du fait de l'importance de l'établissement :

- sur le site de Clermont : le courrier est déposé dans les boîtes de distribution du local ; ce sont les agents des unités, parfois avec les patients, qui récupèrent le courrier et qui par la suite le distribuent, y compris aux patients ;
- sur le site de Fitz-James : les vague mestres, avec leur véhicule, transportent le courrier arrivé dans chacune des unités, les personnels soignants sont chargés de la ventilation auprès des patients ;
- sur le site de Compiègne situé à trente kilomètres : c'est l'équipe logistique d'approvisionnement qui transporte - avec les repas - le courrier dans une valise noire disposant d'un code confidentiel ; les personnels soignants le distribue ;
- sur le site de la maison d'accueil spécialisée : le courrier est distribué l'après-midi par les vague mestres avec leur véhicule ;
- le courrier, à destination des personnels et des patients des structures extérieures, est laissé au secrétariat du pôle afin que celui-ci soit transporté dans la structure concernée par les personnels utilisant les véhicules de secteurs.

L'ensemble du courrier est distribué, sauf celui de la maison d'accueil spécialisée, entre 9h30 et 11h30.

Il a été indiqué aux contrôleurs que le courrier pour les patients hospitalisés sur le site de Compiègne et ceux hébergés à la maison d'accueil spécialisée était très souvent directement adressé dans ces deux établissements du fait que ceux-ci disposent d'une adresse postale propre.

Lorsque la lettre adressée au patient n'est pas précise sur la localisation de celui-ci, les vagemestres peuvent rechercher sur leur ordinateur très rapidement le lieu d'hospitalisation, ce qui ne retarde pas sa distribution.

Les vagemestres ne travaillent ni les samedis, ni les dimanches ni les jours fériés ; le temps de tri et de distribution est plus important le jour de la reprise du travail.

Le courrier départ est relevé par les vagemestres en même temps que la distribution sur les différents sites dans lesquels ils interviennent.

Sur le site de Fitz-James les patients peuvent mettre leur courrier dans une boîte aux lettres interne, laquelle n'est quasiment jamais utilisée.

Sur le site de Clermont, le courrier départ doit être déposé au local, ou s'il est fermé, dans la boîte aux lettres aménagée.

Quelques patients affranchissent leurs courriers.

Les vagemestres ont indiqué aux contrôleurs que c'était régulièrement eux qui timbraient et oblitéraient le courrier avec la machine à affranchir, laquelle est sciemment dépourvue d'un signe pouvant laisser penser que le courrier part du CHI. Il peut arriver que s'il apparaît aux vagemestres qu'un même patient fait partir parfois plusieurs dizaines de lettres le même jour, ils soient amenés à saisir le cadre du service et prendre avec eux une décision sur l'envoi ou non.

Les patients sous un **régime de protection juridique** de l'établissement ont leur courrier adressé au service concerné de l'établissement qui le distribue.

En ce qui concerne **les courriers recommandés, les colis et les Chronopost®** :

- pour les départs il n'existe pas de registre ; tous ces départs font l'objet, comme à *La Poste*, de documents preuves de dépôt, lesquels sont gardés dans des classeurs pendant un an. Il est possible, en cas de contestation, de les consulter ;
- pour les arrivées il existe un registre spécifique commun aux courriers des professionnels, de l'administration et des patients. Ce registre comporte pour chaque courrier arrivé plusieurs items : date de réception, nature (recommandé, colis, Chronopost®), bureau de poste d'origine, date du dépôt, numéro du recommandé, nom du patient, service, signature.

Sur les sites pour lesquels la distribution est effectuée par les vagemestres, c'est très généralement la secrétaire de l'unité qui signe, laquelle fait ensuite signer le patient et remet aux vagemestres le jour même ou postérieurement l'avis de réception.

Sur le site de Clermont, les patients qui peuvent venir au local signent l'avis de réception ; pour les autres, la procédure est identique à celle précitée.

Les contrôleurs ont examiné le registre des courriers recommandés arrivés de Fitz-James ; ce registre a été ouvert le 2 novembre 2012, sans que soit indiquée la personne ayant procédé à cette ouverture. Pour le mois de mars 2013, 166 lignes du registre ont été nécessaires pour les différents recommandés, colis et Chronopost® ; sur cet ensemble, les patients ont reçu 12 lettres recommandées avec accusé de réception, 8 colis, 2 Chronopost®.

Les contrôleurs ont également examiné le registre des courriers recommandés arrivés du site de Clermont. Pour le mois d'avril 2013, soixante-trois lignes du registre ont été nécessaires pour les différents recommandés, colis et Chronopost® ; sur cet ensemble, les patients ont reçu dix lettres recommandées avec accusé de réception et un colis.

Il n'a pas été fait état de lettre recommandée ou de colis reçus par les patients du site de Compiègne ou les résidents de la maison d'accueil spécialisée.

3.10.5 L'informatique et l'accès à internet

Le règlement intérieur ne contient pas de disposition sur l'usage de l'ordinateur.

Aucune réflexion générale n'a eu lieu en ce domaine.

Toutefois, il est possible de faire une synthèse des différentes organisations mises en place dans chacun des pôles :

- **sur le site de Clermont :**

- dans les unités de soins aucun ordinateur personnel (PC) n'est mis à la disposition des patients ; lorsque ceux-ci disposent d'un téléphone portable permettant un accès à internet, ils peuvent s'en servir « après accord médical ». Il a été indiqué dans un pôle : « nous connaissons le méfait des conduites addictives aux nouvelles technologies, à nous d'être vigilants, de plus sur des populations fragiles » ; dans un autre pôle, il a été indiqué : « lorsqu'un patient doit effectuer des démarches par internet, il est accompagné en cela par les assistantes sociales (démarches administratives mais aussi, parfois, contacts familiaux quand l'éloignement ne permet pas de contact téléphonique) » ;
- des professionnels ont souhaité, lors de l'ouverture en octobre 2012 de l'hôpital de jour « Le Trèfle » situé sur le site de Clermont, créer à destination des trois pôles du site de Clermont, une **salle informatique**. Celle-ci, de 22 m², est équipée de cinq ordinateurs dont un permet l'accès à internet. La salle est ouverte le lundi pour créer, mettre en page, un journal intitulé « Service compris » ; celui de janvier 2013 dispose de seize pages. Une affiche indique : « Nous nous exprimons - nous donnons des informations - nous utilisons l'outil informatique - cela nécessite patience et concentration ». Elle est ouverte également le mercredi après-midi pour une « Visite sur internet » Une affiche indique : « C'est... s'ouvrir sur le monde - s'informer des actualités récentes - retrouver des documents plus anciens et se remémorer des souvenirs - mieux appréhender les nouvelles technologies - donner l'envie de... - pouvoir se projeter après avoir découvert virtuellement des lieux ». Le mercredi de la visite des contrôleurs, cinq patients effectuaient une visite sur internet. Pour la réalisation du journal il peut y avoir dix personnes. L'âge de ces personnes varie de 36 à 70 ans autant pour les hommes que pour les femmes ;

- **sur le site de Fitz-James :**

- le principe est le même, à savoir qu'il n'existe pas de PC à disposition dans les unités de soins (exception faite d'une unité où un don a été effectué mais sans accès à internet) ; lorsque les patients disposent d'un téléphone donnant accès à internet ou d'un ordinateur portable, l'utilisation est conditionnée à « l'accord médical » ; dans une unité il a été indiqué que « l'utilisation de l'ordinateur portable ou du téléphone est possible pour joindre pôle emploi, pour connaître les éventuelles réponses d'employeurs ou d'autres administrations... mais cela sous surveillance et sans que les messages personnels puissent être ouverts » ;
- dans les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) il existe parfois des PC à disposition des patients utilisés sous contrôle des personnels infirmiers.

3.11 La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPEC)

Conformément aux dispositions de l'article R.1112-81 du code de la santé publique¹⁸, son président, le directeur de l'établissement, a désigné les deux médiateurs membres de cette commission : le médiateur médical est le médecin responsable de l'UAU, le médiateur non médical est la directrice chargée de la qualité, des affaires hospitalières et des droits des patients.

Seuls deux membres de l'UNAFAM, un titulaire et son remplaçant, représentaient les usagers, ce jusqu'à la fin du mois d'avril 2013 où l'ARS a désigné le second représentant des usagers prévu par la loi et son suppléant, tous deux membres de l'association France-Alzheimer.

Par ailleurs, sont également membres de cette commission, un représentant de la CME - son président, un représentant de la commission des soins infirmiers – une infirmière et une suppléante, un représentant du comité technique d'établissement.

La CRUQPEC du CHI se réunit quatre fois par an. Y sont convoqués les titulaires et les suppléants, tous sont assidus. L'ingénieur de la qualité assiste également aux réunions.

Les plaintes et les réclamations sont traitées par la direction de la qualité avant d'être présentées à la CRUQPEC qui n'a jamais été saisie directement.

Aucune demande particulière n'a jamais été formulée par les représentants des usagers.

La CRUQPEC produit deux rapports annuels de son activité, celui du modèle type prévu désormais par l'ARS pour tous les types d'établissements hospitaliers, sous forme de résultats statistiques et dont l'intérêt a paru très limité à ses membres. Le rapport dans sa formule antérieure continue d'être rédigé.

¹⁸ Article R.1112-81 du code de la santé publique : « I. - La commission est composée comme suit : /1° Le représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet, président ; /2° Deux médiateurs et leurs suppléants, désignés par le représentant légal de l'établissement dans les conditions prévues à l'article R. 1112-82 ; /3° Deux représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé dans les conditions prévues à l'article R. 1112-83. (...)»

Le rapport 2012 a été communiqué aux contrôleurs. Ce document présente une synthèse et une analyse statistique des questionnaires de sortie, des questionnaires de séjour, une synthèse des fiches des événements indésirables, un bilan et une analyse statistique de la gestion des plaintes et réclamations et de l'expression de satisfaction, des demandes d'informations médicales. Ce document énumère en dernier lieu les axes de travail retenus par la commission pour 2013 :

- la poursuite et le développement de la participation des usagers ;
- la formalisation d'un plan d'actions qualité ;
- la poursuite de l'analyse des événements indésirables liés aux soins et des différentes synthèses ;
- la mise en place d'audits spécifiques et la communication des résultats ;
- le développement de la communication sur le site Internet de l'établissement.

Ainsi, cette instance, telle qu'elle a fonctionné jusqu'à la visite des contrôleurs et étant entendu qu'elle ne s'est pas encore réunie avec les représentants des usagers nouvellement désignés, est plus un lieu d'information qu'une instance de proposition.

Une autre commission informelle constituée de représentants des usagers auto-désignés, le président et le vice-président de la CME, le médecin coordonnateur de la gestion des risques liés aux soins et le directeur de la qualité se réunit trimestriellement. Y sont abordés les différents projets de l'établissement, les représentants des usagers peuvent, dans ce cadre, évoquer les projets qu'ils souhaiteraient voir mis en place.

3.12 Les associations de patients et leurs familles

Une seule association représentant les familles, affiliée à l'union nationale des amis et familles des malades mentaux du Calvados (UNAFAM), assure une permanence au sein de l'hôpital. L'association de patients, Oisis, basée à Nogent-sur-Oise n'assure pas de permanence sur place. Le livret d'accueil mentionne l'existence de l'UNAFAM mais pas celle d'Oisis.

Un membre de l'UNAFAM siège à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), un autre au conseil de surveillance.

Un local est mis à la disposition de l'UNAFAM. Il se trouve sur le site de Fitz-James, entre les unités Legrand du Saulle (Pôle Fitz-James 7) et USNA (Pôles Fitz-James 5 et 7), non loin de l'entrée du domaine. Le ravalement ancien du bâtiment ne lui confère pas un caractère particulièrement accueillant. En revanche, l'intérieur a fait l'objet d'une remise en peinture récente par les services de l'hôpital et, surtout, a été aménagé avec beaucoup de goût et d'imagination par la responsable de l'UNAFAM dès sa prise de fonction en mars 2013 : ainsi, des cagettes de fruits ont été joliment décorées pour servir de présentoirs aux collations proposées ou aux plaquettes d'information et une belle table basse a été construite à partir d'une palette de transport, repeinte en rose, sur laquelle une plaque de verre a été fixée.

L'UNAFAM tient dans cet espace une permanence mensuelle qui permet aussi la réunion du bureau de l'association qui compte douze personnes. En revanche, une permanence téléphonique est assurée sept jours sur sept par un bénévole qui a été formé à l'accueil, l'écoute, le conseil et le soutien des familles. Le local est ouvert pour les rendez-vous pris avec une famille.

La principale récrimination entendue par les familles concerne leur sentiment de ne pas être suffisamment associées à la prise en charge des patients, notamment dans la préparation des séjours de sortie ou l'élaboration de programmes de soins : « Il n'y a personne pour se confier ». De manière générale, il a été regretté un manque de coopération avec les médecins dont beaucoup ne seraient pas non plus disponibles pour écouter les malades. Il serait difficile de pouvoir s'entretenir avec un psychiatre au sujet de l'évolution de la santé de son proche majeur, même si celui-ci en est d'accord. Bien que l'UNAFAM ressente le soutien de la direction en place, il a été rapporté qu'il était difficile dans certaines unités de mettre à disposition les brochures de présentation de l'association.

Les contrôleurs ont également entendu les remarques suivantes, sur le fonctionnement et la vie dans les unités :

- « le port du pyjama, parfois imposé, est vécu comme une stigmatisation humiliante. Si l'on veut ainsi prévenir le risque de fugue, il serait plus judicieux de prévoir une tenue permettant l'identification qui soit plus digne pour la personne (un jogging) ;
- l'univers de certaines unités est glauque, notamment du fait de la vétusté des locaux et du mélange des malades ;
- l'ennui est permanent chez les patients qui passent leur temps à errer dans les couloirs ;
- le téléphone portable est retiré, ce qui rend le patient dépendant du personnel pour nous joindre ;
- notre fils n'a pas eu droit de conserver avec lui son ordinateur ;
- l'encadrement est souvent insuffisant pour les activités : ainsi, une activité prévue en piscine pour cinq patients a été annulée sur place parce qu'un d'entre eux ne voulait plus participer, ce qui a conduit le soignant à supprimer la séance pour l'ensemble du groupe et à revenir en unité ».

À propos du contrôle juridictionnel exercé par le juge des libertés et de la détention sur les soins psychiatriques sans consentement, il a été indiqué que les tiers ne seraient pas informés de manière systématique des audiences. Par ailleurs, les patients seraient insuffisamment renseignés sur la fonction protectrice du juge, beaucoup vivant l'audience comme un jugement. De même, une mère de patient rencontré par les contrôleurs était convaincue que son fils avait comparu devant le juge parce qu'il avait fugué quelques jours auparavant.

3.13 Traitement des plaintes et réclamations

Les réclamations des patients ou de leurs familles trouvent en moyenne, une réponse en quinze jours, un accusé de réception de la demande étant envoyé immédiatement et indiquant qu'une enquête va être menée.

Selon les cas, la requête est transmise pour instruction au médiateur non médical s'il s'agit d'une plainte sur l'organisation administrative ou sur le fonctionnement des services généraux ou au médecin, médiateur médical, si une question sur la pertinence des soins ou du diagnostic a été soulevée.

Dans les trois dernières années il y a eu deux cas de contentieux. La juridiction administrative n'a pas établi de faute de l'établissement hospitalier pour la prise en charge somatique et psychiatrique d'une patiente décédée. Dans une autre affaire ayant été en appel, au sujet de la mort d'un toxicomane à l'hôpital général le CHI ainsi que le psychiatre référents ont été mis hors de cause.

La Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge est informée, lors de chaque réunion, des plaintes présentées. Le tableau remis aux membres ne contient aucun renseignement d'identification des patients mais détaille les étapes de l'enquête et la réponse donnée.

Il a été expliqué aux contrôleurs que l'équipe de direction suit de près l'évolution des plaintes enregistrées et les réponses apportées par les services car les sujets évoqués sont souvent un bon baromètre des principaux dysfonctionnements de l'hôpital. Plusieurs dossiers ont révélé que même si aucune faute n'avait été commise, les services avaient négligé la communication avec la famille qui n'a pas compris le sens des décisions prises par l'équipe médicale. L'instruction de la plainte a permis à la famille de recevoir des explications plus complètes de la part du médiateur médical.

Les contrôleurs ont examiné les soixante-quinze réclamations enregistrées pour la période de 2012 et les quatre premiers mois de l'année 2013. Ces demandes émanaient de trente personnes admises en soins libres, de vingt-et-une en SPDT, de dix-huit en SPDRE et de six dont le statut juridique n'était pas précisé.

Une seule demande correspondait à une réelle contestation de la mise sous soins contraints. Après explications de l'équipe soignante, la personne a renoncé à sa plainte.

Quinze demandes émanaient de membre de la famille du patient et trois de curateur ou de tuteur du patient. Pour les plaintes incohérentes et s'expliquant par la pathologie du patient, il est fait une réponse à l'intéressé par le soignant référent mais l'accusé de réception de la demande est tout de même gardé au dossier de la personne.

<i>Type de plainte</i>	Nbre de cas	Réponse
Contestation du traitement ou de la prise en charge	17	Réponse par courrier à la famille et orale au patient avec indications écrites dans le dossier individuel
Contestation des conditions matérielles de l'hospitalisation	17	idem
Contestation des droits de sortie	16	Réponse écrite et explications de l'équipe soignante
Contestation du placement post hôpital	7	Réponse par courrier à la famille et orale au patient avec indications écrites dans le dossier individuel
Plainte incohérente	12	Réponse par un soignant
Contestation de l'attitude d'un membre du personnel	2	Enquête et réunion sur ce thème avec équipe soignante Réponse écrite au patient
Demande de transfert d'établissement	4	Accord dans 3 cas, le 4 ^{ème} est en cours de traitement

4 Les conditions d'hospitalisation

4.1 Éléments communs à tous les secteurs

4.1.1 Le règlement Intérieur

Il n'existe aucun règlement intérieur qui soit diffusé au sein de l'établissement.

Il a été présenté aux contrôleurs un « document de travail » (troisième version), rédigé en 2012 par la direction de la qualité, des affaires hospitalières et des droits des patients, le texte comportant des observations – non validées – du directeur, du président de la commission médicale d'établissement (CME) et de la directrices des affaires logistiques.

Une présentation aux instances de l'établissement était prévue pour le mois de septembre 2013.

4.1.2 La restauration

Une cuisine centrale est implantée sur le site de Fitz-James. Les mêmes repas sont servis aux patients hospitalisés et au personnel qui dispose de deux restaurants, l'un à Clermont et l'autre à Fitz-James). En plus des structures extrahospitalières ou déconcentrées (site de Compiègne), l'unité de production vend également des prestations à des clients extérieurs (structures médico-sociales, EHPAD ou associations de portage de repas à domicile). Une moyenne de 800 000 repas est fabriquée par an.

Aux dires de la direction, la cuisine fonctionne « sous le coup d'une interdiction des services vétérinaires », en attendant l'ouverture d'une nouvelle unité de production prévue pour 2015 dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) qui associera l'hôpital général de Clermont. Cet investissement permettra une mise aux normes contemporaines en matière de restauration collective, selon le principe de la marche en avant qui n'est pas totalement réalisé dans la cuisine actuelle.

Visitée par les contrôleurs, l'unité de production est certes installée dans des locaux vieillissants mais ceux-ci ont fait l'objet de travaux de maintenance et sont correctement entretenus. Le matériel renouvelé a vocation à rejoindre la future cuisine. La direction des services vétérinaires se déplace en moyenne deux fois par an ; la dernière visite a eu lieu en octobre 2012 (avis favorable). Des échantillons de tous les repas sont conservés pendant sept jours dans une armoire. Des contrôles sont effectués chaque mois par un laboratoire extérieur.

Au total, soixante-sept personnes sont affectées à la restauration, dont quatre diététiciennes et dix-sept chauffeurs, assurant un service de portage des repas dans les différentes unités. Pour ce faire, cinq véhicules réfrigérés sont loués par l'hôpital.

La production est assurée par une équipe composée de dix-huit agents. Onze à treize personnes travaillent en cuisine du lundi au vendredi, entre 6h et 14h. Les repas servis en unité sont fabriqués en liaison froide, trois jours à l'avance ; ceux proposés au personnel le sont le matin même. Les plats principaux sont mis en barquettes et protégés par un film en plastique sur lequel sont portées les mentions permettant la traçabilité intégrale des aliments.

L'équipe logistique d'approvisionnement (ELA) qui assure l'allotissement des repas par unité et le transport travaille sept jours sur sept. Chaque jour, quatre tournées sont organisées entre la cuisine et les unités. Le pain est livré tous les matins.

Les repas sont constitués à partir de menus validés par les diététiciennes. Le cycle des menus est de dix semaines, avec une variante pour l'hiver et l'été. Une fois par semaine, le jeudi ou le vendredi en général, une pâtisserie est proposée en dessert.

Le jour de la visite, la cuisine a produit des repas, conformément à dix-sept menus différents, afin de prendre en compte les régimes alimentaires médicalement prescrits pour la plupart ou répondant à des demandes individuelles, de nature religieuse (repas sans porc et sans alcool pour les personnes de confession musulmane) ou philosophique (repas végétariens). Aucune disposition particulière n'est prise en cuisine pendant la période du Ramadan.

Il a été constaté que le respect d'un régime n'était pas incompatible avec une variété dans les repas.

Une commission d'examen des menus réunit tous les deux mois personnel soignant et plusieurs patients qui font un retour sur les repas servis et peuvent faire valoir leurs demandes. La trop grande fréquence de légumes verts est la critique la plus souvent enregistrée. Des visites de la cuisine sont régulièrement organisées pour des groupes de patients.

Au moment du contrôle, les menus n'étaient pas affichés dans toutes les unités.

Les unités sont livrées chaque quinzaine des produits permettant la fabrication du petit déjeuner. Chaque unité a un office équipé d'un four de remise à température, un lave-vaisselle, un réfrigérateur, un chauffe-plat, une cafetière et un four à micro-ondes. Les repas sont, en règle générale, servis à table. S'il a été partout constaté que le personnel déconditionnait les barquettes préparées en cuisine dès leur sortie de four et servait à l'assiette ou dans un plat, l'analyse du questionnaire de satisfaction des repas par les patients en 2012 indique cependant le contraire dans 26,5 % des cas.

Ce même document indique les moyennes suivantes, concernant les horaires de prise de repas : le petit-déjeuner à 7h57, le déjeuner à 12h02, le goûter à 16h03 et le dîner à 18h59.

La cuisine s'adapte aux projets dont lui font part les unités, notamment les sorties, afin de préparer des pique-niques. Comme au moment du contrôle, des barbecues sont organisés.

Des repas à thème sont proposés dans chaque cycle de menu, le dernier se rapportant à une « journée du Nord » qui avait été organisée. De même, la cuisine s'inscrit dans des programmes événementiels : la semaine du goût, la semaine du chocolat... Des repas spéciaux sont préparés pour les fêtes de fin d'année.

Les enfants hospitalisés reçoivent un gâteau d'anniversaire.

Les contrôleurs n'ont pas entendu de plaintes de patients concernant les repas.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « au regard de l'analyse des questionnaires de sortie, 77 % des patients sont satisfaits de la qualité de la restauration ».

4.1.3 L'hygiène

Le CHI dispose d'une équipe opérationnelle d'hygiène (EOH), composée d'un praticien hygiéniste à mi-temps, d'un cadre de santé et d'une infirmière spécialisée en hygiène exerçant à temps plein et d'une secrétaire à temps partiel.

Un cadre de santé « référent hygiène » par pôle et un IDE « correspondant hygiène » par unité sont chargés de veiller à la mise en œuvre pratique des recommandations élaborées par l'EOH.

Le travail des agents de services hospitaliers (ASH) est supervisé par les cadres des différentes unités d'hospitalisation à l'exception du site de Compiègne où les ASH sont pilotés par une équipe logistique centralisée prenant en charge l'entretien du linge, l'hygiène des locaux ainsi que la restauration.

Par ailleurs, le CHI adhère à un réseau inter-établissements de santé, d'hygiène et de lutte contre les infections nosocomiales situé à Creil dont un médecin et une infirmière hygiénistes « viennent ponctuellement prêter main forte à l'EOH ». Ce réseau propose des formations et des audits à l'établissement ; c'est également lui qui pratique les prélèvements pour la recherche de légionnelle.

L'EOH est en charge de l'ensemble des questions relatives à :

- l'hygiène des soins ;
- l'hygiène des patients ;
- l'hygiène de l'environnement ;
- la maîtrise des risques infectieux.

L'EOH assure la formation des ASH aux bonnes pratiques d'hygiène des locaux. La formation des soignants est dispensée par le réseau hygiène de Creil et par l'EOH ; en 2012, les thèmes développés par l'EOH à leur intention concernaient les accidents d'exposition au sang, les antiseptiques, les déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI), les gants, les circuits linges propre et sale, les circuits des déchets. L'EOH organise également chaque année une journée de sensibilisation à l'hygiène des mains à destination des soignants et des patients et, tous les deux ans, une journée « hygiène et vie en collectivité ».

Les déchets ménagers sont ramassés quatre fois par semaine par les services mis en place par la ville. Seul le carton fait l'objet d'un tri sélectif. Le ramassage des DASRI est assuré trois fois par semaine dans chaque unité par une entreprise gérée par le centre hospitalier intercommunal de Compiègne.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « les déchets ménagers sont ramassés trois fois par semaine par les services du CHI, à l'exception des structures hors site. Seuls les cartons et les papiers font l'objet d'un tri sélectif. Le ramassage des DASRI est assuré trois fois par semaine dans chaque unité par le service intérieur. Les DASRI sont centralisés puis collectés par un prestataire géré par le groupement d'achats du CH de Compiègne ».

Il n'existe pas de contrôle des surfaces au sein des unités ; seuls, la cuisine centrale (UCP), le self, le CPHT, le FPC de Compiègne, en bénéficient.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « Une réunion mensuelle se tient avec la fédération des soins somatiques, la pharmacie et l'EOH ».

4.1.3.1 Le CLIN

Depuis 2012, le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) a été supprimé au sein de l'établissement ; c'est l'EOH qui prend désormais en charge la prévention et la surveillance de ce type d'infections et en établit le bilan d'activité. La dernière réunion plénière du CLIN date du 2 avril 2012.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « depuis 2012, le CLIN reste une instance multidisciplinaire consultative qui travaille en collaboration avec l'EOH (suite au décret du 12/11/2010 relatif à la lutte contre les EIAS et la circulaire du 18/11/2011). Ces nouveaux textes font que désormais l'EOH prend désormais en charge la prévention et la surveillance de ce type d'infections et en établit le bilan d'activité conjointement avec le CLIN. Le président du CLIN est le chef de service du laboratoire ; Le vice-président est un médecin généraliste ».

4.1.3.2 La lingerie

Le secteur lingerie est rattaché aux services économiques de la direction des affaires logistiques.

Selon les témoignages recueillis, jusqu'à la fin de l'année 2012, les services de soins ont connu de sérieuses difficultés d'approvisionnement en linge liées essentiellement à l'existence de stocks « sauvages » dans les unités et à la « disparition » de nombreuses pièces. A titre d'exemple, en 2011, 5 000 torchons neufs ont été acquis par l'établissement ; un mois après leur mise en circulation, plus un seul n'était enregistré dans le circuit de traitement de la blanchisserie.

En 2012, soixante-quatorze fiches d'événement indésirable étaient relatives au linge.

Pour tenter de mettre fin à cette situation, un groupe de travail, composé de représentants de la blanchisserie, de la lingerie et des services de soins, a été mis en place. Ses travaux ont notamment conclu à la nécessité de réaliser un inventaire du linge hôtelier dans l'ensemble des services de soins (intra et extra), dans la blanchisserie et à la lingerie. Cet inventaire a eu lieu le 29 novembre 2012. Par ailleurs, un comptage, et donc une traçabilité, du linge propre entrant et du linge sale sortant des unités a été instauré, relevant de la compétence des nouveaux « référents linge » désignés dans chaque unité. Enfin, des achats de linge, à hauteur de 100 000 euros, ont été effectués afin de reconstituer les dotations des unités.

L'établissement adhère au syndicat inter-hospitalier de l'Oise (SIO) dont la blanchisserie est située sur le site de Fitz-James.

Le SIO est chargé du lavage de tout le linge plat : draps, alèzes, taies d'oreiller, taies de traversin, couvertures, serviettes éponge... mais également du linge personnel de certains patients non pris en charge par les familles et qui ne serait pas non plus lavé au sein des unités qui disposent toutes de lave-linges. Cette prestation est intégrée dans le forfait hôtelier.

Le linge est acheminé dans les unités quotidiennement, sauf le week-end, par le SIO dans des armoires métalliques fermées roulantes selon une dotation calculée au plus juste. Sur le site de Compiègne, cette distribution a lieu trois fois par semaine.

En 2012, la blanchisserie du SIO a traité 626 tonnes de linge du CHI.

4.1.4 Les activités thérapeutiques

4.1.4.1 Le centre de jour Eole

Le centre de jour « Eole », ouvert depuis le 9 janvier 2012, propose des activités thérapeutiques aux patients des pôles Clermont 1, 2 et 4. L'impossibilité de maintenir de façon pérenne des activités thérapeutiques au sein des services, en raison de la surcharge de travail des soignants, a conduit la direction de l'établissement à envisager une mutualisation des moyens et la création de ce centre.

Il est ouvert de 9h à 17h du lundi au vendredi ; les activités sont accessibles toute l'année, sans période de fermeture.

Le centre de jour est situé dans le pavillon Colin dont il occupe en partie deux niveaux. Au rez-de-chaussée, une salle de sport et un local pour les vélos ; au premier étage, un couloir dessert six salles aménagées pour les différentes activités. Un salon/salle à manger accueille les patients autour d'un café avant chaque activité.

L'équipe est composée de :

- un psychiatre référent, 0,2 ETP ;
- un cadre référent, 0,5 ETP ;
- un psychologue référent, 0,2 ETP ;
- trois IDE à temps plein et un à 0,9 ETP ;
- une coiffeuse, 0,5 ETP.

Par ailleurs, cette équipe fixe est complétée par la participation régulière à trois activités de quatre infirmiers rattachés à deux pôles.

Au sein de chaque unité, un infirmier est référent du centre de jour ; il est notamment chargé de la communication relative aux activités thérapeutiques.

Chaque semaine, le centre propose treize activités différentes pouvant accueillir entre quatre et dix patients. La plupart de ces activités durent deux heures (bien-être, piscine, atelier manuel, atelier béton cellulaire, activités physiques et sportives...) mais certaines se déroulent sur un temps plus long à l'instar des randonnées dans les forêts de l'Oise qui durent toute la journée.

Le centre de jour participe aux diverses manifestations organisées au sein de l'hôpital, notamment aux journées sportives de l'unité sport et loisir (USL). L'équipe organise également des sorties exceptionnelles au bord de la mer, dans des lieux d'exposition, au théâtre. En septembre 2013, Eole devait, pour la première fois, organiser pour six patients un séjour thérapeutique.

En 2012, 156 patients ont bénéficié au centre de jour de 3 648 actes¹⁹.

Selon les témoignages recueillis, il n'y avait aucune liste d'attente d'admission à aucune activité thérapeutique lors de la visite des contrôleurs. Tel n'a pas toujours été le cas par le passé et, afin d'y remédier, il a été décidé de limiter le nombre d'activité par patient à trois par semaine.

¹⁹ Un acte est enregistré dès lors qu'un patient se rend une fois à une activité.

4.1.4.2 L'atelier thérapeutique en milieu rural (ATMR)

L'ATMR est une structure de réinsertion, rattachée au service de Fitz-James 7, située à Sacy-le-Grand, à une quinzaine de kilomètres de Clermont de l'Oise. En raison de cet éloignement, les contrôleurs n'ont pas pu se rendre au sein de cette structure.

L'ATMR est ouvert du lundi au vendredi de 8h30 à 16h30 et accueille quinze personnes par jour présentées par les équipes pluridisciplinaires de tous les secteurs du CHI. La prise en charge n'excède pas trois jours par semaine.

L'équipe est constituée d'un cadre de santé régisseur, de cinq infirmiers, d'un moniteur d'atelier éducateur spécialisé et de trois moniteurs d'atelier. L'ATMR est sous la responsabilité médicale de deux médecins, dont un référent, et paramédicale d'un cadre supérieur de santé et d'un cadre de santé.

L'ATMR propose cinq types d'activités :

- soins aux animaux ;
- entretien des espaces verts sur site ou chez les particuliers ;
- gestion du lieu de vie : élaboration et préparation des repas, entretiens des locaux et du linge, achats de nourriture ;
- culture florale sous tunnel et vente aux particuliers ;
- atelier bois et bricolage.

Une quarantaine de patients du CHI bénéficie chaque semaine des activités de l'ATMR.

4.1.4.3 Art Thérapie

Fondée en 2000, l'unité fonctionnelle « arts et thérapie » - administrativement rattachée au pôle de pédopsychiatrie - accueille des patients (stagiaires) de l'ensemble des secteurs du CHI dont un tiers environ sont hospitalisés à temps plein.

L'équipe de l'unité est composée de :

- un médecin responsable : 0,5 ETP ;
- un infirmier à temps plein ;
- un éducateur à temps plein ;
- un ASH : 0,3 ETP.

Les ateliers sont animés par six artistes professionnels salariés exerçant de façon stable au sein de l'établissement ; trois d'entre eux sont présents depuis la création de l'unité.

De septembre à juin, des ateliers artistiques sont ouverts du lundi au vendredi pour une pratique de la musique, des arts plastiques sous la forme de structures souples, de la peinture, de la sculpture, de l'écriture et du théâtre. Ils peuvent accueillir entre huit et quinze stagiaires par séance. En juillet et août, des stages de trois jours centrés sur différents thèmes sont organisés. En 2012, six stages (clown, chant, marionnettes, théâtre, gravure et danse) ont ainsi été proposés.

L'unité arts et thérapie organise chaque année des manifestations publiques : une ou plusieurs expositions et un colloque. En 2012, un colloque de jour sur le thème « Jean-Jacques Rousseau, l'art et la nature » se doublait d'une exposition d'œuvres réalisées par les stagiaires de l'atelier. L'hôtel de ville de Clermont de l'Oise accueille annuellement une exposition des productions artistiques de l'unité.

Des visites d'expositions sont également organisées.

Dans le cadre de la semaine d'information sur la santé mentale, les ateliers ouvrent chaque année leurs portes au public. Selon les témoignages recueillis, « cette opération vise certes les professionnels, mais pas uniquement. L'intérêt de ce genre de manifestation est justement de faire venir des personnes extérieures au champ de la profession, afin de dédramatiser la maladie mentale et sa potentielle dangerosité ».

En 2012, 103 stagiaires ont bénéficié de 3 113 séances dispensées par l'unité.

4.1.5 Unité sports-loisirs

L'unité sports-loisirs (USL) est une unité intersectorielle rattachée au pôle de la permanence des soins qui compte huit personnes : quatre infirmiers, une aide-soignante, deux agents de service hospitalier et un moniteur. Dans le passé, tous ont exercé en unité.

La perspective thérapeutique de l'USL s'exerce principalement autour des activités physiques et sportives. L'objectif est la recherche d'autonomie de la personne afin de faciliter sa réintégration dans son milieu social. Selon le projet du service, l'accent est mis « sur le plaisir du jeu, de se mouvoir, communiquer, prendre conscience de ses capacités et rompre avec l'isolement ».

Une prise de contact est d'abord organisée entre le patient et l'USL qui lui remet un dossier d'admission. Une fois ce document rempli – le cas échéant complété par une lettre de motivation, un programme individualisé de soins est ensuite arrêté par l'équipe soignante de l'USL, en lien avec l'infirmier référent du patient et prenant en compte les demandes de ce dernier. La nature des activités est déterminée dans le cadre d'une prescription médicale. Une évaluation est faite périodiquement donnant éventuellement lieu à réajustement. Des synthèses sont rédigées.

En 2012, 300 présentations nouvelles ont été enregistrées à l'USL (+ 1 % par rapport à 2011), les pôles Fitz-James 2 et 3 étant les plus représentés avec respectivement 16,57 % et 19,34 % des présences.

En plus des patients hospitalisés à temps plein ou en hôpital de jour, l'USL prend en charge des personnes suivies par le centre d'accueil et de soins des conduites addictives (CASA) du centre hospitalier de Clermont.

Les activités sont organisées du lundi au samedi de 8h à 17h30, avec un accès libre le samedi (327 participations en 2012, soit une moyenne de 8,2 personnes par jour ouvrable), ce qui permet aussi aux personnes d'accéder aux distributeurs de boissons, les cafétérias étant fermées sur ce créneau.

L'USL dispose des installations suivantes, toutes implantées sur le site de Fitz-James :

- une salle d'activités, située au rez-de-chaussée du pavillon Mignard, ancienne unité d'hospitalisation. La salle est équipée de baby-foot, de tables de ping-pong, d'un billard, de matériel de gymnastique. Des vestiaires et des douches sont aussi à disposition ;
- un terrain de football et de basketball ;
- un court de tennis ;
- un terrain de handball ;
- une piscine, appelée « bassin thérapeutique » ;
- deux boudromes ;
- une salle, appelée « le diablo menthe », pour le tir à l'arc et la danse.

Le CHI bénéficie en outre de forêts à proximité où sont organisées des chasses au trésor – la dernière activité a réuni 300 personnes. Le terrain de football municipal de Fitz-James est aussi utilisé par l'USL.

Les patients hospitalisés sur le site de Clermont sont accompagnés sur Fitz-James par les soignants des unités concernées. Les déplacements sont aussi assurés par l'équipe de l'USL qui dispose d'un véhicule permettant le transport de neuf personnes.

Chaque année, l'USL organise une dizaine de journées à thème, intersectorielles ou inter-hospitalières. En 2012, ont ainsi eu lieu du *Run'n bike*²⁰, plusieurs tournois de football, de tennis de table ou de pétanque, des « olympiades » utilisant des structures ludiques gonflables, du tir à l'arc, un rallye pédestre, des sorties en VTT, une randonnée, une participation à une rencontre internationale de cerfs-volants (Berk), la fête de la musique. Une journée consacrée au tir à l'arc s'est déroulée durant la mission de contrôle.

Pour le deuxième trimestre de 2013, dix journées sportives étaient planifiées :

- en avril, une journée « omnisports », la rencontre internationale de cerfs-volants (Berk) et une sortie en VTT ;
- en mai, du football à Boulogne-sur-Mer (Pas-de-Calais), une chasse au trésor dans la forêt de Hez (Oise), une randonnée pédestre et une sortie en VTT ;
- en juin, du tir à l'arc, du football au Havre (Seine-Maritime) et un tournoi de pétanque au parc du Chatelier-Clermont (Oise).

Un budget de 11 000 euros a été consacré en 2012 à la réalisation de trois séjours sportifs et d'activités extérieures à La Turballe (Loire-Atlantique) pour douze patients (six services différents), Gravelines (Nord) pour quatre patients venant de trois services, et Fort-Mahon (Somme) pour douze patients de sept services différents ; le tout, pour un coût moyen par jour et par personne qui oscille, selon les séjours, entre 40 et 60 euros. L'USL intègre le temps nécessaire – de l'ordre de trois mois, a-t-il été indiqué – à l'obtention des différentes autorisations pour de tels séjours ; « si les choses sont parfois compliquées, on y arrive malgré tout, même pour des patients en SPDRE ».

²⁰ Epreuve combinée et par équipe, associant vélo et course à pied (ou marche).

Le bilan réalisé pour l'année 2012 fait apparaître les éléments suivants (hors centre d'accueil et de soins des conduites addictives) :

- 476 personnes ont été prises en charge (- 2,4 % par rapport à 2011) ;
- les pôles les plus représentés sont ceux de Fitz-James 2 (807 participations) et de Clermont 1 (797 participations), le départ d'un infirmier qualifié de « moteur » expliquerait la baisse de participation à Clermont 4 (643) qui était auparavant en tête des bilans ;
- certaines activités ont connu une baisse : pétanque (- 15 %), du fait de la météo, et gymnastique (- 14 %), du fait de la diminution du nombre de demandes. En revanche, le tir à l'arc et l'entretien musculaire – activité la plus suivie avec 1 299 participations – ont vu leur fréquentation augmenter ;

Il est mentionné que « l'accompagnement soignant et donc l'implication des unités dans l'encadrement de nos activités ne cesse de diminuer alors que les prises en charge ne cessent d'augmenter ». Les plus fortes fréquentations soignantes sont, logiquement par rapport à la participation des patients, celles de Fitz-James 2 et de Clermont 1 ; les plus faibles sont constatées dans les pôles Fitz-James 3 et 6.

4.1.6 La cafétéria.

Les deux cafétérias du CHI sont implantées sur le site de Fitz-James. A défaut de cafétéria sur celui de Clermont, les patients se rendent à la machine à café qui est installée au rez-de-chaussée de l'UAU.

Les cafétérias sont gérées par les associations des unités d'implantation, Fitz-James 3 et Fitz-James 1.

4.1.7 Le service des transports

L'hôpital dispose d'un parc comprenant 284 véhicules de tout type : minicars de transport, fourgons utilitaires, berlines, ambulances... Trente-quatre personnes sont affectées au service des transports, dont la responsable et son adjoint.

Alors que la tradition voulait jusqu'à peu que chaque pôle ait en dotation son véhicule, le département des affaires logistiques, dont dépend le garage, a entrepris depuis 2012 de rationaliser la gestion du parc et d'organiser sa mutualisation, dès lors que les véhicules roulent moins de 6 000 km par an. Dans le même esprit, l'établissement a pour objectif de réduire son nombre à 250, en ne procédant plus aux réparations coûteuses ou concernant des véhicules amortis, le taux de vétusté de ceux-ci étant particulièrement important. Il n'existe qu'un seul véhicule de fonction, celui du directeur.

Le garage (dix agents) assure l'entretien des véhicules, les réparations mécaniques et la carrosserie, outre la maintenance du matériel du service technique. Les agents affectés au garage assurent également le nettoyage et la désinfection régulière des véhicules. Une station essence est installée sur le site de Clermont.

Les transports internes (linge, DASRI, ordures ménagères, fournitures²¹) sont assurés par une équipe de « roulage » qui emploie onze personnes. Leur mission consiste aussi à transporter les personnes lors des sorties thérapeutiques organisées à la journée et à effectuer des navettes entre Fitz-James et Clermont, notamment pour les activités de l'USL. Les séjours thérapeutiques s'effectuent grâce aux véhicules de neuf places qui sont conduits par du personnel soignant. En 2012, le service de roulage a également prêté des véhicules de neuf places, 2 926 fois aux services de soins (au lieu de 3 091 l'année précédente, soit une baisse de 5,4 %) et trente-trois fois pour des séjours thérapeutiques (au lieu de trente-deux en 2011).

Fonctionnant sept jours sur sept, jour et nuit, le service des ambulances (onze personnes) transportent les patients transférés d'hôpital à hôpital, ainsi que ceux sous contrainte au moment de l'admission, pour une expertise ou pour une audience devant le JLD (en cas de refus ou d'incompatibilité avec la visioconférence). Les ambulances assurent également les déplacements des personnes détenues (110 missions dont quatre avec escortes en 2012). Elles transportent aussi les patients de Fitz-James pour les spécialités médicales qui se tiennent à Clermont.

L'hôpital fait aussi appel à une société d'ambulance, avec laquelle elle a passé convention, notamment pour le transport des patients hospitalisés sur le site de Compiègne.

Une navette du service de roulage effectue les trajets entre la gare et l'entrée des deux sites, le matin et le soir (9h et 17h) pour le personnel uniquement. Il est prévu pour 2014 l'ouverture d'une ligne de bus qui desservira les deux sites d'hospitalisation, y compris un arrêt situé au cœur de Fitz-James.

4.1.8 Le service socio-éducatif

Lors de la visite des contrôleurs, un cadre supérieur socio-éducatif venait de prendre ses fonctions. Le poste venait d'être créé afin de permettre une prise en charge globale des patients dans leur accompagnement à la sortie de l'établissement.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « le poste venait d'être créé afin de permettre, entre autre, une harmonisation des pratiques autour de la prise en charge des patients dans l'accompagnement des projets de sortie de l'établissement ».

Chaque pôle adulte se voit affecter (à l'exception de Fitz-James 3, Fitz-James 4 et Fitz-James 7) trois assistantes socio-éducatives. Les pôles de pédo-psychiatrie comptent chacun quatre assistants de service social. Ils assurent le suivi social des patients quelle que soit le lieu de prise en charge (hospitalisations ou ambulatoire).

Les assistantes socio-éducatives participent aux réunions cliniques des unités et travaillent en partenariat étroit avec les soignants, médecins et psychologues.

Les principales difficultés rencontrées sont avec la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) qui met huit mois pour instruire les dossiers de demande d'allocation adulte handicapé (AAH), de même la demande de mise sous tutelle n'est obtenue qu'au bout d'une année.

²¹ Comme il a été indiqué supra (cf. § 4.1.2), la cuisine dispose de sa propre équipe de roulage pour l'approvisionnement des repas en unités.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « les principales difficultés rencontrées sont la durée de l'instruction des dossiers à la MDPH, les délais pour obtenir une mesure de protection juridique, la régularisation des droits à la Sécurité Sociale, l'obtention de logements individuels et de places en structure d'hébergement social ou structures médico-sociales ».

Le service se compose ainsi :

- un cadre supérieur socio-éducatif ;
- six cadres socio-éducatifs ;
- quarante-deux assistants de service social ;
- cinquante éducateurs spécialisés ;
- huit moniteurs éducateurs ;
- sept moniteurs d'atelier ;
- un éducateur technique spécialisé.

Les contrôleurs, tout au long de leur visite dans les différents pôles et unités, ont pu observer que le service social donnait satisfaction aux soignants malgré une charge de travail importante.

4.2 L'hospitalisation temps plein.

4.2.1 Secteur de l'Oise

4.2.1.1 L'hospitalisation au secteur 60 G01 Clermont 4

4.2.1.1.1 Présentation du pôle

Le territoire du pôle 60 G01 couvre trois cantons de Beauvais (Beauvais Nord-Est, Beauvais Nord-Ouest et Beauvais Sud-Ouest) et celui de Nivillers, au centre du département de l'Oise. La ville de Beauvais est distante de Clermont de 28 km. Les deux villes ne sont pas reliées directement par le réseau ferroviaire²², le trajet routier prenant en moyenne vingt-cinq minutes.

Le territoire est principalement urbain, avec quelques parties rurales. Sa population est de 80 000 habitants, dont 57 380 adultes comptabilisés au dernier recensement. La population se caractérise par une forte densité de population en précarité sociale et l'observation de pathologie autour de la déstructuration familiale et de l'addiction. A noter aussi, la présence d'un aéroport à Beauvais, très présent dans les voyages *low-cost*, et d'un centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA) de 273 places, impliquant de nombreuses prises en charge de demandeurs d'asile pour des syndromes post-traumatiques.

Le secteur est marqué par la désertification médicale : un seul psychiatre exerce une activité libérale sur le secteur, à mi-temps.

²² Il est nécessaire de passer par Creil.

En dehors des unités d'hospitalisation, l'offre de soins du secteur comprend les structures suivantes :

- un centre médico-psychologique (CMP), un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et un hôpital de jour (HJ) de douze places, tous situés à Beauvais ;
- deux maisons communautaires, accueillant chacune quatre personnes ;
- un appartement relais de trois places ;
- sept places en hospitalisation à domicile (HAD) ;
- neuf places intersectorielles d'HJ, « Le trèfle », implantées dans les locaux du CHI, sur le site de Clermont.

Les données d'activité pour 2012 font état d'une file active globale de 1 340 patients et de 331 hospitalisations réparties de la manière suivante :

- 200 en soins psychiatriques libres (SPL) ;
- quatre-vingt-seize en soins psychiatriques sur décision du directeur (SPDT) ;
- dix-neuf hospitalisations de patients détenus dans le cadre de l'article D.398 du code de procédure pénale ;
- seize en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SPDRE).

4.2.1.1.2 Le projet thérapeutique

Compte tenu des problématiques sociales et familiales de la population, une part importante de l'activité est consacrée aux entretiens familiaux. La liste d'attente pour rencontrer un psychologue est importante. Le bureau du médecin-chef du pôle, situé dans l'unité d'hospitalisation, a été transformé en salon pour les entretiens familiaux. Il a été indiqué l'importance de cette démarche de thérapie familiale, mais aussi son « caractère chronophage pour une équipe seulement composée de quatre psychiatres ».

L'autre axe de travail porte sur l'éducation thérapeutique du patient autour d'une question : « comment accompagner un patient à être acteur dans ses soins ? » Aux yeux des responsables du pôle, donner au patient les moyens de gérer sa maladie est une philosophie de soins qui doit constituer un socle commun pour le personnel, lequel participe depuis 2012 à un programme de formation sur le « prendre soin », d'une durée de cinq jours. Cette politique est jugée essentielle pour contrecarrer le poids important de l'asile dans l'établissement : « Il y a une différence entre soin et assistance. La protection peut être disqualifiante ».

Les responsables du pôle ont également mis en avant la notion d'équipe et la cohérence entre médecins et soignants dans la prise en charge : « le médecin-chef est un membre de l'équipe qui ne prend seul aucune décision ; les observations des soignants et des patients sont prises en compte ».

Le pôle participe à une activité de réseau et de partenariat lui permettant de lutter contre la stigmatisation de la maladie mentale et de faciliter la réinsertion sociale des patients. À ce titre, il participe à des représentations théâtrales par l'intermédiaire d'un atelier

d'écriture, à la journée « Culture, société et santé mentale » de Beauvais, aux journées des associations.

Dans le cadre du projet d'établissement 2012-2016, il est prévu – dès la première tranche des travaux – de transférer les unités d'admission du pôle sur le site de Fitz-James où deux unités – une ouverte et une fermée – devraient être construites avec vingt-cinq chambres individuelles chacune. Le coût du projet s'élève à 53 millions d'euros. L'unité de réhabilitation du pôle devrait être fondue avec des unités analogues d'autres pôles dans une structure intersectorielle.

4.2.1.1.3 Le protocole d'accueil ou d'admission

Les patients passent par l'UAU qui, le cas échéant, préconise des consignes pouvant concerner le port du pyjama, le téléphone et les visites. Ils sont accompagnés jusqu'à l'unité Régis-1 pour les entrants admis sous contrainte et Régis-2 pour les patients admis en soins libres, par un infirmier de l'UAU.

Lorsqu'il s'agit d'un patient détenu, un soignant de l'unité et un infirmier de l'UAU se déplacent à la prison et accompagnent le patient jusqu'à son entrée dans le service. Ces patients sont contenus pendant le trajet et sont placés en chambre d'isolement à leur arrivée.

De même, un soignant se déplace vers les patients admis sur décision du représentant de l'Etat.

Les arrivants sont examinés dans les 24 heures de leur entrée par un médecin somaticien ; les consignes médicales préconisées par l'UAU sont communiquées au patient qui les signe s'il est en état de le faire.

Hormis les personnes admises en SPDRE et les détenus, les arrivants ne sont pas vêtus en pyjama à leur arrivée mais conservent leurs vêtements de ville.

Les droits des patients en soins contraints leurs sont notifiés par le médecin ; dans le dossier médical, sous la rubrique « observation médicale » il est alors mentionné « patient informé ». Il est remis à ce dernier une copie de la décision fondant son admission. Lorsque le patient a été admis par l'unité d'accueil des urgences cette information lui a déjà été donnée par l'équipe des urgences. Les infirmiers de l'unité ont indiqué réexpliquer, le cas échéant, à la demande du patient.

La décision d'admission est remise par le secrétariat aux soignants qui en donnent un double au patient, l'original est versé dans son dossier.

La désignation d'une personne de confiance n'est pas sollicitée dans l'unité, il a été indiqué que lorsque le patient était en état de le faire, il la désignait lors de son passage à l'UAU. Dans le cas où son état n'avait pas permis cette désignation, le patient est sollicité pour le faire dès que possible.

Les certificats médicaux ultérieurs ne sont pas notifiés.

4.2.1.1.4 Les effectifs communs

a. Personnel paramédical

Secteur 60 G01

N	ETP
---	-----

Cadre supérieur de santé	1	1
Cadres de santé	4	4
Cadre socio-éducatif	1	0,33
IDE	68	65
Aides-Soignants	26	25,4
ASH	13	13
Assistante sociale	3	3
Psychologue	5	5
Assistant médico-administratif	7	6,8
TOTAL	128	123,53

IDE : infirmier diplômé d'état ASH : agent de service hospitalier.

L'équipe de nuit, constituée de dix infirmiers et onze aides-soignants, est commune aux trois unités. Chaque nuit, l'équipe de service est constituée de sept personnes dont au moins trois infirmiers.

Les agents arrivants tournent durant trois mois sur chacune des trois unités avant d'être affectés sur l'une d'elle. Il a été fait état d'une grande stabilité des effectifs.

b. Personnel médical

Secteur 60 G01***	N	EPT
Praticien hospitalier psychiatre*	4	4
Praticien hospitalier généraliste	1	1
Assistant	2	2**

*un médecin généraliste fait fonction de psychiatre.

** non-inscrits à l'ordre national des médecins, ils ne peuvent effectuer les certificats médicaux.

*** selon les informations fournies par le cadre supérieur de santé du pôle.

4.2.1.1.5 Les unités Régis-1 et 2

4.2.1.1.5.1 Les patients

La capacité de Régis-1 est de vingt-deux lits,- dont une chambre sécurisée, celle de Régis-2 de trente-et-un lits. En principe, depuis 2010, les patients en soins sous contrainte – SPDT, SPDRE dont SPDRE de personnes détenues – sont accueillis dans l’unité Régis-1, unité fermée, la modalité d’admission constituant un critère de répartition. Des patients en soins libres peuvent néanmoins être pris en charge dans cette unité pour des motifs de capacité et de places disponibles dans le pôle ou sur le CHI. Des patients peuvent aussi rester dans cette unité, faute de place ailleurs.

De même, dans les faits, tous les patients de Régis-2 ne sont pas admis en soins libres, notamment ceux qui étaient déjà dans cette unité avant la mise en œuvre du critère de répartition, appliqué en 2010, et ceux qui connaissent un changement de statut, trois ou quatre par an, au cours de leur hospitalisation.

En pratique, le faible taux d’occupation met en évidence qu’il n’y a jamais lieu d’installer de lit supplémentaire.

L’activité pour 2012 se présente de la façon suivante :

	Régis-1	Régis-2
Nombre d’entrées	156	151
Dont femmes	58	52
Dont hommes	98	99
Taux d’occupation	59,84 %	51,69 %
Durée moyenne de séjour	31	26

Au jour de la visite, seize patients étaient présents à l’unité Régis-1 dont dix hommes et six femmes. Le patient le plus âgé avait 64 ans et le plus jeune, 20 ans ; la plus longue hospitalisation était de trois ans. Quatre patients étaient en SPDRE, onze en ASPDT – dont un en procédure d’urgence et deux en procédure de péril imminent – et le dernier était en soins libres.

Ce même jour, vingt patients étaient présents à l’unité Régis-2, douze hommes et huit femmes. Le patient le plus âgé avait 83 ans et le plus jeune, 32 ans ; la plus longue hospitalisation avait débuté en 1993. Treize patients étaient en soins libres, un en SPDRE, six en ASPDT dont quatre en procédure d’urgence.

4.2.1.1.5.2 Le personnel

Régis-1 compte un cadre de santé, 13,30 ETP d’infirmiers et quatre ETP d’aides-soignants ; Régis-2 compte 11,5 ETP d’infirmiers et six ETP d’aides-soignants.

Un psychiatre est référent pour chaque unité (deux pour Régis-1), un médecin est toujours présent au pôle, y compris le samedi matin.

4.2.1.1.5.3 L'organisation du service

L'organisation du service des agents est identique dans les deux unités. Une équipe est formée au minimum de trois agents, le plus souvent de quatre.

Une équipe est en fonction de 6h à 14h (plus rarement un agent peut assurer un service de 7h à 15h), une autre de 14h à 22h (éventuellement un agent de 13h à 21h). Les agents viennent plus tôt ou restent plus tard pour assurer les transmissions à chaque changement d'équipe.

Un agent peut également assurer un service à la journée, c'est le cas quasiment tous les jours à Régis-1, plus ponctuellement mais systématiquement le lundi à Régis-2, permettant d'assurer les accompagnements et les activités.

4.2.1.1.5.4 Les réunions de service

Régis-1 : une réunion clinique par semaine à laquelle participent tous les personnels est l'occasion d'examiner la situation de chaque patient, y compris ceux pris en charge en visite à domicile.

Deux à trois fois par an se tiennent des réunions d'équipe qui sont l'occasion de traiter les questions institutionnelles et des moments d'information du personnel.

Régis -2 : une réunion clinique hebdomadaire à laquelle participent les deux médecins, le cadre de santé, les IDE, les AS, la psychologue et l'assistante sociale se tient tous les lundis. Le cas de chaque patient est abordé tous les quinze jours avec les agents de l'extrahospitalier pour évoquer la situation des patients sortants et élaborer leur fiche de liaison.

Une réunion institutionnelle est organisée une fois par an à Régis-1 et deux fois par an à Régis-2.

4.2.1.1.5.5 Les locaux

Les locaux des deux unités sont vétustes et, de l'avis des soignants comme de celui des patients, ajoutent aux difficultés de l'hospitalisation. Aucune cour fermée n'est à disposition de sorte que les patients en soins contraints ne peuvent pas avoir accès à un espace extérieur. Au demeurant, l'espace qualifié de cour est extrêmement exigu et dépourvu de végétation. Il tient essentiellement lieu de fumoir extérieur.

Les locaux propres à l'unité Régis-1 sont situés au premier étage du bâtiment et ceux de Régis-2 au second. Cette situation en étage est contraignante, parfois dangereuse en raison des chutes dans les escaliers. Trois escaliers et un ascenseur desservent les étages ; seul l'escalier situé au milieu du couloir central partageant chaque étage est librement accessible aux patients.

▪ Les chambres

Les chambres des deux unités sont comparables dans leur ameublement et leur organisation.

L'unité Régis-1 dispose d'une chambre à un lit, de quatre chambres à deux lits dont une est équipée d'un lit médicalisé, et de trois dortoirs à quatre lits. Il existe une chambre de soins

intensifs. Les fenêtres sont barreaudées mais l'ouverture des croisées n'est pas limitée par des entrebâilleurs. Les surfaces de ces chambres sont similaires : 12 m²

Le mobilier est le même, dans sa nature, pour toutes les chambres : un lit, un chevet et une armoire par patient. Une liseuse est prévue au-dessus des lits, lorsque les patients n'ont pas déplacé ces derniers.

Les chambres à deux lits sont, en outre, équipées d'un lavabo avec tablette et miroir. Les dortoirs à quatre lits sont des pièces carrées de 36 m² séparés, par des cloisons légères jusqu'à 2 m de hauteur, en quatre espaces situés aux quatre coins de la pièce, de chaque côté d'un passage central conduisant de la double porte vers la fenêtre. Les deux boxes situés près de la porte ne bénéficient pas d'éclairage naturel, hormis la lumière que laisse passer le haut des cloisons terminées en impostes. Au plafond, un rail de tubes au néon assure l'éclairage électrique complété par une liseuse dans chaque box.

Aucune porte ne ferme chaque espace, l'intimité est très relative. Cependant, il a été indiqué que l'on constatait plus de difficultés relationnelles dans les chambres à deux lits, qui sont étroites, que dans les dortoirs à quatre lits qui sont « boxés » et préservent mieux l'intimité des occupants. Chaque box comporte le mobilier prévu pour une personne, certains dortoirs comportent en outre une ou deux tables installées dans le couloir et un ou deux fauteuils, nombre variant selon le transport qu'en font les patients. Une veilleuse équipe chaque dortoir. La double porte d'entrée est formée, dans sa partie haute, de panneaux de plastique qui ne sont opacifiés que jusqu'à 1,80 m de hauteur, permettant une vue à l'intérieur au-delà. Les fenêtres du rez-de-chaussée et du 1^{er} étage sont barreaudées. Elles peuvent être occultées par des volets roulants. Au-dessus, un vasistas peut être actionné en montant sur une chaise.

L'unité Régis-2 dispose de neuf chambres à deux lits, dont trois ont un lit médicalisé, de trois dortoirs de quatre lits et d'une « salle de soins intensifs » comportant un lit (cf. *infra*).

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « il n'existe pas de chambre de soins intensifs à Régis-2 mais une chambre dite 'de surveillance' ».

A Régis-1, un dortoir est dédié aux femmes, les deux autres aux hommes.

Les patients en « phase aiguë » ne sont jamais placés dans une chambre à quatre lits mais seuls.

▪ Les sanitaires

Chaque étage d'unité comporte deux blocs sanitaires, l'un pour les femmes et l'autre pour les hommes.

Chaque bloc comporte :

- deux wc à l'anglaise sans abattant ;
- deux douches à l'italienne avec flexible, une chaise ou un fauteuil ;
- une salle comportant une baignoire, un fauteuil, un placard et des fenêtres opacifiées et verrouillées ;
- deux lavabos avec miroir, rampe électrique et distributeur de papier essuie-mains ;

- une poubelle.

Les sanitaires sont propres et sans odeur mais dans un état de dégradation avancé, les bas de portes rongés par l'humidité, faute de ventilation basse. Les rampes électriques au-dessus des lavabos des femmes ne fonctionnaient pas.

Les douches et salles de bains sont ouvertes de 7h à 9h30 (Régis-2) ou 10h30 (Régis-1) et de 17h à 19h mais il a été indiqué qu'en pratique, elles pouvaient être ouvertes en fonction des demandes des patients. Elles sont nettoyées chaque jour après la fermeture du matin.

Du gel douche est fourni aux personnes qui le souhaitent. Des rasoirs électriques sont à disposition, les rasoirs mécaniques sont donnés sous surveillance.

Le rez-de-chaussée offre deux blocs sanitaires. L'un comporte quatre wc dont deux avec abattant, deux lavabos avec tablette et réglette électrique (ne fonctionnant pas), un distributeur de savon avec détecteur de présence, un séchoir à mains et une poubelle. Les peintures de la pièce sont très dégradées et il y règne une odeur désagréable. L'autre comporte deux wc sans abattant, un lavabo avec réglette électrique (ne fonctionnant pas), un distributeur de papier essuie-mains et une poubelle. Les peintures sont neuves.

Enfin, donnant directement dans le couloir, est aménagé un wc équipé pour les personnes à mobilité réduite.

- **Les espaces communs**

- Au rez-de-chaussée :

Les locaux du rez-de-chaussée comportent une partie administrative pour l'ensemble du pôle comprenant un bureau d'accueil, un secrétariat avec trois postes de travail, un office, le bureau du médecin dans lequel a été aménagé – avec une petite table et quatre fauteuils – un espace pour les consultations de thérapie familiale, des sanitaires et, au-delà d'une porte, deux bureaux, dont celui du cadre supérieur de santé, séparés de la « salle d'attente » (cf. *infra*) par un couloir central.

L'office est meublé d'une grande table centrale, de chaises, de placards et d'un réfrigérateur ; il comporte un évier, une pailasse, du matériel de cuisine (cafetières, bouilloires, four à microondes) mais également une machine à relier et un poste informatique. Faute de place, l'office sert également de salle de réunion et de vestiaire pour le personnel administratif, les médecins et les psychologues.

L'autre partie du rez-de-chaussée, à laquelle conduit le couloir, est commune aux deux unités Régis 1-2. Elle comprend, outre les sanitaires décrits plus haut :

- deux bureaux où reçoivent les assistantes sociales, séparés par une porte d'accès de l'extérieur ; face à cette porte, un escalier – accessibles aux patients – dessert les deux étages ;

- un local pour les fumeurs ; il s'agit d'une salle de 20 m², garnie sur trois côtés de seize sièges; les trois fenêtres sont opposées à la porte d'entrée qui donne sur le couloir, elles comportent deux battants mais seuls ceux du milieu sont ouverts ; la pièce est également éclairée par plafonnier au néon ; trois cuvettes de métal de 0,20 m de diamètre servent de cendriers (pleines également de déchets lors du passage des contrôleurs) ; l'aération est assurée par la fenêtre et deux extracteurs, ce qui est insuffisant en période froide quand la fenêtre n'est pas maintenue ouverte ; la pièce est jonchée de cendres et de mégots, ses peintures sont dégradées, elle est imprégnée d'une odeur de tabac froid ;
- une salle à manger de 75 m² est située au fond du couloir ; elle est meublée de dix tables rectangulaires (0,80 m sur 1,20 m) avec chacune quatre chaises, d'un distributeur de boissons chaudes et d'une fontaine à eau en bonbonnes ; une ouverture à mi-hauteur donnant sur l'office permet de servir les plats sur une rampe de self-service ;
- la salle d'activité (70 m²) est accessible de la salle à manger ; elle est équipée d'une table de ping-pong, d'un baby-foot, de quatre tables identiques à celles de la salle à manger permettant à certains patients de prendre leurs repas au calme, de onze fauteuils et de deux téléviseurs, l'un fixé en hauteur et l'autre – inutilisé selon les informations recueillies – enchâssé dans un meuble ; le long du mur, des armoires contiennent le matériel des activités notamment pour le karaoké ; la façade est identique à celle de la salle à manger, une porte fenêtre donne vers la courette, elle-même ouverte sur le parc, dont l'accès n'est autorisé qu'aux personnes admises en soins libres.
- Au premier étage :

Le personnel dispose d'une salle de soins, d'une « pharmacie », d'un bureau pour le médecin somaticien des trois unités qui n'y reçoit pas les patients mais y traite leurs dossiers, d'un bureau médical pour les entretiens, d'un bureau infirmier, d'un bureau pour le cadre de santé et d'un office. Deux vestiaires sont prévus pour les femmes et les hommes, le second contient également le linge propre. Entre les deux blocs sanitaires, une laverie permet d'assurer l'entretien du linge des patients.

Les patients ont accès à une salle de télévision (12 m²), comportant un téléviseur, un magnétoscope, un lecteur de DVD et une table basse recouverte de journaux.

La salle d'activité, de mêmes dimensions, est équipée d'une table (0,70 m sur 1,20 m), cinq chaises, quatre chauffeuses, un meuble de rayonnages garni de livres. Elle dispose de matériel d'activité : peinture, perles, crayons de couleur, jeux de société. Un lavabo surmonté d'une réglette électrique et d'une tablette est fixé au mur. Les vitres de la fenêtre ne sont pas opacifiées.

Les patients restent au rez-de-chaussée car les salles sont climatisées.

Dans le couloir central, qui sert de lieu de déambulation pour les patients qui ne sont pas au rez-de-chaussée, sont affichées des informations sur les droits des malades, le règlement intérieur et le tableau de l'ordre des avocats.

- Au second étage :

En raison du nombre plus important de chambres, les locaux du personnel sont moins nombreux : un bureau pour le cadre de santé, un bureau pour le médecin, une salle de soins, une lingerie, un office et deux locaux de rangement. Une laverie est également installée entre les blocs sanitaires.

Les patients ont accès à une salle d'activités dans laquelle sont installés un téléviseur – dont la télécommande reste à leur disposition – une table basse, deux tables carrées de 0,80 m de côté, quatre chauffeuses, trois fauteuils, un meuble-bibliothèque, un lecteur de DVD et une chaîne hifi. Les trois fenêtres ne sont pas barreaudées et sont pourvues de rideaux. Les murs sont fraîchement peints les uns en rose framboise, les autres en vert clair.

Le couloir central comporte les mêmes affichages qu'à l'étage inférieur ainsi qu'une information sur un tournoi de pétanque.

4.2.1.1.5..6 Le fonctionnement des unités

▪ Ouverture et fermeture des unités

Le lever des patients a lieu entre 7h et 7h30, et, en principe, les chambres sont fermées après la toilette qui est possible jusqu'à 10h30 à Régis-1. Les patients peuvent alors se rendre aux activités extérieures ou dans les salles du rez-de-chaussée. Il a été indiqué que les patients délirants ou agités restaient à l'étage où, éventuellement, ils prenaient également leur repas.

Les chambres sont de nouveau ouvertes en début d'après-midi pour permettre à ceux qui le souhaitent de se reposer.

Les étages sont fermés entre 23h et 6h15.

▪ Biens personnels

A l'arrivée, deux agents présentent les locaux au patient et font avec lui l'inventaire de ses effets personnels ; ils retirent les objets dangereux – la possession d'armes blanches est couramment constatée. Un inventaire contradictoire est dressé par le patient et un soignant, deux soignants si le patient est en incapacité de participer. De façon générale, si les soignants considèrent que le patient peut conserver son portefeuille, il lui est laissé et dans le cas contraire, dès que possible il lui est rendu. Si le port du pyjama a été ordonné, les vêtements personnels du patient sont placés dans la lingerie.

▪ Argent et objets de valeur

Il est proposé aux patients admis en soins libres de déposer auprès des soignants leurs valeurs à l'exception de ce dont ils ont besoin pendant l'hospitalisation. Un coffre est installé dans chaque unité pour conserver les valeurs ; il existe également un coffre situé dans les locaux du pôle utilisé lors d'entrées la nuit.

Une somme d'argent, inférieure à 5 euros, est laissée aux patients capables de la gérer pour acheter des friandises ou du tabac. Aucune somme d'argent n'est conservée dans les unités, les espèces sont laissées au bureau d'accueil du pôle.

▪ Hygiène corporelle, vestimentaire

Des produits d'hygiène corporelle peuvent être fournis aux personnes qui en sont dépourvues. De même, le linge des patients peut être lavé dans les lingerie de chaque étage.

▪ Repas

Les repas sont pris dans la salle à manger du rez-de-chaussée organisée en self-service, les patients s'installant librement aux tables ; les patients agités ou délirants restent à l'étage, les repas leur sont servis dans leur chambre.

Le petit déjeuner est pris à 8h, le déjeuner entre 12h et 12h45, le dîner à partir de 19h. Un goûter est servi à 16h, composé de thé, café ou chocolat ou, par temps chaud, de sirop.

▪ **Relations avec l'extérieur (visites, téléphone, correspondance)**

Dans aucune des deux unités les patients ne peuvent conserver avec eux leur téléphone portable, ce en raison de difficultés entre les patients ; ils peuvent consulter leur messagerie en présence d'un soignant. Les téléphones sont conservés dans les locaux infirmiers. A l'unité Régis-2, ils sont mis à disposition des patients après le repas du soir ; on le leur donne si besoin dans la journée, par exemple pour un appel administratif.

Une cabine avec téléphone à carte est mise à disposition au rez-de-chaussée dans la salle des visites ; aux termes du règlement intérieur : « selon le contrat de soin » il est possible aux cinquante patients potentiels des deux unités de l'utiliser de 12h30 à 13h et de 19h30 à 20h.

Dans le couloir de chaque étage, un téléphone est mis à disposition qui permet de recevoir des appels et d'en passer. Mais la durée des appels passés est limitée car le service ne les facture pas. Le même règlement intérieur prévoit cette possibilité de 12h30 à 14h et de 17h à 20h en semaine, de 13h à 20h le samedi et de 10h à 20h le dimanche. Il n'a pas été confirmé que ces restrictions horaires étaient, en pratique, observées.

La « salle d'attente » est utilisée comme salle de visite. Cette pièce de 25 m² est divisée en trois espaces par deux paravents de bois ajourés ; deux espaces sont chacun meublés d'une table basse et de quatre fauteuils. Trois meubles-bibliothèques fermés contiennent des livres destinés aux patients. Au mur est installé un téléphone à carte devant lequel est placé un fauteuil. La cloison et la porte donnant sur le couloir sont vitrées à partir de 0,50 m de hauteur. Le mur en façade donne sur une terrasse accessible par une porte-fenêtre obstruée par une grille métallique.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « la salle d'attente se trouve dans le couloir de circulation face au bureau du chef de pôle. La salle de visite n'est pas utilisée comme salle d'attente ».

La salle ne laisse guère d'intimité lorsque plusieurs familles l'utilisent.

Les visites ont lieu, en principe, l'après-midi mais il a été indiqué que cette règle était appliquée à Régis-1 avec souplesse et que lorsque la famille se présentait le matin, elle était acceptée : « les personnes sont déjà sous contrainte, on essaie d'éviter les autres contraintes ».

En raison de l'organisation des locaux, salle de visite au rez-de-chaussée pour les deux unités, les visites se déroulent souvent dans le parc, quand c'est possible ou moyennant un certificat médical qui peut être établi dans la journée pour les personnes en SPDT mais qui oblige à anticiper plus avant pour les personnes en SPDRE. Pour les mêmes motifs, les enfants de moins de 12 ans ne sont pas autorisés à entrer.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « les enfants de moins de 16 ans ne sont pas autorisés à accéder au service, cependant l'aménagement de rencontres familiales est courant, lorsque le patient ne peut aller dans le parc, ses rencontres ont lieu dans le bureau du chef de pôle ».

Cette organisation a pour effet que les familles ignorent les conditions d'hébergement de leur proche hospitalisé.

▪ **Télévision, radio**

Un téléviseur est à disposition dans la salle de séjour du rez-de-chaussée ; en outre, un poste est installé dans une salle de chaque étage. Les patients sont libres de choisir le programme offert par la TNT ce qui peut, parfois, donner lieu à des différends. Les patients peuvent regarder la première partie des programmes de soirée qui s'achève vers 22h30-23h mais, il a été indiqué qu'en pratique, ils se couchent tôt, la plupart vers 20h.

Le weekend, les soignants apportent des DVD qui sont visionnés en salle d'activité.

Les patients sont autorisés à conserver un poste de radio ou un lecteur MP3 dans leur chambre.

▪ **Tabac**

La consommation de tabac ne fait pas l'objet de consignes particulières pour chaque patient, sauf cas exceptionnel, notamment les patients placés en chambre d'isolement. Il est porté attention à ce que les fumeurs aient de quoi consommer. Lorsqu'un patient a besoin de tabac, si aucun proche ne lui en apporte, les soignants font établir un certificat pour qu'il puisse aller chercher de l'argent pour acheter du tabac ; pour certains, les soignants font les achats. Lorsqu'un patient est dépourvu de ressources, il est fait appel à une association. Pour les personnes détenues « on évite de partir de Liancourt sans cigarettes » ; si besoin il est fait appel à l'association.

Un patch est proposé aux fumeurs mais il n'est qu'exceptionnellement accepté. De façon générale, les patients conservent leur tabac avec eux, à l'exception de ceux qui souffrent de trouble maniaques qui restent alitées ou isolées.

De même, les cigarettes sont données une par une aux patients placés en chambre d'isolement qui fument en restant contenus sur le lit, une main étant détachée, à la fenêtre ou conduits dans la salle fumeur selon leur état : « on ne fait pas flamber les choses pour une cigarette ».

▪ **Activités**

Trois activités thérapeutiques sont organisées à Régis-1 :

- la cuisine, conduite dans un pavillon extérieur aux unités, est animée par une infirmière avec un groupe de trois patients qui sortent de l'établissement pour acheter les aliments nécessaires ;
- une activité pâtisserie est organisée le weekend, sans sortie pour les courses ;
- le « bien-être », activité transversale aux trois unités Régis-1-2 et Esquirol.

En outre, des sorties thérapeutiques sont organisées (zoo, cinéma...). Les patients, de Régis-2, participent aux activités organisées par les pôles thérapeutiques extérieurs : Eole, USL, l'atelier thérapeutique en milieu rural, (trois personnes), le relai des Aulnes...

A Régis-2 est organisée une fois par mois une activité karaoké. Celle-ci s'adresse à tous les patients qui le souhaitent présents sur Régis-1, Régis-2 et Esquirol. Certains patients participent à des randonnées organisées de façon intersectorielle.

Dans les locaux des unités, des activités ponctuelles ont lieu : jeux, peinture, discussions, cartes.

▪ **Isolement et contention**

La chambre d'isolement de Régis-1, est meublée d'un lit constitué d'un bloc de plastique. La fenêtre, 1 m sur 1 m, est barreaudée mais ses vitres ne sont pas opacifiées. Une salle d'eau comporte un bloc wc-lavabo distribuant de l'eau froide et une douche à l'italienne. L'éclairage électrique de la salle d'eau ainsi que celui de la chambre restent en permanence allumés sauf si le patient en demande l'extinction. Deux portes y donnent accès : l'une du couloir, qui percée d'un fenestron de 0,27 m sur à 0,37 m, une autre de la salle de soins, contiguë percée également d'un fenestron qui peut être occulté, de dimensions doubles ; un troisième fenestron est percé dans la cloison séparant la salle de soins de la salle d'isolement. Une horloge est visible par le patient ; la chambre est munie d'un interphone.

Il a été témoigné des interrogations et des recherches des équipes sur la qualité de la prise en charge qu'elles offrent, notamment en ce qui concerne l'apaisement des malades pour lequel il est recouru à la médiation plutôt qu'à l'isolement. Il a été indiqué qu'il arrive aux équipes de lever d'elles-mêmes l'isolement et la contention et que les médecins adhèrent à cette pratique qui ne suscite aucune difficulté.

Les malades admis en soins libres peuvent être affectés en chambre d'isolement s'ils ont signé un contrat de soins qui le prévoit.

Les personnes détenues sont systématiquement placées en chambre d'isolement à leur arrivée ; la décision d'isolement peut être levée mais la personne demeure dans la chambre avec la porte ouverte.

Les patients peuvent être contenus dans la chambre d'isolement, dans la chambre d'apaisement ou, plus rarement, dans une chambre à deux lits dont l'autre occupant est alors déplacé.

L'unité Régis-2 dispose d'une « chambre de surveillance » qui, étant occupée, n'a pas pu être visitée par les contrôleurs.

▪ **Relations sexuelles**

Les relations sexuelles sont interdites dans les locaux des unités. En cas de formation d'un couple, les soignants, méfiants sur les risques de « troc sexuel » vérifient le consentement et la conscience des deux partenaires. Il a été indiqué que le problème ne se posait pas souvent.

Une contraception est proposée aux femmes.

▪ **Incidents**

Les patients qui arrivent avec du cannabis essaient de ne pas le donner. Si le produit est trouvé, il est conservé au sein du service ou détruit devant le patient (la cocaïne est jetée dans les toilettes !).

Lorsqu'un patient est suspecté d'avoir consommé de l'alcool ou du cannabis, un contrôle est opéré sur prescription médicale ; s'il est positif, il donne lieu à un recadrage.

Peu de vols sont constatés, ils portent essentiellement sur des friandises ou des vêtements. En pareil cas, le patient est reçu et il lui est rappelé qu'il peut porter plainte.

4.2.1.1.6 L'unité Esquirol

L'unité Esquirol occupe la partie gauche du pavillon d'hospitalisation de Clermont 4.

Il s'agit d'une unité de réhabilitation, d'une capacité théorique de vingt-six lits, répartis dans sept chambres à deux lits et trois chambres à quatre lits et une chambre d'apaisement. Il n'existe théoriquement aucune chambre individuelle mais, au moment du contrôle, deux chambres doubles n'avaient qu'un seul lit en raison de l'état clinique de deux patients rendant incompatible le partage d'une chambre.

L'unité Esquirol est une unité en principe ouverte. Au moment du contrôle toutefois, elle était fermée en raison, a-t-il été indiqué, de la présence d'un patient fugueur.

4.2.1.1.6.1 Les patients

Selon les indications du rapport d'activité de l'année 2011, les objectifs assignés à la prise en charge des patients affectés à l'unité Esquirol, sont « un renforcement de la stabilisation de l'état psychique du malade et une aide dans la réinsertion et la réadaptation psychosociale ».

Au jour de la visite, l'unité comptait dix-neuf patients présents, dix femmes et neuf hommes :

- dix personnes étaient admises en soins libres ;
- neuf en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT) ;

Aucun n'était en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SPDRE).

Le patient le plus âgé avait 72 ans et le plus jeune, 21 ans.

La plus longue hospitalisation datait de 1972.

Le profil des patients est décrit comme « celui de troubles mentaux avec une importante composante déficitaire ne permettant pas un retour au domicile rapide et nécessitant souvent un moyen, voire un long séjour dans l'institution avant une décision de sortie. »

4.2.1.1.6.2 Le personnel

a. L'effectif paramédical

<i>Secteur 60 G01 Unité Esquirol</i>	N	ETP
Cadre de santé	1	1

Infirmier (IDE) Jour	11	9,4
Aide-soignant (AS) Jour	7	5,4
Total	19	15,8

b. L'organisation du service

Le personnel soignant est présent à hauteur au moins de trois agents – dont au moins deux infirmiers, le matin (6h-14h) et l'après-midi (14h-22h). Cette organisation est valable sept jours sur sept.

L'effectif est jugé insuffisant quand le personnel doit aider un nombre important de patients pour leur toilette.

Le personnel soignant effectue un service hebdomadaire de trente-cinq heures.

Chaque patient a deux soignants référents.

Le personnel soignant est féminin, à l'exception d'un infirmier. Le service connaît une proportion importante de congés de maternité et de temps partiel.

Un médecin est attiré au service. Il est présent toute la journée du lundi, du mardi et du jeudi, ainsi que le vendredi matin. Le chef de pôle intervient dans les plages horaires où il n'est pas présent.

Une psychologue est présente sur place le jeudi et intervient à d'autres moments de manière aléatoire.

L'assistante sociale passe tous les jours.

c. Les réunions de service

Une **réunion clinique** a lieu une fois par mois, le jeudi, avec le médecin chef de pôle, le médecin de l'unité, une psychologue, l'assistante sociale, le personnel soignant de l'unité en service et le cadre de santé. La réunion se tient à 13h30 afin que les équipes du matin et d'après-midi y participent. Un point est fait sur la situation de quelques patients seulement, le personnel ayant été préalablement invité à faire des propositions. Il a été indiqué que sept à huit cas étaient abordés par réunion (« toujours les mêmes », aux yeux de certains).

Il a été fait part aux contrôleurs de l'insuffisance de ce temps d'échange et du souhait de l'équipe soignante de bénéficier d'au moins une seconde réunion de ce type dans le mois.

La demande est d'autant plus forte qu'aucune réunion de synthèse ne serait jamais organisée non plus pour examiner collectivement la situation d'un patient en particulier.

Une **réunion de fonctionnement ou inter équipe** est organisée « trois ou quatre fois par an » avec la participation de la cadre de santé de l'unité (éventuellement aussi la cadre supérieure de santé du pôle) et les soignants présents. Les questions abordées sont celles posées par le personnel et décidées par la cadre, en lien avec l'actualité du service : (organisation, planning, congés, passation de consignes, activités dans l'unité, etc.). Un compte-rendu est rédigé et affiché. Les contrôleurs ont pris connaissance des comptes-rendus établis à la suite des deux dernières réunions ayant eu lieu le 18 mars et le 6 mai 2013.

Une **réunion de pôle** a lieu deux fois par an, à laquelle est invité l'ensemble du personnel intra et extrahospitalier.

Le cadre de santé et/ou un infirmier sont conviés à la réunion bimensuelle qui a lieu sur le secteur de Beauvais.

Aucune transmission n'est organisée à la mi-journée, en raison d'une absence de chevauchement d'horaires entre l'équipe du matin et celle de l'après-midi. Les seules transmissions ont lieu avec l'équipe de nuit entre 6h et 6h20 et entre 21h30 et 22h. Un cahier de transmissions est à renseigner dans le bureau du rez-de-chaussée.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « il n'y a pas de chevauchement formalisé pour les transmissions de la mi-journée mais elles sont réalisées entre l'équipe du matin et celle d'après-midi entre 13h50 et 14h10 ».

Il n'existe pas non plus de réunion « soignants-soignés » au sein de l'unité.

4.2.1.1.6.3 Les locaux de l'unité Esquirol

▪ Les chambres

Les chambres se situent au premier et au second étage de l'unité.

Le premier étage compte quatre chambres : une chambre à quatre lits, la chambre d'apaisement et deux chambres doubles occupées par des personnes seules, alitées la majeure partie du temps. Ces deux chambres sont les seules à être équipées du téléviseur personnel du patient présent.

Le second étage compte deux chambres à quatre lits et cinq chambres à deux lits.

La superficie des chambres doubles est de 12,3 m². Celle des chambres à quatre lits est de 36 m².

Les chambres doubles sont meublées de deux lits (au-dessus desquels se trouvent le plus souvent une liseuse), deux tables de chevet, deux armoires et un lavabo surmonté d'un miroir en verre (manquant dans certaines chambres). Faute de place suffisante, la plupart des chambres n'a aucune table, des chaises se trouvant dans certaines.

On pénètre dans les chambres à quatre lits par une double porte ouvrant au milieu de la pièce. Chaque chambre est séparée en boxes individuels occupant les quatre angles. Un couloir central sépare les deux de gauche des deux boxes de droite. Contrairement aux deux situés côté fenêtres, les deux boxes disposés de chaque côté de l'entrée sont totalement visibles depuis l'entrée de la pièce et ne garantissent aucune intimité aux patients qui les occupent.

Au côté opposé à la porte, sous les fenêtres, trois lavabos, encadrés par deux radiateurs, sont alignés, sans aucune séparation entre eux.

Les lits sont disposés différemment dans les boxes, selon les souhaits des patients : la tête du lit se trouve soit sur le mur latéral (là où se trouve la liseuse), soit sur la cloison du box (donc indépendamment de la liseuse). Les cloisons de séparation en bois aggloméré montent à 2 m du sol et ne vont donc pas jusqu'au plafond. Chaque box est meublé d'un lit (parfois médicalisé), d'une table de chevet et d'une armoire ; une table et une chaise ne s'y trouvent pas toujours.

Chaque patient peut disposer d'un poste de radio ou de matériel audio ; certains ont un casque d'écoute. Selon les témoignages recueillis, les patients écouteront à des moments différents et feront preuve de tolérance entre eux...

Toutes les chambres bénéficient de clarté grâce à de larges fenêtres, sous lesquelles sont installés des radiateurs muraux. Un grillage posé à l'extérieur sert de protection contre les risques de chute. Les patients peuvent librement ouvrir les fenêtres, de même que les stores roulants.

Si les fenêtres refaites récemment en PVC sont bien isolées, il en va différemment pour l'isolation des murs.

Les portes des chambres sont pleines et sans oculus, ni œilleton. Il n'est pas possible de fermer sa chambre de l'intérieur.

Aucune chambre n'est équipée d'une sonnette ou d'un bouton d'appel.

Des détecteurs de fumée sont installés au plafond de chaque chambre.

Les locaux sont anciens et vétustes. Les murs présentent de nombreuses fissures. Le revêtement des murs et des plafonds sont couverts de cloques formées par des peintures écaillées. Les sols sont différents selon les chambres (linoléum, carrelage) au gré des remplacements opérés pièce par pièce. Tous les radiateurs sont placés dans des caissons de protection.

▪ **Les toilettes et les douches**

Aucune chambre n'est équipée de wc ni de douche.

L'unité met huit wc à disposition des patients : trois au rez-de-chaussée, dont un pour personne à mobilité réduite, deux au premier étage (séparés par des cloisons n'allant pas jusqu'au plafond) et deux au second étage.

L'unité ne compte que deux cabines de douche, toutes deux situées au deuxième étage. Le rideau manque dans l'une d'entre elle. Une douche au premier étage n'est pas utilisée, faute de chauffage et du fait de la présence d'une marche pour y accéder.

Deux salles de bain se trouvent au rez-de-chaussée. Une est équipée d'une baignoire basculante récente qui est notamment utilisée par les personnes handicapées. Cette pièce sert également à la coiffure et au maquillage des patientes ; on y trouve aussi des casiers de rangement nominatifs, avec les produits de toilettes des patients (trousses, rasoirs, etc.) et une tenue complète propre, préparée pour la journée du lendemain.

Une troisième salle de bains est installée au deuxième étage. La baignoire y étant placée contre un mur, elle ne peut être utilisée que par des patients autonomes et suffisamment agiles. De fait, le personnel a indiqué qu'elle n'était quasiment jamais utilisée.

Le personnel dispose de deux wc (au rez-de-chaussée et au premier étage) et une douche dans le local (sombre et triste) qui lui est réservé, notamment afin de se restaurer.

▪ **Les espaces communs**

L'accès à l'unité s'effectue de deux manières : depuis l'extérieur, par un portail d'accès muni d'une sonnette ou, de l'intérieur, par le bureau d'accueil commun au pôle.

La vie au **rez-de-chaussée** s'articule autour d'une salle de séjour d'une surface de 72 m². La pièce sert principalement de salle à manger (huit tables rectangulaires) et est séparée de l'office de restauration par une rampe de self-service où se trouve une machine à café pour le petit déjeuner. La salle est décorée de reproductions de tableaux et agrémentée de plantes vertes. On y trouve également une fontaine à eau et un distributeur de boissons chaudes, à disposition des patients pour des consommations (chocolat, décaféinés) moyennant 0,50 euro.

De la salle de séjour, une porte donne accès à l'office, au bureau infirmier servant également à la cadre de santé (où sont rangés les dossiers des patients), au local du personnel et à l'escalier de l'unité. Un passage permet de se rendre dans les locaux des autres unités du pôle. Ce passage conduit à l'ascenseur qui mène aux étages.

De l'autre côté, en traversant la salle de séjour, on accède à une deuxième grande salle de 42 m² servant de salle de télévision et d'activités ainsi que de salon de visite. Aux murs figurent des dessins et des peintures réalisés par les patients. Un téléviseur et un lecteur de DVD sont installés dans un meuble qui les protège, devant lequel se trouvent dix-huit fauteuils et cinq tables basses. La pièce comporte aussi un baby-foot. Des jeux de société sont à disposition dans une armoire ; des boules de pétanque sont rangées dans un meuble bas.

Sur la gauche, on accède directement à une pièce de 30 m², servant de salle de soins et de « pharmacie ». La pièce est totalement équipée pour les soins, notamment d'un lit d'examen qui permet d'y réaliser les prises de sang ou les injections à effet retard.

La salle de télévision donne aussi sur un espace sanitaire desservant les deux salles de bain, les trois wc et un local pour le linge sale (avec porte donnant sur l'extérieur pour l'évacuation des DASRI²³).

Après cet espace, à l'extrémité du bâtiment, se trouvent une série de petites pièces, de droite à gauche :

- une laverie avec une machine à laver pour le linge des patients. Au moment du contrôle, le sèche-linge se trouvait en réparation, obligeant la plupart des personnes à étendre leur linge sur le montant de leur lit ;
- un vestiaire où les patients peuvent déposer leurs chaussures ou leur manteau. Chaque patient dispose d'un casier de rangement marqué à son prénom ;
- un local de ménage où sont entreposés les produits d'hygiène et d'entretien ;
- un local pour le linge propre ;
- l'atelier de la couturière du pôle.

Le **premier étage** est constitué d'un couloir central reliant une porte donnant accès, aux deux extrémités, à l'unité Régis et à une terrasse servant d'issue de secours. Les patients n'ont pas la possibilité de franchir ces limites.

Le couloir dessert, d'un côté, une chambre à quatre lits, le sanitaire de l'étage et un salon d'une superficie de 36 m². Cette dernière pièce sert aux patients qui regardent la

²³ DASRI : déchets d'activités de soins à risques infectieux.

télévision, participent à des activités ou reçoivent des visites, mais aussi au personnel pour ses réunions ou pour la veille de nuit. Elle est meublée de douze fauteuils et d'un fauteuil roulant. Des rideaux peuvent être tirés pour obscurcir la salle qui comprend aussi du matériel informatique (hors d'usage) et un meuble bibliothèque contenant quelques livres de poche anciens et très usagés et des cassettes audiovisuelles qu'aucun appareil ne permet plus de visionner.

De l'autre, le couloir dessert deux vestiaires pour le personnel, le bureau du médecin, deux chambres à deux lits (mais occupées par des personnes seules, cf. *supra*).

Entre les deux chambres se trouve la chambre d'apaisement d'une superficie de 12 m². La chambre ne dispose pas d'un sas d'entrée et la porte n'est pas sécurisée. Elle est en revanche percée d'une lucarne vitrée qui la rend visible depuis le couloir. La fenêtre est barreaudée et son ouverture est exclusivement assurée par le personnel qui détient la clef de la serrure. En-dessous, le radiateur est inséré dans un caisson. La pièce n'est pas climatisée.

La pièce est totalement nue à l'exception d'un lit fixé au sol avec des points d'attache pour la contention. Il n'existe, comme dans les autres chambres, aucun dispositif d'appel. Aussi, compte tenu que le patient qui y est placé est enfermé dans la chambre, la personne ne peut se manifester qu'en tapant dans la porte ; si elle est maintenue au lit avec des ceintures de contention – ce qui était le cas au moment de la visite - le son de sa voix est répercuté dans le bureau infirmier par le biais d'un *baby-phone* (matériel utilisé dans les chambres de jeunes enfants). Aucun appareil de ce type ne fonctionnait lors du contrôle.

Le **second étage** présente la même configuration que le premier. Le couloir sépare, d'un côté, le sanitaire de l'étage, la cage d'escalier (dont en journée la porte palière est maintenue en permanence fermée) et deux chambres à quatre lits ; de l'autre, cinq chambres à deux lits, une salle de bains et un local de ménage.

▪ Le parc

La salle de séjour donne directement sur l'espace extérieur de l'unité, constitué d'une cour bitumée accessible par quelques marches ou par un plan incliné. Un petit auvent en toile est fixé au-dessus du perron, permettant de fumer à l'abri, en cas de pluie. Des cendriers sont à disposition. La cour est équipée de salons de jardin en plastique avec des parasols et de bancs. L'été, les repas et les gouters y sont pris.

De la cour, on accède par quelques marches ou un plan incliné à deux espaces verts disposés en terrasse sur lesquelles trainent quelques bancs et chaises. L'espace est entouré par un mur et une haie vive. Au moment du contrôle, personne ne s'y rendait, peut-être du fait de la hauteur de l'herbe qui n'avait manifestement pas été tondue depuis longtemps.

Comme le mentionne le rapport de l'IGAS lors de son inspection réalisée en octobre 2010, les locaux de l'unité Esquirol sont « en très mauvais état » et « offrent des conditions d'accueil indignes, maltraitantes en elles-mêmes ». Les contrôleurs partagent le constat mais notent que les locaux sont correctement entretenus par le personnel.

4.2.1.1.6.4 Le fonctionnement de l'unité Esquirol

Un document, intitulé « règlement intérieur Esquirol » est affiché dans la salle de télévision du rez-de-chaussée. Il fournit sur un feuillet unique des informations sur les règles de vie spécifiques de l'unité. Le règlement intérieur n'est pas daté mais il a été dit qu'il avait été revu en 2011.

▪ **Ouverture et fermeture de l'unité et des chambres**

Comme il a été dit, l'unité Esquirol était, jusqu'en avril 2013, une unité ouverte. Une patiente admise en SPDT, présentant un profil particulièrement vulnérable, a fugué en pleine journée. Selon les informations recueillies, un dispositif de recherche aurait été mis en place par la gendarmerie nationale : un hélicoptère aurait survolé l'hôpital et des chiens amenés dans la cour de l'unité afin de la retrouver. La patiente est revenue d'elle-même, la nuit suivant sa fugue. Depuis, elle n'est plus autorisée à sortir dans le parc mais seulement dans la cour de l'unité, sans être astreinte au port du pyjama.

Suite à cet événement, « une décision médicale de fermeture a été prise jusqu'à nouvel ordre ». Depuis, la porte de la cour donnant dans le parc est maintenue en permanence fermée. Le patient doit dorénavant passer par le bureau d'accueil du pôle pour sortir et se soumettre au contrôle du personnel présent, qui vérifie son autorisation à sortir à partir d'une liste nominative fournie par l'unité. Au moment du contrôle, cette liste comportait huit noms, quatre de patients sous contrainte et quatre de personnes en soins libres : les personnes étaient toutes autorisées à sortir dans le parc et en ville, en général pendant une heure matin et/ou après-midi. Onze personnes – dont six admises en soins libres – n'avaient donc pas le droit de quitter l'unité.

Il est possible de sortir après le petit déjeuner : la cour est ouverte à 8h30. Elle reste accessible le soir jusqu'à 20h30 l'hiver et 21h30 l'été.

Les horaires de sortie en ville, seul ou accompagné « selon la disponibilité des soignants », sont particulièrement restreints : en semaine, entre 16h30 et 17h30 ; le week-end, entre 9h30 et 10h30 et entre 14h30 et 15h30, comme le mentionne le règlement intérieur.

Le règlement intérieur précise que les chambres du second étage sont fermées de 9h à 13h et de 14h20 à 20h30, sauf « pour cas particulier et sur décision de l'équipe pluridisciplinaire ». Les chambres du premier étage ne sont pas fermées en raison des personnes âgées ou alitées qui les occupent.

Selon les indications données, le personnel ne ferme jamais une chambre avec un patient à l'intérieur, à l'exception de la chambre d'apaisement.

▪ **Biens personnels**

Aucun effet n'est retiré au patient à son arrivée, à l'exception du téléphone portable dont très peu serait détenteur selon les indications recueillies. En revanche, il arrive que les patients remettent des effets ou des papiers personnels. Un inventaire contradictoire est alors effectué.

Chaque patient a dans sa chambre une armoire qui ferme à clef. Certains n'ont pas la clef, ne pouvant la gérer. Au moment de la visite de l'unité, bon nombre d'armoires étaient ouvertes, y compris dans des chambres à quatre lits. Selon le personnel, il n'y aurait quasiment jamais de vol entre patients et aucun problème de gestion des armoires.

▪ **Argent et objets de valeur**

La question de l'argent et les objets de valeur (chéquier, carte bleue, bijoux...) est traitée en fonction de l'état de santé des patients. Certains ont la possibilité, s'ils le souhaitent, de tout conserver avec eux, option privilégiée dans la mesure du possible pour autonomiser la

personne ; pour d'autres, une solution est trouvée avec chaque tuteur. Le bureau d'accueil dispose d'un coffre avec accès sécurisé où sont déposés les moyens de paiement des patients.

▪ **Hygiène corporelle et vestimentaire**

Toutes les chambres sont équipées d'un ou plusieurs lavabos non munis de cloison, ce qui ne permet pas de faire sa toilette dans des conditions respectant l'intimité de la personne. Les personnes valides et autonomes ont accès aux sanitaires, matin et soir. La salle de bains est fermée dans la journée.

Au moment du contrôle, le personnel soignant faisait la toilette de quatre patients sur dix-neuf, et en vérifiait la réalité pour trois autres. Une douche est le plus souvent prise le matin (entre 6h et 9h), certaines personnes prenant aussi un bain en fin de journée.

Chaque patient doit se munir d'une trousse de toilette pour y ranger son nécessaire de toilette, de maquillage et de parfumerie. Les rasoirs électriques ne sont pas laissés à disposition. Le matériel de rasage mécanique est remis le temps de l'opération et repris aussitôt par le personnel. Les troussees sont entreposées dans la salle de bains du rez-de-chaussée.

Le linge personnel est en général nettoyé par l'hôpital, à l'exception de celui de deux patients sur les dix-neuf présents au moment du contrôle, qui était effectué par la famille.

Selon les témoignages du personnel, les personnes valides et autonomes (sept sur dix-neuf) sont encouragées à utiliser la machine à laver de l'unité, selon un planning affiché qui organise des créneaux du lundi au samedi. Le règlement intérieur de l'unité est cependant plus restrictif dans sa formulation : « L'usage de la machine à laver du pavillon est exceptionnel et en fonction du besoin réel du patient, en tenant compte du jour déterminé par l'équipe pluridisciplinaire ».

Le linge des autres patients est envoyé à la lingerie de l'hôpital après avoir été marqué nominativement par la couturière du pôle. Si la qualité de la prestation est soulignée, il n'en va pas de même pour la fiabilité des retours qui seraient d'au moins une semaine, avec des délais aléatoires.

Le personnel soignant accompagne les patients pour l'achat de vêtements, dans des magasins à Creil ou à Beauvais où le choix serait plus important et les prix moins élevés.

▪ **Entretien des locaux**

L'entretien des chambres et des locaux communs est assuré par deux équipes d'ASH, matin et après-midi. Le change des draps est quotidien et non, comme le mentionne le règlement intérieur, une fois par semaine.

Le personnel s'est plaint de la faiblesse de dotation pour l'unité de produits d'entretien et de papier hygiénique.

Les patients participent à certaines tâches : faire son lit, la vaisselle, laver les tables de la salle à manger et passer le balai. Un planning hebdomadaire est établi le dimanche soir avec les patients volontaires. Il est affiché dans la salle de télévision du rez-de-chaussée ; sept noms figuraient sur celui en vigueur au moment de visite. Aucun « pécule » n'est versé en contrepartie.

▪ **Repas**

Les repas sont pris entre 8h et 8h30, 12h et 12h45 et à partir de 19h. Un goûter est proposé à 16h (un sirop l'été, une boisson chaude l'hiver). Il n'est pas servi de tisane en soirée.

Les repas sont pris, en commun et selon un service unique, dans la salle à manger du rez-de-chaussée, sauf indication clinique particulière (personne alitée) ou placement en chambre d'apaisement. L'emplacement à table est déterminé à l'avance, prenant en compte les affinités des personnes. Les patients disposent de couverts comprenant un couteau ; certains patients, a-t-il été indiqué, sont assistés, notamment pour couper la viande.

Les patients se présentent à la rampe du self-service où l'agent hôtelier leur sert le plat principal, déconditionné de la barquette. Les entrées et desserts sont apportés à table. Un café ou un chocolat sont proposés le dimanche et les jours fériés.

Les menus ne sont affichés qu'à l'intérieur de l'office, ce qui ne permet pas aux patients d'en prendre connaissance.

Au moment du contrôle, douze patients sur dix-neuf avaient un repas de cinq types de régimes alimentaires différents, dont un régime « musulman » (sans porc) servi à deux personnes.

La distribution des médicaments s'effectue à table, pendant le repas. Le personnel est attentif à ce que les patients prennent bien leurs médicaments.

Contrairement aux boissons, il est possible de déposer à l'office son paquet de gâteaux (avec son nom mentionné sur l'emballage) qui doivent être consommés en journée et en présence du personnel. Le règlement intérieur de l'unité mentionne l'interdiction de « stocker des denrées alimentaires et de manger dans les chambres et les dortoirs ».

▪ **Relations avec l'extérieur : visites, téléphone, correspondance**

Les visites ont lieu tous les jours, en principe l'après-midi. Selon les indications recueillies, elles se déroulent le plus souvent dans le parc ou en ville, sinon dans la cour ou le salon du premier étage, jamais en chambre. Au moment du contrôle, cinq personnes seulement, sur les dix-neuf présentes, recevaient des visites, aucune ne concernant des enfants.

Les patients ne sont pas autorisés à conserver leur téléphone portable. Positionné dans le couloir du premier étage, le téléphone mural (fonctionnant à carte) n'est quasiment jamais utilisé. Il a été indiqué que le téléphone du service était en général mis à la disposition des personnes pour appeler : faute de ligne directe, le numéro du correspondant est transmis au standard qui passe la communication ; une facture individuelle est adressée chaque mois. Il est également possible pour un patient de recevoir un appel extérieur sur le poste du service.

La correspondance des patients ne fait l'objet d'aucune restriction, ni aucun contrôle. Les personnes, qui sortent en ville postent elles-mêmes leur courrier ; faute de boîte à lettres installée dans l'unité, les autres le déposent au bureau d'accueil pour être emporté par le vaguemestre. Il arrive qu'un patient sollicite le personnel à la réception d'un courrier.

▪ **Télévision, radio, presse, ordinateur**

L'unité compte deux salles de télévision, l'une au rez-de-chaussée, l'autre au premier étage. Les chambres ne sont pas équipées de téléviseur, deux patientes (déficitaires, vieilles et alitées) ayant été autorisées à y amener un poste personnel (cf. *supra*). Le poste de

télévision est coupé le soir « à la fin du film ». En général, les patients se couchent tôt, a-t-il été indiqué.

En revanche, les patients peuvent avoir un poste radio (ou un radio réveil) ou un radiocassette dans leur chambre, de même qu'une console de jeu vidéo ou du matériel d'écoute de la musique.

L'unité est abonnée aux quotidiens *Le Courrier picard* et *Le Parisien – Aujourd'hui en France*. Des magazines (*Femina*, *Géo*, *30 millions d'amis*) sont mis en circulation entre les services.

Aucun patient présent n'avait un ordinateur portable. Aucune demande en ce sens n'aurait jamais été formulée.

▪ **Tabac**

Au moment du contrôle, six patients sur les dix-neuf présents étaient répertoriés comme fumeurs. Le tabac, le briquet et les allumettes sont déposés dans une boîte nominative qui se trouve au bureau infirmier. Quatre personnes récupèrent le contenu de leur boîte le matin (après le petit déjeuner) et doivent le rendre avant de rejoindre leur chambre pour la sieste ou le coucher du soir, conformément à ce que mentionne le règlement intérieur de l'unité. Les deux autres sont « gérées » par le personnel, en raison de leur consommation excessive nécessitant une régulation : la première a droit en journée à une cigarette par heure ; la seconde, contrainte sur le plan financier, se voit remettre par demi-journée trois cigarettes mises dans un sachet en plastique.

Il est possible de fumer dans la cour, après le petit déjeuner jusqu'aux alentours de 21h30.

La plupart des patients concernés achète son tabac. Le personnel achète chaque mois une cartouche de cigarettes pour la personne non autorisée à sortir en ville.

Le fait de fumer n'est pas un critère d'affectation d'un patient en chambre.

▪ **Activités**

Sur les dix-neuf patients présents dans l'unité, quatre seulement participaient à des activités externes à Esquirol : deux avec l'unité sports-loisirs, un à l'atelier d'ergothérapie et un à l'hôpital de jour.

Au sein de l'unité, les activités proposées sont les suivantes : jeux de société, jeux de cartes, domino, dessin, pétanque, promenade dans le parc, esthétique, coiffure et maquillage. Il a été souligné la faible motivation des patients pour les activités. Toutefois, les principales « occupations » consistent à regarder la télévision et à rester dans le parc.

Sous l'égide de deux infirmières, deux projets étaient en cours de réalisation au moment du contrôle, un atelier cuisine et un cours de gymnastique douce.

Des sorties ponctuelles sont organisées sur une journée, ainsi entre mai et juillet 2013 : la visite d'un zoo, une promenade à la mer, une partie de pêche, une cueillette de fraises, la Fête de la musique... Le personnel a indiqué que la décision de retirer à l'unité le véhicule qui lui était auparavant affecté – contraignant désormais à la réservation d'un véhicule attaché à un « pool » – rendait plus difficile la programmation des sorties.

Au moment du contrôle, le départ en vacances (en famille) de trois patients étaient programmé pour l'été 2013.

- **Sur-occupation**

L'unité ne connaît pas de problème de sur-occupation. Il n'est jamais ajouté de lits supplémentaires. En revanche, il arrive qu'elle héberge des patients des unités Régis, faute de lit disponible.

- **Isolement et contention**

L'unité ne dispose pas de chambre d'isolement répondant aux normes des CSSI, mais d'une chambre d'apaisement où un patient peut être maintenu en contention (cf. *supra*).

Hormis les indications portées dans les dossiers médicaux, l'unité ne connaît pas d'autre mode de traçabilité de l'utilisation des chambres d'isolement ou des moyens de contention. Selon les indications données, le recours à la chambre d'apaisement du premier étage serait plus fréquent concernant des personnes placées dans des chambres à quatre lits qui auraient besoin périodiquement de s'isoler des autres patients.

Le placement et la surveillance en chambre d'apaisement répondent au même protocole que pour la CSSI. Il est fait appel au médecin d'astreinte et à l'administrateur de garde.

Le positionnement de la chambre et l'absence de bouton d'appel rendent malaisée – voire inefficace – la surveillance par le personnel qui est en général maintenu à l'étage avec un appareil PTI (protection du travailleur isolé), ce qui de fait l'isole du reste de l'équipe.

- **Relations sexuelles**

Lorsqu'une information de relations sexuelles entre patients est connue, il a été indiqué que le caractère consenti du rapport était vérifié. Les personnes concernées sont reçues en entretien. Il leur est demandé d'être discrètes.

Aucun préservatif n'est mis à disposition des patients au sein de l'unité.

Compte tenu de l'état de santé des patients présents, les relations sexuelles sont considérées comme exceptionnelles.

- **Incidents**

L'unité n'est pas confrontée à des introductions de produits interdits, notamment l'alcool et le cannabis. Le règlement intérieur de l'unité en mentionne l'interdiction, de même que l'introduction de médicaments non prescrits.

Selon le personnel, les principaux incidents concernent des insultes entre patients et des violences liées aux pathologies.

En 2012, deux fiches d'évènements indésirables ont été enregistrées pour l'unité Esquirol : la première, rédigée par un personnel soignant faisait état de propos désagréables tenus par une famille ; la seconde concernait un problème récurrent de panne d'ascenseur.

Un incident survenu au début du mois de mai 2013, soit quelques semaines plus tôt, a été relaté aux contrôleurs. Une patiente se serait plainte de maltraitance commise par le personnel du service de nuit : aucune suite ne serait apportée aux demandes faites par des

patients non valides ; des propos désobligeants auraient été exprimés à l'égard de certaines personnes, une d'entre elles aurait été qualifiée en des termes insultants en raison d'un problème d'incontinence nocturne... Le personnel soignant (de jour) l'aurait aidée à rédiger un courrier à l'adresse de la direction, en même temps qu'un signalement était opéré auprès du service qualité. Le cadre supérieur de nuit aurait rencontré l'équipe de nuit, compétente sur l'ensemble des unités du pôle.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « le cadre de santé a accompagné la patiente pour la rédaction et la transmission d'un courrier relatant les faits dont elle aurait été témoin. Pas de cadre supérieur de santé sur le CHI. Le cadre supérieur de santé du pôle a relayé ce courrier et a rencontré l'équipe de nuit mise en question par ce signalement. Le signalement a été traité tant en interne au pôle (analyse de pratiques-réunions), qu'en externe (CGS-Direction de la Qualité) ».

4.2.1.2 L'hospitalisation au secteur 60 G02 Fitz-James 10

4.2.1.2.1 Présentation du pôle

Le secteur prend en charge les habitants des cantons d'Auneuil, Le Coudray-sur-Thelle, Saint-Germer, Chaumont-en-Vexin, Méru, Noailles. Il s'agit d'un secteur rural, comportant un pôle urbain, Méru. Cette cité connaît un taux de chômage élevé, comporte une zone d'éducation prioritaire et une cité défavorisée, la Nacre. Cependant, en raison de sa situation limitrophe de la région Ile-de-France, elle a connu une hausse de sa population par la migration de salariés urbains.

Les prises en charge principales portent sur des personnes souffrant de troubles anxio-dépressifs, de psychoses, de troubles cognitifs et de troubles de comorbidité d'addictions.

Les structures extrahospitalières sont situées à Méru, qui offre un CMP, un CATTP et une maison communautaire, et à Chaumont-en Vexin qui dispose d'un CMP et un CATTP. Les deux tiers des patients sont accueillis à Méru, l'autre tiers à Chaumont-en-Vexin.

Le pôle constate une difficulté à assurer le suivi, en extrahospitalier, des personnes âgées souffrant d'isolement.

4.2.1.2.2 Le projet thérapeutique

Le 7 janvier 2013 a été mis en place le projet de pôle à l'élaboration duquel l'ensemble du personnel participait depuis trois ans. Cette élaboration a été conduite par l'ensemble du personnel réparti en groupes de travail, la seule commande du chef de service portant sur la répartition des trois unités en une unité d'admission ouverte, une unité d'admission fermée et une unité de réhabilitation, ceci en harmonie avec le projet d'établissement à venir. Auparavant, les trois unités faisaient chacune de l'admission et de la réhabilitation.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « auparavant, il y avait une unité fermée (Tinel) et les deux autres unités (Toulouse et Vigouroux) faisaient chacune de l'admission et de la réhabilitation ».

L'élaboration du projet a pris trois années, rencontrant notamment des difficultés et des rigidités extérieures tenant à la suspicion d'atteinte aux conditions de travail.

Au cours de cette période, le pôle a connu un renouvellement des agents, qui avaient adhéré avec enthousiasme au projet, mais éprouvaient une certaine désespérance en raison de sa longueur.

En définitive, les trois unités se sont installées dans deux des pavillons dont disposait le pôle – l'unité ouverte dans le pavillon Tinel et l'unité fermée dans Avinin – qui avaient été réhabilitées en 2001. Le pavillon Vigouroux a été restauré à son tour et récupéré par le pôle qui y a installé l'unité de réhabilitation semi-fermée et a, en contrepartie, rendu un autre pavillon à l'établissement. Enfin, un centre d'activités de jour a été installé dans le pavillon de Clérambault.

Les patients ont été affectés peu à peu dans les différentes unités en fonction de leur état clinique - les malades chroniques étant accueillis dans l'unité de réhabilitation – et de leur projet thérapeutique individualisé.

Les personnes en soins contraints sont accueillies à Avinin ; mais l'unité ouverte a déjà accueilli des patients en SPDT. Dans l'absolu, selon le chef de pôle, les personnes en SPDRE qui présentent un danger pour elles-mêmes devraient pouvoir aller dans l'unité ouverte, selon leur état clinique. L'affectation en unité ouverte ou fermée n'est décidée qu'en fonction de l'état du patient et une évaluation bénéfice/risque.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « les personnes en soins contraints sont accueillies à Avinin ; mais l'unité ouverte peut accueillir des patients en SPDT dont l'état clinique est stabilisé. Dans l'absolu, selon le chef de pôle, les personnes en SPDRE vont sur l'unité fermée. L'affectation en unité ouverte ou fermée n'est décidée qu'en fonction de l'état clinique du patient, d'une évaluation bénéfice/risque et de son mode d'hospitalisation ».

Le pôle ne connaît aucun problème de place ou de disponibilité de lit, aussi aucune sortie n'est précipitée et les affectations dans les unités sont fluides, fonction de la clinique et non des places disponibles.

Les personnes détenues sont, en principe, placées en chambre de soins intensifs à Avinin, et si cette chambre est occupée, celle de Tinel est utilisée. Il a été indiqué que, sur le principe, dans le pôle, l'hospitalisation des personnes détenues n'est pas assimilée à l'isolement ; toutefois, dans les faits, ces dernières sont toujours enfermées.

La question de la contention selon ses trois modes – chambre d'isolement, médicaments ou contention physique - n'est pas actée dans le pôle. Le chef de pôle considère que les prescriptions « si besoin » poussent à leur utilisation et préfère qu'un psychiatre de garde soit appelé pour évaluer et gérer la crise ; la contention est possible en dehors des chambres d'isolement en cas d'urgence, mais elle est alors de très courte durée.

La politique globale du pôle est élaborée en comité de pôle qui se réunit chaque mois sous la conduite du médecin chef ; y participent le cadre assistant de pôle, le médecin référent et le cadre de santé de chaque unité, et un ou deux psychologues référents. Ce comité est une instance décisionnaire qui définit les axes stratégiques du pôle et leur mise en œuvre.

En outre, un « staff » de pôle se tient chaque lundi, réunissant les membres du comité de pôle auxquels s'ajoutent tous les volontaires de toutes les équipes. Cette réunion est l'occasion d'informer des décisions prises en comité de pôle et de faire remonter les questionnements qu'elles suscitent. Si les cas cliniques difficiles peuvent également y être abordés, c'est surtout une instance traitant de questions institutionnelles.

Une rencontre hebdomadaire se tient entre les médecins et des représentants des équipes médicales du sous-pôle « admission », à savoir ceux des unités ouvertes et fermées, en présence des personnels des services ambulatoires et du centre d'activité de jour. Y sont évoqués les cas cliniques, les préparations éventuelles d'admissions et de sorties ainsi que les passages entre unités ouverte et fermée.

Une rencontre dans les mêmes formations a lieu sur le pôle réhabilitation où sont évoqués les projets des patients et leur orientation.

Dans chaque unité sont également organisées selon un calendrier établi trimestriellement :

- des réunions de synthèse, occasions de réflexion sur le projet thérapeutique individualisé et d'élaboration des propositions faites à chaque patient et à sa famille. Le staff de pôle met en œuvre ces propositions ;
- des réunions d'équipe – hebdomadaire à Tinel, une à deux fois par mois dans l'unité Avinin – avec le cadre de santé, les infirmiers, les aides-soignants et les ASH, portant sur l'information, l'organisation du travail et les plannings ;
- des réunions hebdomadaires soignants-soignés dont les comptes-rendus sont mis à la disposition des patients.

Enfin ont été créés à l'échelle du pôle des outils de gestion des stages infirmiers et d'évaluation des stagiaires « c'est eux qui nous soigneront dans dix ans ! ».

4.2.1.2.3 Les effectifs communs

a. Personnel paramédical :

<i>Secteur 60 G 02</i>	N	ETP
Cadre supérieur de santé	1	1
Cadres de santé	5	5
Cadre socio-éducatif	1	0,5
IDE	65	62,89
Aide-soignant	32	30,7
ASH	9	8,8
Lingère	1	1
Assistante sociale	3	3
Ergothérapeute	3	2,6
Psychologue	4	4
Assistant médico-administratif	7	6,6

IDE : infirmier diplômé d'état ASH : agent de service hospitalier

Lors de la réorganisation des unités, la composition des équipes a été faite selon les vœux des agents : chacun avait formulé deux vœux hiérarchisés et 95 % ont obtenu satisfaction sur leur premier choix.

Une équipe commune aux trois unités, composée de dix infirmiers et de six aides-soignants, est dédiée au service de nuit. La majorité des hommes y est affectée. Cette équipe tourne sur les trois unités.

En outre, deux infirmiers sont en service à la journée (de 9h à 17h) dans les unités Avinin et Vigouroux pour assurer les activités transversales. Une mutualisation du personnel, à tous les niveaux, est en place au niveau du pôle.

b. Personnel médical :

<i>Secteur 60 G02</i>	N	EPT
Praticien hospitalier psychiatre temps plein	5	5
interne	1	0,8
Praticien hospitalier généraliste	1	0

Le pôle dispose d'au moins un psychiatre pour l'extrahospitalier et de deux pour l'intra hospitalier. S'il est rare d'assurer constamment la présence d'un praticien dans chaque unité, la présence d'un psychiatre est toujours assurée à Fitz-James 10. Aussi, il est rarement fait recours à la procédure « si besoin » du placement en chambre d'isolement.

4.2.1.2.4 L'unité Avinin

Avinin est l'unité d'admission fermée du pôle ; ses deux portes d'accès – la principale et celle réservée aux visiteurs – sont munies d'une sonnette reliée au bureau infirmier et leur ouverture nécessite l'intervention d'un membre du personnel. L'unité est hébergée dans un pavillon de deux niveaux.

La capacité théorique de l'unité Avinin est de vingt lits, dont une CSSI, répartis dans neuf chambres doubles et deux chambres individuelles. Deux chambres doubles et la CSSI se situent au rez-de-chaussée, les autres au premier étage.

4.2.1.2.4.1 Les patients de l'unité Avinin

Au jour de la visite, l'unité comptait huit patients présents, quatre femmes et quatre hommes :

- une personne était admise en soins libres ;
- cinq étaient admis en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT) ;
- deux étaient admis en soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'Etat (SDRE).

Cinq personnes étaient notées en programme de soins.

Le patient le plus âgé avait 70 ans et le plus jeune, 27 ans.

La plus longue hospitalisation datait de juillet 2010.

Selon les déclarations faites aux contrôleurs, cette unité est supposée n'accueillir que des patients hospitalisés sous contrainte or l'UAU continue d'y affecter des patients en soins libres. Le personnel de l'unité, afin de limiter cette pratique, a demandé à l'UAU de justifier par écrit toute demande d'admission en soins libres au sein de l'unité. Entre le début du mois de décembre 2012 et le mois de juin 2013, seul trois patients librement hospitalisés y avaient été hébergés.

4.2.1.2.4.2 Les personnels de l'unité

a. Personnel paramédical de l'unité

Unité Avinin	N	ETP
Cadre de santé	1	1
IDE J	13	12,8
Aide-soignant J	8	7,8
ASH	3	3
TOTAL	25	24,6

Le personnel soignant présent est *a minima*, matin et après-midi, de cinq agents ; trois IDE, un AS et un IDE en service à la journée, chargé des activités transversales.

b. Personnel médical de l'unité

Unité Avinin	N	EPT
Praticien hospitalier psychiatre	2	1,6
Interne	1	0,8

Le médecin psychiatre référent est présent dans l'unité les lundis, mardis et vendredis toute la journée. Un second psychiatre, en arrêt maladie depuis deux mois au moment de la visite, intervient le lundi et le vendredi toute la journée et une demi-journée le jeudi.

Un interne consulte au minimum trois jours pleins par semaine.

Selon les informations fournies, les patients ont très régulièrement des entretiens avec le psychiatre, au moins une fois par semaine ; il peut parfois arriver que deux rendez-vous aient lieu dans la même journée.

Le médecin somaticien passe tous les matins dans l'unité.

4.2.1.2.4.3 Les locaux de l'unité

Les locaux ont été réhabilités en 2001, au moment de la visite ils étaient dans un bon état d'usage et très propres.

▪ les chambres

La superficie des chambres doubles est de 18 m², celle de la chambre individuelle de 12 m².

Les chambres doubles sont meublées de deux lits, de deux tables de chevet, d'une armoire à deux portes et de deux fauteuils ou chaises ; la chambre individuelle est dotée du même mobilier en un seul exemplaire. Les portes des armoires sont équipées de serrures dont les clés sont confiées aux patients. Une rampe lumineuse est fixée au-dessus de chaque lit.

Toutes les chambres sont dotées d'un cabinet de toilette de 4 m² équipé d'un lavabo surmonté d'une tablette en plastique et d'un miroir, d'un porte-serviettes, d'une poubelle, d'une cuvette de wc suspendue au mur avec abattant, d'un dévidoir de papier hygiénique, d'une barre de maintien à proximité de la cuvette et d'une douche à l'italienne. Une des salles de bains située au premier étage est accessible aux personnes à mobilité réduite.

Les chambres bénéficient de la lumière naturelle d'une ou deux fenêtres de 1,28 m de largeur sur 1,43 m de hauteur dont seule la partie supérieure, oscillo-battante, peut s'ouvrir ; elles sont équipées de voilages et de stores électriques en bon état de fonctionnement, actionnables depuis un bouton situé à proximité.

Les portes des chambres sont percées d'un fenestron de 0,12 m sur 0,27 m, opacifié par un film plastique ; elles ne peuvent pas être verrouillées de l'intérieur.

Les chambres ne sont pas équipées de sonnettes ni de boutons d'appel.

La chambre d'isolement est située à proximité immédiate de la salle qui sert à la fois de « pharmacie » et de salle de soins, avec laquelle elle communique.

La pièce, d'une surface totale de près de 20 m², comporte deux entrées, l'une, située dans le couloir, donne sur un sas ; l'autre permet un accès direct par la salle de soins.

La pièce comporte :

- un coin sanitaire de 4 m², doté d'une douche (pompeau en hauteur, sans flexible ni douchette) et d'un bloc « cuvette-lavabo » en métal, surmonté d'un miroir en métal poli ;
- la chambre proprement dite est peinte en vert pâle ; l'un des murs est percé de deux fenêtres identiques à celles des autres chambres mais barreaudées et recouvertes, dans leur partie inférieure, d'un film plastique opacifiant ; ces fenêtres sont équipées d'un volet roulant extérieur manipulable depuis la salle de soins tout comme l'éclairage électrique. Une ouverture vitrée, équipée d'un store à lamelles, donne dans la pièce de soins depuis laquelle on a vue sur l'ensemble de la chambre d'isolement à l'exception des sanitaires ; une horloge murale est posée contre cette ouverture. La chambre est uniquement meublée d'un lit de type anglais posé au sol. Un interphone doté d'une sonnette permet une communication entre la salle de soins et la chambre.

La chambre d'isolement n'était pas occupée au moment de la visite.

▪ **Les toilettes et les douches**

L'unité n'est pas dotée de salle de bains commune ; seuls deux wc avec lavabo, un situé au rez-de-chaussée et l'autre au premier étage, sont accessibles aux patients pendant les horaires de fermeture des chambres.

▪ **Les espaces communs**

Les espaces communs destinés aux patients sont répartis sur les deux niveaux du bâtiment. Au rez-de-chaussée se trouvent :

- la salle de visite d'une surface de 10 m², située à gauche de la porte d'entrée, est meublée de cinq fauteuils et de deux tables basses. Elle ouvre sur des wc équipés d'un lave-mains ;
- le séjour de 60 m² fait office de salon, de salle de télévision et de salle à manger. Il est meublé de cinq tables rondes entourées de chaises, de neuf fauteuils, d'une table basse, d'une armoire contenant des jeux de société, de deux placards bas et d'un poste de télévision à écran plat fixé au mur ;
- l'office des patients ouvre sur ce séjour.

Au premier étage, un salon-salle de télévision de 20 m² est équipé de onze fauteuils, de deux tables basses, d'un porte-revues et d'un meuble contenant la télévision.

Le personnel dispose, au rez-de-chaussée, d'un bureau pour le cadre de santé, d'un bureau médical, de deux bureaux polyvalents, d'une salle de soins, d'un office et de sanitaires. Le rez-de-chaussée comporte également : un local linge propre, une remise de linge sale et un local de ménage.

A l'étage, deux vestiaires, hommes et femmes, sont équipés de douches et de wc avec lavabo. S'y trouvent également, un bureau polyvalent, une salle de réunion, une lingerie, un local linge propre, une remise de linge sale.

▪ **la cour**

L'unité s'ouvre sur une terrasse et un jardin de 1 200 m², planté de gazon et de deux grands arbres, entourés de haies le long d'un grillage de clôture.

Plusieurs bancs, tables et chaises y sont disséminés.

Cet espace extérieur ne dispose d'aucun abri permettant de se protéger du soleil ou de la pluie.

4.2.1.2.4..4 Le fonctionnement de l'unité

Un règlement de séjour fournissant des informations sur les règles de vie spécifiques de l'unité est à disposition des patients dans chaque chambre.

▪ **Ouverture et fermeture de l'unité et des chambres**

Comme il a déjà été précisé, l'unité est fermée.

L'accès à la chambre est libre sauf, comme le précise le règlement, « exception sur indication médicale ». Par ailleurs, les chambres sont fermées « afin de faciliter l'entretien des locaux » de 11h à 13h15, de 16h à 17h et de 19h à 20h.

▪ **Biens personnels**

Selon les indications données, les patients peuvent détenir tous types d'objets à l'exception de ceux qui pourraient se révéler dangereux (tel est le cas des ceintures) et des téléphones portables.

- **Hygiène corporelle et vestimentaire**

L'accès aux sanitaires des chambres est libre tout au long de la journée pendant les horaires d'ouverture.

Le linge personnel des patients est, selon le règlement de séjour, entretenu par le patient lui-même dans le cadre de son projet de soins ou par son entourage. Il peut également, exceptionnellement, être lavé et séché dans l'unité. Il a été précisé que le linge de certains patients hospitalisés au long cours pouvait être envoyé à la blanchisserie du CHI.

- **Entretien des locaux**

Les ASH assurent quotidiennement l'hygiène des chambres et de l'ensemble des locaux de l'unité.

- **Argent**

L'argent et les objets de valeur font l'objet d'un inventaire contradictoire signé par le patient et sont déposés au coffre de l'unité situé dans le bureau du cadre de santé.

- **Repas**

Les repas sont servis à 8h15, 12h, 16h et à 19h. Ils sont pris en commun dans la salle à manger du rez-de-chaussée, sauf indication clinique particulière ou placement en chambre de soins intensifs.

- **Relations avec l'extérieur (visite, téléphone, correspondance)**

Les visites sont autorisées en fonction des consignes médicales selon les horaires suivants :

- du lundi au vendredi de 13h à 18h45 ;
- le week-end de 10h à 12h et de 13h à 18h45.

Elles peuvent se dérouler dans le salon de visite, dans le jardin de l'unité ou dans le parc du CHI mais jamais dans les chambres.

Au moment du contrôle, tous les patients étaient autorisés à recevoir des visiteurs.

L'usage du téléphone portable est interdit dans l'unité ; les patients peuvent émettre des appels, après avis médical, en s'adressant au personnel qui transfèrera la communication sur l'un des deux *points phone* situés dans les couloirs du rez-de-chaussée et du premier étage. Les communications sont autorisées de 9h à 12h et de 13h à 20h30.

Le courrier est libre. Les lettres timbrées doivent être remises à l'équipe soignante ; il n'existe pas de boîte aux lettres dans l'unité. Il a été indiqué que papier et enveloppe étaient très exceptionnellement remis aux patients démunis, « il y a des restrictions budgétaires, on a déjà du mal à avoir du papier pour travailler ».

- **Télévision, radio et ordinateur**

L'unité compte deux salons de télévision, les télécommandes sont laissées à disposition des patients. Le salon du premier étage est, selon les informations fournies, accessible à tous les patients de l'unité pendant les horaires d'ouverture des chambres. Cependant, un patient séjournant dans une chambre du rez-de-chaussée s'est plaint de s'en voir interdire l'accès par le personnel soignant « alors qu'il est beaucoup plus calme que celui du bas ». Aucune chambre n'est équipée de téléviseur et il n'est pas permis d'en apporter un. La télévision est coupée vers 23h.

Pour être autorisés, les appareils audio doivent être munis de cordons non détachables.

La possession d'un ordinateur portable n'est pas autorisée dans l'unité.

▪ **Tabac**

Les patients sont autorisés à fumer dans la cour de l'unité ouverte de 8h à 18h en hiver et de 8h à 21h en été ; après la fermeture et jusqu'à l'heure du coucher, à 23h, les patients doivent être accompagnés d'un soignant pour aller fumer.

Selon les informations fournies, certains patients conservent leurs cigarettes mais la plupart doit les confier au personnel qui les leur distribue à la demande. Cependant, des patients ont précisé qu'il pouvait arriver que des soignants ne leur donne une cigarette que « s'ils avaient été sages ».

▪ **Activités**

Les activités thérapeutiques se déroulent au centre de jour ; au sein de l'unité seuls quelques jeux de société sont à la disposition des patients.

▪ **Incidents**

Selon les témoignages recueillis, l'unité est calme notamment en raison du faible nombre de patients hospitalisés. Au moment de la visite, aucune fiche d'événement indésirable en lien avec les patients n'avait été établie depuis six mois.

4.2.1.2.5 L'unité Vigouroux (cf. § : 4.2.1.1.4)

4.2.1.2.5.1 Les patients de l'unité

La capacité théorique de l'unité Vigouroux est de vingt-huit lits – dont quatre étaient indisponibles lors de la visite des contrôleurs –, répartis en cinq chambres individuelles, une « chambre de retrait » et onze chambres doubles.

Les patients proviennent des autres unités du pôle, notamment suite à la réorganisation. Les passages devant le JLD sont également rares.

L'unité Vigouroux est une unité de réhabilitation ; son objectif reste la sortie du patient, la différence avec les autres unités portant sur le temps de mise en place de son projet qui dépend des places disponibles dans les structures d'aval. Or, il n'existe pas de structures de postcure, lieu d'attente de réalisation d'un projet formalisé, l'unité de réhabilitation devant se borner à être le lieu où le projet se construit. À défaut, les patients peuvent être accueillis à Tinel.

C'est une unité semi-fermée au sens où sa porte d'entrée est équipée d'une gâche électrique placée de telle sorte que certains patients déficitaires ou désorientés ne sont pas capables de l'actionner.

Au jour de la visite, l'unité comptait dix-neuf patients présents (quinze hommes et quatre femmes), dont une prise en charge de jour. Quinze personnes étaient admises en soins libres, les quatre autres en SPDT.

Le patient le plus âgé avait 76 ans et le plus jeune, 21 ans. La plus longue hospitalisation datait de 1991 soit 22 années.

L'unité ne dispose pas de chambre d'isolement.

4.2.1.2.5.2 Les personnels de l'unité

a. Personnel paramédical de l'unité

<i>Unité Vigouroux</i>	N	ETP
Cadre de santé	1	1
IDE J/N	10	9,8
Aide-soignant J/N	10	9,2
ASH	4	4
TOTAL	25	24

b. Personnel médical de l'unité

<i>Unité Vigouroux</i>	N	EPT
Praticien hospitalier psychiatre	1	0,5

4.2.1.2.5.3 Les locaux de l'unité

L'unité est installée dans un pavillon de deux niveaux, séparé des pavillons Tinel, à côté, et Avinin, en face, par des voies intérieures. Il n'est séparé du pavillon de Clérambault que par une voie intérieure et un espace herbeux qu'il faut contourner pour s'y rendre.

▪ Les chambres

Les chambres simples ont une surface variant de 9,90 à 11,50 m². Quatre sont situées au premier étage et une au rez-de-chaussée. Leur mobilier est identique : un lit, une armoire et une table de chevet. Les lits sont surmontés d'une liseuse. Sur la porte est affichée la charte de la bienveillance. Les vitres des fenêtres ne sont pas dépolies mais les fenêtres sont verrouillées, au-dessus, un vasistas peut être ouvert par les soignants pour permettre l'aération. Trois chambres sont équipées d'un lavabo avec tablette et miroir.

Les chambres à deux lits, sont d'une surface variant de 14 à 17,5 m² et disposent d'une ou deux fenêtres. Elles sont équipées du même mobilier que les chambres individuelles mais doublé. Quatre chambres doubles sont situées au rez-de-chaussée, les sept autres à l'étage. Parmi ces dernières, deux n'ont qu'un lit disponible. Deux chambres doubles de l'étage sont dotées d'un lavabo.

▪ Les sanitaires

Ils sont accessibles aux patients de 6h45 à 8h30 et de 17h30 à 19h15.

- au rez-de-chaussée sont disponibles une salle de bains, équipée d'une baignoire pour personnes à mobilité réduite électrisée, trois salles de douche comportant une patère, deux lavabos dans l'une et un seul dans chacune des deux autres, et trois wc donc un accessible aux personnes à mobilité réduite.
- deux blocs sanitaires sont installés à chaque extrémité du couloir ; l'un comportant deux wc et un lavabo, l'autre trois douches et un lavabo ;
- à l'étage, face à l'escalier, est disponible un troisième bloc sanitaire comportant une cabine de douche, un lavabo avec miroir et tablette, et une cabine avec un lavabo.

▪ **Les espaces communs**

Les espaces de séjour destinés aux patients sont répartis sur les deux niveaux du bâtiment. Au rez-de-chaussée se trouvent :

- la salle d'attente et de réception des familles est située à l'entrée du pavillon, face au bureau du cadre de santé. Elle est meublée d'un banc comportant trois sièges, d'une table basse, de deux fauteuils, d'un porte-journaux et d'un porte-manteau ; au mur sont affichées, notamment, la charte du patient, des informations sur l'UNAFAM et le tableau de l'ordre des avocats ; un téléphone à carte y est fixé. La pièce est éclairée par deux fenêtres. Sa surface totale de 18 m² est amputée de celle de wc aménagés dans l'un des coins ; cette pièce comporte une cuvette en faïence et un lave-mains, et est accessible aux personnes à mobilité réduite.
- la salle de séjour (31 m²) au rez-de-chaussée comporte quatorze fauteuils, un meuble, un téléviseur, une chaîne hifi, une table basse. Elle est éclairée par deux fenêtres et donne accès directement à la cour. Cette pièce dispose d'un climatiseur mobile ; le tableau de l'ordre des avocats y est affiché ;
- la salle à manger (65 m²), où les repas sont servis au plateau, comporte six tables, trois rondes et trois carrées, et des casiers fermant à clef mis à la disposition des patients ; un tableau d'affichage mentionne, notamment, des informations sur la CNIL et la CRUQPC ; la salle est éclairée par six fenêtres ; l'office communique avec la salle à manger par une porte et un passe-plat.

À l'étage, une salle de 15 m² pourrait servir à des activités mais elle n'est pas utilisée.

▪ **La cour**

La cour est un espace clos d'une surface de 600 m², arboré et en partie engazonné. Y sont disposés douze bancs fixes, neuf tables de jardin entourées de chaises.

L'accès à la cour, enclose, est libre depuis le lever jusqu'à 21h30. Une réflexion est conduite dans l'unité pour donner accès jusqu'à la fin des programmes de télévision. En outre, il peut arriver que la cour soit ouverte la nuit pour permettre à un patient d'y fumer.

▪ **Les locaux du personnel**

Le personnel dispose, au rez-de-chaussée à l'entrée du bâtiment, d'un bureau pour le cadre, d'un bureau médical, d'un bureau infirmier, d'un vestiaire pour les hommes avec douche et wc, et d'une salle de repos. La salle de soins donne dans la salle de séjour des

patients. Le reste du rez-de-chaussée comporte également divers locaux : une réserve de linge propre, une remise de linge sale et un local de ménage.

A l'étage trois pièces sont destinées aux vestiaires, et un bureau aménagé avec un poste informatique reste inutilisé. Un des trois accès à l'étage débouche sur une salle de réunion de 42 m² qui partage le niveau en deux parties et sur laquelle donnent les couloirs d'accès aux chambres, de chaque côté, ainsi que le bureau du cadre de nuit et un office pour le personnel. Sont également aménagés un local de linge propre, une lingerie et trois pièces de rangement.

<i>Secteur 60 G02 Unité Vigouroux</i>	
Nombre de lits	28
Nombre de chambres d'isolement	1*
Chambre sécurisée	
Nombre d'hommes hospitalisés	15
Nombres de femmes hospitalisées	4
Plus longue hospitalisation	Admis en 1991
Patient le plus âgé	76
Patient le plus jeune	21
Nombre de chambres à un lit	5
Nombre de chambres à deux lits	11
Nombre de douches	8
Nombre de WC	7
Salle de bains	1

* chambre de retrait

4.2.1.2.5.4 Le fonctionnement de l'unité

▪ Ouverture et fermeture de l'unité et des chambres

Ainsi qu'il a été indiqué plus haut, l'unité est semi-ouverte, certains patients pouvant en sortir sans l'intermédiaire des soignants.

Les patients détiennent les clés de leur chambre et y ont libre accès dans la journée. Il a été indiqué qu'il n'y a guère besoin de stimuler une personne pour qu'elle sorte dans le parc où les patients en ASPDT peuvent accéder sans permission de sortie formelle. Les patients souffrant de TED sortent accompagnés.

- **Biens personnels**

Lors de son arrivée, le patient qui vient d'une autre unité ou peut être passé par l'UAU, est accueilli par un IDE et un AS. Un inventaire de ses biens personnels est dressé conjointement et signé par le patient. Le formulaire est conservé dans le dossier du patient. Les valeurs peuvent être remises au coffre si le patient le souhaite ; une fiche de remise des valeurs est alors remplie dont le patient conserve un double.

- **Hygiène corporelle et vestimentaire**

Aucun produit d'hygiène personnelle n'est fourni aux patients, sauf en cas de dépannage.

Le linge personnel doit être entretenu par le patient lui-même « dans le cadre de son projet de soin ». Il a été indiqué que le plus souvent, l'entourage en est chargé. À défaut, il est marqué et lavé par la blanchisserie de l'hôpital. Exceptionnellement, la machine à laver de l'unité peut être utilisée au profit d'un patient qui doit prendre en charge l'achat de la lessive.

Les rasoirs sont conservés par les soignants et mis à disposition au moment du rasage. Ils sont récupérés à la fin des soins d'hygiène.

- **Argent**

L'argent est laissé au patient en fonction de ses ressources et de ses capacités de gestion. Cependant, il est indiqué qu'il n'est pas toujours possible de savoir ce que les patients détiennent dès lors que les familles peuvent lui en apporter sans en informer en amont les soignants.

- **Repas**

Les repas sont servis « au plateau » dans la salle à manger, de 8h à 9h, le déjeuner en deux services, le premier à 11h45 et le suivant à 12h15 ; un goûter est servi à 16h15 et les deux services du dîner à 18h45 et 19h15.

- **Relations avec l'extérieur**

Les patients conservent avec eux leur téléphone portable, si leur état clinique le permet ; les chargeurs sont remis aux soignants. De même, ils peuvent écouter leurs lecteurs MP3.

Un téléphone mural est à leur disposition pour passer et recevoir des appels par l'intermédiaire du standard de l'hôpital, et un poste à cartes est installé dans la salle des visites. Leur usage est possible selon le règlement intérieur de 10h à 12h et de 14h30 à 20h30.

Les visites se déroulent, en principe, dans la salle prévue à cet effet, de 13h à 18h45 ; le samedi et le dimanche, elles peuvent également avoir lieu de 10h à 12h ; l'accès aux chambres est interdit pour les visiteurs mais les patients autorisés à sortir peuvent également s'entretenir avec leurs proches dans le parc ; les visites d'enfants de moins de 15 ans font l'objet d'une autorisation préalable.

- **Télévision**

Un téléviseur est à disposition des patients dans la salle de séjour du rez-de-chaussée et à l'étage. Les patients peuvent regarder les programmes de début de soirée, ils doivent avoir regagné leur chambre vers 23h.

- **Tabac**

Conformément à la loi, l'hôpital étant un lieu public, les patients ne sont autorisés à fumer que dans la cour. Cependant, les responsables du pôle considèrent que, pour les patients au long cours, la question se pose de savoir si leur chambre ne peut pas être considérée comme un lieu privé.

Le tabac des patients est conservé par les soignants qui gèrent leur consommation et les accompagnent pour les achats.

- **Activités et sorties**

Les activités thérapeutiques se déroulent au centre de jour. En fin de journée et durant les week-ends, des activités thérapeutiques et occupationnelles sont organisées : jeux, loto, croquet, pétanque.

- **Isolement et contention**

L'unité dispose d'une « chambre de retrait » qui permet un isolement individuel, « parfois à la demande du patient ». C'est une pièce de 13 m², comportant un lit surmonté d'une rampe électrique et disposant d'un traversin. La pièce est éclairée par une fenêtre et par un plafonnier électrique. La porte comporte un œilleton qui permet de voir l'extrémité du lit.

Lors de la visite des contrôleurs, cette chambre était occupée, depuis le 1^{er} juin, par la même personne qui en sortait pour les soins d'hygiène et les repas.

Selon les informations recueillies, cette chambre est rarement utilisée, mais aucune traçabilité n'en était conservée. Le médecin est toujours informé des placements dans cette chambre.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « la traçabilité est systématique et quotidienne, un entretien médical consigné dans le dossier du patient ».

Il a été indiqué que les contentions sont possibles, surtout en cas de « clash » mais jamais la nuit ou pour une durée supérieure à deux heures. Au jour de la visite, aucune n'avait été opérée depuis deux mois.

- **Incidents**

Comme dans le reste du pôle, lorsque des stupéfiants sont trouvés, ils sont remis aux autorités selon une procédure anonymisée.

4.2.1.2.6 Le centre de jour

La réorganisation du pôle a conduit à la création d'un centre d'activité de jour (CDJ) distinct fonctionnellement et matériellement des trois unités d'hospitalisation complète. Les activités qui y sont pratiquées visent au maintien ou à l'acquisition de l'autonomie, à la conservation des acquis, à l'élaboration d'un projet de vie et à la réinsertion socioprofessionnelle.

Le centre est installé dans les locaux vétustes d'une ancienne unité d'hospitalisation qui ont été réoccupés par le pôle sans avoir, auparavant, été réhabilités pour sa nouvelle destination.

4.2.1.2.6.1 Le fonctionnement

Le centre fonctionne les jours ouvrables de 9h à 17h, le mercredi, jour de l'activité piscine, deux IDE commencent leur activité à 8h30. Les week-ends sont réservés aux visites des familles. Les patients en SDRE sont accompagnés par un soignant de leur unité pour se rendre au CDJ, ils peuvent participer à des activités extérieures programmées après obtention d'une permission de sortir ; les autres s'y rendent seuls, dans la mesure de leur possibilité clinique.

Les patients viennent au CDJ sur prescription médicale précisant les objectifs à évaluer et/ou à atteindre en lien avec le projet individualisé du patient ; chaque activité est associée à un objectif thérapeutique. Une présentation orale sur le patient – hors de la présence de ce dernier – est faite à l'équipe du CDJ par un membre de l'équipe de l'unité de soins ; le patient bénéficie par la suite d'un entretien d'accueil et d'une visite du CDJ. Les soignants du CDJ et de l'unité déterminent le panel d'activités auquel le patient participera pour atteindre l'objectif de la prescription et les proposent au patient. Les activités doivent permettre d'évaluer les capacités mais également de les maintenir et/ ou de les développer pendant l'hospitalisation pour permettre la sortie. Dans cette perspective, une recherche de développement d'activités extérieures est en cours.

La majorité des activités proposées aux patients est réalisée en petits groupes de quatre à sept patients maximum et encadrées par deux soignants au minimum. Le nombre de patients pouvant être accueillis dans chaque groupe a été établi en fonction de la capacité d'accueil des salles et de la nature de l'activité afin de préserver la qualité du soin. Certaines activités nécessitent un encadrement d'un pour un : l'activité informatique, l'entretien du linge, les soins esthétiques, le suivi des patients TED. Les participants appartiennent indistinctement aux trois unités ; une attention particulière étant toutefois apportée aux incompatibilités entre patients, manifestée par les patients eux-mêmes ou inhérente à leur pathologie. Un planning nominatif est remis à chaque patient.

Le centre insiste particulièrement sur les activités extérieures et les sorties (nécessitant la participation de trois soignants) qui permettent aux patients de s'extraire du « formatage » de l'hôpital, même si l'organisation de sorties ou de pique-niques demande une organisation administrative et matérielle anticipée parfois de plus d'un mois. Ainsi, une fois par mois sont organisées une sortie au cinéma, une sortie achats, une sortie culturelle et une au bowling et, à partir du mois d'avril, une activité de pêche sur un plan d'eau avec repas sur place.

Les patients peuvent également venir spontanément au CDJ ; ils y sont accueillis, matin et après-midi, par un soignant qui leur propose une activité facultative dans la salle polyvalente. Ainsi, le CDJ constitue également un lieu de rencontre pour les patients des différentes unités.

Chaque jour à l'arrivée, les patients sont accueillis en salle polyvalente avec un café, rite destiné à rompre avec la logique de l'hospitalisation.

Après chaque séance d'une activité, un compte rendu est rédigé dans le dossier du patient informatisé (CIMAISE).

Les patients, acteurs de leurs activités, préviennent les soignants des visites qu'ils attendent. Cependant, si un patient présent au CDJ reçoit une visite impromptue, il peut cesser son activité pour se rendre à la rencontre.

Dans l'entrée douze casiers sont installés qui permettent aux patients de laisser quelques affaires. À côté, sont installés dans une salle d'attente des distributeurs de boissons et de friandises (0,80 euro la canette de boisson et 0,20 euro la friandise) plus particulièrement destinés aux patients en SPDRE qui ne sont pas autorisés à sortir du CHI.

4.2.1.2.6.2 Le personnel

Le personnel est constitué d'un cadre de santé, de huit IDE (dont une en mission transversale sur les accompagnements aux spécialités et/ou consultations spécialistes en dehors du CHI) et de trois aides-soignants, tous à temps plein ; un ergothérapeute intervient à raison de 0,8 ETP – un autre est affecté mais se trouvait, lors de la visite, en congé parental sans être remplacé – et un psychiatre pour 0,2 ETP. Tous les soignants ont été volontaires pour l'affectation au CDJ. Il a été indiqué que la gestion de la disponibilité était fluide, des soignants des unités venant facilement en renfort.

La cadre de santé participe, avec deux soignants, au « staff » du pôle et à ceux des unités Vigouroux et Avinin ; des soignants du CDJ participent aux réunions de synthèse ou cliniques des unités. Ils peuvent éventuellement demander une réunion de synthèse sur un patient avec son médecin référent et un ou deux soignants de son unité d'accueil.

4.2.1.2.6.3 Les activités

Au jour de la visite, les activités proposées étaient les suivantes :

- argile ;
- VTT, marche, sport en salle, piscine, tir à l'arc, esthétique ;
- atelier bois, conditionnement (réinsertion professionnelle), bricolage, informatique, bibliothèque ;
- atelier d'entretien du linge, cuisine (avec élaboration du menu, achat des ingrédients, préparation, dégustation, rangement), pâtisserie ;
- calligraphie, couleurs, perles, mosaïque, travaux d'aiguille.

Des goûters sont également programmés plusieurs fois par mois pour les patients atteints de TED, avec le renfort d'un soignant de l'unité.

Chaque mois, une cinquantaine de patients participent aux activités proposées. En 2012, 2 032 séances d'activités ont été organisées.

Le chef de pôle voudrait mutualiser l'utilisation du CDJ avec deux autres pôles afin d'enrichir les activités.

Lors de la visite, tous les patients adressés pouvaient être pris en charge, sans délai d'attente et sans limitation, autre que médicale, du nombre d'activités.

4.2.1.3 L'hospitalisation au secteur 60 G03 Fitz-James 2

4.2.1.3.1 Présentation du pôle

Le territoire du secteur de psychiatrie adulte comprend les communes de Clermont de l'Oise, Liancourt, Saint-Just en Chaussée et Maignelay-Montigny. Le secteur représente une population globale de 68 800 habitants adultes, caractérisée par une grande mixité sociale.

L'offre de soins du secteur est proposée dans les structures suivantes :

- des structures situées à Fitz James avec trois unités d'hospitalisation à temps complet, un hôpital de jour Séglas et un centre de jour Marienbad. La moyenne d'âge des patients dans les trois unités fermées est de 35 à 40 ans :
 - o une unité d'admission fermée Arthur Rimbaud de vingt-cinq lits et une chambre de soins intensifs ;
 - o une unité fermée Winnicott dotée d'une capacité de vingt lits pour des patients en soins libres ;
 - o une unité fermée Mélanie Klein de réhabilitation dotée d'une capacité de vingt-cinq lits. Elle accueille des patients âgés chroniques au long cours, parfois en attente d'une orientation vers des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EPHAD) ou des foyers d'accueil médicalisés (FAM) ;
- des structures situées en-dehors de Fitz James avec trois centres médico-psychologiques à Clermont, Liancourt et St Just. Des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel sont installés dans les mêmes locaux que les trois CMP ;
- le secteur comprend des maisons thérapeutiques communautaires à Clermont et à Soutraine, une pension de famille thérapeutique à Saint-Just et des appartements thérapeutiques à Liancourt et à Saint-Just. Sont aussi rattachés à ce secteur le centre de soins et d'accueil en alcoologie, l'unité de préparation et suivi de réinsertion et Interface situé au pavillon Sicard au CHI à Clermont.

Il a été indiqué aux contrôleurs que des adolescents de 16 ans, déficients intellectuels, avaient été envoyés dans des structures adaptées en Belgique.

4.2.1.3.2 Projet thérapeutique

L'organisation des soins fait actuellement l'objet d'une réflexion car, à terme, ce secteur devrait être regroupé avec le pôle de Clermont 1 et de Fitz-James 6, afin de réduire le nombre de patients qui relèvent plutôt de structures médico-sociales.

Pour mieux accueillir les patients suivis en extrahospitalier il est aussi prévu de délocaliser l'hôpital de jour qui ne serait plus dans l'enceinte de l'hôpital mais à Clermont-centre.

Il est aussi envisagé de regrouper sur une seule unité, les malades devant être hébergés dans une structure fermée pour permettre aux autres unités d'être ouvertes même si ponctuellement des patients pourraient être limités dans leurs déplacements pour quelques jours en vertu de leur contrat de soins (période initiale d'observation par exemple).

Enfin, les équipes soignantes ont pour objectif d'optimiser la rééducation psychosociale des patients en incitant les malades hospitalisés à participer à certaines activités qui les préparent à un retour à la vie en milieu extrahospitalier et en développant les activités à l'atelier thérapeutique interface (première étape pour réapprendre des gestes professionnels et se réhabituer à un rythme qui se rapproche de l'activité professionnelle).

Chaque unité a un projet thérapeutique spécifique adapté aux pathologies des patients mais un certain nombre d'équipements sont à la disposition de l'ensemble des unités.

Selon leur état de santé les patients peuvent être autorisés à se rendre à l'hôpital de jour où sont organisées des activités variées (art-thérapie, théâtre, soutien scolaire...). Ces ateliers sont animés par des intervenants extérieurs comme des artistes pour les disciplines artistiques mais toujours en collaboration avec un soignant. Des ateliers de cuisine et de pâtisserie sont aussi organisés qui permettent aux patients de se réapproprier des gestes utiles à leur vie autonome future comme celui de faire les courses, prévoir un budget et le respecter lors des achats, préparer un plat en commun et assurer le nettoyage des ustensiles lors de la fin de l'atelier.

Des activités sportives comme la natation à la piscine de l'hôpital ou des randonnées sont régulièrement organisées.

Une cafétéria se trouve dans l'enceinte de l'hôpital de jour et permet des contacts entre patients des différentes unités.

4.2.1.3.3 Arrivée du patient et suivi de la procédure

La procédure d'accueil des patients se fait en plusieurs étapes :

- le patient passe tout d'abord au service des urgences où une première évaluation est effectuée. Un livret d'accueil lui est remis ; il est informé du statut juridique de son hospitalisation s'il a été admis sous le régime des soins contraints ;
- la deuxième étape se déroule au sein de l'unité d'hébergement où un bilan psychiatrique et somatique est réalisé. Le médecin référent explique au patient les règles de vie qu'il devra respecter et les contraintes de son traitement. Lors de son arrivée, le secrétariat vérifie la notification des droits du patient sous contrainte, les données administratives de prise en charge de l'intéressé et complète son dossier médical. Le cadre explique aux patients le déroulement de la procédure avec la vérification périodique de son état de santé donnant lieu à des certificats médicaux. Il l'informe des modalités d'intervention du juge des libertés et de la détention qui peut être amené à l'entendre *via* le dispositif de visioconférence.

Le personnel soignant dispose d'une fiche intitulée « consignes médicales » où est répertorié l'ensemble des consignes sur un patient : droit de sortie, de téléphoner, de recevoir des visites, participation à des activités... Ces consignes sont contresignées par le patient et évoluent selon son état. C'est en quelque sorte un résumé du contrat de soins qui permet à l'équipe soignante de prendre rapidement connaissance des règles de vie applicables à chaque patient.

Le secrétariat médical tient un cahier nominatif où sont recensées toutes les dates butoirs pour réaliser les certificats médicaux, pour prévoir une audience avec le juge par exemple. Ce cahier permet ainsi de respecter les obligations juridiques sans avoir à consulter en permanence les dossiers individuels des patients.

4.2.1.3.4 Effectifs communs

Le chef de pôle est un médecin psychiatre, qui assure l'intérim depuis un an. Le service ne compte aucun interne.

Un tableau de permanence des médecins désigne un médecin du pôle référent par unité. Chaque samedi est organisée une présence médicale d'un médecin du pôle pour les trois unités. Le week-end et le soir, un praticien hospitalier du Centre hospitalier est de garde de 17h à 9h pour l'UAU et le CHI.

Le personnel soignant est présent en permanence avec une équipe de nuit, composée au total d'un cadre de nuit et de vingt infirmières. En moyenne, sept personnels soignants sont présents pour les trois unités, de 21h25 à 6h30 avec un chevauchement de trente minutes le matin et le soir. Il a été indiqué aux contrôleurs que depuis l'agression physique d'une infirmière par un patient à l'unité Arthur Rimbaud en 2011, un troisième soignant y est présent la nuit.

L'équipe de jour est composée de quatre personnels soignants le matin, de trois l'après-midi et d'un sur la journée (sauf dans l'unité Winnicott qui héberge des patients en soins libres avec trois personnels infirmiers le matin, deux l'après-midi et un la journée).

L'ensemble des personnels est porteur d'un appareil d'alarme travailleur isolé.

Dans l'unité fermée Arthur Rimbaud, un personnel masculin est toujours présent la nuit.

Les réunions organisées dans le service sont :

- une réunion mensuelle par CMP ;
- une réunion mensuelle médicale pour la partie hospitalisation ;
- une réunion d'encadrement le premier lundi du mois avec les médecins, les cadres, les psychologues et les psychomotriciens ;
- une réunion clinique par unité le lundi ou le jeudi ;
- une réunion de soignants par le cadre de santé (comité de retour sur expérience à partir d'évènements indésirables) ;
- une réunion des cadres tous les quinze jours par le cadre de santé ;
- une réunion avec les équipes de nuit une fois par trimestre par le cadre de santé ;
- une réunion sur la bientraitance à l'unité Mélanie Klein ;
- des groupes de paroles soignants/soignés pour les trois unités fermées.

Il n'existe pas de réunion de supervision pour le personnel soignant.

a. Personnel paramédical commun du secteur :

<i>Secteur 60 G03</i>	N	ETP
Cadre supérieur de santé	1	1
Cadre de santé	6	5,93
Cadre socio-éducatif	0,33	0,33
IDE J/N	69	64,3

Aide-soignant J/N	29	28,6
ASH	15	14,8
Assistante sociale	3	3
Psychomotriciens	2	1,6
Psychologue	5	5
Secrétaires	5	5
TOTAL	135,66	129,56

IDE : infirmier diplômé d'état

ASH : agent de service hospitalier

b. Personnel médical commun du secteur :

<i>Secteur 60 G03²⁴</i>	N	EPT
Praticien hospitalier psychiatre	5	5
Praticien hospitalier généraliste s	1	1
Praticiens attachés associés	3	3

4.2.1.3.5 L'unité Arthur Rimbaud

4.2.1.3.5.1 Les patients de l'unité

La capacité théorique de l'unité Arthur Rimbaud est de vingt-cinq lits répartis dans neuf chambres individuelles et huit chambres doubles.

L'unité dispose d'une chambre d'isolement. C'est une unité fermée.

Au jour de la visite, l'unité comptait vingt-trois patients présents (quinze hommes et huit femmes) :

- aucune personne n'était réalisée en soins libres ;
- dix-sept étaient admis en soins à la demande d'un tiers (SDT) ;
- six étaient admis en soins sur décision d'un représentant de l'État (SDRE).

Aucune autre personne n'était notée en soins ambulatoires sous contrainte. Le patient le plus âgé avait 85 ans et le plus jeune, 18 ans. La plus longue hospitalisation datait de quatre années.

²⁴ Les effectifs donnés par les personnes du service sont différentes de celles fournies par la direction des affaires médicales (cf. supra § 2.6.1).

4.2.1.3.5.2 Les personnels de l'unité Rimbaud

a. Personnel paramédical de l'unité

<i>Unité Arthur Rimbaud</i>	N	ETP
Cadre de santé	1	1
IDE J/N	14	13,1
Aide-soignant J/N	4	4
ASH	3	3
Assistante sociale	0,3	0,3
Psychologue	1	0,25
TOTAL	23, 3	21,65

b. Personnel médical de l'unité

<i>Unité Arthur Rimbaud</i>	N	EPT
Praticien hospitalier psychiatre	1	0,6
Assistant	1	1

4.2.1.3.5.3 Les locaux de l'unité Arthur Rimbaud

À l'entrée du pavillon Arthur Rimbaud se trouve un sas qui permet l'accès à une porte d'entrée des locaux, fermée à clef. Les locaux sont aménagés sur deux niveaux, un rez-de-chaussée et un étage avec un ascenseur. Selon les informations recueillies, il n'existe pas de critères pour la répartition des hommes et des femmes au sein de l'unité. Au moment de la visite des contrôleurs, vingt-trois lits sur vingt-cinq étaient occupés.

▪ Les chambres

Aucun nom n'est inscrit sur les portes de chambre. Les chambres ne comportent aucun bouton d'appel. Les chambres sont dotées d'une rampe lumineuse installée au-dessus du lit qui sert à la fois d'éclairage général et de liseuse.

Un chauffage central diffuse la chaleur au moyen d'un radiateur en fonte. L'ouverture de la fenêtre dans les chambres est condamnée à l'exception d'une fenêtre à soufflet dans la partie supérieure.

Au rez-de-chaussée sont aménagées trois chambres individuelles d'une superficie de 12 m² et trois chambres doubles d'une superficie de 16 m². Les chambres à un lit sont situées à proximité du bureau infirmier.

Les chambres individuelles sont meublées avec un lit non médicalisé, une table et une chaise. Les patients peuvent manœuvrer les stores manuellement. Chaque chambre dispose d'un cabinet de toilette individuel fermé de 8 m² équipé d'une cuvette de wc, d'une chaise avec des accoudoirs, d'un lavabo et d'une douche.

Les chambres doubles sont meublées de deux lits, d'une armoire, d'un placard, de deux tables, d'une chaise et d'une table de nuit. Dans chaque chambre, la fenêtre est fermée à clef à l'exception de la fenêtre à soufflet dans la partie supérieure.

À l'étage, sont aménagées onze chambres :

- sept chambres d'une superficie de 20 m² dont cinq à deux lits et deux chambres individuelles (anciennes chambre doubles). Les deux chambres individuelles, sont meublées d'un lit non médicalisé, d'un fauteuil, d'une table, d'une table de nuit et d'un placard dont la porte n'est pas fermée à clefs. Un cabinet de toilette fermé par une porte est aménagé à l'entrée de chaque chambre avec un wc cuvette, un lavabo et une douche ;
- quatre chambres individuelles d'une superficie de 12 m² comprenant un lit non médicalisé, une table de nuit, une table, un cabinet de toilette fermé par une porte équipé d'un wc cuvette et d'un lavabo. La fenêtre de la chambre est fermée sauf la fenêtre à soufflet dans la partie supérieure.

- **Les toilettes et les douches**

L'unité Rimbaud compte :

- au rez-de-chaussée, deux wc avec un lavabo dont un pour les personnes à mobilité réduite ;
- au premier niveau, une pièce avec deux douches et deux lavabos, une salle de bains avec un wc cuvette, un lavabo et une baignoire, une salle de bains avec un lavabo et une baignoire qui, selon les informations recueillies n'était utilisée que par un patient, au moment de la visite des contrôleurs.

- **Les espaces communs**

À l'entrée de l'unité se trouve le bureau infirmier et de l'autre côté, l'office des patients. Une salle de détente avec un poste de télévision donne sur le hall d'entrée. Cette pièce est séparée de la salle à manger par un muret et une rangée de fauteuils. La salle à manger est aménagée avec quelques tables rondes.

Une salle de soins (appelée « pharmacie ») est située en face du bureau infirmier. Elle est attenante à la chambre de soins intensifs. Dans le prolongement de ces locaux se trouvent un salon pour les visiteurs avec une entrée extérieure à l'unité, un bureau médical, un office pour le personnel, le bureau du cadre, une lingerie pour le linge propre, un local ménage et une lingerie pour le linge sale.

Au rez-de-chaussée, à l'autre extrémité de l'unité se trouve un salon avec une ouverture sur une grande cour arborée.

L'étage comprend un salon avec un poste de télévision mais celui-ci n'était pas en état de fonctionnement au moment de la visite des contrôleurs, un bureau médical spacieux, une salle de réunion, un salon de télévision, deux vestiaires, une laverie, une lingerie et un petit local ménage.

▪ **La cour**

La cour est un vaste espace ombragé avec de la pelouse. Son éloignement du bureau infirmier ne facilite pas la surveillance des patients. Elle est ceinturée sur un côté par un mur de pierre donnant sur l'extérieur de Fitz James, ce qui occasionne des jets de projectiles divers. La cour comporte un terrain de pétanque.

Il est possible d'accéder à la cour de 7h à 21h l'été et en fonction de la lumière du jour l'hiver.

<i>Secteur 60 G03</i>	Unité Arthur Rimbaud
Nombre de lits	26
Nombre de chambres d'isolement	1
Nombre d'hommes hospitalisés	15
Nombres de femmes hospitalisées	8
Plus longue durée d'hospitalisation	4 ans
Patient le plus âgé	85 ans
Patient le plus jeune	18 ans
Nombre de chambres à un lit	9
Nombre de chambres à deux lits	8
Nombre de douches	12
Nombre de WC	20
Salle de bains	2

4.2.1.3.5.4 Le fonctionnement de l'unité

▪ **Ouverture et fermeture de l'unité et des chambres**

Les chambres ne sont pas fermées, sauf la chambre de soins intensifs. Elles sont ouvertes la nuit, ce qui peut poser des problèmes à des patients, susceptibles d'avoir des visites indésirables. L'accès aux chambres est autorisé le matin jusqu'à 9h, après le déjeuner jusqu'à 16h et le soir après le dîner.

- **Biens personnels**

L'inventaire des effets personnels (ceintures, sacs à main, petites sommes d'argent, objet dangereux, parfum...) de chaque patient est effectué à l'entrée dans l'unité. L'inventaire, signé contradictoirement par le médecin et le patient, est archivé dans le dossier du patient. Les effets personnels sont déposés dans des casiers fermés dans le bureau infirmier. La clef est sur chaque casier. Les objets de valeur sont entreposés dans un coffre situé au bureau central du secteur.

- **Hygiène (corporelle, vestimentaire)**

Selon les informations recueillies, les familles nettoient le linge des patients. En cas d'impossibilité, le linge est marqué avant d'être lavé sur place. Les contrôleurs ont constaté que le port du pyjama était exceptionnel, sur consigne médicale. Seule la personne détenue en chambre de soins intensifs était en pyjama lors de la visite.

- **Entretien des locaux**

L'entretien des locaux est assuré par trois ASH tous les jours (le rez-de-chaussée le matin, l'étage l'après-midi). Les chambres sont nettoyées et aérées en l'absence des patients.

- **Repas**

Les repas sont pris en commun dans la salle à manger, à 9h pour le petit déjeuner, 12h pour le déjeuner et 19h pour le dîner. Un goûter est servi à 16h, une tisane à 22h30.

Les repas, livrés le matin à 9h, sont réchauffés dans des barquettes et servis dans les assiettes par un hôtelier à la salle à manger.

- **Relations avec l'extérieur (visite, téléphone, correspondance)**

Les visites sont autorisées de 14h à 18h. L'unité dispose d'un petit salon pour les visiteurs, d'une superficie de 10 m² avec des fauteuils et une table basse. Des informations réglementaires sont affichées portant sur le recours des usagers, la personne de confiance, la commission des relations avec les usagers et de la qualité de prise en charge, les coordonnées des ministres du culte, le projet d'établissement. Il est équipé d'un grand cabinet de toilettes de 9 m², accessible aux personnes à mobilité réduite, il comporte un wc cuvette et un lavabo.

La pièce dispose d'un accès distinct extérieur à l'unité. Les enfants de moins de 15 ans ne sont pas admis. Lorsqu'ils ne sont pas hospitalisés sous contrainte, les patients peuvent sortir dans le parc accompagnés de leur famille.

Aucun patient n'est autorisé à conserver son téléphone portable. Il a été indiqué aux contrôleurs que cette mesure était justifiée par la possibilité de prendre des photos et des vidéos, de nature à enfreindre le droit à l'image. Les téléphones portables sont entreposés dans le coffre au bureau central du secteur. Les patients qui bénéficient de l'autorisation médicale pour téléphoner, peuvent recevoir des appels téléphoniques. Les familles sont invitées à acheter des cartes téléphoniques pour permettre aux patients de téléphoner de la cabine à carte. Selon les règles de vie de l'unité, les horaires d'ouverture de la cabine à carte sont de 10h à 12h et de 14h à 20h, en dehors des repas.

Concernant la correspondance (courrier départ et arrivée), les patients ne sont soumis à aucune restriction.

- **Télévision, radio et ordinateur**

L'unité dispose de deux postes de télévision installés à chaque niveau, fonctionnant jusqu'à 23h le soir.

Chaque patient a la possibilité d'avoir un poste radio. L'utilisation des lecteurs MP3 et MP4 est autorisée de 10h à 12h et de 14h à 18h.

Les ordinateurs portables ne sont pas autorisés.

- **Journal local**

L'unité bénéficie d'un abonnement au quotidien *Le Parisien*.

- **Tabac**

Les patients peuvent conserver des cigarettes et leur briquet. Pour « les gros fumeurs », dix cigarettes sont distribuées le matin et dix l'après-midi. Il est proscrit de fumer dans les chambres et les locaux. À titre exceptionnel, pour certains patients, les cigarettes sont distribuées à l'unité.

- **Activités et sorties**

L'unité Rimbaud n'organise pas d'activité programmée. Des activités comme les jeux de société, la pétanque sont possibles. Elles sont fonction de l'état clinique du patient et de la disponibilité des soignants. Sous réserve de l'autorisation médicale, l'unité sports-loisirs (USL) planifie des activités de sport et de loisirs dans le parc du CHI. Les patients les plus autonomes peuvent bénéficier des activités plus structurées de l'hôpital de jour (art-thérapie avec des ateliers de poterie, du théâtre).

Concernant les sorties de journées et sous réserve des autorisations médicales, des accompagnants sont nécessaires pour se rendre à la bibliothèque et à la cafeteria de l'hôpital de jour, dans le parc du CHI.

En 2012, les patients ont pu bénéficier de trois sorties sur la journée (mer, restaurant et cinéma, musée...), d'un barbecue, de repas améliorés, de diverses activités manuelles, de l'activité piscine, pétanque, atelier mémoire et jeux de société, et de 200 accompagnements divers.

- **Sur-occupation**

Au moment de la visite des contrôleurs, vingt-trois lits sur vingt-cinq étaient occupés. En 2012, l'unité a accueilli 155 patients : quatre-vingt-deux SPDT, quarante-huit SPL, vingt-cinq SPDRE dont trois judiciaires.

- **Isolement et contention**

L'unité Arthur Rimbaud dispose d'une chambre de soins intensifs de 16 m² avec deux entrées. Cette chambre répond aux normes de la Haute autorité de santé (HAS). La chambre est attenante à la salle de soins. Elle est équipée d'un lit anglais (sommier et matelas ignifugés) avec des draps et une couverture, et d'un pouf ignifugé. Le jour de la visite des contrôleurs, la chambre était occupée par une personne détenue depuis le 31 mai en tenue de pyjama. Le mur côté « pharmacie » est percé par un oculus. L'ouverture de la fenêtre est condamnée à l'exception d'un vasistas et la vitre opacifiée.

Les stores, la climatisation et l'éclairage de la chambre sont actionnés par les personnels soignants.

Dans la chambre, un cabinet de toilettes est équipé d'une douche et d'un bloc avec un évier et un wc cuvette en inox.

▪ Incidents

Selon les informations recueillies, les projectiles de cannabis étaient fréquents dans la cour de l'unité. En cas d'incident et en fonction de sa gravité, un entretien a lieu avec le patient. La tenue de pyjama n'est de mise qu'en cas d'isolement sur prescription médicale, au regard de l'état clinique du patient. En cas d'incident grave, le patient peut être provisoirement privé de sortie.

4.2.1.3.5.5 L'activité de l'unité

<i>Secteur 60 G03 Unité Arthur Rimbaud</i>	2010	2011	2012	1 ^{er} trimestre 2013
Nombre de journées d'hospitalisation	9332	9106	7974	2710
Nombre d'entrée + présent au 1 ^{er} janvier	168	179	119	
Durée moyenne de séjour	51	52	54	
Taux d'occupation (en %)	78,64	82,08	85,30	
Nb de lits	31	31	26	26
File active	169	172	144	61

Les hospitalisations sans consentement dans l'unité sont

<i>Secteur 60 G03</i>	Unité Arthur Rimbaud
Soins psychiatrique sur décision d'un représentant de l'état	06
Soins psychiatrique à la demande d'un tiers	
– SPDT	12
– SPDT urgence	5

4.2.1.3.6 L'unité Winnicott

C'est une unité fermée plein temps dont la vocation est d'admettre les patients en soins libres. Elle peut recevoir des patients en SPDT et en SPDR s'il manque des places dans une autre unité.

La capacité d'accueil de l'unité est de vingt lits. Le jour de la visite des contrôleurs, tous les lits étaient occupés. Au rez-de-chaussée, sont aménagées six chambres individuelles et une chambre à deux lits et au premier étage, dix chambres dont deux avec deux lits.

À l'entrée des locaux, se trouve une salle de visite pour les familles, de 9 m².

La cour est aménagée avec un accès pour les personnes à mobilité réduite. Elle est ombragée avec des allées bitumées et de la pelouse. Sous un préau sont installées des tables.

Les contrôleurs n'ont pas fait de visite approfondie de cette unité, en raison des caractéristiques de l'hospitalisation des patients, uniquement en soins libres.

4.2.1.3.7 L'unité Mélanie Klein

C'est une unité fermée de réhabilitation, dotée d'une capacité d'hébergement de vingt-cinq lits. Le jour de la visite des contrôleurs, vingt-quatre patients étaient présents. Cette unité accueille des patients au long cours, notamment des personnes âgées. Le plus jeune avait 22 ans et le plus âgé, plus de 70 ans. **L'unité installée sur deux niveaux (rez-de-chaussée et premier étage) ne dispose pas d'ascenseur.**

L'unité n'a pas de chambre de soins intensifs. Les locaux sont assez vétustes. Malgré un entretien régulier, de fortes odeurs nauséabondes se dégageaient lors de la visite des contrôleurs. Des efforts sont entrepris pour personnaliser les locaux d'hébergement, avec par exemple l'affichage de la photo du patient sur la porte de la chambre.

Au moment de leur visite, les contrôleurs ont constaté qu'une personne âgée était astreinte au port d'un casque en permanence sur prescription médicale. Elle est enfermée dans sa chambre la nuit avec un poignet et un pied attachés pour sa sécurité, celle-ci s'automutilant de manière systématique. Une autre personne, jeune cette fois, était aussi enfermée la nuit mais pas attachée dans l'attente d'une place disponible au SITED. La porte de sa chambre est capitonnée et la chambre est meublée d'un lit scellé et d'un lavabo.

La salle de visite des familles dispose d'un accès extérieur. Elle est petite, d'une superficie de 7 m² ; des informations réglementaires sont affichées (modalités de recours pour les patients hospitalisés sous contrainte, charte du patient hospitalisé, coordonnées des ministres du culte...). La pièce est équipée d'un système d'appel.

La cour, d'une superficie de 400 m², est spacieuse, ombragée, avec de la pelouse. Cette cour est accessible par le réfectoire. Il a été indiqué qu'il était possible de déjeuner dehors.

Le bureau du cadre est situé près de l'entrée de l'unité.

L'unité dispose d'une salle d'activité de 40 m² pour la psychomotricité, qui sert aussi pour les réunions. Des ateliers de chant, de musique et de danse y sont organisés.

En 2012, l'activité de l'unité a été la suivante :

- file active : quarante-et-un ;
- durée moyenne de séjour : 211 jours ;
- taux d'occupation 94,57 %.

4.2.1.4 L'hospitalisation au secteur 60 G04 Fitz-James 7

4.2.1.4.1 Présentation du pôle

Le territoire du pôle 60 G04 couvre sept cantons de l'Oise (Crèvecœur-le-Grand, Marseille-en-Beauvaisis, Breteuil, Formerie, Froissy, Songeons et Grandvilliers) situés au Nord-Ouest du département.

La population de « l'Oise normande », composée de 60 000 habitants, est essentiellement rurale et vieillissante, avec des préjugés négatifs à l'égard de la psychiatrie, a-t-il été précisé. Les communes les plus importantes, Breteuil et Grandvilliers, sont respectivement distantes de Clermont de 35 km et de 55 Km. Les responsables du pôle ont expliqué que cet éloignement était un obstacle à la prise en compte de toutes les demandes de soins, d'autant que le secteur n'est pas desservi par les transports en commun.

Outre les deux unités d'hospitalisation (Legrand du Saulle et USNA Étage) qui sont situées dans deux bâtiments différents sur le site de Fitz-James, l'offre de soins du secteur comprend les structures suivantes :

- un centre médico-psychologique (CMP) et un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) à Breteuil ;
- un CMP et un CATTP à Grandvilliers ;
- un hôpital de jour, le centre d'activités Demay, implanté au CHI sur le site de Fitz-James ;
- un appartement thérapeutique communautaire, hébergeant quatre patients, situé à Breteuil ;
- un atelier thérapeutique en milieu rural (ATMR), intersectoriel, basé à Sacy-le-Grand.

La file active globale du pôle est stable d'année en année, autour de 830 patients. Afin d'éviter l'hospitalisation et de disposer de possibilités de placement, le secteur travaille essentiellement en réseau autour des institutions pour personnes âgées et en partenariat avec les structures intra hospitalières du CHI : SITED, psycho-gériatrie, atelier thérapeutique en milieu rural (ATMR).

Pour l'année 2012, la file active des patients hospitalisée s'est élevée à 205 avec un total de 14 136 jours d'hospitalisations, répartis différemment entre les deux unités :

- **unité Legrand du Saulle :**
 - o file active : 158 ;
 - o nombre de jours réalisés : 6 455 ;
 - o durée moyenne d'hospitalisation : quarante-et-un jours ;
 - o taux d'occupation : 73,49 % ;
- **unité UNSA Étage :**
 - o file active : quarante-sept ;
 - o nombre de jours réalisés : 8 181 ;
 - o durée moyenne d'hospitalisation : 174 jours ;

- taux d'occupation : 89,41 %.

4.2.1.4.2 Le projet thérapeutique

Le projet du pôle porte sur la création d'une unité fermée et d'une unité ouverte afin de fournir une prise en charge thérapeutique plus adaptée aux patients.

Une majeure partie des patients hospitalisés au sein de l'USNA a vocation à intégrer une unité médico-sociale. La création d'une nouvelle unité ouverte à la place de l'USNA permettrait d'accueillir notamment les patients psychotiques stabilisés dans leur pathologie.

L'unité Le Grand Du Saulle resterait une unité fermée, comportant des chambres à un et deux lits, pouvant accueillir principalement des patients en phase aigüe de leur pathologie.

Actuellement, la prise en charge des patients est de type psychothérapeutique analytique.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « actuellement la prise en charge des patients est assurée par l'équipe pluridisciplinaire (médecins, cadres, psychologues, infirmiers, aides-soignants, assistantes sociales etc.). Elle associe une psychothérapie institutionnelle à une approche neuro-biologique sociale, psychanalytique, systémique, sans oublier l'implication de l'entourage familial du patient ».

4.2.1.4.3 Arrivée et notification des droits

Une gestionnaire, administration et gestion des hospitalisés (AGH), basée au bureau d'accueil du pôle Fitz-James 7, assure le suivi des dossiers administratifs des patients pour les deux unités. Pour chaque patient hospitalisé sous contrainte, elle établit les notifications et classe un exemplaire dans le dossier médical et dans le dossier administratif du patient. Auparavant, elle avait la responsabilité de remettre la notification et l'arrêté aux patients. Beaucoup d'entre eux étant dans une phase aigüe de leur pathologie à leur admission, cette responsabilité échoit maintenant aux infirmières des unités qui, pour autant, n'ont pas reçu de formation spécifique.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « depuis quelques mois, cette notification est assurée par le médecin du patient. Ce dernier signe la fiche à la fin de l'entrevue. Plusieurs infirmiers ont été depuis, formés quant à la notification des droits ».

La mise à jour de la liste des patients hospitalisés sous contrainte et le rappel au médecin d'établir les certificats obligatoires sont confiés aux secrétaires médicales du pôle.

4.2.1.4.4 Les effectifs communs

a. Personnel paramédical

Le personnel paramédical du pôle est composé de :

<i>Secteur 60 G04*</i>	N	ETP
Cadre supérieur de santé	1	1
Cadre de santé	5	5
Cadre socio-éducatif	1	0,22

IDE J/N	50	48,9
Aide-soignant J/N	16	15,8
ASH	11	10,4
Assistante sociale	3	2,8
Psychologue	3	3
Assistant médico-administratif	5	4,8
TOTAL	95	91,92

IDE : infirmier diplômé d'état ASH : agent de service hospitalier

* selon les informations fournies par de cadre supérieur de santé du pôle

b. Personnel médical

Le personnel médical du pôle est le suivant :

<i>Secteur 60 G04</i>	N	EPT
Praticien hospitalier psychiatre	4	3,75
Praticien hospitalier généraliste s	1	1
Assistant	1	1
Interne	1	1

4.2.1.4.5 L'unité Legrand du Saulle

L'unité Le Grand du Saulle est une unité d'admission accueillant, en majeure partie, des patients souffrant de psychose paranoïde en phase aiguë de leur pathologie ou de syndrome dépressif majeur.

Elle est située dans le secteur de Fitz-James 7, le pavillon de l'unité est mitoyen au pavillon de l'unité de psycho-gériatrie.

4.2.1.4.5.1 Les patients de l'unité Legrand du Saulle

La capacité théorique de l'unité Le Grand du Saulle est de vingt-quatre lits dont une chambre d'isolement.

L'unité Le Grand du Saulle est une unité fermée. Le jour du contrôle, l'accès à la cour était fermé.

Au jour de la visite, l'unité comptait dix-neuf patients présents (onze hommes et huit femmes) :

- quatorze personnes étaient admises en soins libres ;

- quatre personnes étaient admises en soins à la demande d'un tiers (SDT) ;
- une personne était admise en soins sur décision d'un représentant de l'Etat (SDRE).

Trois autres personnes étaient notées en soins ambulatoires sous contrainte.

Le patient le plus âgé avait 70 ans et le plus jeune, 26 ans. La plus longue hospitalisation datait de quinze années.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « la plus longue hospitalisation datait de quinze années, s'agissant d'une personne handicapée physique souffrant de troubles psychotiques résistants, et gardée dans l'unité Legrand du Saulle pour qu'elle puisse bénéficier de sorties quotidiennes dans la cour, ce qui n'est pas possible dans l'unité UNSA étage ».

4.2.1.4.5.2 Les personnels de l'unité Legrand du Saulle

a. Personnel paramédical de l'unité

<i>Unité Le Grand du Saulle</i>	N	ETP
Cadre supérieur de santé	1	0,25
Cadre de santé	1	1
IDE J/N	18	17,1 ²⁵
Aide-soignant J/N	4	4
ASH	4	4
Assistante sociale	2	0,6
Psychologue	2	0,66
TOTAL	32	27,61

Selon le cadre de l'unité, l'équipe paramédicale est jeune et dynamique, très investie auprès des patients.

Le matin, quatre paramédicaux sont présents dans le service, dont deux infirmiers au minimum. Le service d'après-midi est assuré par trois ou quatre paramédicaux dont deux infirmiers au minimum. Le service de nuit est assuré par un infirmier et un aide-soignant.

²⁵ Dont 5 infirmiers de nuit.

b. Personnel médical de l'unité

<i>Unité Le Grand du Saulle</i>	N	EPT
Praticien hospitalier psychiatre	3	2,25
Praticien hospitalier généraliste s	1	0,25
Assistant	1	0,4
Interne	1	0,6

Les praticiens hospitaliers se relaient du lundi au vendredi, par demi-journée, afin d'assurer la présence quotidienne d'un médecin dans l'unité. Le reste de leur temps est dédiée aux consultations externes dans les deux CMP, à la prise en charge de patients de l'hôpital et du centre de jour Demay, aux réunions cliniques et institutionnelles au sein du pôle ou au niveau de l'établissement, aux patients de l'ATMR, de ceux pris en charge dans les deux CATTP et de ceux hébergés dans la maison communautaire ».

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « il y a une présence quotidienne d'au moins un médecin praticien hospitalier dans l'unité de 8h30 jusqu'à 17h du lundi au vendredi et de 9h à 12h les samedis.

4.2.1.4.5.3 Les locaux de l'unité Legrand du Saulle

Le bâtiment, abritant l'unité Le Grand Du Saulle, est mitoyen au pavillon de psychogériatrie. Les locaux sont vétustes, peu fonctionnels avec des espaces mal distribués. En outre, ce bâtiment comporte un nombre insuffisant de chambres seules pour une unité d'admission ainsi qu'un nombre insuffisant de sanitaires pour les patients hébergés au premier étage.

Les pièces et notamment les chambres du premier étage sont mansardées, cela diminue considérablement la surface habitable et peut donner lieu à des hausses de température difficilement supportables durant les périodes de forte chaleur.

- **Le rez-de-chaussée** comprenant une première entrée, située en bout de bâtiment, donne accès à un long couloir, de couleur saumon et vert amande, desservant successivement :
 - **à droite :**
 - le PC-bureau d'accueil ;
 - le secrétariat qui dispose de sanitaires destinés aux soignants et au personnel du PC-bureau d'accueil ;
 - l'office du personnel, rarement utilisé, car trop éloigné des patients. Il sert donc de vestiaire ;

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « l'office du personnel sert de salle de réunion. Il est utilisé par les médecins, les cadres, les assistantes sociales... ».

- une **chambre d'isolement**, d'une surface de 9 m², d'aspect vétuste et peu accueillant. Les murs de couleur jaune pâle et le sol en linoléum bleu sont défraîchis. Elle est meublée d'un lit fixé au sol et d'une pendule suspendue au mur indiquant l'heure et la date du jour. La chambre est éclairée par une fenêtre à battant court, positionnée à mi-hauteur. La porte de la chambre est dotée d'un oculus et se ferme à clef de l'extérieur. Les sanitaires sont équipés d'une cuvette wc, d'un lavabo et d'une douche avec un robinet poussoir. La peinture et le revêtement au sol présentent un aspect vétuste. Il convient de noter que les sanitaires sont constamment fermés à clef. Comme cette chambre ne dispose pas de bouton d'appel, le patient doit tambouriner à la porte s'il souhaite se rendre aux sanitaires. Cependant le cadre de santé a précisé qu'une surveillance infirmière était mise en place toutes les trente minutes lorsqu'un patient était isolé. L'éclairage de la chambre ainsi que le chauffage et la climatisation sont actionnés du bureau infirmier. Le jour du contrôle, la chambre était occupée par un patient en soins psychiatriques libres pouvant circuler librement dans le service. Son placement dans cette chambre était motivé par le fait que son état nécessitait une surveillance accrue de la part du personnel infirmier. Le patient était en pyjama ; le cadre a expliqué que pour certains patients qui ont pour habitude d'effectuer des allers et retours fréquents entre l'unité et leur domicile, l'utilisation du pyjama avait pour objectif de « marquer le passage en hospitalisation ». Ainsi ce patient avait été admis dans l'unité alors qu'il en était sorti la veille.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « les sanitaires de la chambre d'isolement ne sont fermés à clé que sur indication motivée du médecin du patient (risque de chutes ou d'automutilation). Le recours à la chambre d'isolement de l'unité Legrand du Saulle est très rare et limité dans le temps, du fait qu'elle est l'unique chambre de surveillance qui ne répond pas aux normes réglementaires au sein de l'établissement. Au-delà de 48h d'isolement, le patient dont l'état de santé nécessite des mesures d'isolement et/ou de contention est transféré dans les chambres sécurisées situées au sein des autres unités du CHI. Les détenus ne sont jamais admis au sein de la chambre d'isolement de l'unité Legrand du Saulle ».

- le jour du contrôle, deux autres patients étaient en pyjama ; l'un présentait un risque important de passage à l'acte, l'autre ayant un comportement hétéro-agressif.
- une chambre à deux lits avec un lavabo, d'une surface de 15 m², meublée de deux lits, de deux tables de nuits et de deux armoires fermant à clef. La peinture est de couleur bleu ciel comme toutes les autres chambres ; l'ensemble présente un aspect vétuste mais bien entretenu. Les patients ne disposent que d'une table et d'une chaise car la configuration des chambres ne permet pas d'en ajouter une autre. En conséquence, l'un des patients ne peut s'asseoir que sur son lit. La chambre est éclairée par une fenêtre à battant court, positionnée à mi-hauteur et par un éclairage avec tube néon situé au-dessus de chaque lit. Les fenêtres sont en partie opacifiées afin de préserver l'intimité des patients. Le cabinet de toilette est équipé d'un lavabo avec une tablette et un miroir ;

- le bureau du cadre de l'unité lui permet d'avoir une vue directe sur le salon et la salle à manger ;
- la salle à manger, offrant un accès direct à la cour, est d'une surface de 54 m². Cette pièce est lumineuse, elle est meublée de six tables et de vingt-trois sièges. Une fontaine à eau ainsi qu'une machine à café est mise à la disposition des patients. La distribution de café étant gratuite, elle est limitée au petit déjeuner et au goûter. Les patients n'ont donc pas la possibilité de bénéficier d'un café le midi hormis le dimanche.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « les patients autorisés à sortir dans le parc ou à se rendre au centre d'activités Demay peuvent prendre un café à la cafétéria ou au sein du pavillon Demay ».

- le coin salon comprend six fauteuils, une table basse où sont disposés quelques magazines et le poste de télévision protégé par un plexiglas ;
 - la cour extérieure, grillagée de part et d'autre, longeant l'ensemble du bâtiment. Des tables et des sièges sont disposés sur la pelouse ainsi que des parasols assurant un ombrage durant les beaux jours ;
- **à gauche :**
- la salle des archives des dossiers médicaux
 - le bureau du chef de pôle. Des entretiens médicaux y ont lieu. Il convient de noter que tous les bureaux sont équipés de poste informatique ;
 - deux chambres à trois lits, d'une surface de 25 m², meublées de trois armoires, fermant à clef, et de trois tables de nuit. Les patients ne disposent que d'une table et d'une chaise. Ces chambres sont équipées d'une salle d'eau avec une douche, d'un lavabo avec une tablette et d'un miroir disposé au-dessus de la tablette ;
 - une salle de bains, accessible aux personnes à mobilité réduite, spacieuse et agréable, équipée d'une douche à l'italienne, d'un lavabo et d'un miroir. Un paravent est disposé le long de la baignoire. Des produits de toilette et des rasoirs jetables sont conservés dans un placard ;
 - deux wc, dont un pour les personnes à mobilité réduite, équipés d'un lavabo et d'un miroir ;
 - un local de ménage pour les agents de service hospitaliers ;
 - un local pour le linge propre ;
 - un local pour le linge sale ;
 - une laverie équipée d'un lave-linge et d'un sèche-linge ;

- le bureau infirmier, mitoyen à la salle de soins, est équipé d'un poste informatique relié à une imprimante et de vingt casiers où sont conservés les effets personnels des patients. Le tableau de planification affiché au mur, comprend le nom des patients et celui de leur médecin traitant, le mode d'hospitalisation et les soins infirmiers. La salle de soins dispose d'un double accès : par le bureau infirmier ou par le couloir. Afin de préserver la confidentialité, les traitements sont distribués dans cette pièce. Cela permet aussi à certains patients de bénéficier d'un moment privilégié avec le personnel soignant. La salle de soins dispose de plusieurs placards où sont conservés le matériel médical et la « pharmacie », d'un sac de matériel d'urgence, d'un poste informatique d'une paillasse et d'un point d'eau ;
- l'office pour les patients est également utilisé par le personnel ; les régimes spécifiques sont affichés au mur tandis que les menus du jour sont affichés dans la salle à manger ;

En bout de couloir se situe l'entrée principale empruntée par les proches des patients. Sa position géographique permet aux familles d'accéder directement au salon visiteurs sans croiser les patients présents dans les parties communes. Une grande salle située à l'extérieur du bâtiment peut être utilisée également pour les visites des familles.

- **L'étage** est accessible par l'escalier ou par l'ascenseur. Il dessert successivement :
 - **à droite :**
 - un vestiaire pour le personnel masculin, équipé d'une douche ;
 - deux wc pour quinze patients ;
 - un salon visiteurs, meublé de quatre sièges et d'une table basse, d'aspect très austère ;
 - deux cabines de douche à l'italienne, séparées par une fine cloison, revêtent un aspect très délabré. Le système de ventilation étant ancien, l'humidité est omniprésente malgré le velux constamment ouvert. Le sol et l'une des portes ont été sérieusement endommagés par la moisissure ;
 - une chambre à deux lits avec un lavabo ;
 - deux chambres à trois lits avec un lavabo ; toutes les chambres à deux ou à trois lits sont de conception identique à celles du rez-de-chaussée hormis le fait qu'elles sont toutes mansardées ;
 - un local lingerie où est stocké du linge provenant de donations pour les patients démunis. Par ailleurs, le linge des patients, placés en isolement ou admis à l'hôpital général, est également stocké dans le local ;
 - un salon fumeur, fermé depuis le 15 mai 2013, et qui doit être aménagé en salle de télévision. Il est d'ores et déjà équipé d'un téléviseur, de quatre sièges et d'une table basse. Les fenêtres sont constamment ouvertes car la pièce est encore imprégnée des odeurs de cigarettes. Cette pièce n'était donc pas exploitable le jour du contrôle.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « des travaux d'aménagement ont été réalisés depuis. Cette salle est exploitable depuis et dispose de huit fauteuils, ouverte toute la journée jusqu'à 22h30 ».

- une salle de réunion spacieuse et lumineuse, qui fait aussi office de salle d'activités manuelles, meublée d'une grande table, de douze sièges et de placards où est conservé le matériel destiné aux activités ;
 - un vestiaire pour les femmes, équipé d'une douche ;
 - une double porte située en bout de couloir donne accès aux combles où sont stockés quelques vieux fauteuils et un vélo utilisé par un patient hospitalisé à l'USNA ;
- **à gauche :**
- une salle de bains agréable, malgré la peinture quelque peu défraîchie, équipée d'une douche et d'un fauteuil ;
 - deux chambres à trois lits avec un lavabo ;
 - une chambre à un lit dont la peinture au mur s'écaille considérablement présentant un aspect délabré. La fenêtre ne fermant plus correctement est munie d'un gros cadenas. Elle est meublée d'une armoire double et d'un siège ;
 - une cuisine, pour l'activité thérapeutique, dotée d'un équipement ancien pour préparer les repas ;
 - deux bureaux médicaux ;
 - le bureau de la psychologue et de l'assistante sociale ;
 - une salle de repos, équipée de quatre fauteuils, destinée aux patients souhaitant s'isoler.

<i>Unité Legrand Du Saulle</i>	
Nombre de lits	25
Nombre de chambres d'isolement	1
Nombre de chambres à un lit	1
Nombre de chambres à deux lits	3
Nombre de chambres à trois lits	6
Nombre de douches dans les chambres	3
Nombre de douches collectives	4
Nombre de WC dans les chambres	1

Nombre de wc collectifs	4
Salle de bains	4

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « actuellement d'importants travaux de rénovation (peinture et équipement de locaux) sont en cours de réalisation (fin des travaux envisagée pour fin janvier 2015) ».

4.2.1.4.5.4 La gestion de l'unité

La coordination du fonctionnement est assurée dans le cadre de quatre réunions :

- une **réunion clinique** a lieu chaque lundi. Elle réunit l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire ainsi qu'une infirmière du CMP de Breteuil et/ou de Grandvilliers ; cette réunion a pour objectif de faire le point sur chaque patient tant sur son état psychique et physiologique que sur son devenir ;
- une **réunion de synthèse** a lieu tous les mois ; elle concerne les patients relevant de la réhabilitation ;
- des **réunions d'organisation** de l'équipe soignante ont lieu tous les mois ;
- une **réunion institutionnelle** en présence du chef de pôle et du cadre supérieur de santé a lieu tous les deux mois.

4.2.1.4.5.5 Le fonctionnement de l'unité

▪ Ouverture et fermeture de l'unité et des chambres

Comme il a été indiqué précédemment, il s'agit d'une unité fermée. Les patients admis en phase aiguë de leur pathologie sont hébergés au rez-de-chaussée afin de permettre au personnel soignant d'intervenir à tout moment. Ces patients ont un libre accès à leur chambre pour pouvoir s'isoler dès qu'ils en éprouvent le besoin. Pour les patients stabilisés, hébergés à l'étage, l'accès aux chambres est limité à l'après-midi afin de permettre aux agents de service hospitalier d'effectuer le ménage durant la matinée.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « pour les patients stabilisés hébergés à l'étage, l'accès à leurs chambres est possible, s'ils souhaitent y rechercher leurs affaires personnelles. Cependant il est vivement conseillé de participer aux activités sociothérapeutiques organisées dans la salle commune (plusieurs jeux de société sont mis à disposition ainsi que des livres, des revues et un poste de télévision. Afin d'éviter les chutes, l'accès dans leurs chambres est déconseillé juste après le nettoyage (sol humide et volets ouverts pour l'aération...) ».

Les patients en soins psychiatriques libres sont *de facto* enfermés dans l'unité et doivent faire appel au personnel paramédical à chaque fois qu'ils souhaitent sortir du bâtiment. En principe, ils peuvent sortir dès 9h30 ; cependant pour certains patients, les sorties se limitent au parc. Bien évidemment, cela est discuté avec le médecin qui doit rechercher l'accord du patient. Les modalités de sortie sont précisées dans un contrat de soins signé par le patient. Parmi les quatorze patients hospitalisés en soins psychiatriques libres, trois faisaient l'objet de sortie limitée au parc sans accompagnement d'un personnel infirmier.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « les sorties se limitent au parc puisque le centre ville se situe à 2km de l'unité. Bien évidemment, à la demande du patient et si son état de santé (physique et psychiatrique) le lui permet, ce dernier est souvent autorisé à sortir en ville, à condition d'en informer le personnel avant son départ ».

Le jour du contrôle, l'accès à la cour était fermé du fait de la présence de patients agités avec pour certains, des risques de comportement hétéro-agressif. Une affiche accolée à la porte d'accès à la cour indiquait les heures d'ouverture. Les contrôleurs ont noté que l'accès n'était possible que toutes les deux heures. En effet, le personnel soignant a expliqué qu'il lui était difficile de pouvoir être disponible à la fois dans la cour, le salon et à l'étage lorsque plusieurs patients nécessitaient une surveillance accrue.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « l'accès à la cour de l'unité Legrand du Saulle est libre la journée, sauf en cas de présence de patients présentant un risque de fugue ou d'agressivité, ce qui arrive à une proportion de 10 % du temps. Dans les rares cas où l'accès à la cour est fermé, les patients peuvent y accéder toutes les heures ».

En principe, l'accès aux espaces communs reste exceptionnel après 23h ; cependant si un patient est en proie à une crise d'anxiété, il peut rester sous la surveillance du personnel soignant et éventuellement fumer une cigarette dans la cour.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « il est demandé aux patients de rester dans leurs chambres après 23h. Cependant, s'ils le désirent, ils ont accès aux salles communes, accompagnés d'un soignant et peuvent fumer s'ils le désirent, sous surveillance, dans la cour ».

▪ **Biens personnels**

Le jour de l'admission d'un patient, deux infirmiers procèdent à un inventaire contradictoire, signé par le patient dans la mesure où il est en capacité de le faire. Tous les biens personnels et les petites sommes d'argent sont répertoriés dans une fiche individuelle. Les biens personnels et les objets considérés comme dangereux (objets tranchants, ceintures, cordon de portable, briquets) sont conservés dans un casier fermé à clef situé dans le bureau infirmier. Les contrôleurs ont constaté que ces casiers étaient en nombre insuffisant ; il leur a été indiqué que quatre casiers supplémentaires avaient été commandés.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « ils sont réceptionnés depuis, et en service ».

▪ **Hygiène corporelle et vestimentaire**

L'unité dispose de réserves de produits d'hygiène corporelle et de rasoirs jetables 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 les rasoirs jetables et certains se rasent en présence d'un soignant. Les horaires d'accès aux douches communes sont les suivants : de 7h à 9h et le soir à partir de 18h. Pour autant, le personnel paramédical fait preuve de flexibilité dans les horaires : « nous ne sommes pas à un quart d'heure près ».

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « les douches sont à la disposition des patients à toute heure, si leur état le nécessite ou pour des besoins particuliers ».

Les patients sont incités à gérer l'entretien de leur linge durant leurs permissions de sortie. Pour ceux dont les sorties sont proscrites, ils ont la possibilité d'utiliser le lave-linge et les sèche-linge du service sous la supervision des AS. L'entretien du linge peut, pour certains, faire partie du contrat de soin.

- **Entretien des locaux**

L'entretien des locaux est assuré par les agents de service hospitalier dont les horaires sont les suivants : 7h-15h et 13h-21h.

Malgré la vétusté des locaux, les contrôleurs ont pu constater que les lieux étaient correctement entretenus.

- **Argent**

Les sommes importantes d'argent, les chèques, les cartes bleues et les objets de valeur sont conservés dans un coffre situé au bureau d'accueil. Les patients ont la possibilité de venir retirer de l'argent les mardis et jeudis. Toutefois, le personnel sait faire preuve de flexibilité pour donner accès au coffre à un patient qui a besoin de renouveler sa consommation de cigarettes la veille d'un week-end.

- **Repas**

Les repas sont pris de façon collective à moins que l'état de certains patients ne nécessite que le repas soit consommé dans leur chambre. Les horaires des repas sont les suivants :

- petit déjeuner : 8h-9h ;
- déjeuner : 12h ;
- goûter : 16h-16h30 ;
- dîner : 19h.

- **Relations avec l'extérieur (visite, téléphone, correspondance)**

Les visites ont lieu de 13h30 à 18h30 et sont autorisées après avis médical. Elles sont interdites dans les chambres. Les visites des enfants à leurs parents sont autorisées après avis médical ; elles se font hors de l'unité dans des espaces dédiés (bureaux annexes, salle d'attente, bureau d'accueil) ».

Les patients peuvent recevoir du courrier sauf contre-indication médicale.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « il n'a jamais été interdit aux patients d'envoyer ou de recevoir du courrier ».

L'usage des téléphones portables est limité, en principe sur avis médical, afin de respecter la vie privée des patients en évitant la prise de photos illicites. Pour les patients étant en phase aiguë de leur maladie par exemple, l'usage du portable est proscrit par le médecin. Les portables sont conservés dans les casiers situés au bureau infirmier.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « l'usage du portable est interdit quand cela dérange les autres patients. Les portables sont conservés dans les casiers personnels des patients. Un travail de réflexion est en cours et actuellement la majorité des patients dispose de téléphones portables dont l'utilisation est quelques fois limitée dans le temps (par exemple à des heures fixes le matin, l'après-midi et le soir) ».

Le *point phone* situé près de l'entrée principale permet aux patients de recevoir des appels transférés du bureau infirmier. Il est équipé d'un paravent vitré afin de respecter la confidentialité des appels. Un second téléphone à carte est positionné à côté du *point phone*. Il n'est pas équipé d'un paravent.

▪ **Télévision, radio et ordinateur**

Comme indiqué précédemment, l'unité est dotée d'un poste de télévision au rez-de-chaussée et d'un second à l'étage. Les patients ont la possibilité de visionner leur programme jusqu'à 22h30.

La distribution du journal local a lieu chaque jour, les patients ont aussi la possibilité d'écouter la radio dans leur chambre à condition de ne pas perturber le voisinage.

Concernant l'accès à internet et l'utilisation de l'ordinateur, il a été indiqué aux contrôleurs qu'aucun patient n'avait fait la demande jusqu'à présent ; cela n'a donc pas fait l'objet de discussion au sein du service.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « A sa demande, le patient peut accéder à internet par l'intermédiaire d'un poste informatique situé dans le bureau de l'assistante sociale en présence de cette dernière (recherche d'un logement, d'un travail, établir un CV...) ».

▪ **Tabac**

En principe, tout patient a le droit de fumer pendant la journée, l'accès à la cour la nuit restant exceptionnel. Néanmoins si l'accès à la cour est fermé, la consommation de tabac est régulée toutes les deux heures, hormis pour les patients en soins psychiatriques libres ne faisant pas l'objet de restriction de sortie. Les patients dont l'état psychique est stable peuvent conserver leurs cigarettes et leur briquet. Les autres patients se voient confisquer leur briquet conservé dans le bureau infirmier. Les patients placés en isolement peuvent fumer dans leur chambre en présence d'un personnel infirmier ou dans la cour accompagnés d'un ou deux infirmiers.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « généralisation d'une situation rare, et quand cela arrive, les patients peuvent sortir toutes les heures de 8h30 à 22h30. Pour les patients en phase aiguë, avec risque de passage à l'acte, les briquets sont mis dans leurs casiers personnels dont la clef est à demander aux infirmières quand ils en ont besoin ».

▪ **Activités et sorties**

Les patients dont l'état psychique est stabilisé, y compris les patients hospitalisés sous contrainte, peuvent se rendre au centre d'activités thérapeutiques, situé au pavillon Demay. Les activités au sein de l'unité sont limitées. Ceci s'explique en grande partie par le fait qu'un certain nombre de patients sont admis en phase aiguë et se trouvent donc dans l'incapacité de suivre une activité. Par ailleurs, le personnel soignant est fortement mobilisé dans la surveillance et la prise en charge des patients. Des sorties thérapeutiques, pique-niques, achats de vêtements, ont lieu dans l'année. Les week-ends, où la charge de travail est moindre, offrent la possibilité de mettre en place un atelier de cuisine thérapeutique ou une activité d'arts plastiques.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « des jeux de société sont mis à disposition des patients et ces activités sont parfois encadrées par les soignants ».

Concernant les relations intimes entre patients, le cadre de santé de l'unité part du principe suivant : « ce qui est interdit au sein de l'unité, c'est toute relation non consentie et par conséquent ce qui est interdit par la loi ». Une patiente avait souhaité déposer une plainte pour viol, le personnel a pris en compte ses propos et l'a accompagnée jusqu'au bout de sa démarche. Finalement cette dernière s'est rétractée reconnaissant une affabulation de sa part liée en grande partie à sa pathologie.

Bien que le règlement intérieur de l'unité, affiché aux portes des chambres, stipule que : « les relations sexuelles sont interdites dans les unités de soin », dans la réalité il n'en n'est rien selon les propos du personnel soignant : « on demande aux patients de rester discrets, on n'interdit pas. On a même vu un couple se former et vivre aujourd'hui ensemble en appartement thérapeutique ». Toutefois, le personnel rappelle aux patients qu'ils sont hospitalisés dans le cadre d'un projet de soins qui doit rester l'objectif premier.

▪ **Isolement et contention**

Il n'existe pas de registre de contention et d'isolement, cependant l'établissement a mis en place des feuilles journalières de traçabilité indiquant la durée d'isolement et/ou de la mise sous contention. Un patient en soins psychiatriques libres mis sous contention change obligatoirement de statut lorsque la durée de la contention s'étend au-delà de la journée. Ainsi, le médecin rédige un certificat de SPDTU le temps de contacter un membre de la famille pour procéder à une hospitalisation à la demande d'un tiers.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « si la durée de l'isolement et/ou de la contention dépasse quelques jours (en principe 48 heures), le patient est transféré dans les chambres sécurisées de soins intensifs situées au sein des autres pôles ».

▪ **Sur-occupation**

Le personnel soignant a évoqué les difficultés liées au nombre insuffisant de chambres individuelles. Bien souvent, il doit procéder à des changements de chambres afin d'attribuer les lits en fonction des pathologies et des comportements hétéro-agressifs de certains patients. Outre les contraintes logistiques que cela engendre pour le personnel soignant, ces changements sont vécus comme des éléments perturbants pour les patients. Par ailleurs, lorsque la chambre d'isolement est occupée et qu'un patient nécessite une mise sous contention, ce dernier est installé seul dans une chambre double. Selon les propos recueillis par les contrôleurs, il est arrivé que par faute de place, un patient mis sous contention se retrouve en chambre double avec un autre patient pour le restant de la journée.

▪ **Les patients détenus**

Le jour du contrôle, aucune personne détenue n'était hospitalisée dans cette unité. Le cadre de santé de l'unité a précisé aux contrôleurs qu'il n'accueillait plus de personnes détenues depuis une tentative d'évasion ayant eu lieu deux ans auparavant.

▪ **Incidents**

La majeure partie des incidents est liée à l'introduction ou à la consommation de produits stupéfiants durant les permissions. Ces incidents sont repris systématiquement avec les patients en entretien et le personnel soignant procède à une analyse d'urine, à condition d'obtenir l'accord du patient. Pour les patients admis dans le cadre d'un sevrage, le médecin interdit toute sortie à l'extérieur de l'hôpital jusqu'à nouvel ordre. Un patient en soins libres peut avoir le choix de refuser et par conséquent peut signer une décharge de sortie.

Concernant l'introduction de produits illicites, le sujet fait débat au sein de l'unité car aucune solution satisfaisante n'a été trouvée pour pallier ce problème. En cas de suspicion forte de la part du personnel infirmier, il est demandé au patient de vider ses poches ou son sac. Pour autant le personnel, souhaitant avant tout respecter les droits du patient et son intimité, ne procède pas à une fouille. Ce problème reste donc sans solution.

4.2.1.4.5.6 L'activité de l'unité

Unité Legrand du Saulle	2010	2011	2012	1 ^{er} trimestre 2013
Nombre de journées d'hospitalisation	8 804	7 109	6 455	2 194
Nombre d'entrée + présent au 1 ^{er} janvier	N/C	151	173	59
Durée moyenne de séjour	86	48	41	30
Taux d'occupation (en %)	100,5%	81%	73,4%	76,18%
Nb de lits	24	24	24	24
File active	102	149	158	74

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « le nombre de jours d'hospitalisation a fortement baissé alors que la file active augmente et il n'existe pas de problèmes de sur-occupation des lits ».

4.2.1.4.6 L'unité USNA Étage

L'unité de réhabilitation du pôle a déménagé en 2011 à la suite de la fermeture du pavillon Tournaire dont la vétusté avait été pointée par l'IGAS. Elle est depuis installée dans un bâtiment situé, à proximité de l'unité Legrand du Saulle, au-dessus du PC et d'une unité du pôle Fitz-James 5.

La capacité théorique de l'unité USNA Étage est de vingt-cinq lits, répartis de la manière suivante :

- six chambres individuelles ;
- une chambre à deux lits ;
- trois chambres à trois lits ;
- deux chambres à quatre lits.

L'unité ne dispose pas de chambre d'isolement.

C'est une unité fermée qui, comme son nom l'indique, est au premier étage.

4.2.1.4.6.1 Les patients

Au jour de la visite, l'unité comptait vingt et un patients présents, quinze hommes et six femmes :

- dix-huit personnes étaient admises en soins libres ;
- deux étaient en soins à la demande d'un tiers (SDT) ;
- une était en soins sur décision du représentant de l'État (SDRE).

Une personne était en programmes de soins. Le patient le plus âgé avait 70 ans et le plus jeune, 29 ans. La plus longue hospitalisation datait de seize ans.

Selon les responsables du pôle, tous les patients de l'UNSA Étage ont vocation à rejoindre une structure médico-sociale.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « la majorité des patients de cette unité est en préparation pour accéder à des structures médico-sociales, après la disparition de leurs troubles. Les places dans les structures médico-sociales manquent pour nos patients, ce qui rallonge la durée des hospitalisations, au-delà du temps nécessaire ».

4.2.1.4.6.2 Le personnel

a. L'effectif paramédical

<i>Secteur 60 G04 unité USNA Étage</i>	N	ETP
Cadre supérieur de santé	1	0,25
Cadre de santé	1	1
Infirmier (IDE) Jour/nuit	10/3	10/3
Aide-soignant (AS) Jour/nuit	10/2	9,8/2
Agent de service hospitalier (ASH)	5	5
Assistante sociale	2	1,2
Psychologue	1	0,16
Lingère	1	1
Total	35	33,16

b. L'effectif médical

<i>Secteur 60 G04 unité USNA Étage</i>	N	ETP
Praticien hospitalier psychiatre	3	1
Praticien hospitalier généraliste	1	0,25
Assistant	1	0,4
Interne	1	0,2

4.2.1.4.6.3 L'organisation de l'unité

L'effectif présent du personnel soignant est fixé à hauteur de quatre agents, matin et après-midi, dont au moins deux IDE. Cet effectif correspondait à celui présent au moment de la visite de l'unité. Cependant, a-t-il été indiqué, des difficultés de personnel obligent parfois à limiter à trois l'effectif soignant (dont toujours deux infirmiers). L'équipe est en outre renforcée par la présence d'un ASH, matin et après-midi (ou un seul pour l'ensemble de la journée) et de la lingère, présente à mi-temps sur l'unité et sur Legrand du Saulle.

Le personnel soignant effectue son service, le matin, entre 6h et 14h ou entre 7h et 15h et, l'après-midi, entre 13h et 21h ou entre 14h et 22h. Les agents de nuit prennent leur service à 21h35 et le quittent à 6h20. Le personnel effectue un service hebdomadaire de 35h.

Le service connaît de nombreux aléas liés à des absences nombreuses. Le jour de la visite, étaient recensés, outre cinq repos et deux congés, quatre congés de maladie, un accident du travail – après utilisation d'un appareil de lève-malade dont la dangerosité a été plusieurs fois signalée, un congé de maternité et une décharge de temps partiel.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « le lève-malade a été remplacé et des agents formés à son utilisation par le fournisseur. D'autres soignants sont inscrits sur des formations concernant la manipulation des patients et des charges ».

La mixité n'est pas prise en compte dans la composition des équipes, compte tenu de sa dominante féminine.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « la profession paramédicale est largement à prédominance féminine, mais la composition de l'équipe, à l'époque, comportait six agents masculins ».

Les médecins sont présents sur l'ensemble du pôle, selon un planning arrêté à la semaine. Chaque jour, entre 9h et 17h, une permanence médicale est assurée par un praticien du pôle. Un médecin est référent pour l'unité mais tous les médecins du pôle peuvent continuer à suivre des patients pris en charge auparavant. Le médecin référent de l'unité UNSA Étage est présent toute la journée du lundi, du mardi et du jeudi ; il voit les patients « qui posent problème », signalés par le personnel, ceux qui sollicitent un entretien et ceux dont il assure personnellement le suivi.

Les psychologues n'interviennent pas sur le plan clinique auprès des patients, sauf si ces derniers prennent l'initiative de le demander, « ce qui n'arrive jamais ».

Les assistantes sociales interviennent tous les jours et travaillent étroitement avec le personnel soignant. L'une d'entre elles est référente de l'unité.

Les réunions organisées dans le service sont les suivantes :

- les **transmissions journalières**, qui ont lieu à chaque relève du personnel soignant : entre 6h et 6h20, entre 13h45 et 14h et entre 21h35 et 22h ;

- la **réunion clinique**, qui se tient le mardi à 13h45, afin de bénéficier de la présence de soignants de service le matin et l'après-midi, avec les médecins et le cadre de l'unité, en l'absence de psychologue. Le cadre et le médecin préparent en amont une liste de patients à partir de la fiche individuelle de projet de soins. La situation clinique de tous les patients est examinée selon une fréquence allant de deux à trois semaines, outre les cas particuliers signalés par les soignants et liés à une évolution de projet. Le 12 juin 2013, les contrôleurs ont examiné par hasard une de ces fiches : les derniers examens cliniques du patient concerné dataient du 28 mai, du 30 avril et du 2 avril.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « les contrôleurs ont regardé les fiches de synthèse du projet qui ne sont pas remplies obligatoirement par les médecins et qui ne correspondent pas aux examens cliniques réguliers des patients. Ces fiches de synthèse ne sont pas des examens cliniques, comme c'est mentionné dans le rapport et le rythme de leur remplissage est variable ».

Dans le prolongement de la réunion clinique, se tient périodiquement une réunion de synthèse, à laquelle le tuteur ou la famille peuvent aussi participer ;

- la **réunion de fonctionnement**, organisée tous les deux mois, entre le cadre de santé et l'équipe soignante présente, portant sur des thèmes liés à l'actualité du service. Un compte-rendu est rédigé et diffusé auprès de l'ensemble du personnel. Au moment du contrôle, la dernière réunion s'était tenue le 11 avril, la suivante étant programmée pour le 17 juin 2013.

Les contrôleurs ont pris connaissance du compte-rendu établi à la suite de la dernière réunion, comptant vingt et un points, notamment : l'obligation du comptage du linge, le remplacement des draps, les horaires d'ouverture de l'espace pour fumeurs – « Attention, en aucun cas, vous ne pouvez laisser un patient hospitalisé sous contrainte fumer seul. Risque de fugue avec responsabilité du soignant engagé », la tenue des dossiers patients, la présence d'aide-soignant aux entretiens médicaux – « Il est important qu'un infirmier soit présent à chaque fois que c'est possible », la distribution des suppléments alimentaires ou des médicaments – « Lors de la distribution des gouttes buvables, il ne faut en aucun cas mettre de sirop dans l'eau », la sortie quotidienne des patients dépendants – « Dès que le temps le permet, il est important de faire sortir les patients les plus dépendants qui ne peuvent sortir seuls. Cette sortie peut se réaliser au sein du parc, dans les cafétérias ou même à l'extérieur », la programmation de sorties d'une journée, le rappel sur les plannings prévisionnels, etc. ;

- périodiquement, une **réunion médecins/cadres**, concernant l'ensemble du pôle ;
- la **réunion « soignants-soignés »**, animée une fois par mois en principe par une psychologue. Les comptes rendus transmis font état de quatre réunions entre juin et octobre 2012. De cinq à sept patients ont participé à des réunions ayant duré entre quarante minutes et une heure et quart et auxquelles assistaient un ou deux soignants.

Les principaux thèmes abordés concernent la restauration (demande de déjeuner à l'extérieur quand il fait beau ; plainte sur la qualité ou la quantité), les sorties (demande de sorties le soir, notamment pour aller au cinéma), les activités thérapeutiques (demandes d'activités de musique, de cuisine et de jardinage), la gestion des chambres (demande pour qu'elles restent disponibles d'accès dans la matinée), les émissions de télévision (désaccord sur des programmes), les soirées (demande d'une tisane), les médecins (plainte d'une personne ne voyant plus régulièrement son médecin référent), la décoration de l'unité...

4.2.1.4.6.4 Les locaux de l'unité USNA Étage

L'unité a été refaite avant le déménagement en provenance de l'unité Tournaire en 2011. Les sols et les murs sont propres.

▪ Les chambres

Les portes des chambres sont pleines et sans oculus, à l'exception de la chambre n° 45 (cf. *infra*). Elles n'ont pas de verrou intérieur.

Les chambres bénéficient de clarté grâce à de larges fenêtres dépourvues de barreau (2,10 m sur 1,60 m), sous lesquelles sont installés des radiateurs muraux. Elles s'ouvrent de l'intérieur sur une largeur de dix centimètres. La partie basse de la vitre est recouverte d'un film opaque sur une hauteur d'un mètre, empêchant de voir autre chose que le ciel. Le store roulant est manœuvrable par le patient depuis sa chambre. Des voilages ont été installés devant quelques fenêtres.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « ceci afin de préserver l'intimité des patients, sachant que l'ouverture des vitres permet de voir vers l'extérieur sur 10cm car il existe un risque de défenestration ».

Des détecteurs de fumée sont fixés au plafond de toutes les chambres.

Les sols sont en carrelage ou en linoléum.

Chaque chambre est meublée de lit non fixé au sol, de table de chevet, d'armoire, souvent dépareillés mais en nombre correspondant à sa capacité. En général, chaque lit est surmonté d'un bandeau électrique. Seul fonctionne l'éclairage de la partie supérieure, les liseuses de la partie inférieure n'étant pas branchées.

Aucune chambre à plusieurs lits ne dispose de paravent.

Les chambres sont équipées d'une cabine de toilette, avec des cloisons mesurant 1,20 m sur 1 m et 2 m de hauteur. Le cabinet est équipé d'un lavabo surmonté d'un miroir en verre, qui manque dans certaines chambres, soit parce que, cassé, il n'a pas été remplacé, soit parce qu'il a été retiré en raison de risque d'auto et/ou d'hétéro-agression. Un tube d'éclairage au néon est installé au-dessus du miroir. Le verrouillage intérieur ne fonctionne pas dans toutes les chambres.

Aucune chambre n'est équipée de sonnettes ni de boutons d'appel.

Les **six chambres individuelles** ont une superficie comprise, selon les chambres, entre 11 m² et 12 m².

Dans la chambre n° 36, l'armoire est retournée afin que les portes soient contre le mur, en raison, a-t-il été indiqué, des dégradations commises par le patient concerné. Dans ce cas, le linge de la personne est rangé à la lingerie. Le cabinet de toilette a été condamné.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « incessible suite à un accident survenu concernant le patient qui l'occupait, qui s'est glissé entre la paroi et le mur. Le cabinet de toilette a été depuis rendu fonctionnel ».

À l'exception du lit, la chambre n° 37 est totalement vide de tout ameublement, y compris de la liseuse qui a été retirée. Le cabinet de toilette a été recouvert d'un coffrage afin de la rendre inaccessible. Le radiateur est inséré dans un caisson de protection.

La chambre n° 35, également vide de meuble (sauf le lit qui est muni de points d'attaches pour la contention), sert de chambre d'apaisement. En cas d'utilisation, la serrure de la porte est verrouillée. Comme les autres chambres, il n'existe aucun moyen d'appel. Le témoin lumineux fixé au-dessus de chaque porte dans le couloir n'a jamais été mis en service. La personne, qui se trouvait dans cette chambre au moment de la visite des contrôleurs avait été placée sous contention la veille au soir. Son statut d'hospitalisée libre n'avait pas été modifié.

La chambre n° 43 est équipée d'un lit médicalisé et d'un appareil de levage. Elle est la seule où sont exposées des photographies familiales et disposées des fleurs dans un vase. Cette patiente possède son propre lecteur de DVD.

La chambre n° 45 a une porte équipée d'un judas. Comme la chambre n° 35, elle n'avait que le lit comme meuble, également démunie de sa liseuse. Il a été indiqué qu'elle pouvait être meublée à nouveau et qu'elle n'était donc pas réservée à « l'isolement » ou à « l'apaisement ». À la différence de la chambre n° 35, le cabinet de toilette n'est pas condamné.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « pour chaque lit, une alimentation électrique est fonctionnelle, soit la liseuse, soit le bandeau supérieur. Tous les lits sont actuellement fonctionnels et sécurisés ».

La **chambre à deux lits** a une superficie de 21,60 m². Les deux lits médicalisés sont équipés de matelas anti-escarres à air motorisé et de barrières latérales de protection. Une chaise avec accoudoir se trouve dans le cabinet de toilette.

Les **trois chambres à trois lits** ont une superficie respective de 21,30 m², 21,60 m² et 23 m². Les trois lits sont positionnés à la perpendiculaire de la porte. Certains sont médicalisés. Ils sont alignés entre eux, séparés par les tables de chevet. L'armoire de chacun des patients est placée devant chaque lit, laissant un passage trop étroit pour certaines personnes.

Faute de place suffisante, les chambres ne sont dotées que d'une seule table et d'une seule chaise.

Un patient a rangé sa guitare dans son armoire. Vu la configuration des lieux, il lui serait difficile d'en jouer. Il en joue dans d'autres espaces du CHI.

Les **deux chambres à quatre lits**, les chambres n° 17 et 18, ont une superficie de 28 m² et de 30 m². Les lits sont disposés dans chaque angle de la pièce, avec un espace de séparation côté fenêtres. Les deux personnes placées côté couloir ont leur armoire près de leur lit ; les deux autres armoires se trouvent entre les deux fenêtres.

Au moment de la visite, un lit de la chambre n° 17 était chancelant et instable pour le patient. Aucune intervention efficace n'avait été apportée alors que le problème avait été signalé à multiples reprises ; les contrôleurs ont noté qu'un premier bon de demande d'intervention – signalant « un bois de lit déboité de l'armature avec un risque de chute du patient » – avait été transmis au service technique par le cadre de l'unité le 12 décembre 2012, soit depuis six mois...

▪ **Les toilettes et les douches**

Les chambres ne sont pas équipées de toilettes ni de douche.

Les patients ont à leur disposition :

- cinq wc, (avec serrure intérieure) ;
- cinq douches, dont une dans la salle de bains pour handicapé et deux munies d'un siège escamotable. Les cabines ne sont pas toutes protégées par un rideau ;
- une salle de bains, accessible aux personnes handicapées, avec douche adaptée et baignoire basculante.

Il n'existe aucune séparation hommes/femmes

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « mais le personnel soignant veille au respect de l'intimité et de la dignité des personnes hospitalisées (portes fermées, douches séparées dans le temps) ».

▪ **Les espaces communs**

L'accès à l'unité s'effectue en prenant l'escalier ou l'ascenseur qui sont situés au rez-de-chaussée du pavillon USNA. Le palier dessert trois locaux (ménage, linge sale, linge propre) et l'accès à l'unité. La porte d'entrée est équipée d'une sonnette avec visiophone. La sonnerie n'est pas répercutée dans les couloirs et ne peut être entendue que du bureau infirmier.

L'unité est organisée le long d'un espace central dédié aux parties communes, qui est prolongé par deux couloirs conduisant aux sanitaires, aux chambres et à la porte d'accès à l'espace extérieur.

Sur la droite en entrant se situent le vestiaire commun aux femmes et aux hommes, puis l'office du personnel, qui est utilisé pour la préparation des repas des patients et comme lieu de pause et de restauration par le personnel.

Le bureau infirmier, celui du cadre de santé et un salon d'accueil des familles sont disposés en face, c'est-à-dire sur la droite en entrant dans l'unité.

Le salon d'accueil des familles est d'une superficie restreinte (11 m²) et de configuration inhospitalière : la pièce est aveugle et confinée, entre le couloir et le bureau de l'assistante sociale qui bénéficie d'une fenêtre ; elle sert de débarras pour ranger du matériel utilisé en activité ou un fauteuil roulant au milieu de six fauteuils et d'une table basse ; les murs sont dépourvus de toute décoration et de tout aménagement, à l'exception d'un téléphone mural où sont passées les communications reçues par les patients.

D'une superficie de 180 m², l'espace central de l'unité prend toute la largeur de l'unité, ce qui lui fait bénéficier de la clarté offerte par les larges fenêtres vitrées de chaque côté. Certaines fenêtres ont des barreaux, celles pouvant être ouvertes.

La partie droite de l'espace central – côté Nord – sert principalement de salle à manger et de lieu de vie en journée. On y trouve sept tables (rondes ou rectangulaires), vingt-cinq chaises, des fauteuils, des tables adaptables pour les personnes en fauteuil roulant et une fontaine à eau. La salle est prolongée par un premier salon de télévision meublé de dix fauteuils et d'une table basse. Le téléviseur et un lecteur de DVD sont installés dans un meuble qui les protège ; la télécommande est à la disposition des patients.

La partie gauche, côté Sud de la salle, est dénommée « espace patient ». Un second salon de télévision a été aménagé derrière des paravents, permettant la seule (et relative) possibilité d'isolement dans cette grande pièce. A proximité, des casiers métalliques de rangement, ressemblant aux consignes de gare, sont adossés au mur du salon d'accueil des familles et du bureau de l'assistante sociale. Attribués nominativement à chaque patient, ils servent à ranger les cigarettes, les CD, les sacs à dos... Seuls les patients dotés de capacités d'autonomie en disposent : au moment du contrôle, huit de ces casiers étaient attribués, dont cinq seulement étaient fermés à clef. L'unité est confrontée à un manque de clefs qui ont été perdues ou cassées et au même problème de renouvellement que celui évoqué *supra* pour les armoires des chambres. Ainsi, les contrôleurs ont-ils pu constater que trois casiers contenant des effets personnels ne pouvaient être fermés à clef.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « A ce jour tous les casiers ferment à clef et la majorité des patients disposent d'un casier personnel ».

L'espace central débouche, côté Ouest, sur deux couloirs amenant sur les locaux de la seconde partie de l'unité, comprenant les chambres et les sanitaires déjà évoqués. Des portes coupe-feu sont disposées à l'entrée de chacun des couloirs.

Cette partie renferme :

- dans sa partie gauche, un bureau médical ;
- dans sa partie centrale (entre les deux couloirs), la lingerie où sont entreposés le linge propre et des vêtements de dépannage ;
- dans sa partie droite, la salle d'activités (dotée d'un point d'eau au-dessus d'un lavabo) qui sert aussi aux réunions du personnel. Trois chambres plus loin, la salle de soins infirmiers servant aussi de « pharmacie » est équipée d'un lit d'examen, ce qui permet d'y réaliser les prises de sang ou les injections à effet retard.

À l'extrémité de l'unité, une porte donne sur un escalier débouchant dans le jardin de l'unité UNSA (pôle Fitz-James 5). Le palier, d'une surface de 5,80 m² avec quatre chaises en plastique et un cendrier sur pied, est le seul lieu fumeur de l'unité.

Aucun espace extérieur n'est directement accessible depuis l'unité UNSA Étage.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « il existe un accès sur le jardin, partagé avec l'unité USNA de Fitz-James 5 ».

4.2.1.4.6.5 Le fonctionnement de l'unité USNA Étage

Il n'existe pas de document à disposition des patients fournissant des informations sur les règles de vie spécifiques de l'unité.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « le travail est en cours de réalisation sur le règlement extérieur ».

Un contrat de soins est établi entre le médecin référent, le cadre de l'unité et chaque patient. Ce document précise notamment les horaires de lever, de douche ou d'activités, les règles d'utilisation du téléphone (cf. *infra*), des modalités particulières de séjour (« restera en pyjama au sein de l'unité », « les lumières des chambres doivent rester éteintes la nuit et durant la sieste », « ne doit pas se mêler des problèmes des autres patients ». Le contrat est conclu avec une formulation impérative quant à son respect : « En cas de refus ou de non-respect de ce contrat, M. X sera mis en isolement avec contention et injection d'un traitement si besoin ».

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « confusion totale entre le contrat de soins personnalisé concernant chaque patient et les horaires institutionnels, c'est-à-dire les règles de vie qui concernent la totalité des patients. Il est conseillé aux patients d'éteindre la lumière la nuit pour ne pas déranger, mais à tout moment, le patient peut allumer pour lire, aller aux toilettes, fumer une cigarette dans la cour... Aucun dossier médical ne comporte cette injonction. Seul un patient violent a fait l'objet d'un recadrage serré suite à des passages à l'acte sur notre personnel. Ce patient a été transféré fin 2013 en Unité pour malades difficiles ».

▪ **Ouverture et fermeture de l'unité et des chambres**

L'unité est fermée en permanence.

Il est théoriquement possible de descendre dans la cour de l'unité du rez-de-chaussée mais en réalité personne n'y va jamais : l'escalier se révèle un obstacle pour bon nombre de patients et le personnel n'est pas en mesure d'assurer une présence et une surveillance constantes. Une sortie en groupe est donc proposée chaque après-midi avec le personnel soignant qui accompagne une promenade menant à la cafétéria, au château de Fitz-James...

Les personnes en soins libres peuvent sortir seules de l'unité pour se rendre dans le parc de l'hôpital entre 9h et 12h et entre 13h30 et 18h30, si leur contrat de soins les y autorise ; de même pour les personnes sous contrainte, dans le cadre de leur programme de soins.

Selon les indications données, il n'est jamais procédé à la fermeture à clef d'une chambre, sauf si une personne en chambre seule qui le souhaite. Les chambres individuelles ne sont pas dotées d'une serrure intérieure permettant aux patients de s'isoler.

▪ **Biens personnels**

La gestion des biens personnels est fixée dans le contrat de soins. Les effets personnels sont rangés dans l'armoire de la chambre ou à la lingerie. Aucun effet n'est retiré *a priori* au patient à son arrivée sauf un objet dangereux et le téléphone portable (cf. *infra*). Un contrat de soins mentionne pour un patient : « éviter le recours fréquent aux boissons et aux gâteaux » ; pour un autre : « ne pas garder ses produits d'hygiène dans son armoire (risque de mésusage) ».

Au moment de la visite, la plupart des armoires étaient ouvertes. Selon les informations fournies, l'unité n'a pas de réserve de clefs lorsque celles-ci viennent à manquer, à la suite de perte ou de casse. La procédure de remplacement fait l'objet d'une procédure particulièrement lourde.

▪ **Argent et objets de valeur**

L'argent et les objets de valeur (chéquier, carte bleue, bijoux de valeur...) sont déposés au coffre situé au secteur administratif du pôle, au niveau de l'unité Legrand du Saulle. Au moment du contrôle, les patients – notamment les femmes – portaient sur eux des bijoux.

Pour les menus achats effectués à la cafétéria, l'argent de poche est géré au niveau du bureau du cadre, pour un montant n'excédant pas vingt euros, a-t-il été précisé. Avec l'autorisation de son tuteur, le patient est accompagné au PC du pôle pour se faire remettre des sommes plus importantes par le régisseur.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « l'argent et les objets sont déposés, si le patient le souhaite, au coffre. Pour de menus achats, l'argent de poche est remis par le régisseur du pôle au patient ou aux soignants dans son intérêt pour un montant n'excédant pas 20 euros ».

▪ **Hygiène (corporelle, vestimentaire)**

La toilette s'effectue chaque matin sous la surveillance du personnel soignant, avec si besoin l'aide du personnel soignant. Au moment du contrôle, cinq patients prenaient en plus un bain chaque soir. Les salles de bains sont fermées le reste de la journée. Les trousseaux de toilettes et le matériel de rasage sont entreposés au niveau de la salle de bains où chaque patient dispose d'un espace de rangement. Certains patients sont autorisés à conserver leur rasoir personnel qu'ils peuvent ranger dans leur armoire, à condition que la serrure fonctionne.

Au moment de la visite, tous les patients portaient des vêtements et aucun n'était en pyjama.

Le linge personnel est « dans 90 % des cas » nettoyé à la blanchisserie de l'hôpital, d'où la nécessité du marquage nominatif des vêtements. Selon les indications recueillies, le linge est retourné correctement lavé mais dans un délai « pouvant parfois aller jusqu'à un mois ». Les patients les plus autonomes ou dont le projet est de sortir à court terme nettoient leur linge en utilisant avec le personnel la machine à laver et le sèche-linge de l'unité.

Les patients sont conduits une fois tous les quinze jours dans des grandes surfaces (principalement à Creil et Beauvais) pour acheter des vêtements.

Le personnel s'est plaint du manque de linge disponible : notamment, pyjamas, gants de toilette, serviettes et draps de bain, frange de balai...

▪ **Entretien des locaux**

Le personnel ASH nettoie toute la journée les locaux communs. Depuis 2012, chaque agent est référent pour l'entretien de chambres et de locaux communs.

Une fiche de traçabilité du nettoyage et de la désinfection a également été mise en place pour chaque chambre, sur laquelle sont mentionnés les équipements à traiter : sanitaires (lavabos, miroirs, tablette, wc), mobilier (lits, chevets, chaises/fauteuils), ouvertures de porte (poignées, interrupteurs), sols (plastique, carrelage), corbeille. Le type d'entretien (balayage humide, lavage détergent neutre, lavage détergent désinfectant) est noté chaque jour, avec sa fréquence (quotidienne ou au départ du patient) et la signature de l'agent. Les changements de housse et de matelas, le lavage des murs, des plinthes, des tuyaux, des vitres, des portes, des radiateurs, des luminaires et des bouches de ventilation sont aussi tracés.

Un ordinateur portable est posé sur le chariot de nettoyage.

- **Repas**

Les repas sont pris à 9h, 12h et 19h. Un goûter est proposé à 16h, une tisane « parfois » par le personnel de nuit.

Les repas sont préparés à l'office : remise en température et déconditionnement des barquettes en assiette, en saladier ou en ramequin. Les repas sont pris en commun et en un service unique, dans la salle à manger, sauf indication clinique particulière ou demande d'un patient. Les patients disposent de couverts comprenant un couteau. Les menus sont affichés. Le maximum d'agents est mobilisé pour surveiller le repas, avec au moins un infirmier, « en raison des risques de fausses routes chez bon nombre de patients ». Au moment du contrôle, trois d'entre eux devaient être aidés.

Selon les témoignages recueillis, la présentation des plats mixés ou de régime ne les rendraient pas appétissants et certains produits ne seraient que rarement servis, notamment les tomates et les citrons.

La distribution des médicaments s'effectue à table pendant le repas.

- **Relations avec l'extérieur (visite, téléphone, correspondance)**

Les visites ont lieu tous les jours en après-midi. Dans l'unité, elles se déroulent dans le salon de visite – dans les mauvaises conditions décrites *supra* – ou en chambre quand le patient y est seul. Quand le temps le permet, la visite peut avoir lieu dans le parc. Au moment du contrôle, cinq patients sur vingt-et-un recevaient une visite, souvent espacée de leur famille.

Les patients ne sont pas autorisés à conserver leur téléphone portable, à l'exception d'un patient lors de la visite. Son contrat de soins stipulait : « autorisé à avoir son portable lors des sorties de l'unité avec restitution au retour ; pas d'usage du portable la nuit ; en cas de difficultés, le téléphone sera confisqué plusieurs jours ».

Le téléphone du salon de visite sert pour passer les appels extérieurs ou appeler par le standard. Un téléphone sans fil peut aussi être mis à disposition pour appeler. A l'extérieur de l'unité, au rez-de-chaussée, se trouve une cabine fonctionnant à carte ; celle-ci est conservée dans le casier métallique personnel ou avec l'argent de poche dans le bureau du cadre de santé. La carte téléphonique s'achète à la cafétéria ou à la gare de Clermont.

Aucune restriction, ni aucun contrôle n'est opéré sur la correspondance des patients, dont il a été dit qu'elle était peu fréquente. Le personnel est plutôt sollicité par certains patients pour aider à la rédaction.

- **Télévision, radio, presse, ordinateur**

Deux téléviseurs sont disposés dans l'espace central de l'unité, de part et d'autre de l'axe de circulation (cf. *supra*).

Les patients peuvent avoir un poste radio (ou un radio-réveil) dans leur chambre, de même qu'un lecteur de DVD.

L'unité est abonnée aux quotidiens *Le Parisien* et *Le Bonhomme Picard* et reçoit le programme de télévision de la semaine. Comme dans d'autres unités, des magazines sont mis en circulation entre les services.

La question de la possession de son ordinateur portable ne se serait jamais posée, a-t-il été indiqué. Les patients ne peuvent accéder à l'Internet, l'unité ne comptant qu'un seul poste connecté. L'usage principal de l'ordinateur, faute de connexion possible à Internet, est le traitement de texte et le visionnage de DVD.

▪ **Tabac**

Les patients sont autorisés à fumer sur le palier de l'escalier conduisant au parc de l'unité UNSA rez-de-chaussée. Une note d'information est affichée sur la porte, indiquant les heures d'ouverture de l'espace fumeur : toutes les heures, de 9h30 à 20h30 ; une dernière sortie est prévue à 21h45. La note conditionne l'ouverture de l'espace « en fonction de la disponibilité des soignants ». La nuit, les patients fument en chambre et dans les toilettes a-t-il été indiqué.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « il arrive qu'un patient fume en chambre et dans les toilettes et il est revu systématiquement par son médecin qui lui rappelle la loi interdisant de fumer dans les lieux publics ».

Les personnes admises en soins libres peuvent rester seules dans le parc (une sonnette est à disposition pour demander à rentrer dans l'unité), celles sous contrainte doivent être en permanence accompagnées d'un membre du personnel, généralement lui-même fumeur.

Patients et personnels ont fait part aux contrôleurs de leur demande d'un aménagement de cet espace – une grille installée en haut de l'escalier – afin de pouvoir se rendre librement sur le palier fumeur, ce qui permettrait de ne pas avoir à solliciter le personnel pour ouvrir la porte ou rester en surveillance.

Au moment du contrôle, cinq patients étaient sous surveillance pour fumer. Le personnel renseigne chaque consommation dans un classeur « cigarette ». Une personne, au contraire, conservait sur elle en permanence son tabac et son briquet.

L'association « Le Baryton » consent des prêts aux personnes connaissant des difficultés financières. La situation est ultérieurement régularisée avec le tuteur.

Il n'existe pas de chambre réservée pour les fumeurs ou les non-fumeurs. Toutefois, des draps bleus ignifugés sont mis dans les lits occupés par les fumeurs « afin de limiter les risques ».

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « il n'existe pas de chambres dédiées aux fumeurs car c'est interdit par la loi, quelques fumeurs intégrant difficilement ces restrictions, d'où le recours à des moyens de prévention ».

▪ **Activités**

L'unité ne dispose que d'une salle d'activité, de taille restreinte, d'une superficie de l'ordre de 20 m². Les patients y jouent à des jeux de société, dessinent, peignent, font des travaux de découpage, de décoration... En dehors des sorties en groupe dans le domaine de l'hôpital, la principale occupation au sein de l'unité consiste à regarder la télévision.

Les principales activités se déroulent en dehors de l'unité, dans le cadre de l'unité sports-loisirs (USL) ou du centre de jour (pavillon Demay).

Les contrôleurs ont examiné le planning des sorties concernant les patients présents : dix sur vingt-et-un en bénéficiaient, selon la fréquence suivante :

- dix demi-journées : une personne ;
- neuf demi-journées : deux personnes ;
- cinq demi-journées, deux personnes ;
- quatre demi-journées, une personne ;
- trois demi-journées, une personne ;
- deux demi-journées, une personne ;
- une demi-journée, deux personnes.

Le problème de disponibilité du personnel a été mis en avant pour expliquer qu'aucune sortie collective n'a été organisée en 2013, avant la journée du 10 juin qui a concerné la totalité des patients qui ont passé la journée à l'extérieur à pique-niquer et à pêcher.

De manière générale, les agents rencontrés ont déploré une évolution négative du contenu de leur métier, qui les verrait de plus en plus soumis à un « glissement vers des tâches administratives, imposées par des protocoles exigeant toujours plus de traçabilité, au détriment de la relation avec les patients ».

▪ **Sur-occupation**

L'unité n'est en principe jamais confrontée à un problème de sur-occupation, qu'elle réglerait cependant avec l'autre unité du pôle. En revanche, il arrive qu'elle héberge des patients de l'unité Legrand du Saulle.

▪ **Isolement et contention**

Si l'unité ne dispose pas de chambre d'isolement, elle peut toutefois utiliser les moyens de contention sur une personne placée en chambre seule. Outre les indications portées dans les dossiers médicaux, l'établissement a mis en place un système de fiche de surveillance permettant d'obtenir une traçabilité de l'utilisation des moyens de contention.

Les contrôleurs ont pris connaissance des fiches rédigées durant les 100 jours précédents, soit depuis le 1^{er} mars 2013.

Il a été fait usage de contentions à quatorze reprises, pour huit personnes différentes (quatre fois pour une même personne), toutes en soins libres à l'exception d'une en soins sous contrainte (SPT). S'agissant des onze mesures qu'il a été possible de calculer²⁶, la durée moyenne de la contention a été de vingt-et-une heures, la plus brève ayant duré une heure et quinze minutes et la plus longue, soixante-quinze heures. Les motifs suivants sont mentionnés : « automutilation », « menace de suicide », « prévention hétéro-agressivité », « agitation, menace d'automutilation », « agressivité », agitation psychomotrice ».

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « sur le relevé mensuel de smises en isolement et contention, je relève pour les mois de mars, avril et mai 2013, 14 mesures dont : contention sept fois concernant le patient pour les durées suivantes : 14

²⁶ Pour les trois autres, la date et l'heure de levée de mesure ne sont pas précisées dans deux cas, le troisième étant en cours au moment du contrôle.

heures 15, 2 heures, 2 heures, 4 heures, 1 heure 15, 3 heures et 18 heures ? Ce qui correspond à 6 heures 20 en moyenne. Il y a eu confusion entre isolement et contention ».

▪ Relations sexuelles

Compte tenu de l'état de santé des patients présents, les relations sexuelles sont considérées comme exceptionnelles, a-t-il été indiqué. Dans ce cas, le personnel intervient « par réflexe de protection », pour vérifier le caractère consenti du rapport. Les personnes concernées sont alors reçues en entretien.

▪ Incidents

L'unité n'est pas confrontée à des introductions de produits interdits, notamment d'alcool et de cannabis. Les principaux incidents concernent des insultes entre patients et des violences liées aux pathologies. A la suite d'un incident, le contrat de soins est revu ; il peut être envisagé un changement d'unité si l'agent blessé le sollicite.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « en cas de réactivation d'un processus psychotique, le patient est transféré à l'unité Legrand du Saulle, plus adaptée à ce type de situation ».

4.2.1.4.6.6 L'activité de l'unité

<i>Pôle 60 G04 USNA Étage</i>	2011 (ouverture de l'unité le 31 mai)	2012	1 ^{er} trimestre 2013
Nombre de journées d'hospitalisation	5 085	8 121	2 423
Nombre d'entrée + présent au 1 ^{er} janvier	7	6	7
Durée moyenne de séjour	134	174	78
Taux d'occupation (en %)	85,71	89,4	80,77
File active	38	47	31

Les hospitalisations sans consentement dans l'unité sont :

<i>Secteur 60 G04 USNA Étage</i>	
Soins libres	18
Soins psychiatrique sur décision d'un représentant de l'état	1
Soins psychiatrique à la demande d'un tiers - SPDT	2
Programme de soins	1

4.2.1.5 L'hospitalisation au secteur 60 G05 Clermont 1

Selon les chiffres de l'INSEE le nombre d'habitants de ce canton est de 60 993. C'est une population en situation économique et sociale défavorisée, touchée par le chômage, la violence, l'addiction à l'alcool et aux drogues ainsi que par la grande précarité, car Creil est l'une des villes française qualifiée des plus pauvres de France.

4.2.1.5.1 Présentation du pôle

Le secteur Clermont 1 est situé à gauche en entrant dans l'établissement principal du centre hospitalier interdépartemental.

Trois bâtiments - l'unité Voisin, l'unité Charcot et la cafétéria surmontée de l'étage abritant le centre d'activité intersectoriel Eole - en constituent trois angles ; un quatrième bâtiment - l'unité Garnier - ainsi que des murs de 3 m de haut ferment l'espace constitué d'un vaste parc arboré avec des pelouses. L'unité Garnier dispose d'un autre parc ouvert sur son autre façade.

Les trois unités ont été construites en 1910 et le bâtiment de la cafétéria en 1938.

4.2.1.5.2 Projet thérapeutique

Le chef de pôle, indique dans le projet de pôle élaboré en avril 2012 : « Le projet de pôle de Clermont 1 s'inscrit aussi dans les orientations du projet médical d'établissement 2012 – 2016 adoptées en CME du 22 février 2012. Le volet architectural concerne tout particulièrement les structures d'hospitalisations avec l'idée d'une délocalisation à moyen terme sur le site de Fitz-James sous la forme annoncée d'un pavillon ouvert et d'un pavillon fermé de vingt-cinq places chacun. Ce projet de restructuration va nécessiter un gros travail de préparation pour qu'il puisse s'effectuer dans les meilleures conditions possibles compte tenu des particularités du secteur Clermont 1. Outre le volet architectural, de loin le plus important à moyen terme, nos priorités s'orientent vers une dynamique d'intersectorialité, un travail en réseau, un renforcement du travail de réhabilitation et un effort de collaboration active avec l'ensemble du réseau santé ville.

L'objectif général de notre pôle a pour but aussi de :

- maintenir un large panel dans l'offre de soins,
- optimiser la qualité de la prise en charge au quotidien,
- faciliter le flux de sortie et la réinsertion sociale des patients,
- centrer les projets et les actions des équipes sur le besoin des patients avec comme référence leur respect et leur bienveillance».

4.2.1.5.3 Les effectifs communs

4.2.1.5.3.1 Personnel paramédical :

<i>Secteur 60 G05</i>	N	ETP
Cadre supérieur de santé	1	1
Cadre de santé	3	3

Cadre socio-éducatif	1	0,3
Infirmier (IDE) Jour/Nuit	27/9	25,7/9
Aide-soignant (AS) Jour	16/6	15,3/6
Agent de service hospitalier (ASH)	12	11,6
Assistante sociale	3	3
Psychologue	4	4
Total	82	78,9

Le chiffre théorique du personnel soignant - IDE et aide-soignant - est de soixante-quatre ETP pour les trois unités ; au jour de la visite, le tableau indique un chiffre de personnel de cinquante-huit personnes, pour l'équivalent de cinquante-six emplois à plein temps.

Il manque ainsi huit personnes à plein temps. L'unité Voisin est déficitaire de 3,7 ETP, l'unité Garnier est déficitaire de 5,1 ETP et l'unité Charcot est bénéficiaire de 0,8 ETP.

Il s'agit ici du déficit réel en personnel par rapport à l'effectif théorique. Il faut, unité par unité, ajouter les personnels manquant pour cause de maternité, de congé parentaux, de maladie, d'accident du travail, d'activité syndicale, de congés longue durée, de congés longue maladie et de maladie professionnelle.

4.2.1.5.3.2 Personnel médical :

Le personnel médical travaille sur l'ensemble du pôle Clermont 1, ce qui rend difficile de comptabiliser leurs horaires unité par unité.

<i>Secteur 60 G05</i>	ETP	N
Praticien hospitalier psychiatre	5	5,5
Praticien hospitalier généraliste	1	1
Interne	1	1

Un psychiatre est désigné référent pour chaque unité, quatre autres suivent des patients hospitalisés dans les deux autres unités.

4.2.1.5.4 L'unité Voisin

Le bâtiment d'une surface de 380 m² est divisé en une partie administrative commune aux trois unités représentant le tiers de la surface, avec deux étages, et une autre, l'unité des patients, avec une surface des deux tiers, sur trois étages. Les deux parties communiquent sur chaque palier par des portes coupe-feu.

La partie administrative, avec un accès direct de l'extérieur, abrite, au rez-de-chaussée, le bureau d'accueil ainsi qu'une salle de réunion et une salle d'attente qui sert à la visite des familles.

Au premier étage se trouvent le secrétariat du chef de pôle, son bureau ainsi que celui du cadre supérieur de santé et celui des assistants sociaux.

Trois bureaux pour les médecins et un local d'archives sont situés au deuxième étage.

L'unité Voisin comporte au rez-de-chaussée le local cuisine et une salle à manger (en mise en peinture au moment de la visite des contrôleurs), le bureau des infirmiers et une vaste salle divisée en une partie salle à manger et une partie salon de télévision qui donne sur le parc.

Cinq chambres dont la chambre sécurisée, la « pharmacie », un bureau médical, des sanitaires et la lingerie constituent le premier étage.

Le deuxième étage comprend le vestiaire des femmes, le bureau de la psychologue et dix chambres.

Le vestiaire des hommes, un local de rangement et neuf chambres se trouvent au troisième.

Un ascenseur avec accès aux personnes à mobilité réduite dessert les quatre niveaux également desservis par un escalier. Un escalier de secours extérieur est accessible à l'autre bout des couloirs.

4.2.1.5.4.1 Les patients de l'unité

La capacité théorique de l'unité Voisin est de vingt-sept lits répartis dans dix-neuf chambres individuelles, quatre chambres doubles et une chambre sécurisée aux normes.

L'unité Voisin est une unité fermée.

Au jour de la visite, l'unité comptait vingt-six patients présents (vingt hommes et six femmes) :

- quatre personnes étaient admises en soins libres ;
- seize étaient en soins à la demande d'un tiers (SDT) ;
- cinq étaient en soins sur décision d'un représentant de l'Etat (SDRE).

Une autre personne était notée en programme de soins.

Le patient le plus âgé avait 51 ans et le plus jeune, 20 ans. La plus longue hospitalisation datait de trente ans.

4.2.1.5.4.2 Les personnels de l'unité Voisin

a. Personnel paramédical de l'unité

<i>Unité Voisin</i>	N	ETP
Cadre de santé	1	1
Cadre socio-éducatif	1	0,3

Infirmier (IDE) Jour	14	13,8
Aide-soignant (AS) Jour	2	2,5
Agent de service hospitalier (ASH)	5	4,3
Assistante sociale	3	1,5
Psychologue	2	0,5
Total	28	22,9

b. Personnel médical de l'unité

<i>Unité Voisin</i>	N	ETP
Praticien hospitalier psychiatre	4	ALD
Praticien hospitalier généraliste	1	0,33
Interne	1	0,35

4.2.1.5.1.3 Les locaux de l'unité Voisin

▪ **Les chambres**

Les chambres sont au nombre de vingt-quatre, dont une chambre sécurisée.

Le **premier étage** comporte cinq chambres - deux doubles et deux individuelles – ainsi que la chambre sécurisée.

Les deux chambres à un lit ont des surfaces de 8 et 9,5 m², celles à deux lits de 12 et 13 m². La plus grande dispose d'une douche et d'un lavabo.

Le mobilier est réduit à la literie, sans armoire.

Les portes sont percées d'un vitrage avec un rideau.

On accède à la **chambre sécurisée** par le couloir et par la « pharmacie » ; une large vitre sécurisée permet la visibilité dans cette chambre depuis la « pharmacie ». Une porte intérieure ouvre sur des sanitaires comportant un bloc en acier inoxydable avec des wc et un lavabo ainsi qu'une douche à l'italienne. Au centre de la pièce est placé un lit constitué de blocs de mousse recouvert de skaï bleu (lit anglais) ; les sangles de contention peuvent y être attachées. Un autre bloc de mousse, rond, sert de table.

Trois wc sont accessibles depuis le couloir.

Une pièce comporte une baignoire et une douche aménagées pour les personnes à mobilité réduite et une autre, un lavabo et une baignoire mobile en hauteur et en inclinaison. Ces locaux sont carrelés de faïences bleues et blanches et aérés par des ventilations mécaniques.

Le **deuxième et le troisième étages** comportent chacun dix-neuf chambres dont dix-sept à un lit et deux à deux lits. Elles ont une surface de 11 m² et disposent d'un lavabo. Elles sont meublées d'un lit, d'une table de nuit, d'une armoire, d'une table et d'une chaise en bois et plastique coloré.

Les patients disposent de la clef de la porte et de celle de l'armoire : ils les remettent le matin au bureau des infirmiers.

Une grande fenêtre à croisillons en fer laisse entrer la lumière ; certaines ont encore un store manuel extérieur en toile orange. Au-dessus du lit est installée une liseuse. Les murs de ces chambres sont en mauvais état : revêtements en papier peint ancien dont des morceaux ont été arrachés.

En bout de couloir sont regroupés deux wc, une douche et un lavabo

▪ **Les espaces communs**

Une grande salle de séjour est située au rez-de-chaussée, dont une partie sert de réfectoire et l'autre de salle de télévision et de salon ; des tables et des chaises ainsi que des fauteuils meublent ces espaces séparés par des pots de fleurs et des plantes vertes. Un baby-foot est à disposition. Une fontaine avec des gobelets dispense de l'eau fraîche.

La cour est commune aux trois unités : c'est un vaste espace légèrement en pente, avec des pelouses, délimitées par des allées goudronnées, et des grands arbres. Un mur de 3 m de hauteur relie les unités Charcot et Garnier (il n'est pas difficile de le franchir à l'une des extrémités). Entre l'unité Voisin et le centre Eole, un grillage ferme le parc et un large portail coulissant permet l'accès des véhicules.

Les portes des unités Voisin et Garnier sont fermées, les fumeurs doivent être accompagnés pour sortir dans le parc. Les patients admis en soins libres doivent avoir une autorisation médicale pour s'y promener. Les portes de l'unité Charcot donnant sur le parc sont ouvertes.

Il n'y a aucun auvent extérieur pour abriter les fumeurs.

<i>Secteur 60 G05 Unité Voisin</i>	
Nombre de lits	27
Nombre de chambres d'isolement	0
Chambre sécurisée	1
Nombre d'hommes hospitalisés	20
Nombres de femmes hospitalisées	6
Plus longue hospitalisation	30 ans
Patient le plus âgé	51
Patient le plus jeune	20
Nombre de chambres à un lit	19
Nombre de chambres à deux lits	4
Nombre de douches	4
Nombre de wc	9
Salle de bains	1

4.2.1.5.4.4 Le fonctionnement de l'unité

- **Ouverture et fermeture de l'unité et des chambres**

Durant la journée, les portes d'accès au deuxième et au troisième étages sont fermées en dehors des horaires suivants : 19h30 à 9h30, 12h30 à 14h30 du lundi au vendredi et de 19h30 à 14h15 le week-end et les jours fériés. Les clefs des chambres doivent être déposées au bureau infirmier. Les deux portes donnant sur le parc arboré sont fermées.

- **Biens personnels**

A l'arrivée dans l'unité est dressé un inventaire des affaires du patient. Il est possible d'en faire placer dans les vestiaires prévus à cet effet. Pour les pièces d'identité, les téléphones portables ou les ordinateurs, des casiers sont à disposition dans le bureau infirmier dont la clef est à demander à chaque retrait.

- **Hygiène corporelle et vestimentaire**

L'usage des douches et des salles de bains a lieu : de 7h45 à 9h au premier étage, de 6h à 9h30 aux deux autres, de 17h à 18h30 à la demande et seulement au premier étage.

Il est recommandé aux patients d'avoir une trousse de toilette personnelle. Aucun nécessaire de toilette n'existe, sinon en dépannage (savon, brosse à dent, serviette).

Les affaires personnelles des patients sont la plupart du temps entretenues par les familles. Une machine à laver est disponible, seulement le matin de 7h30 à 9h30 et toujours en présence d'un personnel.

Les draps sont changés une fois par semaine, le lundi après-midi (et davantage si nécessaire).

- **Entretien des locaux**

A l'exception des week-ends, les ASH sont présents en journée et les contrôleurs ont pu constater l'état de propreté générale des locaux des unités.

- **Argent**

Les patients peuvent garder avec eux leur argent mais il leur est conseillé de le mettre dans le coffre qui se trouve dans le bureau infirmier et de ne garder que de très petites sommes dans leurs casiers.

La gestion nécessaire de l'argent des patients par les infirmiers contraint ces derniers à tenir pour chacun une comptabilité pour de très petites sommes. Une pochette en plastique contient l'argent et une feuille sur laquelle sont inscrites toutes les opérations, avec signatures du patient et de l'infirmier.

Cette pratique qui n'entre pas dans leurs attributions est dénoncée par les personnels qui y sont contraints faute d'une banque dans l'hôpital.

- **Repas**

Le petit déjeuner est servi de 8h à 9h30, le déjeuner à 12h, la collation à 16h30 et le dîner à 19h. Des menus spécifiques sont préparés en fonction des patients.

La distribution des médicaments se fait au moment des repas.

- **Relations avec l'extérieur (visite, téléphone)**

Au rez-de-chaussée, une salle d'attente de 20 m² sert de salon pour les visiteurs. Des fauteuils et une table basse ainsi qu'un grand aquarium la meublent. Elle bénéficie de deux entrées.

Un *point phone* est installé dans le réfectoire, il est protégé par un coffre mural accessible avec une clef. Un appareil récepteur où sont passées aux patients les communications entrantes seulement, est disposé sur une table en-dessous du coffre. Aucune confidentialité n'est possible.

- **Télévision, radio et ordinateur**

Un poste de télévision de taille moyenne est fixé en hauteur dans la salle de jour. Un deuxième est hors d'état de marche dans le réfectoire et n'a pas été remplacé. Il fonctionne de 9h30 à 12h, de 13h à 19h et de 20h à la fin du premier film en soirée. Il est indiqué aux contrôleurs que les patients demandent rarement à changer de chaîne, qu'ils ont souvent du mal à fixer longuement leur attention mais qu'il y a toujours des patients devant le poste, que c'est souvent la seule « activité » de la journée.

Les patients peuvent disposer de la radio et d'ordinateurs - il n'y a pas de possibilité de recevoir l'internet - selon les prescriptions médicales (au jour de la visite il y avait quatre radios dans les chambres et pas d'ordinateur).

- **Tabac**

Les patients remettent leurs paquets de cigarettes aux personnels soignants qui marquent les noms sur les paquets et les gardent dans une armoire pour en faire la distribution.

Il est interdit de fumer dans les locaux communs, dans les étages et dans les chambres. Les patients doivent fumer dans le jardin - comme les soignants. Comme les portes d'accès au jardin sont toujours fermées, et que les soignants ne peuvent en permanence ouvrir et fermer les portes ni accompagner les fumeurs dehors, il a été mis en place un emploi du temps selon lequel les fumeurs sont accompagnés dans le parc toutes les heures.

Cette mesure n'est pas satisfaisante et les contrôleurs ont pu constater la pression conflictuelle exercée sur les soignants dans les intervalles (frappes incessantes sur la porte du bureau des personnels, interpellations dans les couloirs...).

Cependant, malgré l'interdiction, une partie du tabac reste entre les mains des patients et il n'est un secret pour personne que l'on fume dans les toilettes du bas, dans les chambres - en particulier la nuit - et même parfois dans les couloirs.

L'usage du cannabis serait également fréquent, malgré les mises en garde permanentes des soignants sur l'incompatibilité du cannabis avec certaines des maladies des patients et avec les médicaments.

Il arrive fréquemment que soit effectués sur demande du médecin des dosages urinaires avant et après la sortie de fin de semaine pour vérifier si le patient a consommé ou non du cannabis durant sa permission.

- **Activités et sorties**

Après un temps d'observation et d'évaluation, le patient se voit proposer des activités, soit le matin, soit l'après-midi à raison de trois séquences maximum par semaine ; un planning hebdomadaire est mis en place.

Le centre d'activités de jour Eole, situé dans l'enceinte du secteur, accueillait six patients au jour de la visite.

L'activité sports et loisir en accueillait cinq. Cette activité située à Fitz-James nécessite l'accompagnement en véhicule par au moins un soignant à l'aller et au retour.

Un patient se rendait seul à l'extérieur, dans un hôpital de jour appelé Trèfle.

Deux autres patients étaient pris en charge en journée par le centre de jour de Creil dont le personnel venait les chercher et les ramener matin et soir.

Le service tente de maintenir le rythme d'une sortie par mois pour six patients et deux soignants vers un parc d'attraction ou des activités de pêche, de séjours à la mer...

La cafétéria est ouverte un après-midi par semaine ainsi que le week-end, en fonction des disponibilités des soignants des trois unités.

▪ **Sur-occupation**

Il ne peut y avoir de sur-occupation, ce qui nécessite régulièrement de faire appel, aux autres unités du CHI d'une part pour des arrivées - en 2012, 135 admissions directes et 105 admissions sur les autres unités - et d'autre part pour les patients en phase aigüe - la chambre sécurisée et l'usage des deux chambres à un lit comme chambres d'isolement ne suffisant pas.

▪ **Isolement et contention**

Du fait des pathologies des patients - une majorité d'addiction à l'alcool et aux toxiques - le recours à l'isolement thérapeutique est fréquent et la chambre de soins intensifs est pratiquement occupée en permanence. Les deux chambres à un lit du premier étage servent de chambres d'isolement - la contention physique y est fréquente.

Deux fiches différentes tracent les prescriptions médicales d'isolement et de contention. Une troisième détaille, pour chaque visite de surveillance, une vingtaine de points divers à renseigner, avec le nom et la signature de l'infirmier.

▪ **Notification des droits**

Il est indiqué que la notification des droits des patients se fait dans le pavillon des arrivées. Il n'y a aucune trace de la notification des droits dans l'unité, qui se fait parfois oralement à la demande d'un patient.

Une note indiquant les droits du patient et la procédure de passage devant le juge des libertés et de la détention est affichée.

La visioconférence est utilisée, la salle se trouve dans un local au-dessus de l'unité Voisin.

Il est indiqué aux contrôleurs que la procédure est compliquée à expliquer aux patients qui doivent signer les formulaires et ne comprennent pas pourquoi il faut passer devant un juge : « passer devant la télévision et parler au juge est souvent très compliqué » ; la séquence télévisée dure rarement plus de cinq minutes et cela génère de la déception ; l'avocat n'est pratiquement jamais présent .

Il en va de même dans les autres unités.

4.2.1.5.4.5 L'activité de l'unité

<i>Secteur 60 G05 Unité Voisin</i>	2010	2011	2012	1 ^{er} semestre 2013
Nombre de journées d'hospitalisation	9 555		8 053	2710
Nombre D'entrée + présents au 1^{er} janvier	172	187	119	52
Durée moyenne de séjour	26	DM	27	
Taux d'occupation (en %)	DM (1)	DM	84,63	
Nb de lits	31	31	26	26

File active	290	225	221	61
--------------------	-----	-----	-----	----

(1) DM : données manquantes.

Durant l'année 2012, ce sont 151 admissions en soins libres, cinquante-neuf (26 %) à la demande d'un tiers et onze (5 %) sur décision du représentant de l'Etat.

4.2.1.5.5 L'unité Garnier

Le bâtiment de l'unité mesure 75 m de longueur sur 8 m de largeur, soit une surface de 600 m². Un premier étage double cette surface.

Une annexe y a été ajoutée d'une surface de 130 m², sur un niveau.

Le rez-de-chaussée comporte une grande salle de jour, l'office séparé par un couloir central du bureau médical et de celui des personnels, un réfectoire ; au milieu du bâtiment, un couloir sépare le local entretien des vestiaires et un escalier permet l'accès au premier étage.

Un espace salon ouvre sur un large couloir donnant sur des chambres ; un deuxième escalier est situé au bout du couloir.

L'annexe est accessible par ce couloir et héberge une salle de soins, une salle de détente et de jeux, un salon de coiffure, le vestiaire des femmes et la lingerie.

Des travaux sont programmés pour le réaménagement de l'ensemble des locaux du rez-de-chaussée.

L'étage abrite des chambres, une salle d'activité cuisine et une salle de bains.

4.2.1.5.5.1 Les patients de l'unité

La capacité théorique de l'unité Garnier est de vingt-six lits répartis dans quatorze chambres individuelles et six chambres doubles.

L'unité dispose d'une chambre d'isolement. L'unité Garnier est une unité fermée. Les portes donnant dans le parc commun sont également fermées.

Au jour de la visite, l'unité comptait vingt-six patients présents (treize hommes et treize femmes) :

- dix-huit personnes étaient admis en soins libres ;
- huit étaient en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT).

Le patient le plus âgé avait 75 ans et le plus jeune, 22 ans. La plus longue hospitalisation datait de trente années.

Quelques patients sont presque autonomes et les autres ont besoin d'aide pour tous les actes de la vie quotidienne. Au moment de la visite, l'unité avait, de nouveau, en hébergement (après une année en Belgique) un patient bien connu pour son comportement souvent violent envers lui-même et les autres (il a fallu doubler toutes les vitres des fenêtres du rez-de-chaussée de plexiglas) ; les autres unités de l'hôpital ne veulent pas de ce patient qui n'a pas été pris non plus dans l'unité récemment créée pour les autistes. Ce patient accapare à lui seul une grande partie du travail des personnels et l'accompagnement des autres malades s'en ressent vivement. Il est indiqué aux contrôleurs que toute l'activité du service est désormais orientée autour de ce patient.

4.2.1.5.2 Les personnels de l'unité Garnier

a. Personnel paramédical de l'unité

<i>Unité Garnier</i>	N	ETP
Cadre de santé	1	1
Infirmier (IDE) Jour	11	10,8
Aide-soignant (AS) Jour	9	8,8
Agent de service hospitalier (ASH)	4	3,8
Assistante sociale	1	0,6
Psychologue	1	0,2
Total	27	24,5

Actuellement un IDE est en arrêt longue maladie et deux autres vont être en arrêt maternité.

b. Personnel médical de l'unité

Le personnel médical de l'unité se compose ainsi :

<i>Secteur unité Garnier</i>	N	ETP
Praticien hospitalier psychiatre	1	0,5
Praticien hospitalier généraliste	1	0,2
Interne	1	0,33

4.2.1.5.3 Les locaux de l'unité Garnier

▪ Les chambres

Au rez-de-chaussée :

- la chambre d'isolement n'est pas aux normes mais fait office de chambre sécurisée. Elle comporte un lit anglais fixé au sol et une table en mousse comme seul mobilier, des sanitaires séparés, entièrement carrelés de blanc, avec une porte sans fermeture intérieure, composés d'une douche à l'italienne et d'un bloc wc distributeur d'eau froide en acier inoxydable. Le sol est carrelé et les murs sont peints en jaune vif. La fenêtre est condamnée et munie de barreaux extérieurs ; les vitres sont opacifiées sur la moitié de la hauteur. La porte est percée d'un regard et munie, à l'extérieur, d'une serrure à trois points ;
- deux chambres à deux lits de 12 m² et une troisième de 16 m² sont meublées de lits, de tables de nuit, d'armoires, de tables et de chaises du même modèle que celles de l'unité Voisin; un des deux lits de la grande chambre est électrique avec matelas anti-escarres et l'autre uniquement avec un matelas anti-escarres. Ces chambres sont en bon état et très propres ;
- une chambre petite, de 6,5 m², peinte en bleu, comporte un lit et une chaise ; la porte est munie d'une serrure à trois points. Elle est utilisée comme seconde chambre d'isolement quand l'autre est déjà occupée.

A l'étage, trois chambres d'une surface de 25 m² sont équipées de deux lits et douze chambres d'un lit ; pour ces dernières, neuf ont une surface de 15 m² et trois de 13,5 m².

Tout l'étage a récemment été réaménagé avec des couleurs claires et du mobilier neuf (bois et couleur bleu chez les hommes, bois et couleur brune chez les femmes).

Les fenêtres sont grillagées et munies de stores électriques.

Les portes sont équipées de serrures dont les clés sont à disposition des patients.

▪ **Les toilettes et les douches**

Au rez-de-chaussée, deux chambres disposent de sanitaires :

- la chambre d'isolement dispose d'une douche à l'italienne et d'un bloc wc lavabo en acier inoxydable ;
- une chambre à deux lits, permettant l'accueil des personnes à mobilité réduite, a un accès direct à une pièce avec deux lavabos, surmonté d'un miroir et une salle de bains avec une baignoire ancienne (il est prévu un réaménagement de cet espace).

Trois wc sont disponibles à l'entrée de la salle de jour. A l'étage, sept chambres disposent de wc et de douches indépendants et huit autres de wc et de douches communs, accessibles par deux portes ouvrant dans deux chambres contigües. Chaque porte comporte un loquet de fermeture à l'intérieur des sanitaires.

▪ **Les espaces communs**

La salle de séjour, d'une surface de plus de 110 m², est partagée en quatre espaces par des plantes vertes et des fauteuils ; elle est équipée d'un baby-foot, d'un poste de télévision et d'une armoire où sont rangés des jeux et quelques livres et revues.

La salle à manger est meublée de tables et de chaises et jouxte l'office où sont réchauffés les repas provenant de la cuisine centrale.

Le salon, qui donne dans le couloir où se trouvent les chambres du rez-de-chaussée, est pratiquement vide de meuble.

L'aile abrite deux salles d'activités et de loisirs ; l'une est séparée en deux avec d'un côté un coin détente équipé de canapés en mousse et de coussins et de l'autre côté équipé d'une grande table et d'armoires contenant du matériel de peinture, de mosaïque et de poterie. L'autre salle dispose de deux lavabos et du matériel de coiffure et de soins esthétiques.

Il n'y a pas de salle d'accueil des visiteurs, ils sont reçus dans le parc ; en cas d'intempéries et l'hiver il est fait usage de celle de l'unité Voisin.

▪ La cour

Elle n'est accessible que sur autorisation médicale. Les patients hospitalisés sans consentement doivent y être accompagnés par du personnel soignant..

<i>Secteur 60 G05 Unité Garnier</i>	
Nombre de lits	26
Nombre de chambres d'isolement	1
Chambre sécurisée	0
Nombre d'hommes hospitalisés	13
Nombres de femmes hospitalisées	13
Plus longue hospitalisation	30 mois
Patient le plus âgé	75
Patient le plus jeune	22
Nombre de chambres à un lit	14
Nombre de chambres à deux lits	6
Nombre de douches	12
Nombre de wc	17
Salle de bains	2

4.2.1.5.4 Le fonctionnement de l'unité Garnier

Le fonctionnement de l'unité est identique à celui de l'unité Voisin.

Un poste de téléphone à cartes - en dérangement au moment de la visite des contrôleurs - et un poste de réception seulement se trouvent dans le salon du rez-de-chaussée ; pour appeler, les patients doivent utiliser celui du bureau des personnels, ce qui occasionne beaucoup de dérangement.

Cinq patients possèdent un téléphone portable au moment de la visite des contrôleurs, mais un seul peut s'en servir à sa demande. Ils sont tous dans les casiers individuels.

La gestion du tabac est ici également très prenante ; il a été décidé que les patients fumeraient trois cigarettes le matin et trois l'après-midi, ce qui occasionne une demande quasi-permanente par un patient ou l'autre tout au long de la journée.

Pour les activités, les patients participent à celles qui sont proposées dans le bâtiment contigu avec le centre intersectoriel Eole ; six patients par demi-journée peuvent y participer en fonction des demandes et de la disponibilité de places.

Lors de la visite des contrôleurs, un repas commun aux trois unités avec les patients et les soignants a été organisé dans le parc.

Le week-end est le plus souvent consacré à la pâtisserie dans l'office au rez-de-chaussée et la salle aménagée en cuisine du premier étage.

Les personnels déplorent de ne pas pouvoir en faire plus du fait de la sur-occupation.

Il n'y a plus de réunion d'équipe formalisée depuis des mois et la communication se fait tous les jours au moment des changements d'équipes.

Le jeune homme qualifié de violent occasionne régulièrement des incidents, mais les patients, comme les personnels le tolèrent.

4.2.1.5.5.5 L'activité de l'unité

<i>Secteur 60 G05 Unité Garnier</i>	2010	2011	2012	1 ^{er} semestre 2013
Nombre de journées d'hospitalisation	8 532		8 309	
Nombre d'entrée	13	12	20	5
Durée moyenne de séjour	219		141	
Taux d'occupation (en %)	83,48		81,08	
Nb de lits	28	28	28	28
File active			59	

4.2.1.5.6 L'unité Charcot

Le pavillon Charcot est constitué de deux ailes perpendiculaires comprenant un rez-de-chaussée et un étage accessible par un escalier et un ascenseur (un escalier de secours est situé à l'extérieur).

Le rez-de-chaussée comporte une salle à manger, un office, une salle pour les visiteurs, un bureau des personnels et un autre pour le cadre de santé, une salle de soins appelée « pharmacie », une chambre sécurisée, cinq chambres, une salle de bains et une buanderie.

L'étage abrite onze chambres, un local de veille pour le personnel de nuit et une lingerie.

Tout a été récemment réaménagé et remis en état.

4.2.1.5.6.1 Les patients de l'unité Charcot

La capacité théorique de l'unité est de vingt-quatre lits répartis dans dix chambres individuelles et sept chambres doubles.

L'unité dispose d'une chambre sécurisée.

L'unité Charcot est une unité fermée, cependant les portes donnant dans le parc sont ouvertes dans la journée.

Au jour de la visite, l'unité comptait vingt-deux patients présents (dix-neuf hommes et trois femmes) :

- treize personnes étaient en soins libres ;
- six étaient en soins à la demande d'un tiers (SDT) ;
- sept étaient en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE).

Deux autres personnes étaient notées en programme de soins.

Le patient le plus âgé avait 77 ans et le plus jeune, 23 ans. La plus longue hospitalisation datait de quatorze années.

4.2.1.5.6.2 Les personnels de l'unité Charcot

a. Personnel paramédical de l'unité

<i>Unité Charcot</i>	N	ETP
Cadre de santé	1	1
Infirmier (IDE) Jour	8	7,8
Aide-soignant (AS) Jour	8	8
Agent de service hospitalier (ASH)	5	5
Assistante sociale	1	0,6
Psychologue	2	0,1
Total	25	22,1

b. Personnel médical de l'unité

<i>unité Charcot</i>	N	ETP
Praticien hospitalier psychiatre	1	ALD
Praticien hospitalier généraliste	1	ALD

Interne	1	0,3
---------	---	-----

Le médecin généraliste vient dans l'unité à la demande.

Des patients ainsi que des personnels soignants se sont plaints auprès des contrôleurs du peu de présence effective des médecins psychiatres dans les unités, sauf exception : « Pas de paroles, pas d'échanges, on ne s'abaisse pas à parler avec les personnels... ».

4.2.1.5.6.3 Les locaux de l'unité

▪ Les chambres

Au **rez-de-chaussée**, les chambres sont regroupées dans une aile et séparées par un couloir éclairé par un long puits de lumière.

A côté de la pharmacie se trouve la **chambre sécurisée** aux normes, de 9,5 m², meublée d'un lit anglais et d'une table ronde en mousse. Elle est entièrement carrelée, comme les sanitaires attenants qui disposent d'une douche à l'italienne et d'un bloc en acier inoxydable faisant office de wc et de lavabo. Elle est climatisée. La chambre est visible depuis la pharmacie au travers d'une large vitre fixe qui peut être occultée par un store. Une porte donne dans le couloir.

La porte des sanitaires est ouverte ou fermée selon l'avis médical.

De chaque côté du couloir se trouve trois **chambres** à deux lits et une chambre individuelle, disposant de sanitaires indépendants avec lavabos, wc et douches à l'italienne. L'ameublement est le même que dans les autres unités avec d'autres couleurs.

Les fenêtres bénéficient du double vitrage et d'un store mécanique ; il y a des grilles sur les fenêtres des trois chambres donnant sur la rue et dans la chambre sécurisée donnant sur la cour.

A l'**étage**, dans une aile, six chambres à un lit ont une surface de 10 m² et une à deux lits, une surface de 16 m².

Dans l'autre aile, une chambre de 13 m² est aménagée pour les personnes à mobilité réduite - il y a un ascenseur - avec un lit médicalisé ; les sanitaires disposent d'une porte de 1,05 m de largeur et d'une surface permettant la mobilité d'un fauteuil roulant, des rampes sont fixées aux murs et un siège mobile permet de s'asseoir sous la douche.

Suivent une chambre à un lit et deux à deux lits.

Toutes les chambres sont peintes dans des tons pastels, très propres et en bon état.

Les chambres ne sont pas fermées la nuit.

▪ Les toilettes et les douches

Toutes les chambres disposent de sanitaires individuels comprenant une douche à l'italienne, un wc suspendu, un lavabo avec une tablette et un miroir surmonté d'une réglette électrique avec une prise, une poubelle, deux patères, un éclairage par un hublot électrique et une VMC.

Au rez-de-chaussée, la salle de bains dispose d'une douche et d'une baignoire mobile. Le local sanitaire qui comprend trois wc - dont un accessible aux personnes à mobilité réduite - et deux lavabos, ouvre sur la salle de séjour.

<i>Secteur 60 G05 Unité Charcot</i>	
Nombre de lits	24
Nombre de chambres d'isolement	0
Chambre sécurisée	1
Nombre d'hommes hospitalisés	19
Nombres de femmes hospitalisées	3
Plus longue hospitalisation	14 ans
Patient le plus âgé	77
Patient le plus jeune	23
Nombre de chambres à un lit	10
Nombre de chambres à deux lits	7
Nombre de douches	17
Nombre de wc	20
Salle de bains	1

▪ **Les espaces communs**

La grande salle commune, d'une surface de 65 m², est séparés en trois espaces – salle à manger, salon de télévision, espace de jeux – par des alignements de fauteuils et de plantes vertes. Une porte fenêtrée ouvre sur la cour. Cette salle est climatisée.

Un office pour le personnel ainsi que la cuisine des patients jouxtent cette salle. Une pièce pour les visiteurs disposant d'une entrée par la rue est équipée de cinq fauteuils et d'un deuxième poste de télévision.

Une salle d'activité d'une surface de 11 m² comporte des tables, des chaises et des armoires où est rangé le matériel nécessaire pour des activités manuelles (cf. § : 4.2.1.5.6.4).

Le bureau des infirmiers se trouve à l'angle intérieur des deux ailes, des baies vitrées permettent une vision sur le hall d'entrée, sur l'escalier et l'ascenseur ; une porte intérieure ouvre dans la « pharmacie ».

▪ **La cour**

Les portes donnant sur la cour sont ouvertes. Deux bancs de jardin sont disposés contre le mur de l'une des ailes.

4.2.1.5.6.4 Le fonctionnement de l'unité

Il est rapporté ici les éléments qui diffèrent des deux autres unités.

- **Relations avec l'extérieur**

Une petite salle de 8 m² dispose d'une entrée sur la rue pour les visiteurs, ce qui évite qu'ils ne pénètrent dans l'unité. Les visites ont lieu tous les jours, plutôt l'après-midi, et jamais au-delà de 19h.

Une cabine téléphonique avec un poste à cartes pour appeler et un autre pour recevoir est située à côté de l'ascenseur et permet la confidentialité.

Les téléphones portables sont déposés dans des casiers individuels ; leur utilisation nécessite un avis médical.

- **Ordinateur**

Un patient avait un ordinateur portable dont il pouvait se servir deux heures par jour, sur avis médical.

- **Tabac**

Du fait des portes ouvertes sur la cour, la question du tabac se pose en d'autres termes dans cette unité que dans les autres du secteur. Les patients disposent de cigarettes et de tabac et ont tendance à fumer tout le temps, y compris au rez-de-chaussée et la nuit dans les chambres.

Il est indiqué aux contrôleurs un « trafic intense dans la cour » et un usage fréquent du cannabis.

Il est également signalé des problèmes d'alcool ; les programmes de soins en addictologie sont inexistants.

- **Activités et sorties**

Le rapport d'activité de l'année 2012 indique « que si les activités thérapeutiques mises en place les années précédentes ont cessé faute de temps soignant sur l'unité, certaines personnes hospitalisées bénéficient d'une prise en charge sur le centre de jour intersectoriel Eole et participent à de nombreux jeux de sociétés avec les soignants sur l'unité ».

- **Service de nuit**

Il est indiqué aux contrôleurs que le service de nuit pose des difficultés en l'absence de consignes écrites – pas d'horaires de rondes, pas de transmission d'évènements – et que pratiquement rien n'est transmis à la relève du matin. Les deux veilleurs n'utilisent pas le local de veille du premier étage et des patients ont indiqué « qu'ils sont à la cuisine en bas et au lit ».

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « le service de nuit respecte le protocole du CHI relatif aux rondes de nuit qui sont tracées toutes les 2 heures. Les 2 soignants de nuit veillent un au rez-de-chaussée et un dans le couloir de l'étage car ce sont des lieux stratégiques pour assurer la surveillance. Les transmissions écrites sont inscrites dans le dossier patient et exprimées à l'oral lors de la relève ».

4.2.1.5.6.5 L'activité de l'unité

<i>Secteur 60 G05 Unité Charcot</i>	2010	2011	2012	1 ^{er} semestre 2013
Nombre de journées d'hospitalisation	6 028		7 508	
Nombre d'entrée + présent au 1^{er} janvier	23	16	24	9
Durée moyenne de séjour	84		114	
Taux d'occupation (en %)	71,8		89,19	
Nb de lits	23		24	
File active			66	

4.2.1.6 L'hospitalisation au secteur 60 G06 Fitz-James 5

4.2.1.6.1 Présentation du pôle

Le territoire de ce secteur de psychiatrie adulte comprend Betz, Crépy-en-Valois, Nanteuil-le-Haudouin et Senlis. Le secteur représente une population globale de 90 000 habitants. Selon les informations recueillies, les pathologies des patients ont évolué avec l'accroissement de la précarité : augmentation de la consommation d'alcool et de drogue. Des patients mineurs peuvent être accueillis à partir de 16 ans.

L'offre de soins du secteur est proposée dans les structures suivantes :

- des structures situées à Fitz-James avec quatre unités d'hospitalisations à temps complet encadrées par une équipe pluridisciplinaire, un hôpital de jour disposant d'un centre d'accueil et d'activités, un atelier thérapeutique « le relais de l'Aulne » :
 - o une unité d'admission ouverte « l'USN bas » dotée d'une capacité de dix-huit lits pouvant accueillir des patients en soins libres ou sous contrainte ne présentant pas de comportement de violence ou de risque de fugue, du fait de l'absence de chambre d'isolement. Lors de la visite des contrôleurs, cette unité accueillait trois patients en soins psychiatriques sur demande d'un tiers sur dix-sept patients présents ;
 - o une unité d'admission fermée « Rogues de Fursac » dotée d'une capacité de trente-trois lits pouvant accueillir des patients sous contrainte, en soins sur demande d'un tiers, en soins sur décision du représentant de l'Etat mais également en soins libres. Cette unité dispose d'une chambre sécurisée ;

- une unité fermée « Sérieux » pour les patients âgés de plus de 60 ans, dotée d'une capacité d'accueil de vingt-six lits pouvant accueillir des patients en SPL, SPDT et occasionnellement des SPDRE non dangereux. Il n'y a pas de violence mais les pathologies rencontrées, liées pour la plupart au vieillissement, obligent à fermer l'unité. Lors de la visite des contrôleurs, elle accueillait quatre patients en SPDT et deux en SPDRE sur vingt patients. Le nombre moyen de lits occupés se situe entre dix-sept et vingt lits ;
 - une unité de moyen séjour fermée « Capgras », dotée de vingt-cinq lits. Cette unité accueille des patients psychotiques et épileptiques. Lors de la visite des contrôleurs, l'unité accueillait trois patients en SPDT sur vingt patients.
- des structures en-dehors de Fitz-James avec un centre médico-psychologique et un CATTP à Crépy-en-Valois, un CMP et un CATTP à Senlis, des consultations à l'hôpital général et un accueil psychiatrique aux urgences de l'hôpital général de Senlis ;
 - le secteur comprend aussi un appartement thérapeutique à Crépy-en-Valois, un second à Senlis et deux maisons communautaires à Villers-Saint-Paul et à Nogent-sur-Oise.

4.2.1.6.2 Le projet thérapeutique

Chaque unité a un projet thérapeutique spécifique, adapté aux pathologies des patients ; un certain nombre d'équipements sont à la disposition de l'ensemble des unités.

Le secteur dispose d'une salle d'activité au sous-sol du pôle Fitz-James 5. À l'extérieur, une cour permet d'entretenir des plantations. Les murs de clôture sont décorés avec de la peinture d'expression. Les activités proposées sur place sont variées (poterie, cuisine, peinture d'expression, peinture sur soie, relaxation, informatique).

Le site comprend un atelier cuisine, une salle pour la coiffure, une salle de soins pour la formation au massage, un coin bibliothèque, un espace pour le travail de cartonnage et les travaux manuels.

Un espace est aussi réservé à l'élaboration d'un journal pour les patients.

Un entrepôt permet de pratiquer l'art-thérapie, la mosaïque et la poterie.

Les patients peuvent aussi profiter du baby-foot, du billard et faire du ping-pong.

Des activités sont aussi propres à chaque unité. Ainsi, à Rogues De Fursac, hormis les sorties autorisées, des jeux de société et une bibliothèque sont à la disposition des patients. Ils peuvent aussi faire du ping-pong et jouer à la pétanque.

4.2.1.6.3 Arrivée du patient et suivi de la procédure

La procédure d'accueil des patients se fait en plusieurs étapes :

- le patient passe tout d'abord au service des urgences de l'établissement où une première évaluation est faite. Un livret d'accueil lui est remis ;

- la deuxième étape se déroule au sein de l'unité d'hébergement où un bilan psychiatrique et somatique est réalisé. Le médecin référent explique au patient les règles de vie qu'il devra respecter et les contraintes de son traitement. Lors de son arrivée, le secrétariat prépare l'imprimé de notification des droits du patient hospitalisé sous contrainte, les données administratives de prise en charge de l'intéressé et complète son dossier administratif. Le cadre explique au patients le déroulement de la procédure avec l'évaluation de son état de santé donnant lieu à des certificats médicaux périodiques. Il l'informe des modalités d'intervention du juge des libertés et de la détention.

Pour les patients sous contrainte, le secrétariat du secteur a créé des tableaux de suivi des échéances des certificats médicaux en fonction du type de placement (SPDTU, SPDT, SPPI et SPDRE) :

- un tableau SPDT pour les hommes et un tableau SPDT pour les femmes ;
- un tableau SPDRE pour les hommes et les femmes.

Ces tableaux comprennent l'état civil du patient, la date d'entrée, les dates d'échéance des soixante-douze heures d'hospitalisation, des huit jours, de la saisine du juge, de la saisine du juge dans les six mois, de la saisine annuelle du juge et l'évolution de la procédure.

4.2.1.6.4 Les effectifs communs

Le secteur dispose en permanence d'un médecin habilité à rédiger les certificats, de deux internes et de praticiens associés. Une permanence médicale est assurée le samedi matin. De même un cadre de santé est présent le samedi matin dans l'unité.

Pour le personnel soignant, quatre soignants sont présents le matin : deux de 6h à 14h et deux de 7h à 15h. Quatre soignants sont présents l'après-midi : deux de 14h à 22h et deux de 13h à 21h. Un personnel soignant travaille en journée de 9h à 17h.

La nuit, le secteur dispose en théorie de vingt-deux soignants dont quatre personnels masculins. Du fait de l'organisation des roulements, dix personnels sont présents la nuit et répartis dans les cinq unités soit deux par unité.

Les **réunions** organisées dans le secteur sont :

- une réunion tous les quinze jours par unité avec les médecins et les personnels soignants ;
- une réunion soignants/soignés par unité ;
- une réunion mensuelle de secteur avec les structures extra hospitalières pour le suivi des patients sortis ;
- une réunion des cadres des unités tous les quinze jours ;
- un séminaire mensuel entre les médecins psychiatres et les psychologues.

a. Personnel paramédical :

Le personnel paramédical du pôle se compose ainsi :

Secteur 60 G06	N	ETP
----------------	---	-----

Cadre supérieur de santé	1	1
Cadre de santé	4	3,8
IDE J/N	59	58
Aide-soignant J/N	19	DM
ASH	13	12,8
TOTAL	96	

IDE : infirmier diplômé d'état, ASH : agent de service hospitalier

DM : données manquantes

b. Personnel médical :

Le personnel médical du pôle est le suivant :

Secteur 60 G06	EPT
Praticien hospitalier psychiatre	7,2
Praticien hospitalier généraliste	1,2
Praticien attaché associé	1
Interne	2

4.2.1.6.5 L'unité USN bas

4.2.1.6.5.1 Les patients de l'unité

La capacité théorique de l'unité USN bas est de dix-huit lits répartis dans trois chambres individuelles, trois chambres doubles et trois chambres à trois lits.

L'unité ne dispose pas de chambre d'isolement.

L'unité USN bas est une unité ouverte.

Au jour de la visite, elle comptait dix-sept patients présents (huit hommes et neuf femmes) :

- quatorze personnes étaient en admis en soins libres ;
- trois étaient en soins à la demande d'un tiers (SPDT) ;
- aucune personne n'était en soins sur décision du représentant de l'État (SPDRE).

Deux autres personnes étaient notées en soins ambulatoires sous contrainte.

Le patient le plus âgé avait 63 ans et le plus jeune, 20 ans. La plus longue hospitalisation datait de six mois.

4.2.1.6.5.2 Les personnels de l'unité

a. Personnel paramédical de l'unité

Secteur 60 G06 Unité USN Bas	N
Cadre de santé	1
IDE J/N	14
ASH	2
TOTAL	17

b. Personnel médical de l'unité

Secteur 60 G06 Unité USN Bas	N	EPT
Praticien hospitalier psychiatre	2	1
Praticien hospitalier généraliste	1	0,2
Interne	1	0,8

4.2.1.6.5.3 Les locaux de l'unité

▪ Les chambres

L'unité USN bas comprend neuf chambres :

- trois chambres à un lit de 12 m² ;
- trois chambres à trois lits de 22 m² ;
- trois chambres à deux lits de 22 m² dont une chambre d'admission avec un oculus près du poste de soins.

Les chambres sont dotées d'une rampe lumineuse installée au-dessus du lit qui sert à la fois de lumière générale et de liseuse. Les contrôleurs ont constaté dans chaque chambre un affichage des règles de vie, de la charte des personnes hospitalisées et de la charte de l'utilisateur santé mentale.

Les chambres individuelles sont meublées avec un lit, une table de chevet, une armoire, une table et une chaise ; elles sont équipées d'un lavabo.

Les chambres à deux lits sont meublées avec deux lits non médicalisés, deux tables de chevet, deux armoires, une table et une chaise. Elles sont équipées d'un lavabo, masqué par une cloison, situé près de la fenêtre.

Dans chaque chambre, une grande baie vitrée sécurisée de 2,20 m de large sur 1,80 m de hauteur diffuse une large lumière naturelle.

Les chambres sont équipées d'un radiateur en fonte.

▪ Les toilettes et les douches

L'unité dispose de deux espaces sanitaires :

- un espace avec deux douches hommes, un wc et deux lavabos ;
- un espace avec deux douches femmes, un wc et un lavabo ;

Les douches sont accessibles de 6h30 à 8h30 et de 18h à 19h.

- **Les espaces communs**

L'unité de plain-pied comprend un office pour les patients, un office pour le personnel, une salle à manger, un salon avec un poste de télévision, un bureau cadre/infirmier, une « pharmacie », une lingerie, une salle de loisirs, un bureau médical pour les entretiens, un vestiaire pour le personnel.

- **La cour**

La cour, clôturée par un grillage bas, est un espace arboré de 200 m² avec des bancs et une table. Elle est ouverte en permanence de 6h à 23h.

4.2.1.6.5.4 Le fonctionnement de l'unité

- **Ouverture et fermeture de l'unité et des chambres**

Les chambres des patients sont ouvertes la nuit. Elles ne sont pas équipées de bouton d'appel. Il n'existe pas de règle sur l'ouverture ni la fermeture des chambres dans la journée. Elles peuvent être fermées sur prescription médicale.

- **Biens personnels**

Lors de l'admission, les effets personnels des patients sont inventoriés par le personnel. Ils sont rangés dans l'armoire de la chambre. Les objets de valeur, les bijoux sont entreposés dans un coffre sécurisé au secrétariat du pôle. Il a été indiqué aux contrôleurs que si des valeurs étaient déposées à la trésorerie du CHI, elles ne pouvaient être récupérées qu'à la sortie des patients. Dans le bureau infirmier, une armoire contient des casiers ouverts pour les effets personnels des patients. Chaque patient signe à son arrivée un inventaire de ses effets.

- **Hygiène corporelle, vestimentaire**

Le linge des patients est entretenu par les familles. En cas d'impossibilité, les vêtements sont lavés sur place avec le lave-linge de l'unité.

À leur arrivée, le port du pyjama est prescrit systématiquement pendant la période d'observation.

- **Entretien des locaux**

L'entretien journalier des locaux communs et des chambres est assuré par les deux agents de service hospitalier. La règle de vie de l'unité prévoit qu'une fois par semaine, l'entretien des chambres, dans un but thérapeutique, se fait avec le patient en présence d'un encadrement infirmier.

- **Repas**

Les repas sont pris dans la salle à manger de l'unité et précédés par la prise des traitements en salle de soins :

- de 8h à 9h: petit déjeuner;
- de 12h à 13h : déjeuner;
- de 16h à 17h : goûter ;
- de 19h à 20h : dîner.

- **Relations avec l'extérieur (visite, téléphone, correspondance)**

L'unité dispose de deux locaux de visite, avec une entrée extérieure à l'unité ; la visite des enfants est admise :

- un grand espace ouvert, proche de l'unité USN bas, meublé de fauteuils et équipé avec un distributeur de boissons. Un paravent est utilisé en cas de visite de plusieurs familles ;
- un deuxième espace ouvert plus petit, proche du bureau d'accueil.

Selon les informations recueillies, les familles sont autorisées à visiter les chambres des patients, à leur demande.

Les patients peuvent conserver leur téléphone portable de 9h à 20h. Ils sont ensuite remis au bureau infirmier.

Les appels téléphoniques arrivent au bureau infirmier et sont transférés à un *point phone* dans le couloir en face du bureau.

Il n'existe aucune restriction au courrier départ et arrivée.

- **Télévision, radio et ordinateur**

Les patients peuvent regarder la télévision à partir de 10h le matin sous réserve que ce ne soit pas de manière continue.

La radio est autorisée dans les chambres sous réserve de ne pas conserver de cordon.

Les ordinateurs portables ne sont pas autorisés.

- **Journal local**

Un exemplaire du « courrier Picard » est disponible quotidiennement.

- **Tabac**

La gestion du tabac est libre, sous réserve de ne pas fumer dans les chambres ni dans les locaux de l'unité.

- **Activités et sorties**

Plusieurs patients de l'unité fréquentent l'hôpital de jour du secteur ; ils participent à divers ateliers de travaux manuels et de jardinage. Certains patients fréquentent aussi la piscine.

- **Sur-occupation**

Lors de la visite des contrôleurs, dix-sept lits sur dix-huit étaient occupés pour la plupart par des patients admis en soins libres.

▪ Isolement et contention

L'unité ne dispose pas de chambre de soins intensifs. Elle ne dispose que d'une chambre d'observation avec une porte équipée d'un oculus, attenante à la salle de soins.

▪ Incidents

En cas d'incident, le personnel établit une fiche d'évènement indésirable accompagné d'un rapport circonstancié selon la gravité. En cas de violence contre le personnel, l'incident est analysé en équipe pour améliorer l'accompagnement des patients présentant des troubles violents. La personne victime peut recevoir une aide psychologique personnelle, assurée par un psychologue de l'établissement. Le personnel se réserve le droit de déposer plainte ce qui, dans les faits est très rare.

4.2.1.6.5 L'activité de l'unité

<i>Pôle 60 G06 Unité USN Bas</i>	2010	2011	2012	1 ^{er} trimestre 2013
Nombre de journées d'hospitalisation	4 964	4 960	4 756	1 818
Nombre d'entrée + présent au 1 ^{er} janvier	155	219	201	131
Durée moyenne de séjour	32	30	36	
Taux d'occupation (en %)	75%	70%	72%	
Nb de lits	18	18	18	18
File active	177	156	170	82

Les hospitalisations sans consentement dans l'unité sont

<i>Pôle 60 G06 Unité UNS Bas</i>	N
Soins libres	14
Soins psychiatriques à la demande d'un tiers	3
Programme de soins	2

4.2.1.6.6 L'unité Rogues de Fursac

4.2.1.6.1 Les patients de l'unité

La capacité théorique de l'unité Rogues De Fursac est de trente-quatre lits plus une chambre de soins intensifs, répartis dans dix-sept chambres individuelles, cinq chambres doubles et deux chambres triples.

L'unité Rogues De Fursac est une unité fermée.

Au jour de la visite, l'unité comptait dix-huit patients présents (douze hommes et six femmes) :

- six personnes étaient admises en soins libres ;
- neuf étaient en soins à la demande d'un tiers (SPDT) ;
- deux étaient en soins sur décision d'un représentant de l'État (SPDRE).

Soixante personnes étaient notées en soins ambulatoires sous contrainte.

Le patient le plus âgé avait 58 ans et le plus jeune, 19 ans. La plus longue hospitalisation datait de quatre années.

4.2.1.6.2 Les personnels de l'unité

a. Personnel paramédical de l'unité

<i>Secteur 60 G06 Unité Rogues De Fursac</i>	N	ETP
Cadre de santé	1	1
IDE J/N	19	18,8
Aide-soignant J/N	5	5
ASH	4	4
TOTAL	29	28,8

b. Personnel médical de l'unité

<i>Secteur 60 G06 Unité Rogues De Fursac</i>	N	EPT
Praticien hospitalier psychiatre	1	0,8
Praticien hospitalier généraliste s	1	0,2
Assistant	1	0,8
Interne	1	0,1

4.2.1.6.3 Les locaux de l'unité

▪ Les chambres

Les chambres sont aménagées au rez-de-chaussée et à l'étage du pavillon. Les portes des chambres ne sont pas pleines ; elles comportent un oculus opacifié. Les chambres sont équipées d'un radiateur en fonte. Aucun bouton d'appel n'est installé à l'exception de la chambre de soins intensifs. Les chambres sont dotées d'une rampe lumineuse installée au-dessus du lit qui sert de liseuse. **Il n'y a pas d'ascenseur.**

- au rez-de-chaussée :

Les chambres du RDC sont attribuées aux patients à leur arrivée.

- cinq chambres individuelles d'une superficie de 12 m² sont meublées d'un lit, d'une table de chevet, d'un placard avec une clef remise au patient sur avis médical. Elles sont équipées d'un plafonnier central. Un lavabo avec deux robinets est installé dans chaque chambre. Les murs des chambres sont recouverts d'un papier mural en fibre de verre. Le sol est carrelé ;
- deux chambres à deux lits d'une superficie de 15 m² sont meublées de deux lits dont l'un est médicalisé, de deux tables de chevet et de deux armoires. Chaque chambre est équipée d'un lavabo mais il n'y a pas cloison de séparation ;
- une chambre de soins intensifs ;
- à l'étage : les hommes et les femmes ne sont pas hébergés du même côté.
 - douze chambres à un lit de 12 m² sont meublées d'un lit surmonté d'une liseuse, d'une table de chevet et de deux armoires. Elles sont équipées d'un lavabo avec deux robinets. Les fenêtres des chambres sont fermées sauf la fenêtre à soufflet dans la partie supérieure ;
 - trois chambres à deux lits d'une superficie de 16 m² équipées chacune de trois tables de chevet, de deux armoires et d'un lavabo sans cloison de séparation. La lumière naturelle est diffusée par deux fenêtres fermées ;
 - deux chambres à trois lits d'une superficie de 16 m². Une des deux chambres est occupée par un seul patient. Ces chambres sont meublées de trois armoires, de deux tables de chevet et de trois chaises. Chaque pièce comporte deux fenêtres fermées.

Toutes les chambres de l'étage ne sont pas équipées de lavabo.

▪ **Les toilettes et les douches**

Les salles de bain et les douches sont ouvertes le matin de 7h à 8h et le soir de 17h30 à 19h.

- au rez-de-chaussée :
 - une salle de bains avec une douche et un siège pour les personnes à mobilité réduite ;
 - une douche et deux wc ;
 - deux wc dont un pour les personnes à mobilité réduite ;
- à l'étage :
 - une salle de bains avec une baignoire pour les personnes à mobilité réduite ;
 - une douche et deux wc ;
 - dans un espace fermé, une salle de bains avec une baignoire et deux wc ;

▪ **Les espaces communs**

Deux escaliers différents permettent d'accéder à l'étage faute d'ascenseur.

Le rez-de-chaussée comporte une salle de soins attenante à la chambre de soins intensifs, le bureau du cadre de santé, un bureau médical, un bureau infirmier équipé d'une caméra de contrôle pour la porte d'entrée, un office pour le personnel, une salle d'attente pour les visites, un office, une salle à manger, une salle de détente et une petite lingerie.

L'étage comporte une grande lingerie, deux vestiaires pour le personnel masculin et féminin, une salle d'activité de 24 m² avec un coin vidéo et une bibliothèque. Cette salle est aussi utilisée par la psychomotricienne avec, pour la relaxation, une pièce d'activité de 15 m² avec un point d'eau.

- **La cour**

À l'entrée de la cour de l'unité a été aménagé un sas en plein air destiné à permettre aux patients de fumer. Ce sas « fumoir », équipé de bancs, constitue un passage obligé pour pénétrer dans la cour. Il est protégé par un auvent et grillagé de chaque côté. L'espace est accessible de 6h à 23h.

La cour est un espace arboré avec de la pelouse et des allées bitumées. Elle comporte un terrain de pétanque. Selon les informations recueillies, la cour est susceptible de recevoir des projections. Elle est accessible aux patients à partir de 6h jusqu'à 22h. Elle peut être fermée plus tôt sur consignes médicales pour prévenir des risques de fugues.

4.2.1.6.4 Le fonctionnement de l'unité

- **Ouverture et fermeture de l'unité et des chambres**

Les chambres sont fermées du petit déjeuner jusqu'à 12h30 pour permettre l'entretien des lieux. Elles sont ouvertes de 12h30 à 14h30 afin que les patients puissent se reposer après le déjeuner. Elles sont fermées de 14h30 à 17h30.

- **Biens personnels**

Lors de l'admission des patients, il est procédé à un inventaire des effets personnels. Dans le bureau infirmier, un formulaire de dépôts d'objets et un formulaire de dépôt de valeur sont remplis, de même qu'une attestation acceptant ou refusant le dépôt. L'original de l'inventaire signé est archivé dans le dossier du patient. Les effets personnels déposés sont stockés, dans une pièce fermée à clef, donnant dans le bureau infirmier. Cette pièce comporte trois meubles chandeliers servant de casiers avec la clef dessus.

- **Hygiène (corporelle, vestimentaire)**

L'entretien du linge incombe à la famille. Lors des sorties organisées tous les quinze jours, il est possible aux patients d'acheter du linge. L'unité dispose de vêtements pour les personnes démunies. L'utilisation de la machine à laver et du sèche-linge de l'unité est autorisé trois jours par semaine (le dimanche, le lundi et le vendredi).

- **Entretien des locaux**

L'entretien des locaux est effectué tous les jours le matin par des ASH. Selon les informations recueillies, les patients sont associés dans la mesure du possible à l'entretien de leur chambre. Les draps sont changés une fois par semaine, le dimanche.

- **Repas**

Les repas sont pris en commun dans la salle à manger : le petit déjeuner à 8h, le déjeuner à 12h, le goûter à 16h et le dîner à 19h.

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'à la suite d'une demande à l'occasion d'une réunion soignants/soignés, avaient été institués des temps de « café » dans la journée à 10h, à 12h30.

- **Relations avec l'extérieur (visite, téléphone, correspondance)**

L'unité dispose d'une salle pour les visiteurs d'une superficie de 10 m². À l'entrée de la salle, se trouve un *point phone* à cartes. La pièce est meublée d'une table et de quelques fauteuils. Elle est éclairée par une fenêtre dont l'ouverture est condamnée à l'exception d'une fenêtre à soufflet dans la partie supérieure. Les visites sont autorisées, sur avis médical, de 9h à 12h et de 13h à 19h. Les sorties dans le parc sont autorisées, accompagnées de la famille, sur avis médical.

Le téléphone portable peut être consulté et utilisé de manière limitée, sous réserve d'un avis médical, de 10h30 à 11h et de 17h30 à 18h. En-dehors de ces créneaux horaires, ils sont restitués au personnel pour être entreposés dans les casiers du bureau infirmier.

La correspondance est libre (courrier départ et courrier arrivée).

- **Télévision, radio et ordinateur**

Au rez-de-chaussée, une salle de détente permet de regarder la télévision librement. Celle-ci fonctionne après le petit déjeuner jusqu'à 23h. Un autre poste de télévision est installé dans une salle à l'étage mais lors de la visite des contrôleurs, il ne fonctionnait pas.

Les postes de radio peuvent être utilisés sous réserve de ne pas causer de nuisances sonores.

Les ordinateurs portables ne sont pas autorisés.

- **Journal local**

L'unité est abonnée au quotidien *le Courrier Picard*.

- **Tabac**

Les patients ne sont pas autorisés à fumer dans les chambres ni dans les locaux communs. Ils peuvent fumer à l'extérieur dans l'espace fumeur et dans la cour. Le tabac est déposé le soir dans le bureau infirmier avant le coucher.

- **Activités et sorties**

Les patients les plus autonomes peuvent se rendre à l'hôpital de jour situé au sous-sol du pôle. Ils peuvent participer à l'atelier cuisine (cuisine thérapeutique aménagée), aux travaux manuels, aux ateliers de renfort de la mémoire ou pour rédiger un journal interne.

- **Isolement et contention**

Une chambre de soins intensifs d'une superficie de 12 m² est aménagée au rez-de-chaussée. Elle est attenante à la salle de soins de l'unité avec un oculus qui du côté de la « pharmacie » laisse apparaître une pendule avec l'heure et la date. Elle ne dispose pas d'une double entrée. Son positionnement est excentré.

Elle comporte un lit avec un sommier en plastique, un matelas ignifugé avec des draps et une couverture ignifugée, et une ceinture de contention. La pièce est équipée d'un bouton d'appel. La fenêtre est fermée et barreaudée. La lumière centrale est actionnée de l'extérieur.

Une salle d'eau d'une superficie de 8 m², attenante à la chambre, est équipée d'un wc, d'un lavabo en inox et d'une douche.

4.2.1.6.5 L'activité de l'unité

<i>Secteur 60 G06 unité Rogues De Fursac</i>	2010	2011	2012	1 ^{er} quadrimestre 2013
Nombre de journées d'hospitalisation	11902	8517	7281	2440
Nombre d'entrée + présent au 1^{er} janvier	195	120	158	58
Durée moyenne de séjour	80	70	65	
Taux d'occupation (en %)	98%	70%	60%	
Nb de lits	33	34	34	34
File active	148	122	133	63

Les hospitalisations sans consentement dans l'unité sont :

<i>Secteur 60 G06 Unité Rogues De Fursac</i>	
Hospitalisation libre	6
Soins psychiatrique sur décision d'un représentant de l'état	2
Soins psychiatrique à la demande d'un tiers	9
Programme de soins	60

4.2.1.6.6 L'unité Sérieux et l'unité Capgras

Ces deux unités présentent de nombreux points communs dans leur architecture que dans leur fonctionnement.

4.2.1.6.6.1 Les locaux des deux unités

Une des entrées du pavillon **Sérieux** est commune avec l'unité Capgras avec laquelle elle partage l'escalier et l'ascenseur, chacune des unités occupant une aile du bâtiment (rez-de-chaussée et étage).

C'est une unité qui accueille des personnes de plus de 60 ans souffrant de troubles psychiques dus au vieillissement ainsi que des personnes ayant déjà connus des épisodes d'hospitalisation et transférées dans ce bâtiment en raison de leur âge.

L'unité n'accueille pas de patients considérés comme violents ou dangereux mais compte tenu de la fréquence des troubles liés au repérage spatio-temporel, les portes de l'unité sont fermées.

Cette unité comporte vingt-six lits mais l'occupation moyenne se situe entre dix-sept et vingt patients. Lorsque le nombre de patients est plus élevé, il a été dit aux contrôleurs que la situation devenait difficile en raison d'un nombre insuffisant de personnel pour s'occuper de personnes à très faible autonomie. Cette unité mixte comportait deux patients hommes pour seize femmes au moment de la visite.

L'unité **Capgras** est fermée. Elle accueille des patients en hospitalisation prolongée, certains restant sept à huit ans mais d'autres beaucoup plus longtemps. Les personnes accueillies sont souvent gravement déficitaires ce qui rend difficile leur transfert vers des maisons d'accueil spécialisé (MAS) ou des foyers d'accueil médicalisée (FAM). Les patients font souvent des séjours successifs et il est très rare de faire des admissions directes, la plupart des patients provenant d'autres unités hospitalières du CHI.

Cette unité comprend vingt-cinq lits dont dix-neuf étaient occupés au moment du contrôle (douze hommes et sept femmes) plus une chambre de soins intensifs. Les patients étaient tous placés sous curatelle ou tutelle à l'exception d'un.

▪ Les chambres

Au rez-de-chaussée de l'unité **Sérieux**, se trouvent quatre chambres à deux lits avec un lavabo dont une chambre dite de « soins intensifs » contigüe à la salle de soins et qui permet de soigner les patients ayants des troubles somatiques en plus des troubles psychiatriques. Cette chambre peut être surveillée grâce à un oculus qui se trouve dans le mur jouxtant la « pharmacie ».

Les chambres doubles ont une surface de 20 m² et disposent de lits médicalisés (matelas anti-escarres notamment). Le lavabo n'est pas isolé. Le mobilier est constitué par deux chevets et deux armoires.

L'ouverture de la fenêtre dans les chambres est condamnée à l'exception d'un vasistas.

Très peu de chambres comportent des éléments de personnalisation (photos, souvenirs personnels...). Les prénoms des occupants figurent cependant sur la porte d'entrée de la chambre.

Au premier étage, se trouvent sept chambres à deux lits et quatre individuelles.

Les chambres individuelles mesurent 12 m² et disposent d'un cabinet de toilette avec lavabo, douche et wc. Les lits sont médicalisés, surmontés d'une rampe lumineuse qui peut servir soit de liseuse soit d'éclairage. Le mobilier est constitué d'un chevet et d'une armoire. L'ouverture de la fenêtre dans les chambres est condamnée à l'exception d'un vasistas. Les patients peuvent manœuvrer les stores manuellement.

Les chambres doubles sont équipées de manière similaire et mesurent 20 m².

Toutes les chambres ont des portes permettant le passage d'un brancard et d'un fauteuil roulant.

Au rez-de-chaussée de l'unité **Capgras** se trouvent trois chambres, chacune avec un lavabo (deux chambres à deux lits et une chambre individuelle dite de « soins intensifs »). Cette dernière jouxte la salle de soins, pouvant être surveillée depuis ce local par l'oculus situé dans la paroi mitoyenne des deux pièces.

Au premier étage, se trouvent onze chambres dont trois individuelles, six à deux lits et deux à trois lits. Les chambres collectives ne disposent que d'un cabinet de toilette fermé avec un lavabo et les chambres individuelles offrent un sanitaire avec un wc, une douche et un lavabo entièrement isolé de la chambre.

L'unité dispose de cinq lits médicalisés et de quatre lits articulés.

- **Les toilettes et les douches**

L'unité **Sérieux** et l'unité **Capgras** comportent chacune deux wc au rez-de-chaussée et une salle de bains avec une baignoire adaptée pour les personnes handicapées. L'unité ne dispose pas de sanitaire spécifique pour les visiteurs.

Au premier niveau, une pièce est aménagée avec une baignoire adaptée pour une personne handicapée, une deuxième salle de bains est équipée d'une baignoire « classique ».

- **Les espaces communs**

À l'entrée de l'unité **Sérieux** se trouve le bureau médical, d'une superficie de 10 m². Face au hall d'entrée, une salle de détente sert aussi de salle à manger (six tables avec quatre chaises et quelques fauteuils). L'office pour faire réchauffer les plats est bien équipé et mesure 15 m².

Le bureau infirmier sert aussi de bureau au cadre de santé. Cette pièce de 20 m² contient plusieurs armoires où sont rangés les dossiers individuels des patients. Dans ce bureau, il est possible d'entendre les messages émis à partir des interphones des chambres du premier étage.

En face du bureau infirmier, une pièce de 10 m² permet de recevoir les visiteurs. Elle dispose d'une sortie autonome sur l'extérieur. Dans cette pièce est affiché un certain nombre d'informations sur les droits des patients (charte du patient hospitalisé, adresses utiles dont celles des avocats et des ministres du culte présents dans l'établissement).

Au bout du couloir, la pièce de séjour de 40 m² sert de salon de télévision et de salle d'activités (gymnastique douce par exemple).

Afin de permettre de fumer, en restant à l'abri de la pluie, un préau fumeur a été aménagé à l'extérieur avec deux bancs scellés au sol.

Deux salles, de 12 m² chacune, servent de local à linges propre et sale ; une porte donnant à l'extérieur permet de respecter un circuit spécifique pour le linge sale.

Au rez-de-chaussée de l'unité **Capgras** se trouvent le bureau médical d'une superficie de 10 m², un bureau pour l'équipe soignante, un bureau de cadre et une salle de visite.

La salle de détente de 20 m² dispose d'un poste de télévision et offre un accès sur la cour. Cette pièce très lumineuse comporte un agencement agréable.

La salle à manger de 40 m² (équipée de sept tables munies de quatre chaises et de quelques fauteuils) donne accès à une terrasse de 30 m² où il est possible de prendre les repas aux beaux jours.

L'office pour faire réchauffer les plats est bien équipé et mesure 15 m². Un autre office est utilisé par le personnel pour déjeuner.

En face du bureau infirmier, une pièce de 15 m² permet de recevoir les visiteurs. Elle dispose d'une sortie autonome sur l'extérieur. Dans cette pièce est affiché un certain nombre d'informations sur les droits des patients (charte du patient hospitalisé, adresses utiles dont celles des avocats et des ministres du culte présents dans l'établissement).

Afin de permettre de fumer tout en restant à l'abri de la pluie, un préau fumeur a été aménagé à l'extérieur avec deux bancs scellés au sol

Deux salles de 12 m² chacune servent de local à linge propre et sale.

L'étage des deux unités comprend une salle d'activités manuelles de 18 m² avec plusieurs armoires contenant du matériel et d'anciennes réalisations des patients. Une grande table permet de réaliser certains travaux (peinture, collages, mosaïque...). Une autre pièce spacieuse et agréablement aménagée (tapis, fauteuils, peinture aux teintes douces) permet d'organiser des séances de relaxation sur une surface de 40 m² avec la possibilité de diffuser de la musique.

À cet étage se trouvent également deux linderies (12 m² chacune), une buanderie avec du matériel pour laver et sécher le linge et deux locaux de rangement.

▪ La cour

L'accès à la cour, qui dispose d'une allée aménagée pour le passage des fauteuils roulants, est possible de 6h à 21h30 et un peu plus tôt en hiver.

Pour l'unité **Sérieux** la cour est constitué d'un espace avec de la pelouse. Elle comporte un tracé de terrain de pétanque.

La cour de l'unité **Capgras** présente une superficie de 150 m² avec un coin pour jouer à la pétanque. Elle est ceinte de grillages, dispose d'une table de ping-pong et le sol est couvert de pelouse.

Présentation de ces deux unités :

<i>Secteur 60 G06</i>	unité Sérieux	Unité Capgras
Nombre de lits	26	25
Nombre d'hommes hospitalisés	2	12
Nombres de femmes hospitalisées	16	7
Plus longue hospitalisation	35 ans	35 ans
Patient le plus âgé	89 ans	62 ans
Patient le plus jeune	59 ans	20 ans
Nombre de chambres à un lit	4	5
Nombre de chambres à deux lits	11	7
Nombre de chambres à trois lits	0	2
Nombre de douches	12	7

Nombre de wc	13	12
Salle de bains	3	2

4.2.1.6.6.2 Le personnel de l'unité Sérieux et de l'unité Capgras

a. Personnel paramédical

Le personnel paramédical se compose ainsi :

Secteur 60 G06	Sérieux		Capgras	
	N	ETP	N	ETP
Cadre de santé	1		1	0,8
IDE J/N	12	11,8	14	13,4
Aide-soignant J/N	10	10	9	9
ASH	3	2,8	4	4
TOTAL	26	25,6	28	27,2

b. Personnel médical

Le personnel médical des unités est composé d'un praticien hospitalier en psychiatrie qui intervient deux demi-journées par semaine dans chacune des deux unités et d'un praticien en gériatrie qui intervient deux demi-journées par semaine dans l'unité **Sérieux** et une demi-journée par semaine dans l'unité **Capgras**.

4.2.1.6.6.3 Le fonctionnement des deux unités

▪ Formalités d'entrée dans l'unité

Le personnel soignant dispose d'une check-list qui récapitule les formalités à accomplir à l'arrivée du patient. Habituellement les patients passent d'abord par les urgences de l'établissement ou font un séjour en unité de psychogériatrie pour porter un diagnostic étiologique.

Si les patients arrivent sous contrainte, une première notification des droits est faite par le médecin des urgences. Un nouveau point sur la situation juridique est fait à l'arrivée dans l'unité par le cadre de santé.

On remet à l'intéressé un livret d'accueil avec la charte de la personne hospitalisée. L'entretien infirmier permet de vérifier un certain nombre d'informations, comme par exemple l'existence d'un dossier médical préexistant si un séjour au CHI a déjà été fait, de recueillir l'adresse des proches, de la personne de confiance et les données administratives de prise en charge.

L'inventaire contradictoire est réalisé ; il est expliqué au patient qu'après avoir vu les médecins - psychiatre et somaticien - un protocole de soins établira le traitement à suivre et les consignes de vie au quotidien. Si le patient est admis sous contrainte, il lui est à nouveau expliqué sa situation après avoir vérifié qu'il a reçu notification de la décision d'admission sous contrainte.

- **Ouverture et fermeture des unités et des chambres**

Les chambres ne sont pas fermées, sauf si la personne est mise sous contention dans son lit pour la protéger des autres patients. Elles sont ouvertes la nuit, ce qui aux dires du personnel ne pose pas de problèmes ; les personnes errant dans le couloir étant reconduites dans leurs chambres.

L'accès aux chambres est autorisé le matin jusqu'à 9h30, après le déjeuner jusqu'à 15h et le soir après le dîner. Pour les patients très âgés cette règle est aménagée. Pour certains patients ayant des troubles graves du développement, la règle est aménagée car leur présence continue dans les locaux communs troublerait la vie des autres patients.

- **Biens personnels**

L'inventaire des effets personnels (ceintures, sacs à main, petites sommes d'argent, objet dangereux, parfum...) de chaque patient est effectué à l'entrée dans l'unité. L'inventaire, signé contradictoirement par le soignant et le patient, est archivé dans le dossier. Les effets personnels sont déposés dans des casiers fermés dans le bureau infirmier. La clef est remise aux patients. Ils peuvent garder à disposition leur téléphone portable. Les objets de valeur sont entreposés dans un coffre au bureau central du secteur.

- **Hygiène (corporelle, vestimentaire)**

Selon les informations recueillies, certaines familles entretiennent le linge des patients, pour d'autres patients plus isolés c'est l'unité qui s'en charge. Les contrôleurs ont constaté que le port du pyjama était exceptionnel et sur consigne médicale. Tous les patients sont levés et habillés pour éviter la formation d'escarres notamment. Un patient garde la chambre très fréquemment en raison de la nature de ses troubles (troubles envahissant du développement) mais il est levé et accompagné tous les jours dans le couloir par les soignants pour garder un minimum de mobilité.

- **Entretien des locaux**

L'entretien des locaux est assuré par trois ASH dans l'unité Sérieux, de quatre dans l'unité Capgras, tous les jours. Les chambres sont nettoyées et aérées en l'absence des patients.

- **Repas**

Les repas sont pris en commun dans la salle à manger, à 9h pour le petit déjeuner, 12h pour le déjeuner et 19h pour le dîner. Un goûter est servi à 16h.

Les repas, livrés le matin à 9h, sont réchauffés dans des barquettes et servis dans des assiettes par un agent de service à la salle à manger.

- **Relations avec l'extérieur (visite, téléphone, correspondance)**

Les visites sont autorisées de 14h à 18h à l'unité Sérieux de 13h à 19 h à l'unité Capgras, mais une certaine souplesse est observée. En réalité, peu de patients reçoivent des visites

régulières car les liens avec les familles sont distendus. Les visites peuvent se dérouler dans la cour, voire dans le parc après en avoir informé le personnel soignant.

Les enfants de moins de 15 ans ne sont pas admis.

Concernant la correspondance (courrier départ et arrivée), les patients ne sont soumis à aucune restriction.

- **Télévision, radio et ordinateur**

Les unités disposent chacune d'un poste de télévision installé dans la salle de séjour et d'un autre dans la salle à manger, lesquels fonctionnent jusqu'à 22h le soir. En réalité, il est très rare que la télévision soit regardées après 21h30, les patients se couchant tôt.

La salle de séjour dispose d'un dispositif de climatisation.

Chaque patient a la possibilité d'avoir un poste de radio ou d'écouter de la musique.

Les ordinateurs portables ne sont pas autorisés.

- **Journal local**

L'unité bénéficie d'un abonnement au quotidien *Le Parisien*.

- **Tabac**

La plupart des patients fumeurs ne conservent ni leurs cigarettes ni leurs briquet ; les soignants distribuent les cigarettes à l'unité pour réguler la consommation et éviter les risques d'incendie. Il est proscrit de fumer dans les chambres et les locaux communs.

- **Activités et sorties**

L'unité **Sérieux** organise quelques activités programmées.

L'activité la plus régulière est la randonnée qui est encadrée par une infirmière et une aide-soignante. Quatre ou cinq patients partent tous les lundis se promener durant deux heures à l'automne et au printemps, pour un temps plus long avec une pause pique-nique en été. Pour tous ceux qui ont moins de mobilité, des promenades dans le parc de l'hôpital sont possibles avec l'accompagnement d'un soignant.

Les patients sont aussi accompagnés sur les marchés de leur ville d'origine pour y réaliser des achats et pour y retrouver des connaissances. Au cours de l'année 2012, cinq séances de réalisation de pâtisseries ont été organisées avec dégustation festive à la fin de l'atelier. Avant la fête de Noël, des ateliers de travaux manuels sont mis en place afin de réaliser des décorations et des petits cadeaux.

Des activités comme les jeux de société, la pétanque ou la gymnastique douce sont pratiquées au sein de l'unité. Pour ceux qui sont les plus autonomes, il est proposé de suivre des ateliers sur l'équilibre ou la mémoire.

Concernant les sorties en journée et sous réserve des autorisations médicales, des accompagnants sont nécessaires pour se rendre à la bibliothèque, à la cafétéria de l'hôpital de jour et dans le parc du CHI.

L'unité **Capgras** organise quelques activités régulières.

L'activité jardin concerne deux à quatre patients de mars à septembre. Elle permet de réaliser des plantations dans une partie réservée du parc de l'hôpital qui sont ensuite utilisées pour être préparées par les patients. Un infirmier référent organise les séances de jardinage.

L'activité pâtisserie rassemble plus de patients (six patients au maximum par séance). Au cours de l'année 2012, l'activité a été organisée trente-et-une fois, tout particulièrement lorsqu'il s'agit de préparer un gâteau d'anniversaire pour un patient ou pour célébrer une fête comme la Chandeleur.

Régulièrement, les patients peuvent partir en randonnée (six à douze personnes) encadrés par deux à quatre soignants. Le groupe part en minibus pour se rendre dans la campagne environnante. À partir d'avril, le groupe part pour la journée avec un pique-nique. Cette activité a eu lieu trente-deux fois en 2012.

Les activités sportives sont organisées en collaboration avec l'USL, un aide-soignant de l'unité participant à l'encadrement des patients. Cinq patients ont participé à une chasse au trésor et à un rallye inter-unités. Deux patients ont pu faire un séjour de cinq jours en baie de Somme.

Des activités comme les jeux de société, la pétanque ou de la gymnastique douce sont pratiquées au sein de l'unité.

▪ Sur-occupation

Au moment de la visite des contrôleurs, dix-huit lits sur vingt-six étaient occupés dans l'unité **Sérieux** ; dix-neuf lits sur vingt-cinq dans l'unité **Capgras**.

▪ Isolement et contention

L'unité Sérieux ne dispose pas de chambre de soins intensifs.

Les mises sous contention se font sur prescription médicale et pour très peu de temps. Certains patients sont régulièrement placés sous contention au lit le temps de l'endormissement. Après être endormis, les patients sont détachés.

Les mises sous contention figurent au dossier individuel du patient.

▪ Incidents

Selon les informations recueillies, l'unité est calme, peu de patients étant agités ou agressifs.

4.2.1.6.6.4 L'activité des unités

<i>Secteur 60 G06 unité Sérieux/ Capgras</i>	2010	2011	2012	1 ^{er} quadrimestre 2013
Nombre de journées d'hospitalisation	7 170/ 7 998	6 740/ 7 289	6 288/ 6 705	4 112/ 3 034
Nombre d'entrées + présents au 1 ^{er} janvier	64/ 32	57/ 38	42/ 24	38/ 21
Durée moyenne de séjour	114/ 250	135 / 280	131/ 216	
Taux d'occupation (en %)	75%/ 91%	71%/ 79%	66%/ 73%	

Nb de lits	26/ 24	26/ 25	26/ 25	26/ 25
File active	64 / 34	50 / 26	48/ 31	34/ 27

Les hospitalisations sans consentement dans l'unité sont au moment de la visite :

<i>Secteur 60 G06</i>	unité Sérieux	Unité Capgras
Soins libres	12	17
Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état	2	2
Soins psychiatriques à la demande d'un tiers		
– SPDT	3	1
– SPDT urgence	1	1
Programme de soins	1	1

Au cours de l'année 2012, dix-huit patients ont été hospitalisés sous contrainte dans l'unité **Sérieux** et vingt et un dans l'unité **Capgras**.

4.2.1.7 L'hospitalisation au secteur 60 G07 Fitz-James 1

4.2.1.7.1 Présentation du pôle

Le secteur 60 G07 est situé à l'Est du département de l'Oise ; il couvre la ville de Compiègne – elle-même divisée en trois cantons (Compiègne Nord, Compiègne Sud-Ouest, Compiègne Sud-Est) – ainsi que les cantons d'Attichy et Estrées-Saint Denis. L'ensemble compte un peu plus de 100 000 habitants²⁷ dont 70 000 à Compiègne. A l'image des territoires ruraux situés à la périphérie de grandes villes, les cantons d'Attichy et d'Estrées-Saint Denis se sont largement urbanisés durant les dernières décennies. Les interlocuteurs des contrôleurs ont évoqué une urbanisation « maîtrisée », n'ayant pas totalement aboli un mode de vie traditionnel. La crise de l'emploi qui affecte l'ensemble du pays n'a pas épargné le secteur, autrefois industrialisé ; la population active est aujourd'hui majoritairement employée dans le secteur tertiaire. Le nombre des étudiants s'est accru de manière importante lors des quinze dernières années ; les grands axes conduisant vers les Pays-Bas et la Belgique produisent aussi leur lot de trafics de stupéfiants ; il est indiqué que les deux phénomènes ont leur part dans le déclenchement de certaines psychoses.

Les structures de soins sont réparties entre Compiègne, qui en abrite l'essentiel, et Fitz-James.

Les différentes structures du dispositif de soins extrahospitaliers sont réparties dans la ville de Compiègne et comportent :

²⁷ 102 536 habitants au recensement de 2009 selon l'INSEE.

- un CMP²⁸ ;
- un CATTP²⁹ ;
- un centre de post-cure (dix places, avec hébergement) ; il sert de sas à certains patients, au sortir d'une hospitalisation complète ;
- une unité de soins à domicile (une vingtaine de patients suivis), vivant à leur domicile ou dans des maisons ou appartements communautaires ;
- une équipe de psychiatrie de liaison.

Sept infirmières psychiatriques du secteur assurent une présence au service des urgences de l'hôpital général (cf. *supra* § 3.1.1.2.2) ; elles interviennent à la demande des médecins urgentistes dès lors qu'est soupçonné un problème d'ordre psychiatrique. Il est indiqué que toutes les entrées, qu'elles soient envisagées librement ou non, sont précédées d'un passage aux urgences de l'hôpital général. Le procédé, qui conduit à un premier bilan, éviterait parfois l'hospitalisation psychiatrique.

4.2.1.7.2 Le centre psychothérapeutique Henri Theillou (CPHT)

La nécessité du rapprochement de certaines parties de la population a conduit les autorités à envisager la construction d'un lieu d'hospitalisation à **Compiègne**, deuxième ville du département de l'Oise après Beauvais. Le choix du lieu – intégré à la ville – la conception des bâtiments – une sorte de cloître avec cour intérieure et deux niveaux permettant la juxtaposition d'unités fermées au rez-de-chaussée et ouvertes à l'étage – sont, est-il indiqué, le fruit d'une réflexion commune aux chefs des deux pôles concernés, FJ1 et FJ9. Cette proximité permettrait une coopération des personnels des deux pôles et, en cas de besoin, des échanges de patients. En pratique, il semble que le principe de la suppléance des personnels vaille exclusivement entre personnels des deux unités d'un même pôle ; il en va pareillement lorsqu'il est besoin de transférer un patient d'une unité fermée vers une unité ouverte ou inversement.

Construit dans une zone artisanale située aux abords immédiats de Compiègne, le CPHT est opérationnel depuis février 2007. Il s'agit d'un bâtiment en béton édifié sur deux niveaux, peint de couleur grège ; il jouxte l'hôpital général et ne se distingue nullement des autres bâtisses situées à l'entour.

Légèrement en retrait du trottoir, l'édifice est précédé d'une grille percée d'une porte qui reste ouverte en journée. Empruntée tant par les piétons que par les véhicules, cette porte donne accès à un parking utilisé par les personnels. Les familles peuvent se garer sans difficulté à proximité du centre.

Un coin de verdure a été aménagé pour les fumeurs à proximité de la porte d'entrée ; des bancs ont été disposés en fer à cheval ; les contrôleurs ont pu remarquer que l'endroit était fréquenté.

²⁸ 1500 patients suivis en 2012.

²⁹ Au moment du contrôle, la file active était de 83 patients.

A la porte du bâtiment, un interphone permet de se signaler au standard ou aux unités. Le hall d'entrée est précédé d'un sas où sont notamment affichées les diverses chartes relatives aux droits des usagers des services publics, la liste des avocats inscrits au barreau de Beauvais, les coordonnées de l'UNAFAM et des membres de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. Une deuxième porte ouvre sur un hall, vaste et haut, orné de plantes vertes.

Une adjointe administrative se tient à la banque d'accueil et intervient pour l'ensemble de l'établissement. Elle est en charge du standard et de l'accueil des patients et des familles ; elle assure également diverses tâches administratives. Le service de « gestion des patients », qui s'occupe de la facturation, est directement accessible depuis ce hall.

Au fond, deux larges couloirs conduisent, l'un vers l'unité « Hazoy » (Fitz-James 1) et l'autre vers « les pervenches » (Fitz-James 9). Toutes deux sont des unités fermées, auxquelles on accède en se signalant à un nouvel interphone. Au premier étage se trouvent deux unités ouvertes : « la prairie », pour FJ1 et « les gentianes » pour FJ9.

L'étage offre également une cafétéria, une médiathèque, quatre salles d'activités et une salle de réunion. L'ensemble est commun aux deux pôles.

La **cafétéria** occupe un vaste espace avec vue sur le hall d'accueil qu'elle surplombe. Elle est équipée de tables basses et hautes, ces dernières étant entourées de tabourets de bar. Des distributeurs de boisson sont à disposition. Bien que l'ensemble soit plutôt froid, l'espace et la disposition des tables permettent des conversations en toute discrétion. Il n'est pas prévu que les familles puissent y accéder.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « les familles peuvent y accéder ».

Quatre **salles d'activités** sont situées au premier étage et communes aux patients des deux unités (Fitz-James 1 et 9). Aucune programmation d'occupation de la salle n'est prévue. Aussi, le personnel doit-il réserver une des salles lorsqu'une activité est prévue.

Deux salles de petites dimensions, réservées à Fitz-James 9, contiennent l'une un vélo d'appartement et un tapis de course, l'autre une table de tennis de table et un baby-foot.

La troisième salle d'une surface de 30 m² est partagée entre les deux unités. Elle comporte deux armoires fermées à clef, un double évier en inox et une grande table de réunion autour de laquelle sont disposées dix chaises.

Enfin, une grande salle d'une surface de 35 m² est réservée à l'unité Fitz-James 1. S'y trouvent des tables et des armoires remplies de matériels permettant de faire de nombreux travaux d'art plastiques, de la poterie, de la peinture, des figurines en laine...

La **salle de réunion** a été équipée d'un système de visioconférence ; elle est utilisée par les juges des libertés et de la détention. La pièce, d'une quarantaine de m², murs blancs, carrelages de couleur crème au sol, est équipée de tables installées en fer à cheval et d'une trentaine de chaises. Un téléviseur est accroché au mur du fond et une petite table a été installée à proximité, munie du dispositif de visioconférence.

Une **cour intérieure** est commune à l'ensemble des unités. Vaste et dépourvue d'arbres, elle est équipée de chaises, de bancs et d'un kiosque. La cour est accessible aux patients des unités fermées de 9h à 19h ; après le repas et jusqu'à 21h ou 22h selon les saisons, elle est accessible aux patients des unités ouvertes qui, dans la journée, ont davantage de possibilités de mouvement.

4.2.1.7.3 L'unité Le Hazoy

4.2.1.7.3.1 Les patients de l'unité

L'unité Le Hazoy est située au rez-de-chaussée du bâtiment ; sa capacité théorique est de vingt-quatre lits répartis dans quinze chambres individuelles et quatre chambres doubles. Elle dispose d'une chambre sécurisée de soins intensifs (CSSI).

Au jour de la visite, l'unité comptait dix-neuf patients présents (onze hommes et huit femmes) :

- six personnes étaient admises en soins libres ;
- neuf avaient été admises à la demande d'un tiers (SDT) ;
- quatre sur décision du représentant de l'Etat (SDRE).

Seize personnes, étaient suivies en programmes de soins. Selon les renseignements fournis par le chef de pôle, certains patients, hébergés à leur domicile, venaient un ou plusieurs jours par semaine à l'unité (au moment du contrôle, deux personnes faisaient l'objet d'un suivi quotidien, de type « hôpital de jour ») ; pour les autres, le programme de soins correspond à des sorties d'une durée de quarante-huit heures au moins.

Parmi les personnes effectivement hébergées, le patient le plus âgé avait 88 ans et le plus jeune, 19 ans. La plus longue hospitalisation datait de dix-huit mois. En 2012, la durée moyenne de séjour avait été de vingt-trois jours.

4.2.1.7.3.2 Les personnels de l'unité

a. Personnel paramédical de l'unité

<i>Unité Le Hazoy</i>	N	ETP
Cadre de santé	1	1
IDE J/N	20*/2	19, 80/2
Aide-soignant (AS) J/N	11/6**	11/6
Assistante sociale	1	0, 80
Ergothérapeute	1	0, 20
Psychologue	1	0, 20
TOTAL	35	33

*au moment du contrôle, il était fait état de trois arrêts maladie chez les IDE.

**équipe de nuit mutualisée avec FJ9

Des fiches ont été élaborées, définissant de manière précise les tâches qui incombent aux IDE et aux AS à chaque étape de la journée.

b. Personnel médical de l'unité

<i>Unité Le Hazoy</i>	N	EPT
Praticien hospitalier psychiatre	3	1, 60

Des réunions se tiennent chaque matin, à propos de tous les patients ; elles rassemblent les personnels soignants et un médecin. Une fois par semaine, une réunion clinique réunit les trois médecins intervenant dans l'unité, la psychologue, l'assistante sociale et les soignants.

Une présence médicale psychiatrique est assurée chaque jour de semaine, de 9h30 à 10h et de 17h à 19h ; il est indiqué une présence plus importante les lundis, mercredis et jeudis après-midi.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « la présence médicale est assurée de 9h à 17h ».

Une permanence est organisée le samedi matin, par les psychiatres des deux pôles FJ1 et FJ9, avec venue physique dans l'unité ;

Le reste du week-end, un psychiatre du CHI assure une permanence ; il est indiqué qu'il est présent physiquement au CPHT.

Un médecin somaticien vient trois fois par semaine de l'hôpital général de Compiègne.

4.2.1.7.3.3 Les locaux de l'unité

L'unité est construite le long d'un long couloir séparé en deux par des portes délimitant deux zones d'hébergement.

Dans l'entrée, on trouve, à droite, la chambre sécurisée, une salle de soins, un patio fumeurs (patio A) ainsi qu'un bureau médical et le bureau du cadre ; à gauche, une salle de visites, le bureau infirmier et la pharmacie.

Plus loin une porte délimite la première zone d'hébergement. Le long du couloir, on trouve :

- à droite : la salle-à-manger, qui dispose d'une porte donnant accès à la cour intérieure, trois chambres simples et une salle de bains commune ;
- à gauche : six chambres individuelles, un salon de détente et l'office du personnel.

Une seconde porte délimite, dans le prolongement de la première, la seconde zone d'hébergement construite autour d'un second patio central (patio B). Tout autour de ce patio, six chambres individuelles, quatre chambres doubles, une salle de bains commune, un salon de détente et deux pièces de rangement.

Dans l'ensemble l'unité paraît très sombre puisque les portes des chambres donnant toutes sur le couloir, sont fermées, et seuls les deux patios en parois transparentes et à ciel ouvert laissent pénétrer, par le haut, la lumière naturelle.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « le contrôleur assimile l'unité de soins fermée à son couloir sur lequel il porte un regard peu conforme à la réalité. D'après ses dires, le couloir est sombre car les portes des chambres sont fermées et que seules les parois transparentes des murs donnant sur le patio apportent une lumière naturelle. Est-il passé la nuit avant qu'on allume les lumières du couloir ? En effet, dans un hôpital il vaut mieux que les portes des chambres soient fermées pour assurer l'intimité des patients et rares sont les couloirs éclairés par la lumière naturelle ».

L'architecture « en forme de cloître » donne l'impression de ne pouvoir circuler dans l'unité qu'en arpentant le couloir et qu'en tournant en rond autour du patio B.

Les quinze chambres individuelles sont toutes construites sur le même modèle : une pièce de 15,21 m².

La lumière naturelle provient d'une grande fenêtre mesurant 2,73 m de largeur sur une hauteur de 1,26 m dont 0,73 m du bas sont en verre dépoli. Cette fenêtre ne s'ouvre que sur une largeur de 0,20 m de chaque côté. Ces ouvertures peuvent être fermées à clef – seul le personnel dispose de la clef. Chaque fenêtre est équipée d'un volet roulant électrique dont l'ouverture et la fermeture est gérée par les patients. En outre, un éclairage au néon au plafond éclaire la pièce.

Le mobilier de la chambre se compose d'un lit non médicalisé, d'une table de chevet, d'un bureau, d'une chaise, d'une armoire divisée en deux – une partie penderie et une partie étagères – qui peut être fermée à clef. Les patients disposent de la clef de leur armoire. Aucun fauteuil n'est installé.

Le système de chauffage permet aux patients de le régler comme ils le souhaitent.

Enfin, **le local sanitaire**, d'une surface de 4 m², peut être fermé de l'intérieur par un verrou. Il n'est muni d'aucun bouton d'alarme. Il comporte un lavabo au-dessus duquel est fixée une petite tablette et un miroir en verre incassable de hauteur. Une poubelle est à disposition. Les wc sont munis d'un abattant et d'un bouton poussoir. La douche est à l'italienne avec un robinet mitigeur. Aucun porte-savon n'est fixé au mur, ce qui oblige les patients à déposer, à chaque douche, par terre, leurs articles d'hygiène.

L'éclairage de ce local est très faible, provenant uniquement d'un tube au néon fixé au-dessus du miroir du lavabo.

Sur les **quatre chambres doubles**, une, en angle, est la plus grande, d'une surface de 25 m². Tout le mobilier, qui est sur le même modèle que pour les chambres individuelles est doublé. La pièce est éclairée par deux fenêtres dont l'une a les mêmes dimensions que celles des chambres simples et l'autre est plus petite.

Enfin, les trois autres chambres doubles ont une surface de 19 m². Tout le mobilier, sauf le bureau, est doublé. La lumière provient d'une seule fenêtre de mêmes dimensions que celle des chambres simples.

Les locaux sanitaires des chambres doubles sont sur le même modèle que celles des chambres simples. Ainsi, pour deux patients, une seule petite tablette au-dessus du lavabo ne permet pas de disposer les articles d'hygiène de chacun.

<i>Secteur 60G07 Le Hazoy</i>	
Nombre de lits	24
Nombre de chambres d'isolement	0
Chambre sécurisée	1
Nombre d'hommes hospitalisés	11
Nombres de femmes hospitalisées	8
Plus longue hospitalisation	18 mois
Patient le plus âgé	88 ans
Patient le plus jeune	19 ans
Nombre de chambres à un lit	15
Nombre de chambres à deux lits	4
Nombre de douches	19
Nombre de wc	22
Salle de bains	2

▪ La chambre sécurisée

L'unité du Hazoy possède une chambre sécurisée de soins intensifs (CSSI).

Cette chambre est prioritairement occupée par les personnes détenues admises sous le régime de l'article D.398 du code de procédure pénale qui y sont systématiquement placées, sans contention « sauf si cela est nécessaire ». L'isolement obligatoire, durant toute la durée de séjour du patient-détenu, est un choix assumé du médecin chef de pôle résultant du principe selon lequel ces personnes, même hospitalisées durant leur passage à l'hôpital, restent avant tout des personnes détenues. Aussi, les barreaux de la fenêtre ont-ils été volontairement maintenus.

Selon le médecin chef de pôle, cette unique chambre n'est pas suffisante car, outre les patients-détenus qui y sont admis, peuvent également y être placés des patients « en crise et qui doivent être isolés ». En conséquence, lorsque la chambre est occupée par un patient-détenu, les autres patients devant être isolés et contenus, le sont en chambre ordinaire.

La CSSI est la première chambre à droite en entrant dans l'unité. Elle fait face au bureau infirmier.

On y accède en pénétrant d'abord par un sas de 2 m². Le matériel de contention n'est pas stocké dans ce sas mais dans la salle de soins attenante.

La chambre est carrée, d'une surface de 15 m². La lumière naturelle illumine la chambre par une fenêtre située en face de la porte d'entrée. Entièrement barreaudée, cette fenêtre mesure 2,73 m de largeur sur 1,26 m de hauteur dont 0,73 m du bas sont en verre dépoli. Cette fenêtre ne s'ouvre que sur une largeur de 0,20 m de chaque côté. Ces ouvertures peuvent être fermées à clef – seul le personnel disposant de la clef. Elle est munie de volets roulants électriques dont la commande se trouve dans la salle de soins.

La chambre contient uniquement un lit en mousse disposé contre le mur à droite de l'entrée et un tabouret, également en mousse, « qui peut servir de table de chevet ». Sur le mur contre lequel le lit est placé, est disposé un interphone relié à la salle de soins.

En face du lit, le mur à gauche de l'entrée est percé d'un opercule de 0,90 m de largeur et de 0,70 m de hauteur donnant sur la salle de soins, permettant d'avoir une vue sur la chambre. Au centre de cet opercule, une horloge digitale a été scotchée.

Le local sanitaire, d'une surface de 5 m², est fermé par une porte. Il est composé d'un bloc sanitaire en inox avec un wc et un lavabo ainsi que d'une douche à l'italienne avec un pommeau sans flexible. L'eau est distribuée par bouton poussoir.

Outre la lumière naturelle, un tube au néon au plafond de la chambre et celui du local sanitaire peuvent être actionnés depuis le sas.

Il a été indiqué aux contrôleurs que fumer était toléré pour les patients isolés en CSSI. Dans ce cas, deux soignants sont présents et le patient fume à la fenêtre.

▪ **Les locaux communs.**

La salle à manger est située au milieu du couloir central qui parcourt l'unité ; on peut y pénétrer par deux entrées. La pièce, en forme de L, est vaste – 57 m² – et très claire. Le mur du fond, largement vitré, donne sur la cour intérieure à laquelle il est possible d'accéder par une porte-fenêtre coulissante ; un autre mur, vitré sur la moitié de sa hauteur, donne sur le patio fumeur. Les fenêtres sont munies de volets extérieurs. Les autres murs sont blancs et jaune moutarde, assortis à la couleur du carrelage posé au sol. L'ensemble est un peu défraîchi.

La pièce est pourvue de six tables de quatre places, de couleur claire, et de chaises en bois. La vaisselle est rangée dans un buffet bas, surmonté d'une étagère peinte en vert et jaune ; un four à micro-ondes permet d'éventuellement réchauffer son assiette. Quelques jeux de société et des revues datant de plusieurs mois sont à disposition, ainsi qu'un poste de radio. Les menus de la semaine sont affichés sur un tableau. Une horloge est accrochée au-dessus de l'une des portes d'entrée. Quelques cadres décorent l'ensemble.

Le patio des fumeurs (patio A) avoisine la salle à manger ; on y accède par une porte située à proximité du bureau du cadre. D'une surface de 26 m², il est entièrement vitré et traverse le bâtiment sur toute sa hauteur (deux niveaux) pour finir à ciel ouvert. Il est ouvert de 7h à 23h. Huit fauteuils (dont quatre scellés deux à deux) ont été placés, épars, dans l'allée qui court autour d'un jardinet central. Un grand cendrier est scellé dans un angle.

L'unité dispose, à l'autre extrémité du couloir, d'un **second patio** (B), plus vaste que le premier (35 m²) et pareillement organisé et équipé. Plus éloigné des lieux de vie de l'unité, il ferme à 19h.

Deux salons de détente sont à la disposition des patients.

Le premier fait face à la salle à manger ; sa surface est légèrement supérieure à 20 m² ; le mur donnant sur le parking est vitré et muni d'une porte fermée à clef. Deux autres murs sont peints de blanc et le dernier de couleur jaune-moutarde. Le sol est carrelé (blanc au centre et mauve sur le pourtour). Un téléviseur (0,80 m de diagonale) est posé sur un meuble dans lequel sont rangés CD et DVD. La pièce est équipée d'une dizaine de fauteuils de couleur pastel et d'une table basse couverte d'une dizaine de revues récentes (*Gala, Elle, Votre beauté* ...). Aucun élément ne décore la pièce. Au moment de la visite, la télévision fonctionnait, bien que la pièce fût vide.

Le deuxième salon de détente est situé à l'extrémité du couloir, à côté du patio B ; sa superficie est de 26 m² ; le sol est carrelé de couleur mauve et les murs sont peints dans des tons dégradés de vert. Un téléviseur de mêmes dimensions que le précédent est placé dans un meuble. Outre huit fauteuils de couleur bordeaux, la pièce est équipée d'une table-bureau, d'une table basse, d'un meuble bas (vide) et d'un meuble avec étagères supportant trois jeux de société, un jeu de fléchettes, une dizaine de romans et un dictionnaire.

La salle à manger est manifestement très investie comme lieu de détente et de convivialité.

4.2.1.7.3.4 Le fonctionnement de l'unité

▪ Arrivée.

Ainsi qu'il a été dit, les patients passent le plus souvent par le service des urgences de l'hôpital général de Compiègne ; il arrive aussi, s'agissant de patients admis sur décision du représentant de l'Etat, qu'il faille aller les chercher au commissariat ou à la gendarmerie. L'UAU de Clermont se charge, alors, du transport, en présence d'un soignant de la future unité d'accueil. A ce stade, l'arrêté de placement, en général un arrêté municipal, est remis au service et le patient en a déjà été avisé par le personnel de l'UAU.

L'entretien d'accueil est réalisé par deux soignants, dont une infirmière. Il permet de rappeler au patient les motifs de son arrivée (tels qu'ils sont inscrits sur le certificat médical joint à l'arrêté), le mode d'hospitalisation et de lui présenter brièvement le fonctionnement global du service. Le règlement intérieur de l'unité lui est remis, ainsi qu'un livret d'accueil. Le patient est informé qu'un médecin viendra l'examiner dans les meilleurs délais. Les premières consignes médicales, appelées contrat de soins, seront posées à ce stade. En amont, tout contact avec l'extérieur est proscrit. Le règlement intérieur prévoit que la famille puisse être avisée par le personnel, si le patient en est d'accord.

La mise en pyjama n'est pas la norme ; en revanche il est fréquemment demandé, ou imposé en ce qui concerne les patients admis sans consentement, de ne pas avoir de contact avec l'extérieur, ni par téléphone ni par visites, durant les premiers jours (en fonction du contrat de soins établi en début de prise en charge).

Au moment du contrôle, deux personnes étaient astreintes au port du pyjama. Il ne s'agissait pas de personnes récemment hospitalisées, elles avaient été auparavant autorisées à garder leurs vêtements.

▪ Inventaire

Il est réalisé dans la chambre du patient, dessaisi de son téléphone portable, de ses documents administratifs, de toute valeur, tout bijoux et de toute somme d'argent supérieure à 65 euros. Le tout est placé dans une enveloppe fermée puis, selon leur valeur, dans une « armoire de dépôt », elle-même fermée à clef ou dans un coffre à combinaison³⁰, tous deux entreposés dans le bureau du cadre. Les objets déposés sont enregistrés sur une fiche que le patient signe au dépôt et à la restitution. Une petite somme d'argent est laissée au patient selon son état de santé.

▪ Les droits

Ils sont liés aux admissions sans consentement et ne font pas l'objet d'un exposé oralement détaillé. Le premier arrêté est, en principe, porté à la connaissance du patient par l'UAU avant même son arrivée dans l'unité ; il est indiqué que l'arrêté préfectoral est porté à sa connaissance par un cadre ou un infirmier, sans formalisme particulier ; les possibilités de recours ne sont évoquées que dans la mesure où un patient viendrait à contester la décision ; il est généralement renvoyé vers les documents affichés dans le hall de l'unité.

Dans l'entrée de l'unité en effet, un tableau d'affichage supporte divers documents informatifs :

- charte des personnes hospitalisées, charte Marianne, charte de bienveillance, charte de la laïcité ;
- recours offerts aux usagers (tous types de recours, pour tous types d'usagers) ;
- informations relative à la personne de confiance ;
- coordonnées de la direction qualité et droits des patients ;
- règlement intérieur ;
- tableau des avocats inscrits au barreau de Beauvais (affiché en hauteur, il est difficilement lisible).

Le médecin, en particulier le chef de pôle, déclare informer le patient de la possibilité de désigner une personne de confiance susceptible d'assister aux entretiens ; il est indiqué que, pour peu fréquente que soit cette pratique, elle est effectivement en œuvre avec certains patients.

Le sentiment du patient à propos de son traitement et des conditions de son séjour est recueilli par le médecin lors d'entretiens hebdomadaires sans qu'un formalisme spécifique soit mis en place pour recueillir ses observations avant chaque décision prononçant le maintien des soins ou définissant la forme de la prise en charge, au sens de l'article L3211-3 du code de la santé publique.

▪ Repas

Ils sont livrés par le CHI sous forme de barquettes collectives et réchauffés au CPHT. Les personnes relevant d'un régime spécial, qu'il s'agisse de question de santé ou de choix religieux, sont livrées par barquettes individuelles. L'ensemble est posé sur un chariot poussé jusqu'à la salle à manger où les repas sont pris en commun. Les patients se placent à leur

³⁰ Pour les valeurs supérieures à 200 euros.

guise ; ceux qui le peuvent contribuent à mettre le couvert ; les patients sont servis à l'assiette et à table ; ceux qui le peuvent débarrassent leur couvert.

Si les déjeuners et dîners se prennent à heures fixes – 12h et 19h – le petit déjeuner s'étale entre 8h et 8h30.

Au moment du contrôle le menu du soir était ainsi composé :

- mousse de foie de volaille et cornichons ;
- poulet et macaronis ;
- gratin de fruits ou compote de pommes.

L'ambiance était détendue et la plupart des patients ont mangé avec appétit. Certains ont regretté l'omniprésence de la compote.

Cinq personnes suivaient un régime spécial (sans porc, sans protéines de lait et sans poisson).

▪ **Traitements**

La dotation médicamenteuse est hebdomadaire par le CHI, un conditionnement nominatif est ensuite préparé. Le CPHT dispose d'un défibrillateur ; l'unité dispose, en outre, d'une valise d'urgence, contrôlée mensuellement.

Le local de soins de l'unité, propre et bien tenu, est pourvu de tout l'équipement d'usage et le personnel l'estime approprié. Les traitements sont distribués à la porte, par deux soignants. Une validation informatique est réalisée en temps réel. La distribution du soir se fait dans les chambres ; les pratiques divergent à ce propos : certains réveillent les patients quand d'autres considèrent que le sommeil rend inutile la dispensation d'un anxiolytique ou d'un somnifère.

▪ **Hygiène**

Le règlement intérieur prévoit que « rasoirs, sèche-cheveux, parfums, nécessaire de manucure et dissolvants sont déposés dans la salle de soins de l'unité ». Ils sont accessibles au moment de la toilette.

En pratique les patients arrivant en urgence sont dépourvus de tels produits. L'hôpital fournit en dépannage cinq flacons de gel douche par mois et par étage.

Chaque chambre dispose d'une douche, accessible à tout moment. Celles-ci sont fermées entre 11h et 11h 45, lors du nettoyage des locaux.

Les draps et le linge de toilette sont changés chaque semaine. Il est aussi loisible à un patient d'utiliser son propre linge de toilette et, dans ce cas, de le faire laver par sa famille. En cas de besoin, une machine à laver est disponible à l'étage du bâtiment, accessible au personnel et, dans la mesure où ils sont accompagnés, aux patients.

▪ **Visites**

Le règlement intérieur prévoit que les visites sont prévues par le contrat de soins établi avec le médecin. Elles se déroulent dans la salle prévue à cet effet et, hors situation particulière, entre 14h à 18h30 ; les enfants de moins de 15 ans ne sont pas admis dans l'unité. Le règlement stipule qu'il est strictement interdit de faire entrer dans le service des denrées alimentaires, plantes vertes, fleurs coupées, « alcool, armes, drogues et médicaments ».

Il semble que le règlement soit appliqué avec une relative souplesse, tant en ce qui concerne les horaires que l'apport de certaines denrées alimentaires, dès lors qu'elles ne sont pas périssables.

Le salon de visite est situé à l'entrée de l'unité. Il offre une surface de 20 m², partagée en deux par un grand paravent. Le sol est recouvert de linoléum rouge sombre ; des baies vitrées, munies de stores extérieurs, occupent tout un mur donnant sur un parking ; les autres murs sont peints en blanc pour l'un et, pour les deux autres, couleur moutarde. Le mobilier est composé d'une douzaine de fauteuils de couleur rouge et de deux tables basses. L'ensemble est propre et dépourvu de tout élément décoratif.

Il est indiqué que la plupart des tuteurs ou curateurs entretiennent des contacts réguliers tant avec le personnel qu'avec les patients et non seulement pour des questions financières.

Au moment du contrôle, sur dix patients dont les consignes médicales ont été observées, un était interdit de visite ; il était également interdit de téléphone et soumis au port du pyjama selon un programme de soins défini par un médecin.

- **Correspondance**

Le courrier des patients démunis est timbré par l'hôpital.

- **Téléphone**

Le règlement intérieur interdit formellement l'usage du téléphone portable durant toute la durée du séjour. Il indique la possibilité, sur accord médical, de recevoir des appels et d'en passer à partir de la cabine située dans le hall d'accueil.

En pratique, les patients sont autorisés à consulter leurs messages dans bureau du cadre de santé et, s'ils le souhaitent, à y répondre.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « ils peuvent aussi prendre leur portable durant le temps qu'ils passent à la cafétéria, pour le rendre ensuite à l'équipe ».

Les appels reçus ne sont pas limités ; passant par le standard, ils aboutissent sur le téléphone infirmier, confié au patient le temps de la communication. Il semblerait que le même procédé soit utilisé pour les appels sortants, que l'équipe dit tenter de limiter à un par jour, afin de pouvoir passer les communications professionnelles.

Le règlement intérieur n'évoque pas la question de l'ordinateur ou de tablette. Le service considère que ce type d'objet est soumis au même règlement que le téléphone portable, précisant toutefois qu'il est « rarissime » qu'un patient se présente avec un tel équipement.

Au moment du contrôle, parmi les neuf patients dont les consignes ont été examinées, un seul était interdit de téléphone ; deux autres étaient limités. Comme pour les autres aspects de la vie quotidienne, il a pu être observé que les consignes étaient évolutives et régulièrement modifiées, dans un sens ou dans l'autre.

▪ Presse

L'unité reçoit quotidiennement *le Courrier Picard* et *le Parisien*, entreposés dans le bureau infirmier pour que chacun puisse en profiter. En pratique, peu de patients semblaient intéressés et tous n'étaient pas informés de cette possibilité de lecture.

Le personnel apporte volontiers ses revues personnelles, qu'il laisse à disposition dans la salle de visite ou dans le hall. A la demande, le soignant en charge des achats de cigarettes achète aussi des revues.

▪ Télévision

Elle est accessible dès après le petit déjeuner et jusqu'à 22h30 ou 23h, après le film du soir. Deux postes sont à disposition, dans deux salons.

▪ Tabac

Le règlement intérieur dispose seulement à ce sujet : « il est interdit de fumer dans les locaux ». Des substituts nicotiques sont proposés mais il est indiqué que certains patients continuent de fumer malgré tout.

Le tabac peut être apporté par les familles ; un soignant en achète aussi, une fois par semaine environ, pour le compte des patients. En principe, ceux-ci disposent de leur briquet et gèrent leur consommation. L'équipe intervient en cas de consommation manifestement excessive.

En pratique, les patients fument dans le patio A, ouvert de 7h à 23h ; le personnel indique l'ouvrir parfois la nuit, si la demande en est faite.

▪ Activités

Les activités principales sont les jeux de cartes ou de société, auxquels le personnel s'associe volontiers. Les contrôleurs ont pu constater que la salle à manger était très investie, davantage que les salons de détente, comme salle d'activité.

Le premier étage du bâtiment abrite une cafétéria, une médiathèque, quatre salles d'activité et une salle de réunion (cf. *supra.*) ; lorsque leur état le permet, les patients sont autorisés à s'y rendre ; ils peuvent notamment jouer au ping-pong ou fréquenter la bibliothèque. Il est indiqué que, ponctuellement et dès lors qu'ils pouvaient y être accompagnés par un soignant, cette possibilité était accessible aux personnes hospitalisées sans leur consentement.

Au moment du contrôle, un ergothérapeute devait débiter deux activités hebdomadaires – musicothérapie et atelier d'écriture – destinées à un petit nombre de patients (de trois à six). Il a été indiqué que les personnes en soins contraints pouvaient aussi y participer.

Le manque de personnel constituerait une difficulté importante pour l'organisation d'activités au quotidien.

Des sorties à la journée sont parfois organisées. C'est ainsi que depuis le début de l'année 2013, les patients ont pu se rendre :

- à Lachelle (Oise), visiter une chocolaterie ;
- à Pierrefonds (Oise), visiter le château ;
- à Boulogne-sur-Mer (Pas-de-Calais), visiter un centre de découverte de l'environnement marin.

Les patients en soins contraints ont été associés à ces sorties (de trois à cinq lors de chacune d'elles). Chacune mobilise trois ou quatre accompagnateurs³¹.

4.2.1.7.3.5 L'activité de l'unité

<i>Unité Le Hazoy</i>	2011	2012
Durée moyenne de séjour	49	23
Taux d'occupation (en %)		89,20
Nb de lits		24
File active		154

4.2.1.7.4 L'unité « les pervenches »

4.2.1.7.4.1 Les patients de l'unité

La capacité théorique de l'unité Pervenche est de vingt-quatre lits répartis dans onze chambres individuelles et six chambres doubles.

L'unité dispose d'une chambre d'isolement, nommée chambre de soins intensifs.

L'unité est fermée.

Au jour de la visite, l'unité comptait vingt patients, onze femmes et neuf hommes :

- sept étaient admis en soins libres ;
- huit avaient été admis à la demande d'un tiers ;
- cinq sur décision du représentant de l'Etat.

Le patient le plus âgé avait 71 ans et le plus jeune 24. La plus longue hospitalisation au sein de l'unité datait de cinq ans et huit mois, s'agissant d'une patiente hospitalisée en réalité depuis 1992, au sein d'autres unités.

³¹ Trois autres sorties étaient prévues, en juin, septembre et décembre 2013, notamment à Dieppe(Seine-Maritime) et Amiens (Somme).

Quatre personnes se rendaient régulièrement en week-end dans leur famille, selon un rythme variant d'une fois par semaine à une fois par mois.

Deux parmi les patients hébergés bénéficiaient d'un programme de soins ; neuf autres, hébergés à leur domicile, bénéficiaient d'un suivi ambulatoire.

<i>Les « Pervenches »</i>	
Nombre de lits	23
Nombre de chambres d'isolement	1
Chambre sécurisée	0
Nombre d'hommes hospitalisés	9
Nombres de femmes hospitalisées	11
Plus longue hospitalisation	5 ans et 8 mois
Patient le plus âgé	71 ans
Patient le plus jeune	24 ans
Nombre de chambres à un lit	11
Nombre de chambres à deux lits	6
Nombre de douches	24
Nombre de WC	25
Salle de bains	1

- Les personnels de l'unité

a. Personnel paramédical de l'unité

<i>Unité « Pervenches »</i>	N	ETP
Cadre supérieur de santé (pour l'ensemble du pôle)	1*	1
Cadre de santé	1	1
Cadre socio-éducatif	1*	0,16
IDE J/N	17	13/3,8
Aide-soignant J/N	6	4/2
ASH	**	

Assistante sociale	1	0,8
Psychologue	1	0,6
Assistant médico-administratif	1	1
TOTAL		27,20

*Pour l'ensemble du pôle

**Organisation pour l'ensemble du CPHT : 26 personnes, pour 4 unités

Les équipes soignantes de jour, constituées de quatre soignants dont au moins deux IDE, interviennent, le matin, de 6h30 à 14h30 et, l'après-midi, de 13h30 à 21h30.

Les équipes de nuit sont constituées de deux soignants dont un IDE au moins ; elles interviennent de 21h à 7h ; il s'agit d'équipes dédiées.

b. Personnel médical de l'unité

Unité « Pervenches »	N	EPT
Praticien hospitalier psychiatre	1	1
Praticien hospitalier généraliste	*	
Assistant	0	
Interne	1	1

*convention avec l'hôpital général de Compiègne.

Deux psychiatres, praticiens hospitaliers, assurent le suivi des patients de Fitz-James 9 ; en pratique, chacun est référent d'une unité de sorte que chaque unité bénéficie d'une présence médicale quotidienne du lundi au vendredi, un des deux médecins assurant une astreinte pour les deux unités le samedi matin.

Le médecin psychiatre référent est présent dans l'unité à partir de 9h. A l'issue de la période d'observation qui donne lieu à des entretiens aussi fréquents que nécessités par l'état du malade et par la délivrance des certificats médicaux exigés par la loi, les patients sont vus une fois par semaine au moins. Les entretiens ultérieurs s'espacent, notamment pour les patients qui séjournent au-delà de trois mois. Il est indiqué qu'une réponse favorable est toujours donnée à une demande de rendez-vous, qu'elle émane du malade ou de l'équipe.

Le chef de pôle continue de suivre quelques patients et vient dans l'unité plusieurs fois par semaine.

Une convention a été signée avec l'hôpital général de Compiègne, au terme de laquelle un médecin généraliste intervient au CPHT trois jours par semaine, les lundi, mercredi et vendredi.

Les patients sont vus dans les 48h de leur arrivée pour compléter le bilan entamé à l'hôpital général au moment de l'admission. Ils sont vus par la suite en cas de besoin, sur demande de l'équipe.

Au moment du contrôle le service bénéficiait de la présence d'un interne, pour six mois.

Des **réunions** interviennent au sein de l'unité :

- chaque matin, pour les transmissions ;
- chaque semaine, en présence du chef de pôle ;
- chaque mois, entre cadres et soignants ;

La réunion soignants-soignés, mensuelle en principe, « est un peu tombée en désuétude ».

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « pour des raisons de disponibilité suffisante du cadre de l'unité (formation), cette réunion ne s'est pas tenue de façon régulière durant l'année 2013 faute de structuration et de coordination des différentes réunions ».

4.2.1.7.4.2 Les locaux de l'unité

Les locaux sont situés au rez-de-chaussée du centre psychothérapique Henri Theillou. On y accède par une porte à double battant fermée à clef. Un interphone situé à droite de la porte est relié au bureau infirmier ainsi qu'au salon de détente des personnels.

▪ les chambres

La superficie des chambres individuelles est de 15 m², celle des chambres doubles de 19 m².

Les chambres individuelles sont meublées d'un lit, d'une table de chevet, d'une armoire à deux portes, d'une table et d'une chaise. Une chambre est équipée d'un lit médicalisé.

Les chambres doubles sont meublées de deux lits, de deux tables de chevet, de deux armoires à une porte mais d'une seule table et d'une seule chaise.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « les chambres à un lit renferment entre autre mobilier une table et une chaise, de même que les chambres à deux lits. Faut-il absolument 2 tables et 2 chaises comme dans un bureau ou les deux patients peuvent-ils s'en servir l'un après l'autre ? ».

Les meubles sont identiques dans l'ensemble des chambres, seules leurs couleurs varient. Ils sont dans un bon état général. Les armoires sont dotées de serrures mais, selon les témoignages recueillis, les patients perdant régulièrement les clés, elles ont toutes été retirées. Cet état de fait pose des problèmes de sécurité des biens des patients, notamment dans les chambres doubles.

Toutes les chambres sont dotées d'un cabinet de toilette de 4 m² équipé d'un lavabo surmonté d'une tablette en plastique et d'un miroir, d'un porte-serviettes, d'une poubelle, d'une cuvette de wc suspendue au mur avec abattant, d'un dévidoir de papier hygiénique, d'une barre de maintien à proximité de la cuvette et d'une douche à l'italienne. Les cabinets de toilette des chambres doubles sont identiques, tant en superficie qu'en équipements, à ceux des chambres simples.

Les chambres bénéficient de clarté grâce à de larges fenêtres (2,60 m de largeur sur 1,30 m de hauteur) divisées en trois parties. La partie centrale - composée de deux baies coulissantes en permanence bloquées par un verrou - est flanquée de deux vantaux de 20 cm de large dont l'ouverture par les patients est possible dans cinq des quinze chambres. En effet, dans les dix chambres donnant sur les parkings de l'établissement, tous les éléments de la fenêtre sont bloqués. Les fenêtres sont dotées de stores électriques en bon état de fonctionnement.

Les portes des chambres sont pleines et sans oculus ; elles ne peuvent être verrouillées de l'intérieur.

Les chambres ne sont équipées ni de sonnettes ni de boutons d'appel.

La chambre d'isolement est située à l'entrée de l'unité, face au salon des visiteurs ; elle est à proximité immédiate de la salle de soins qui est appelée traditionnellement « pharmacie », avec laquelle elle communique.

La pièce, d'une surface totale de près de 25 m², comporte deux entrées, l'une, située dans le couloir, donne sur un sas ; l'autre permet un accès direct par la salle de soins.

La pièce comporte :

- un coin sanitaire de 4 m², totalement carrelé de blanc, muni d'une douche (pompeau en hauteur, sans flexible ni douchette) et d'un bloc « cuvette-lavabo » en métal, surmonté d'un miroir en plastique ; au jour de la visite la salle d'eau comportait un fauteuil en résine (de type fauteuil de jardin) et un plat bassin ; la cuvette des wc était souillée ;
- la chambre proprement dite, est peinte dans un dégradé de tons jaunes ; l'un des murs est percé d'une fenêtre sur toute sa largeur, à partir de la mi-hauteur ; l'ouverture donnant sur la cour, les carreaux du bas sont munis de verre dépoli, partiellement dégradé ; cette fenêtre est équipée d'un store extérieur manipulable depuis la pièce voisine ; une autre fenêtre de 0,60 m sur 0,85 m, équipée d'un store à lamelles, donne dans la pièce de soins depuis laquelle on a vue sur l'ensemble de la chambre d'isolement à l'exception d'une partie des sanitaires, notamment les wc ; la pièce comporte un lit de type anglais, constitué d'une mousse épaisse reposant directement sur le sol ; les soignants font observer qu'il n'est pas ergonomique et empêche le nettoyage en-dessous ; le sol est carrelé et, est-il observé, glissant ; la pièce est équipée d'un système de climatiseur dont il est dit qu'il a sérieusement dysfonctionné durant l'hiver ; la pièce est également équipée d'un fauteuil à dossier haut.

La chambre d'isolement était occupée au moment de la visite ; il en sera reparlé ci-dessous.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « le lit dont nous avons constaté par nous-mêmes avant l'arrivée du rapport les nombreux défauts, a depuis cette visite été changé pour un lit plus fonctionnel. De plus le rapport semble dire que cette chambre se trouve au milieu des chambres et que l'agitation des patients pour lesquels l'équipe y a recours, gêne les voisins. Or cette pièce est située dans la partie bureau/salle de soins et n'a pas de voisins. Il peut arriver que les cris soient entendus dans tout le service, mais c'est très rare. Au cours de l'année, l'encadrement de l'unité comme celui du pôle n'a pas été alerté par des signalements de chutes ou de plaintes relatives au sol glissant. Le circuit de ventilation du climatiseur de la CSSI avait été refait suite à un dysfonctionnement signalé pendant l'hiver. Une intervention par l'équipe technique est retrouvée à la date du 18/02/2013 en action corrective ».

▪ **Les toilettes et les douches**

L'unité est dotée d'une salle de bains commune d'une superficie de 15 m². Elle est équipée d'une baignoire médicale, d'un lavabo et de cuvette de wc. Des placards bas et hauts permettent notamment de ranger les produits de toilette des patients dont le stockage dans les chambres est interdit (rasoirs, parfums, sèche cheveux...).

Ces toilettes sont les seules accessibles aux patients lorsque l'accès à leurs chambres est condamné (durant deux heures le matin et deux heures l'après-midi) ; selon les témoignages recueillis, ce nombre est très nettement insuffisant et génère régulièrement des files d'attente.

Cette pièce sert également au stockage du linge sale, l'unité ne disposant pas de local dédié à cet effet.

▪ **les espaces communs**

La porte d'entrée de l'unité ouvre sur couloir desservant :

- sur la droite : le bureau du cadre de santé ; un salon de visite équipé de douze fauteuils, de trois tables basses et d'un porte-manteau sur pied ; un bureau médical ; un salon de télévision doté de neuf fauteuils, de deux tables basses et d'un poste de télévision à écran plat ; un bureau polyvalent et un local linge propre ;
- sur la gauche : une « pharmacie »/salle de soins, un bureau infirmier, une salle à manger équipée de six tables et chaises et d'un meuble bibliothèque, et un salon de détente du personnel.

▪ **la cour**

La salle à manger s'ouvre sur une cour de 1 300 m², commune à l'ensemble des unités et ornée de quelques pelouses et plantations.

Plusieurs bancs, tables, chaises et cendriers y sont disposés ; en son centre, un kiosque octogonal en bois constitue le seul refuge pour s'abriter de la pluie ou du soleil.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « rein n'oblige les patients à sortir sous la pluie et à y rester. Quant au soleil, l'ombre portée par les bâtiments permet de s'en protéger. La cour est gazonnée et plantée d'arbustes. Les chiffres pour l'année 2013 et le secteur FJ9 révèlent un taux de satisfaction des patients relatif au cadre de vie s'élevant à 43,8% pour les 'très bon' et 43,8% pour les 'bons' ».

4.2.1.7.4.3 Le fonctionnement de l'unité

Le fonctionnement de l'unité fait l'objet d'un **règlement intérieur** affiché dans le couloir. Contrairement à ses termes, il n'est pas remis au patient.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « à son arrivée, chaque patient reçoit un livret d'accueil qui contient l'essentiel des informations sur le fonctionnement de l'établissement et du secteur. Le règlement intérieur est affiché dans les couloirs et peut être remis aux personnes qui en font la demande ».

Il contient des informations relatives à l'organisation et à la vie dans le service, depuis l'admission jusqu'aux conditions de la sortie. Il comporte en outre des indications sur les différentes catégories de personnels, du cadre de santé à l'assistante sociale, et diverses informations relatives aux droits du patient.

▪ L'arrivée

L'entretien d'accueil est réalisé par le médecin, l'interne et un IDE. Le livret d'accueil est remis à la personne et le fonctionnement de l'unité lui est exposé. Son traitement lui est expliqué.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « lors de l'admission, le protocole de soins établi au cas par cas pour chaque patient, précise les restrictions de liberté éventuelles qui rappelons-le, ne sont pas systématiques et le patient peut bien évidemment sortir non accompagné dans la cour intérieure, dont les portes sont de toute façon ouvertes. Nous n'avons pas suffisamment de personnel pour affecter quelqu'un à la surveillance de la cour ».

Durant une première phase d'observation de 24 à 72 heures, la personne est privée de contacts avec l'extérieur, qu'il s'agisse de téléphone ou de visite. Elle reste en pyjama, et ne sort pas au-delà de la cour intérieure, où, est-il indiqué, elle ne va qu'accompagnée.

A l'exception des personnes détenues, qui y sont systématiquement placées, l'isolement n'est prescrit qu'en cas de risques pour la personne ou pour autrui.

Lorsqu'elle se manifeste ou si le patient le demande, la famille est rassurée sur les conditions de l'hospitalisation ; éventuellement elle est reçue par le médecin.

La « crise » très présente à l'arrivée, constitue une difficulté majeure : angoisse et agressivité sont souvent présentes, conduisant à proposer anxiolytiques et sédatifs. Certains patients les refusent et placent le médecin en difficulté, pris entre le souci de ne pas imposer le traitement et la nécessité de protéger un patient contre lui-même ou le cas échéant, de protéger les autres. La réponse est dans l'ordonnance d'un traitement sous condition - « si besoin » - ou d'un placement à l'isolement avec contention « si besoin », qu'il appartiendra à l'équipe de mettre, ou non, en œuvre.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « lorsqu'un patient refuse son traitement, il sera traité par traitement injectable et jamais sous condition si besoin. Il n'est jamais fait, comme il est dit, de placement à l'isolement, mais de placement dans la chambre sécurisée de soins intensifs. Ce placement n'a lieu qu'en extrême urgence et toujours après que la décision ait été confirmée par le médecin du service ou le médecin de garde qui est appelé lorsque l'isolement se fait dans l'urgence et que le médecin, pour une raison ou une autre, n'est pas présent lors de la crise ».

▪ Biens personnels

Un inventaire est dressé lors de l'arrivée. Les patients peuvent conserver leur effets personnels dans leur armoire ; celles-ci sont pourvues de serrures mais, a-t-il été indiqué « plus personne n'a les clefs ». Les vols seraient « relativement fréquents ».

Le règlement prévoit que tout objet dangereux sera conservé par l'équipe. Les valeurs – argent, carte bancaire, chéquier, bijoux – sont placées au coffre de l'unité. Les patients sont autorisés à conserver une vingtaine d'euros. A leur demande, cette somme est complétée, par ponction sur leur argent personnel. Il est indiqué que, de fait, le cadre de l'unité gère l'argent remis périodiquement par les mandataires judiciaires à destination des majeurs protégés.

L'ordinateur n'est pas autorisé. Il est placé au coffre ou remis à la famille. En pratique, très rares sont les patients concernés.

Les patients qui le désirent, sauf s'ils sont sous tutelle ou curatelle peuvent bien évidemment conserver leur argent avec eux. Ils signent alors une décharge qui prémunit le service de poursuites en cas de vol, toujours possible. S'ils préfèrent ne pas le garder sur eux, l'équipe soignante le dépose au coffre mais ne se permettrait pas de gérer leur argent à leur place, ce qui d'ailleurs est interdit par la loi. De la même façon, l'ordinateur personnel n'est pas en principe interdit dans le service. Mais nous le déconseillons en raison des risques de vol très importants ».

▪ Information relative aux droits

Le règlement intérieur contient un chapitre relatif aux droits du patient ; il précise notamment la liste des autorités qu'il est possible de saisir, la possibilité de prendre conseil auprès d'un avocat ou d'un médecin ainsi qu'avec des représentants d'usagers. Le patient est également informé de la possibilité de contacter le médecin chef ou le cadre supérieur de santé pour tout « questionnement ou insatisfaction ».

En pratique, si son état le permet, le patient est avisé de son statut dès l'entretien d'accueil ; le contenu des informations transmises reste imprécis. Les personnels rencontrés laissent entendre que les notifications ont été faites dès avant l'arrivée dans l'unité et disent ne pas être destinataires de la décision de placement.

Les voies de recours contre cette décision ne sont abordées qu'à travers l'opposition que manifesterait un malade : « si un patient est opposant, on lui dit qu'il peut faire recours et que c'est expliqué dans le livret d'accueil et sur le tableau d'affichage ; on dit aussi que le JLD vérifiera si le placement n'est pas abusif » ; dans le même temps, il est indiqué : « on ne leur parle pas du JLD tout de suite ; avant le cinquième et le huitième jour, rien n'est sûr, il peut y avoir un programme de soins ».

Le patient est avisé de la date d'audience JLD à réception de la convocation ; le document n'est remis au patient que s'il le demande : « il ne signe que lorsqu'on reçoit la décision du juge ; on lui annonce la décision, il signe, la décision est classée au dossier de l'unité ».

Les personnels ont été invités à s'exprimer à propos de l'intervention du JLD, il en ressort :

- que l'intervention d'un tiers a des aspects bénéfiques d'une part parce qu'elle évite de faire peser sur le seul médecin toute la responsabilité de l'hospitalisation, d'autre part parce que la décision conforte presque toujours l'avis médical (« le juge aussi pense que vous devez rester hospitalisé ») ;
- qu'elle est source d'angoisse chez les patients (notamment les personnes mélancoliques ou dépressives), qu'elle peut être source de difficultés pour le tiers (« quand le patient est paranoïaque, on demande au juge de ne pas le nommer »), qu'elle génère beaucoup de lourdeurs (nombreux certificats médicaux, demandes d'autorisations pour les sorties...) et des incompréhensions (le juge estime parfois que les certificats médicaux ne sont pas suffisamment motivés) ; il est indiqué que les seuls patients estimés ne pouvoir faire l'objet d'une audition sont les délirants, ceux qui sont placés à l'isolement et les déficients intellectuels.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « le patient est bien évidemment informé de son mode d'hospitalisation dès son admission, contrairement à ce qui est dit. De la même façon, il n'y a aucune ambiguïté ni la moindre cacherie concernant les recours éventuels : leur liste exhaustive figure dans le livret d'accueil remis au patient à son arrivée. Une liste des avocats est affichée dans l'unité (affichage obligatoire). Et, chaque fois, nous rédigeons des certificats, comme la loi nous y oblige, et remettons au patient un document l'informant de l'audience avec le JLD. Il est fait mention que les personnels rencontrés laissent entendre que les notifications ont été faites avant l'arrivée dans l'unité et disent ne pas être destinataires de la décision de placement : dans la pratique, les soignants sont obligatoirement destinataires des pièces nécessaires aux admissions sous contrainte, puisque sur délégation du directeur, au CPHT ce sont les infirmiers qui vérifient la conformité du mode d'hospitalisation ».

▪ **Journée type**

Une journée se déroule comme suit :

7h30-8h : lever ; 8h30 : petit-déjeuner et distribution des traitements, de table en table ; 9h-10h : retour en chambre, toilette, réfection des lits ; 10h-12h : fermeture des chambres ; activités occupationnelles ; entretiens médicaux ; 12h : repas, traitements ; 12h30-16h : sieste, activités occupationnelles ; entretiens médicaux ; 16h : goûter (boisson chaude et biscuit) ; 16h-18h : fermeture des chambres ; 19h : repas, traitements ; 19h-22h30/23h : détente, coucher.

▪ **Repas**

Les repas sont pris collectivement dans la salle à manger ; le placement est libre, sauf exception (incompatibilité observée, patient perturbateur).

Si un patient ne semble pas en état de se confronter aux autres (angoisse de l'arrivée, baisse de moral passagère), il peut être ponctuellement autorisé par l'équipe à prendre ses repas dans sa chambre.

La personne isolée prend les repas dans la chambre d'isolement, toujours en présence d'un soignant.

Le règlement intérieur interdit les denrées périssables dans les chambres

▪ **Les traitements**

Les traitements sont distribués au début du repas, par un soignant qui passe de table en table avec un chariot. Ce mode de dispensation a été délibérément choisi ; il est estimé moins désagréable, pour les patients, que de venir en file devant le local de « pharmacie ». Seul le médicament de nuit est donné en « pharmacie » ou dans la chambre.

- **L'accès aux chambres**

Les chambres sont fermées durant deux heures le matin et deux heures l'après-midi. La raison invoquée tient à la fois aux nécessités de l'entretien et à la santé des patients : éviter qu'ils ne restent allongés sur leur lit, favoriser les activités ou, tout au moins, une certaine forme de vie sociale. Il n'est pas démontré que l'intérêt individuel des patients soit réellement pris en compte dans cette organisation, d'autant que les activités sont particulièrement restreintes. Il est prévu que la question soit à nouveau discutée en équipe.

Il doit également être relevé que, durant les heures de fermeture des chambres, les patients n'ont accès qu'à un seul sanitaire.

- **L'hygiène**

La douche est quotidienne et se prend dans la chambre ; en cas de besoin les patients sont stimulés, voire aidés pour ce faire. Les produits d'hygiène considérés comme porteurs de danger – rasoirs, parfum, bombes aérosols, sèche-cheveux – sont étiquetés et stockés dans les placards de la salle de bains commune et doivent être réclamés au personnel.

Il est également possible de prendre un bain dans la salle de bains commune. Cela se fait soit à la demande du patient soit sur proposition de l'équipe. Il est à noter que, faute de local dédié au linge sale, celui-ci est stocké dans la salle de bains commune.

La plupart des patients arrivant en urgence ne dispose pas toujours de vêtements personnels en quantité suffisante.

Outre les draps, serviettes et pyjamas ou chemises de nuit, la lingerie de l'unité dispose de quelques menues réserves de sous-vêtements et de vêtements, les premiers venant de l'hôpital et les deuxièmes de dons ou de récupération.

Les stocks sont parfois insuffisants : selon les propos recueillis, il est arrivé qu'une patiente, qui s'était souillée à plusieurs reprises, n'ait finalement d'autre solution qu'une serviette autour des reins ; le cas a été cité, d'une autre pour laquelle la chemise de nuit était manifestement inadaptée à sa taille, laissant entrevoir son intimité.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « s'il est arrivé que le personnel manque de linge adapté aux besoins des patients, les patients nouvellement admis ne sont pas immédiatement mis en pyjama. Cela ne se produit que de façon exceptionnelle quand leur état l'exige ».

- **Le nettoyage**

Les locaux sont nettoyés tous les jours par une équipe d'ASH dédiée au CPHT, qui passe deux fois par jour, matin et après-midi. Au moment du contrôle, l'ensemble était propre et sans odeur.

- **Les relations avec l'extérieur.**

A l'issue d'une première période de quelques jours, le patient est autorisé à recevoir les visites de sa famille. Les visites de tiers ne sont pas exclues par principe mais ne seraient guère sollicitées. Elles se déroulent de 13h à 18h30 dans le salon aménagé à cet effet, à l'entrée de l'unité. Il est indiqué que les horaires sont souples, pour ne pas nuire aux familles qui travaillent ou viennent de loin. Il arrive à l'inverse, que le médecin restreigne ces visites, en nombre et en durée. Bien que le règlement intérieur ne mentionne pas cette restriction, il est indiqué que les enfants ne sont pas admis dans le service ; la rencontre peut, dans un tel cas, se dérouler à la cafeteria si le patient est autorisé à s'y rendre.

Sur huit fiches de consignes examinées lors du contrôle, une personne n'était pas autorisée à recevoir de visites.

Au moment du contrôle, seul un patient n'avait que de très rares contacts avec sa famille, les autres recevaient des visites régulières ou se rendaient en famille le weekend.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « pendant la première phase d'observation, contrairement à ce qui est dit, le patient n'est pas systématiquement privé de visites. Certains en reçoivent peu et s'en plaignent mais cela vient essentiellement de la situation géographique excentrée de l'hôpital, dont les équipes soignantes ne sont pas responsables ».

▪ La correspondance

La correspondance est libre, sans contrôle ni au départ ni à la réception. Il est indiqué que les patients ont tendance à demander les timbres, « on leur dit qu'ils doivent les acheter mais au besoin, on dépanne ou on fait partir sur le compte de l'hôpital, surtout en début d'hospitalisation ».

▪ Le téléphone

Les téléphones portables sont interdits pour tous les patients et pour toute la durée de l'hospitalisation. Le règlement intérieur invoque le droit à l'image. Les personnels estiment que les personnes qui en sont munies pourraient le passer à d'autres, pour lequel le médecin a estimé qu'il était nécessaire de rompre momentanément les liens avec l'extérieur.

Après une première phase d'observation qui ne dépasse pas quelques jours, le patient est admis à téléphoner et à recevoir des appels librement. Les communications peuvent passer par le bureau infirmier ; un *point phone*, à cartes, situé dans l'entrée, permet aussi d'appeler directement l'extérieur, jusqu'à 20h selon le règlement intérieur.

Sur huit fiches de consignes examinées, cinq personnes, au moment du contrôle, n'étaient pas autorisées à passer des appels téléphoniques ; toutes en revanche, étaient autorisées à en recevoir, avec parfois des restrictions concernant les personnes appelantes.

▪ Radio, télévision

La radio est autorisée, dans la mesure seulement où elle n'est équipée ni de fil ni d'antenne.

La salle à manger étant la seule salle d'activité, il est permis de penser que la cohabitation n'est pas toujours aisée, entre les tenants de la télévision et ceux d'activités d'un autre type (jeux de société).

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « il existe une contradiction : en mentionnant la présence d'une salle de télévision puis, quelques paragraphes plus loin, en déplorant que la salle à manger soit le seul lieu d'activité des patients où est décrit la présence d'un téléviseur qui n'existe pas dans cette pièce. Donc le problème de 'cohabitation pas toujours aisée' comme citée dans le rapport entre les patients regardant la télévision et ceux participant à d'autres activités n'a pas lieu d'être ».

▪ Journaux

Il est indiqué que l'unité est abonnée à deux quotidiens (*le Courrier picard* et *le Parisien*) et reçoit en outre diverses revues ; *Femme Actuelle*, *Foot Magazine* notamment. Les contrôleurs n'ont pas vu d'exemplaires dans les salles communes.

▪ Tabac.

Le règlement intérieur rappelle l'interdiction de fumer dans l'établissement. En pratique, les patients sont autorisés à fumer dans l'un des deux patios internes ou dans la grande cour commune à l'ensemble du CPHT dont il n'a pas été possible de déterminer avec certitude les horaires d'ouverture (9h-19h pour les uns, 8h30-20h30 pour les autres). Le règlement intérieur stipule que les horaires d'ouverture sont, l'hiver, 8h-20h et, l'été, 7h-22h.

Une chose est apparue clairement : les patients des unités fermées admettent mal que ceux des unités ouvertes, situées à l'étage, aient un accès plus large à cette cour intérieure, en soirée. La différence de traitement a été justifiée par le fait que les patients des unités ouvertes disposaient de téléphones et, plus largement, pouvaient être à l'origine de trafics divers dont il fallait préserver les unités fermées.

En soirée, les fumeurs sont donc confinés dans le seul patio accessible de l'unité, dont les dimensions sont relativement réduites. Il a été indiqué que ce patio ouvrait dès 7h-7h30 le matin et fermerait vers 23h, au coucher.

Le second patio n'est pas accessible aux patients car il ouvrirait des « possibilités de fuite par les sous-sols », *via* une grille (que, selon les apparences, il suffirait de sceller).

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « concernant le tabac et les horaires d'ouverture des patios, les patients de l'unité fermée ont accès à la cour de 9h à 19h. Les patients de l'unité ouverte peuvent y venir également de 18h30 à 20h, heure de fermeture d'accès à la cour pour les patients de l'unité fermée. Les patients utilisent souvent un des patios dans la journée ».

▪ Activités et sorties

S'agissant d'une unité d'admission, les patients sont en crise ou, à tout le moins, dans un état qui nécessite une surveillance étroite ; les arrivées sont par ailleurs fréquentes et réalisées en urgence ; l'ensemble, est-il indiqué, rend difficile l'organisation d'activités. Plusieurs « activités » étaient néanmoins organisées, en interne et à l'extérieur :

- cafétéria, située à l'étage (au moment du contrôle, six patients sous contrainte étaient autorisés à s'y rendre régulièrement, pour une durée limitée ; six autres y étaient quotidiennement accompagnés par un soignant) ;

- yoga, animé par une intervenante extérieure, une fois par quinzaine ; l'activité se déroule à l'étage ;
- football, organisé une fois par mois sur le terrain de Fitz-James ;
- cinéma une fois par mois, le week-end.

Au moment du contrôle, « quatre ou cinq » personnes, compliantes aux soins, quittaient plus ou moins régulièrement l'unité, sans accompagnement soignant de l'unité, pour se rendre à des activités organisées sur le site de Clermont ; c'était notamment le cas d'une personne en programme de soins, qui se rendait trois fois par semaine à des activités thérapeutiques organisées au Relais de l'Aulne ; il a été indiqué que les transports étaient effectués par une société privée, avec laquelle une convention a été passée.

Au total, les activités sont plutôt de type occupationnel et réduites à des jeux de société auxquels un soignant s'associe lorsqu'il n'est pas retenu ailleurs. « Certains soignants ont de beaux projets », est-il indiqué, « rapidement abandonnés en raison du rythme de travail et des difficultés à organiser quoique ce soit » ; « il faut des autorisations pour la moindre sortie ; le moment venu certains patients sont angoissés et ne veulent plus ; mais les autorisations sont nominatives, il n'est donc pas possible de proposer à quelqu'un d'autre qui lui, serait prêt, psychologiquement, à en bénéficier ».

La question du manque d'espace et d'activités est cruciale dans cette unité, tant aux yeux des patients qu'à ceux des soignants.

Parmi les huit personnes dont les fiches de consignes ont été examinées, une seule pouvait sortir seule, les autres étaient autorisées à sortir dans un périmètre limité, avec un accompagnement en général soignant, parfois familial ; aucune n'était autorisée à participer seule aux activités organisées par un soignant, ni aux sorties organisées par le service.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « en ce qui concerne les activités, le rapporteur ne semble pas avoir compris que yoga, football et cinéma sont malheureusement surtout fréquentés par les patients de l'unité ouverte. S'il est vrai que les patients de l'unité fermée manquent d'activités, ils ne manquent absolument pas d'espace ».

Le placement en chambre d'isolement, dite chambre sécurisée de soins intensifs (CSSI), et le recours à la contention sont affichés comme un soin. Les responsables de pôle sont impliqués dans un groupe de travail qui, depuis plusieurs mois, interroge la pertinence et les conditions d'un tel placement (travail sur les contre-indications, l'amélioration de la surveillance, la dissociation isolement-contention, l'entretien post-isolement) ; l'équipe de l'unité en revanche ne se serait pas vraiment emparée du sujet.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « le placement en chambre d'isolement dite chambre sécurisée de soins intensifs (CSSI) : la CSSI est une appellation institutionnelle répondant à des critères d'équipement et à des normes. C'est ce qui la distingue de la chambre d'isolement. La mise en CSSI répond à un protocole validé institutionnellement dont il n'est pas fait mention dans le rapport, répondant autant que possible aux critères de l'ANAES de juin 1998. L'équipe soignante est très impliquée dans son fonctionnement. Ce groupe de travail est en fait une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) dans laquelle au-delà des responsables du pôle sont inscrits le médecin et le cadre référent de l'unité ainsi que deux aides-soignantes et 3 infirmiers de l'équipe ».

L'isolement, lorsqu'il est prescrit, est réinterrogé chaque jour.

Chaque isolement donne lieu, quelques jours après la sortie, à un entretien infirmier ; un questionnaire est remis à la personne, invitée à s'exprimer, notamment, sur les bienfaits de la méthode. Il est dit que les retours sont peu nombreux.

Durant les quatre premiers mois de l'année 2013, il a été recouru à l'isolement comme suit :

- isolement en chambre : huit placements, dont trois avec contention, concernant quatre personnes, pour des durées variant de 36 heures à 28 jours ;
- isolement en CSSI : onze placements, dont un avec contention, concernant neuf personnes, pour des durées variant de quatre heures à un mois.

Au moment du contrôle, une patiente était en chambre d'isolement depuis dix-sept jours. Ses troubles psychiatriques se traduisaient par des hurlements difficilement supportables par ses voisins ; elle souffre par ailleurs d'une pathologie somatique exigeant des soins que, souvent, elle refuse et qu'il faut lui imposer.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « cette patiente n'était pas en CSSI mais en isolement dans sa chambre en raison de troubles cliniques la rendant vulnérable et rendant la cohabitation avec les autres patients quasi impossible ».

Lors du premier passage des contrôleurs, la patiente était dans sa chambre, sur un fauteuil, un soignant lui donnait à manger. Lors d'une seconde visite, une semaine plus tard, elle était ponctuellement sortie en salle de soins. Il a été dit qu'elle était placée plusieurs heures par jour dans un fauteuil.

Il est précisé que, d'une manière générale, la sortie d'isolement se fait progressivement.

L'unité pratique aussi l'isolement et la contention en chambre. Au moment du contrôle, une patiente, hospitalisée de longue date, était ainsi contenue de nuit, pour avoir tenté, à deux reprises, de mettre le feu à sa literie. Ces incidents se situant dans une suite de transgressions pouvant aller jusqu'à l'atteinte à l'intégrité physique des tiers, il a été indiqué aux contrôleurs que l'isolement ou la contention ponctuellement imposée à cette personne était le fruit d'une réflexion pluridisciplinaire et s'inscrivait bien dans un parcours de soins quotidiennement réinterrogé.

L'isolement et la contention en chambre respectent le protocole de l'établissement.

4.2.1.7.4.4 L'activité de l'unité

<i>Unité « les pervenches »</i>	2010	2011	2012
Nombre de journées d'hospitalisation	5 970	6 056	6 033
Nombre d'entrée + présent au 1^{er} janvier		240	254
Durée moyenne de séjour	24	27	26
Taux d'occupation (en %)	71,11%	72,14%	71,67%

Nb de lits	24	24	24
File active	244	224	231

4.2.1.7.5 Les unités « prairies » et « gentianes »

Les unités « gentianes » et « prairies » sont situées au premier étage du bâtiment CPHT. Elles accueillent essentiellement des patients en soins libres des unités «Pervenches » et « Hazoy » si le patient est en mesure de contractualiser les soins. Exceptionnellement, ces unités accueillent quelques patients en soins contraints, susceptibles de respecter le cadre juridique de leur placement sans qu'il soit nécessaire de les placer dans une unité fermée.

Hormis l'ouverture des portes, les locaux s'apparentent aux autres unités du CPHT.

Depuis 2007, les hospitalisations psychiatriques se font, pour l'essentiel, à Compiègne, au centre psychothérapeutique Henri Theillou (CPHT)³² et plus précisément au sein des unités suivantes :

- le Hazoy, unité fermée accueillant les patients hospitalisés sur demande d'un tiers ou sur décision du représentant de l'Etat ;
- la « prairie », unité ouverte accueillant les patients en soins libres.

Trois unités sont demeurées sur le site de Fitz-James :

- Cellier, unité de réhabilitation ;
- Mérigonde et la Béronnelle, unités de soins au long cours.

Le projet thérapeutique s'inscrit dans le projet d'établissement et affiche :

- une prise en charge globale et individualisée des patients ;
- un accès aisé et un accueil attentif ;
- une attention particulière au respect des droits du patient ;
- un partenariat tant avec les familles qu'avec les autres intervenants médico-sociaux et notamment une collaboration étroite avec le pôle Fitz-James 9.

L'idée mise en avant est d'offrir une palette de possibilités permettant à chacun de trouver écoute et soins, avec ou sans hébergement, dans le respect de toute l'autonomie dont il est capable. De même est-il insisté sur l'autonomie de chacune des équipes dédiées à un lieu donné.

³² Le centre abrite également deux unités du pôle 9 et certains locaux sont communs.

S'agissant de l'hospitalisation, le choix du lieu (proximité avec l'hôpital général de Compiègne) et la conception des bâtiments (sorte de cloître avec cour intérieure et deux niveaux permettant la juxtaposition d'unités fermées au rez-de-chaussée et ouvertes à l'étage) sont le fruit d'une réflexion commune des chefs des pôles 1 et 9. De même ont-ils fait ensemble le choix d'un accueil commun et de salles de convivialité et d'activités partagées. Cette proximité de vue et de lieu permet, est-il indiqué, une coopération des personnels des deux pôles et, en cas de besoin, des transferts de patients.

Différents temps de réunion sont prévus et notamment :

- deux fois par an, une réunion de pôle pour le secteur de Compiègne et mensuelles pour le secteur de Noyon ;
- une fois par quinzaine, une réunion de tous les services autour des problèmes ou des situations communes ;
- selon la même périodicité, réunion de cadres ;
- une fois par semaine, examen, en présence de représentants de tous les services du pôle, de toutes les entrées et sorties de la semaine précédente.

Bien que chaque équipe développe son propre projet, il est admis pour tout le pôle, que tous les entretiens avec un patient sont réalisés par deux personnes. Les réunions de patients ne sont pas pratiquées au sein du pôle³³.

4.2.1.7.6 Les effectifs communs

a. Personnel paramédical

<i>Secteur 60 G07</i>	N	ETP
Cadre supérieur de santé	1	1
Cadre de santé	8	6,84*
Cadre socio-éducatif	1	0,17
IDE J/N	85	83, 20
Aide-soignant J/N	38	38
ASH	13	12, 10
Assistante sociale	3	2, 80
Ergothérapeute	2	2
Psychologue	3	3

³³ Sauf, à titre exceptionnel, à propos de questions très concrètes ou de stricte organisation.

Assistant médico-administratif	2	2
TOTAL	156	151, 10

IDE : infirmier diplômé d'état

ASH : agent de service hospitalier

*un cadre de nuit pour trois services intra hospitaliers

b. Personnel médical :

<i>Secteur 60 G07</i>	N	ETP
Praticien hospitalier psychiatre	5	5
Praticien hospitalier généraliste s	2	0, 83

4.2.1.7.7 L'unité « la Béronnelle »

Le pôle FJ1 dispose également d'une unité fermée – « la Béronnelle » – sur le site de Clermont. Elle est située dans le pavillon « Mérigonde » qui abrite également deux unités relevant du pôle FJ9, « Myosotis », unité ouverte, et le SITED, unité semi-fermée.

La Béronnelle, comme Myosotis, est une unité de réhabilitation ; elle accueille des patients issus du centre psychothérapeutique Henri Theillou pour lesquels un projet de sortie ne peut être formé qu'à moyen ou long terme. Le cadre de santé indique que l'ensemble des patients est sous mesure de protection judiciaire.

Le projet de l'établissement serait de créer au sein du pavillon une fédération de soins de réhabilitation, réellement intersectorielle, tout en y conservant une unité ouverte et une fermée, utilisables selon l'évolution de l'état des patients. Au moment du contrôle, les deux unités étaient dirigées par un cadre unique et le personnel était mutualisé ; chaque chef de pôle avait cependant conservé « son » secteur, « ses » patients et « son » unité, chacune implantée dans une aile distincte.

L'entrée dans le pavillon Mérigonde se fait par un grand hall en accès libre depuis l'extérieur. On y trouve tables basses et fauteuils, distributeurs de boissons, et, isolée du reste, une cabine téléphonique à cartes.

L'accès à l'unité la Béronnelle se fait en se signalant par interphone.

L'unité compte dix-sept places théoriques, cinq chambres individuelles et six chambres doubles. Chaque chambre est équipée de douche et de wc, outre une salle de bains commune, avec baignoire pour personnes à mobilité réduite et un wc également spécialement équipé. Il n'y a pas de chambre d'isolement.

Tendues de papier peint couleur pastel avec du mobilier (lit et armoire) assorti, les chambres ont paru bien entretenues et, surtout, investies. Dans plusieurs d'entre elles, les patients avaient installé une décoration et des objets personnels, parfois en nombre important.

Au jour de la visite, l'unité comptait treize patients – neuf hommes et quatre femmes – le plus âgé avait 74 ans et le plus jeune, 33 ans.

Trois patients étaient placés par décision du représentant de l'Etat ; les autres, bien qu'atteints de pathologie lourde et le plus souvent en tutelle, étaient en soins libres.

Les deux unités du rez-de-chaussée bénéficient du personnel paramédical suivant :

- un cadre de santé ;
- un cadre socio-éducatif (pour quatre secteurs) ;
- douze infirmiers de jour (compte tenu d'un congé longue maladie et d'un temps partiel : 10,80 ETP) et six de nuit ;
- huit aides-soignants de jour et cinq de nuit ;
- six ASH (5,8 ETP) ; l'un des ASH est affecté à la restauration ; il est indiqué qu'il accommode et améliore les plats en provenance de la cuisine centrale et travaille la présentation des hors d'œuvre et des desserts ;
- deux assistantes sociales (0, 80 ETP) ;
- deux lingères-couturières (1 ETP).

« La Béronnelle » bénéficie d'un agent administratif sur place³⁴.

L'organisation de l'emploi du temps conduit à la présence simultanée de cinq soignants le matin (de 7h à 14h) et quatre l'après-midi (de 14h à 21h), dont au moins deux IDE.

Le médecin somaticien intervient à la demande.

Le temps de **psychiatre** est de 0,50 ETP. Trois médecins psychiatres interviennent en fait, pour les deux unités. En principe, une présence est assurée chaque matin. Il a été rapporté aux contrôleurs, sans que cela puisse être vérifié, que les patients de l'unité fermée bénéficiaient d'un moindre soutien médical et qu'au total, la durée de séjour était probablement plus élevée en ce qui les concerne. Pour les deux unités confondues, la durée moyenne est de 276 jours ; il est dit qu'elle reflète des réalités très disparates.

Le personnel souligne les grandes difficultés à trouver, pour ce type de patients à la pathologie lourde, une sortie vers un établissement adapté. La majorité ne quitterait les lieux que pour aller en EPAHD ; des liens ont été établis avec certains établissements de Belgique, mieux pourvus pour l'accueil des psychotiques vieillissants. Il est précisé que l'hôpital reste toujours en lien avec les établissements d'accueil et, au besoin, réadmettent le patient.

L'accès aux chambres est interdit de 10h30 à 12h ; la règle tient aux nécessités du ménage autant qu'à la volonté de faire sortir les patients de leur isolement.

L'ensemble des personnes présentes à l'unité nécessitaient un accompagnement pour la toilette au moins pour les stimuler, voire davantage.

Au moment de la visite, un patient qui avait pris l'habitude de s'introduire dans d'autres chambres était enfermé, de nuit, dans la sienne. Il est indiqué que deux autres patients, bien

³⁴ Myosotis recourt aux services de l'agent du CPHT.

identifiés, étaient parfois contenus sur leur lit lors de périodes d'agressivité sur d'autres patients. Dans ces situations, ils reçoivent une injection de produit sédatif.

Il n'existe aucune restriction en matière de vêtements ni en matière de visite. Au moment du contrôle cependant, cinq personnes ne recevaient aucune visite ni aucun appel téléphonique. Trois se rendaient régulièrement dans leur famille (une fois par semaine ou par quinzaine).

Le téléphone portable est interdit ; les personnes peuvent recevoir librement des appels, passés sur le téléphone du bureau infirmier ou sur un poste muni d'une coque, situé près du bureau médical. Il n'y a théoriquement pas de restriction pour passer des appels mais il faut utiliser la cabine à cartes située dans le hall. Il est indiqué que l'une des personnes admise sans consentement était ainsi régulièrement accompagnée dans le hall pour pouvoir appeler sa famille ; « on s'éloigne pendant qu'il parle », est-il précisé.

L'unité dispose d'une salle d'activité de 25 m² ouvrant largement vers l'extérieur ; outre un téléviseur et un lecteur DVD, elle est équipée de deux grandes tables, de jeux de société et de matériel pour modelage, peinture et dessin. Son accès est libre ; l'utilisation du matériel de travaux manuels suppose toutefois l'accompagnement d'un soignant. Un intervenant y dispense une activité « musique et détente » une fois par semaine, pour quatre patients.

Une grande cour (plus de 500 m²) arborée et pourvue de bancs est ouverte de 7h30 à 22h. Les patients s'y rendent également pour fumer. La gestion du tabac varie avec l'état du patient : certains gèrent seuls, en lien avec leur famille pour les achats ; pour d'autres, les achats sont effectués par le service, en lien avec le tuteur et l'association³⁵ « Laignel Lavastine », qui avance l'argent. Avec certains patients incapables de limiter leur consommation, une négociation s'engage. Il est arrivé, exceptionnellement, que des suppressions autoritaires aient lieu, en cas de trafic.

Le service organise régulièrement des sorties (randonnée, restaurant et cinéma) ; elles concernent quatre ou cinq patients. Les patients en SDRE peuvent y être associés ; il est indiqué que l'un d'eux bénéficiait, une fois par semaine, d'une sortie accompagnée de moins de 12 heures dans le cadre de randonnées ; les deux autres, de tempérament plus renfermé, bénéficient du même type de sortie environ une fois par mois. L'un des deux se rend régulièrement dans sa famille.

L'essentiel des **activités** se déroule au **centre de jour**, situé près de la pharmacie centrale.

Ce centre, dit « centre Arnaud » accueille les patients de La Béronnelle, de Myosotis et de Cellier (unité ouverte relevant de Fitz-James 1). Il est ouvert, du lundi au vendredi, entre 9h15 et 16h pour les patients ; en pratique toutefois, les patients regagnent leurs unités pour les repas (à l'exception de ceux qui ont une activité « cuisine », qui déjeunent sur place). Le centre fonctionne grâce à une équipe dédiée composée de trois IDE, deux ergothérapeutes et une esthéticienne.

³⁵ L'association est composée de personnels hospitaliers et présidée par le chef du pôle FJ1. Elle a pour objet l'organisation des activités sociales et thérapeutiques intra et extra hospitalières en faveur des malades. Outre le centre de jour, elle gère également la cafétéria, accessible à l'ensemble des patients.

Outre les activités organisées chacune dans des salles spécifiques (peinture-mosaïques, chant, marionnettes), le centre offre une possibilité de soins esthétiques (salon avec table de soins, lavabo, miroir et crèmes de massage) ; il permet aussi des activités non encadrées (baby-foot, jeux de société). Il organise aussi des sorties (randonnées, cinéma...).

Une vaste cour arborée permet aussi de se détendre et de jardiner (trois bacs avaient été plantés au moment du contrôle). Un local la jouxte, qui comporte tout le matériel nécessaire aux semis et à l'entretien, ainsi qu'un atelier « terre » (poterie).

L'activité cuisine se déroule dans une pièce prolongeant les ateliers terre et jardinage ; le local offre tout l'équipement traditionnel d'une cuisine équipée, y compris vaisselle et robots divers. Au moment du contrôle, trois patients de Mérigonde bénéficiaient de cette activité, trois autres d'une activité « papier mâché » et sept d'une activité musique.

Il est indiqué que deux des trois personnes en soins contraints à la Béronnelle viennent une fois par semaine au centre de jour, l'un en activité « photos-presse », l'autre en cuisine.

Les patients rencontrés au sein de l'unité n'étaient pas en mesure de tenir un discours cohérent. Les contrôleurs en revanche, ont rencontré des personnels dynamiques et motivés, mais apparemment tiraillés entre deux pôles et deux philosophies différentes.

4.2.1.8 L'hospitalisation au secteur 60 G08 Fitz-James 9

4.2.1.8.1 Présentation du pôle

Le pôle Fitz-James 9 couvre un secteur géographique situé au Nord-Est du département de l'Oise et concerne les cantons de Noyon, de Resson, de Matz, de Guiscard, de Ribécourt et de Lassigny, soit une population de près de 78 000 habitants. Un tiers de la population environ demeure en milieu urbain et deux tiers, décrits comme matériellement plus défavorisés, en milieu rural. Les principales structures de soins sont situées à Compiègne et à Noyon, commune de 13 500 habitants, située au cœur du secteur³⁶.

Noyon est pourvu d'un dispositif de soins extrahospitalier comprenant :

- un centre médico-psychologique ;
- un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel ;
- des appartements thérapeutiques.

Le CMP est situé dans l'enceinte de l'hôpital général et, outre les missions traditionnelles d'accueil, de consultation et d'orientation, ses personnels tiennent une permanence à l'hôpital (cf. *supra* § : 3.1.1.2.2) et interviennent dès lors qu'une situation requiert un regard psychiatrique ; ils assurent également la psychiatrie de liaison.

Depuis 2007, les hospitalisations se font pour l'essentiel à Compiègne³⁷ au centre psychothérapeutique Henri Theillou (CPHT)³⁸ et plus précisément au sein des unités suivantes :

³⁶ Les patients les plus éloignés demeurent à 50 km de Compiègne et à quelques 80 km de Fitz James.

³⁷ Les patients vivant à l'extrémité du secteur se trouvent désormais à une cinquantaine de km du lieu d'hospitalisation, contre plus de quatre-vingt lorsqu'il fallait se rendre à Clermont.

³⁸ Le centre H. THEILLOU abrite également deux unités du secteur 1. Certains locaux sont communs.

- les « pervenches », pour les admissions d'urgence ;
- les « gentianes », pour les admissions programmées.

Après une période d'observation aux « pervenches », les patients en mesure de contractualiser peuvent en effet terminer leur séjour à l'unité ouverte des « gentianes ». Si leur état nécessite des soins de plus long cours, ils seront admis à Clermont (site de Fitz - James) au sein de l'unité « les myosotis ».

Le site de Fitz-James héberge une dernière unité, intersectorielle, accueillant des patients aux troubles envahissants du développement (SITED).

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « la présentation qui est faite du secteur souffre d'un manque de précision : on ne retrouve pas d'une manière exhaustive et claire l'ensemble des unités du secteur, liée à un mélange dans la présentation du site entre le secteur FJ1 et FJ9. Ces formations et le descriptif du secteur figurent pourtant dans le projet de pôle communiqué lors de la visite ».

Si l'hospitalisation est refusée par le patient, ou impossible faute de place, l'hospitalisation à domicile (HAD) est possible, pour quelques patients domiciliés à Compiègne ou ses environs. Le système est également utilisé en sortie d'hôpital, à titre de relais.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « le paragraphe sur l'hospitalisation refusée par le patient ou impossible faute de place remplacée par l'hospitalisation à domicile également utilisée en relais est faux : le secteur de FJ9 organise son activité de manière à disposer en permanence de places pour les admissions éventuelles. En cas de manque de place, un accord de principe avec le secteur de Compiègne permet de solliciter l'accueil des patients entrants. Si l'HAD est une alternative à l'hospitalisation, elle ne s'adresse pas, dans l'établissement à des patients en état aigu, et jamais à défaut de places disponibles en hospitalisation complète, pas plus qu'à des patients refusant l'hospitalisation. L'HAD nécessite l'adhésion du patient qui signe son admission et son protocole de soins ».

4.2.1.8.2 Le projet thérapeutique

Le projet de pôle met en avant :

- une disponibilité des équipes (permanence téléphonique, écoute, orientation et accueil en urgence) ;
- un accès aisé aux soins (information, visibilité et accessibilité des lieux de soins) ;
- un partenariat étroit avec les dispositifs extérieurs (établissements et services sociaux et médico-sociaux notamment) et avec les dispositifs intersectoriels de l'établissement, notamment avec le secteur 60 G07 de Compiègne ;
- une philosophie du soin basée sur le respect de la personne et de ses droits ainsi que la prise en compte de son environnement (privilégier l'unité ouverte et la contractualisation des soins ; réfléchir à la notion de « bientraitance ») ;

- une volonté de diversifier l'offre de soins (notamment pour les patients accueillis en moyen et long cours) et de favoriser la rééducation psychosociale.

Des réunions de pôle, animées par le médecin chef de pôle et le cadre, ont lieu régulièrement :

- une réunion mensuelle rassemble des représentants des soignants de l'ensemble du pôle, toutes structures et qualifications confondues ; elle a les questions institutionnelles pour les pratiques soignantes ;
- les cadres se réunissent une fois par quinzaine ;
- une fois par trimestre a lieu une réunion rassemblant les médecins, les cadres, les psychologues, les assistants sociaux, le médecin-chef de pôle et le cadre assistant du pôle.

4.2.1.8.3 Les effectifs communs

a. Personnel paramédical :

<i>Secteur 60 G08</i>	N	ETP
Cadre supérieur de santé	1	1
Cadre de santé	7	5,83
Cadre socio-éducatif	1	0,17
IDE J/N	76	74,40
Aide-soignant J/N	42	41,60
ASH	13	13
Assistante sociale	3	3
Ergothérapeute	1	1
Psychologue	5	5
Assistant médico-administratif	7	6,60
TOTAL	156	152,6

IDE : infirmier diplômé d'état

ASH : agent de service hospitalier

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « les effectifs paramédicaux présentés pour le secteur 60G08 sont ceux du pôle et non du seul secteur, sachant que le pôle regroupe le secteur 60G08, le SITED et la fédération HAD ».

b. Personnel médical :

Secteur 60 G08	N	EPT
Praticien hospitalier psychiatre	7	5
Praticien hospitalier généralistes	*	
Assistant		
Interne	1	1

*permanence somatique organisée pour tout l'établissement. Convention avec l'hôpital de Compiègne pour le CPHT.

4.2.1.8.4 Le service intersectoriel pour les personnes atteintes de troubles envahissants du développement (SITED)

L'unité est située à l'étage du pavillon Mérigonde sur le site de Fitz-James.

Ouverte en novembre 2011, elle a vocation à accueillir des patients adultes dont le développement intellectuel et affectif est altéré (troubles autistiques sévères, retard mental...) et qui nécessitent l'aide d'une tierce personne pour l'ensemble des actes de la vie quotidienne ; elle est l'une des composantes d'un dispositif de soins plus large comprenant également un centre d'activité de jour et un hôpital de jour.

La capacité théorique de l'unité est de douze lits, répartis dans douze chambres individuelles (dont deux dites « sécurisées ») ; au moment de la visite, deux chambres étaient en attente de travaux (sécurisation des vitres et enlèvement des lavabos) avant de pouvoir héberger de nouveaux patients.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « il est fait référence à des chambres sécurisées, à ne pas confondre avec les chambres sécurisées en unité d'admission : ce sont des chambres dites spécifiques, dont l'équipement a été pensé pour répondre aux besoins de patients présentant des troubles du comportement à type notamment de destruction du matériel, mobilier et revêtements muraux, etc. Ces chambres ne répondent pas au protocole existant dans l'établissement et ne sont pas destinées à l'isolement même si celui-ci est possible ».

Le SITED est une unité fermée mais non verrouillée ; un système de double gâche permet d'obtenir l'ouverture de la porte d'entrée.

a. Les patients

Au jour de la visite, l'unité comptait dix patients, neuf hommes et une femme :

- neuf personnes étaient admises en soins libres ;
- une était admise en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE).

Le patient le plus âgé avait 58 ans et le plus jeune, 28 ans.

La plus longue hospitalisation durait depuis vingt mois.

b. Le personnel

L'équipe est uniquement constituée de personnels volontaires formés à l'accompagnement des patients atteints de TED.

▪ L'effectif du personnel paramédical de l'unité

<i>Unité Sited</i>	N	ETP
Cadre de santé	1	1
Infirmier (IDE)	15	15
Aide-soignant (AS)	15	14,8
Agent de service hospitalier (ASH)	5	4,5
Assistante sociale	1	0,2
Ergothérapeute	1	1
Agent hôtelier	1	1
Total	39	37,5

Les équipes soignantes de jour, constituées *a minima* de cinq soignants dont au moins un infirmier et un ASH, interviennent le matin de 6h à 15h et l'après-midi de 14h à 22h.

Les équipes de nuit sont constituées de deux soignants, un IDE et un ASH ; elles interviennent de 21h35 à 6h20 ; il s'agit d'équipes dédiées.

L'agent hôtelier, en charge de la restauration, est présent du lundi au vendredi de 7h à 15h.

▪ L'effectif du personnel médical de l'unité

<i>Unité SITED</i>	N	EPT
Praticien hospitalier psychiatre	1	0,7
Praticien hospitalier généraliste	1	0,5

Le médecin somaticien partage son temps entre deux unités du pôle et intervient quatre jours par semaine au SITED ; son bureau se situe dans les locaux de l'unité. Le médecin psychiatre est présent toute la journée le mardi et le mercredi et uniquement le matin le lundi et le vendredi.

▪ Les réunions de service

Les transmissions journalières se tiennent à chaque changement d'équipe.

Des réunions cliniques sont organisées le mardi et le mercredi de 13h30 à 15h environ entre le psychiatre et le personnel soignant ; la situation de l'ensemble des patients pris en charge peut y être évoquée ou uniquement celle de l'un d'entre eux.

c. Les locaux

Les locaux de l'unité ont été entièrement rénovés avant son ouverture ; ils sont dans un bon état d'usage et propres.

▪ Les chambres

Quatre chambres individuelles (dont les deux chambres sécurisées) ont une superficie de 20,7 m², les huit autres de 11,3 m².

La première chambre sécurisée est située à proximité de la salle de soins, deux ouvertures vitrées rectangulaires permettent une communication visuelle entre ces deux pièces ; ces ouvertures peuvent être occultées grâce à des stores à lamelles.

La pièce comporte :

- un coin sanitaire de 3,6 m², entièrement carrelé, équipé d'une douche enfermée dans un coffret métallique et d'un bloc « cuvette-lavabo » en métal ; un siège rabattable est fixé au mur ;
- la chambre proprement dite, est éclairée par une large fenêtre dont un des deux pans peut coulisser et dégager une ouverture latérale de 13 cm ; la moitié basse de la fenêtre est opacifiée par un film plastique, un volet roulant métallique extérieur est actionnable à l'aide d'une manivelle. Les fenêtres de l'ensemble des autres chambres sont identiques à celle-ci.

La pièce comporte un lit fixé au sol, une table, une chaise et une table roulante. La porte d'accès à la chambre est équipée d'un œillette installé, a-t-il été précisé, ultérieurement aux travaux de réhabilitation de l'unité, à la demande des personnels afin d'éviter que les patients se cachent derrière la porte et surprennent les agents lors de leur entrée.

La seconde chambre dite sécurisée est identique à la précédente mais n'est équipée que d'un lit non fixé au sol.

Les chambres sont diversement meublées ; certaines sont uniquement équipées d'un lit, d'autres bénéficient en plus d'une armoire ou d'un fauteuil. Il a été précisé que certains patients endommageaient régulièrement le mobilier. La chambre d'un patient est dotée de trois armoires, une table de chevet, un lit médicalisé, un lève malade, un chariot douche, un fauteuil médicalisé et un poste de télévision à écran plat fixé sur le mur face au lit.

▪ Les sanitaires

Outre les deux sanitaires des chambres sécurisées, l'unité compte une douche accessible aux personnes handicapées, deux baignoires, six lavabos et deux wc dont un adapté aux handicapés.

▪ Les espaces communs

Au sein de l'unité, le séjour de 40 m² est équipé de tables, de chaises et de fauteuils ; c'est dans cette pièce que les patients prennent leur repas.

La porte d'accès à l'unité débouche sur un hall d'entrée prolongé d'un couloir de circulation sur la droite duquel s'ouvrent :

- la salle de visite, d'une superficie de 20 m², équipée d'une table basse, d'une dizaine de fauteuils et d'un poste de télévision ;
- le bureau du cadre de santé ;
- le bureau du médecin somaticien ;
- l'office des patients ;
- la salle de télévision ;
- le local destiné à entreposer les vêtements des patients dont les pathologies ne permettent pas de les conserver dans leurs chambres ;
- la salle d'apaisement ;
- le local linge sale.

Le hall et le couloir de circulation desservent sur la gauche :

- le vestiaire du personnel doté d'une douche et de wc ;
- le bureau infirmier ;
- l'office du personnel ;
- la salle de soins ;
- la salle d'activités ;
- la salle de relaxation, dont le sol est recouvert de moquette, est équipée de matelas, de quelques jouets, de deux vélos d'appartement et d'un lecteur de CD.

▪ **Le jardin**

Le pavillon Dupré dispose d'un jardin clos de 1 000 m², orné de pelouses et planté d'arbres de diverses essences. Plusieurs bancs et chaises y sont disposés.

Selon les témoignages recueillis, ce lieu est peu investi par les malades en raison notamment de la difficulté d'accès, l'escalier y menant n'étant pas aisément praticable pour des patients très déficitaires. Les personnels ont déploré que les locaux de l'unité ne soient pas de plain-pied avec un accès sur l'extérieur qui aurait favorisé une autonomisation des patients.

d. Le fonctionnement de l'unité

Il n'existe pas de document à disposition des patients fournissant des informations sur les règles de vie spécifiques de l'unité.

▪ **Ouverture et fermeture de l'unité et des chambres**

Selon les témoignages recueillis, il n'existe pas d'horaires stricts mis en place au sein de l'unité, « on privilégie les temps collectifs » le matin comme l'après-midi. Il peut arriver que certains patients soient enfermés à clef dans leurs chambres au moment de la sieste afin d'empêcher d'autres patients d'y pénétrer intempestivement.

- **Biens personnels**

Selon les indications données, du fait de leur pathologie, les patients accueillis détiennent peu d'objets personnels. Au moment de la visite, un seul conservait ses vêtements dans l'armoire de sa chambre.

- **Argent et objets de valeur**

L'argent et les objets de valeur sont conservés dans le coffre de l'unité située au rez-de-chaussée du bâtiment.

- **Repas**

Les repas sont pris en commun dans la salle commune de l'unité.

Le petit déjeuner est servi entre 8h30 et 9h, le déjeuner entre 12 et 13h et le dîner vers 19h.

- **Relations avec l'extérieur (visite, téléphone, correspondance)**

Les visites peuvent avoir lieu tous les jours et ne sont soumises à aucun horaire restrictif. Elles peuvent se dérouler dans le salon de visite, dans la chambre du patient, à la cafétéria, dans le parc ou dans n'importe quel lieu extérieur à l'unité.

Au moment de la visite, cinq à six patients bénéficiaient de visites régulières.

Il n'existe aucun *point phone*, ni cabine téléphonique au sein de l'unité mais leur absence n'est guère problématique dans la mesure où les patients hospitalisés n'en ont pas l'usage, la plupart n'ayant pas accès au langage. Ils peuvent néanmoins recevoir ou, le cas échéant, émettre des appels depuis le téléphone de l'unité.

Les patients peuvent recevoir librement du courrier mais, a-t-il été précisé, aucun n'entretien de correspondance.

- **Tabac**

L'unité ne compte aucun patient fumeur.

- **Activités**

Le centre d'activité de jour accueille les patients de l'unité ; au moment de la visite, huit d'entre eux s'y rendaient régulièrement.

La salle d'activité de l'unité n'avait pas encore été investie par le personnel soignant.

La salle de relaxation est ouverte deux fois par jour, matin et après-midi, les patients accompagnés d'un soignant peuvent notamment y pratiquer l'écoute musicale.

Des séjours thérapeutiques sont organisés deux fois par an ; lors de la visite, deux patients en bénéficiaient.

Par ailleurs, des activités ponctuelles sont fréquemment organisées : sorties à la journée, barbecues dans le jardin, sorties à la cafétéria...

- **Placement en chambre sécurisée**

Lors de la visite des contrôleurs, un patient occupait la chambre sécurisée située à proximité de la salle de soins depuis plus de six mois ; ses membres inférieurs étaient sous contention. Une demande d'admission en UMD avait été refusée et l'ensemble de l'équipe s'interrogeait sur les modalités de prise en charge de ce patient extrêmement violent.

Il a été précisé que ce patient pouvait théoriquement bénéficier de sorties à l'extérieur de l'unité, notamment dans le jardin, mais qu'elles étaient très exceptionnelles en raison du manque de personnel masculin, les soignantes « ayant peur de le faire sortir ».

▪ Incidents

Selon les déclarations du personnel, les incidents sont fréquents, voire quotidiens.

Entre le mois de novembre 2011 et le mois de décembre 2012, trente-quatre déclarations d'accidents du travail, causés par un patient, ont été enregistrées, cinq ont donné lieu à un arrêt de travail.

▪ L'activité de l'unité

<i>Unité Sited</i>	2012	1 ^{er} trimestre 2013
Nombre de journées d'hospitalisation	4 047	1 040
Nombre d'entrées	8	2
+ présents au 1 ^{er} janvier	13	10
Durée moyenne de séjour	289	104
Taux d'occupation (en %)	92,14 %	72,22 %
Nb de lits	12	12
File active	14	10

4.2.1.9 L'hospitalisation au secteur 60 G09 Clermont 2

4.2.1.9.1 Présentation du secteur 60 G09

L'activité du secteur Clermont 2 répond aux besoins de deux pôles géographiques pour une totalité de 48 228 habitants : Chantilly (à 38 km de Paris) et Pont-Sainte-Maxence (à 53 km de Paris).

Ces deux pôles sont distincts par leurs caractéristiques de population, notamment du point de vue socioprofessionnel :

- A **Chantilly**, 14 % de la population active sont cadres ou s'inscrivent dans des professions intellectuelles supérieures, 18,8 % exercent des professions intermédiaires, 18 % sont employés et 9,2 % sont ouvriers. En outre, la ville abrite le plus grand centre d'entraînement de chevaux de courses en France, qui emploie près de 2 000 personnes directement ou indirectement.
- A **Pont-Sainte-Maxence**, la répartition fait apparaître une sous-représentation des cadres et professions intellectuelles et une sur-représentation des ouvriers qui représentent 30,7 % de la population active, tandis que 30 % sont employés et 9,7 % s'inscrivent cadres et professions intellectuelles supérieures.

Par ailleurs, le taux de chômage qui est de 8 % à Chantilly s'élève à un peu plus de 15 % à Pont-Sainte-Maxence et si le revenu moyen par habitant s'élève à 28 801 euros à Chantilly, il est de 18 764 euros à Pont-Sainte-Maxence, quand la moyenne du département de l'Oise est de 23 518 euros.

Ces disparités de population entre une zone plutôt cossue impactée par des problèmes d'addictologie et une zone plus précaire voire rurale, engendrent des disparités de pathologies psychiatriques et des prises en charge qui doivent être adaptées.

Le secteur de Clermont 2 regroupe deux unités :

- « **Trénel Rez-de-chaussée** », unité d'admission de vingt-deux lits, fermée, destinée à accueillir les patients en crise aiguë, en soins libres ou sans consentement ;
- « **Trénel Etage** », unité de transition de trente lits, ouverte, destinée à accueillir les patients en moyen ou long séjour dont la situation « clinique et/ou sociale » le justifie .

En outre, le secteur Clermont 2 travaille en réseau, sur le fondement de conventions signées par le CHI avec différentes structures sanitaires et médico-sociale à partir des CMP :

- la maison de retraite de Verberie ;
- le CHG Georges Decroze de Pont-Sainte-Maxence ;
- le foyer de vie « Résidence d'Haatte » de l'association ADAPEI ;
- la fondation Condé de Chantilly ;
- la fondation de Rothschild de Chantilly.

Un projet de pôle 2012-2016 a été élaboré autour de trois grands axes :

Premier axe : « améliorer les conditions d'accueil et de séjour des patients ». Cet axe est fondé sur les contraintes architecturales des unités et le transfert prévu des structures d'hospitalisation de Clermont vers Fitz-James. En effet, un des problèmes les plus importants reste l'architecture des unités. « Comment faire une prise en charge du 21^{ème} siècle dans des bâtiments du 19^{ème} ? ». L'architecture est, de fait, encore largement asilaire avec nombre de chambres doubles voire à trois, quatre ou cinq lits et de cabines de douches dans les couloirs, même si des efforts ont été fournis pour tenter d'organiser les espaces de vie. Des travaux pour installer des douches dans chaque chambre n'est pas envisageable car cela réduirait le nombre de lits.

Deuxième axe : « développer une politique d'analyse de la qualité des soins et des conditions de travail des personnels ». De fait, des réunions mensuelles, entre autres, de supervision clinique étaient mises en œuvres au cours de la visite lors desquelles sont abordées notamment les questions de fonctionnement du secteur, et plébiscitées par les personnels soignants rencontrés.

Troisième axe : « développer les partenariats et les prises en charge en intersectorialité ». Le principe du secteur est considéré comme un principe « intangible » dans l'objectif de continuité des soins permettant de garder une unité d'équipe du début à la fin de la prise en charge des patients. Ce principe de l'intersectorialité est mis en avant pour développer le dialogue entre les différents intervenants permettant une cohérence d'action dans la prise en charge.

A ce propos, le médecin chef de pôle indique entretenir des rapports « accueillants et facilitateurs » avec les élus des communes grâce aux réunions régulières des « conseils locaux de la santé mentale » où sont débattus les projets et orientations sanitaires pour la ville avec l'ensemble des représentants des institutions concernées par la santé mentale tels que les services de police, de la gendarmerie, les services sociaux, les organismes bailleurs...

En outre, le projet se centre également sur le développement de la sortie des patients grâce au travail de « l'unité de préparation et de suivi à la réinsertion » (UPSR) dont l'objectif serait d'en faire un véritable pôle d'orientation professionnelle avec offre d'hébergement pour une période d'évaluation.

De même, l'accueil des familles par la mise en place de groupes de parole, en dehors des actions de l'UNAFAM, permet d'offrir un espace de dialogue autour de la prise en charge des patients en associant les proches. C'est ainsi que le médecin chef de pôle a été à l'origine de la création, en 2011, d'une association patients-soignants appelée *Les orchidées sauvages*.

Au-delà des actions ponctuelles, cette association a pour objectif de devenir une interface entre les différents acteurs (élus, OPAC, conseil de surveillance du CHI...) permettant la gestion d'appartements thérapeutiques. C'est ainsi qu'à Pont-Sainte-Maxence, le maire, avec le bailleur ADOMA, dans son projet de construction d'un centre d'hébergement à caractère social (CHRS), a accepté de « garder » cinq studios (avec le statut d'appartement associatif à bail glissant) pour les patients de psychiatrie.

4.2.1.9.2 Les effectifs communs du secteur 60 G09

a. Le personnel paramédical du secteur

Secteur 60 G09	N	ETP
Cadre supérieur de santé	1	1
Cadre de santé	5	5
Cadre socio-éducatif	1	0,4
IDE J/N	54	53,8
Aide-soignant J/N	14	14

ASH	9	9
Assistante sociale	4	4
Educateur	1	1
Psychologue	7	7
Assistant médico-administratif	8	8
TOTAL	104	103,8

IDE : infirmier diplômé d'état
ASH : agent de service hospitalier

b. Le personnel médical du secteur

<i>Secteur 60 G09</i>	N	EPT
Praticien hospitalier psychiatre	6	5
Praticien hospitalier généraliste s	1	0,5
Assistant	1	1
Interne	1	1

En outre, le secteur dispose d'une lingère et d'une coiffeuse.

Par ailleurs, les effectifs de nuit sont composés de huit infirmiers et de trois aides-soignants.

4.2.1.9.3 Les patients des unités Trénel Rez-de-chaussée et Trénel Etage

a. Les patients de l'unité Trénel Rez-de-chaussée

La capacité théorique de l'unité est de **vingt-deux lits** répartis dans :

- cinq chambres individuelles ;
- cinq chambres à trois lits ;
- une chambre à deux lits.

Elle dispose en outre d'une chambre de soins intensifs sécurisée.

L'unité est fermée.

Au jour de la visite, l'unité comptait **vingt patients** présents dont dix hommes et dix femmes :

- dix personnes étaient admises en soins libres ;
- six étaient en soins à la demande d'un tiers (SDT) dont deux en urgence et deux en SPDT pris sur le péril imminent ;
- quatre étaient en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) dont une personne détenue sur le fondement de l'article D. 398 du code de procédure pénale.

Le patient le plus âgé avait 83 ans et le plus jeune, 23 ans.

La plus longue hospitalisation datait de onze mois.

b. Les patients de l'unité Trénel Etage

La capacité théorique de l'unité est de **trente lits** répartis dans

- cinq chambres individuelles ;
- cinq chambres à trois lits ;
- cinq chambres à deux lits.

L'unité est ouverte.

Au jour de la visite, l'unité comptait **vingt-quatre patients** présents dont treize hommes et onze femmes :

- vingt-et-une personnes étaient admises en soins libres ;
- trois étaient en soins à la demande d'un tiers (SDT) et aucune en SPDT en urgence ou en SPDT pris sur le péril imminent ;
- aucune ne l'était en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE).

Le patient le plus âgé avait 79 ans et le plus jeune, 21 ans.

La plus longue hospitalisation datait de huit ans (entrée le 1^{er} janvier 2005).

4.2.1.9.4 Les personnels des unités Trénel Rez-de-chaussée et Trénel Etage

a. Personnel paramédical de l'unité Trénel Rez-de-chaussée

<i>Unité Trénel Rez-de-chaussée</i>	N	ETP
Cadre de santé	1	1
IDE J/N	10	10
Aide-soignant J/N	4	4
ASH	3	3
Assistante sociale	1	0,6
Psychologue	1	0,4
Assistant médico-administratif	1	1
TOTAL	21	20

b. Personnel médical de l'unité Trénel Rez-de-chaussée

<i>Unité Trénel Rez-de-chaussée</i>	N	EPT
Praticien hospitalier psychiatre	2	0,8
Praticien hospitalier généraliste	1	0,25
Assistant	1	0,9
Interne	1	1

c. Personnel paramédical de l'unité Trénel Etage

<i>Unité Trénel Etage</i>	N	ETP
Cadre de santé	1	1
IDE J/N	11	11
Aide-soignant J/N	6	6
ASH	3	3
Assistante sociale	1	0,6
Psychologue	1	0,2
Assistant médico-administratif	1	1
TOTAL	24	22,8

d. Personnel médical de l'unité Trénel Etage

<i>Unité Trénel Etage</i>	N	EPT
Praticien hospitalier psychiatre	2	1,1
Praticien hospitalier généraliste	0	0,25

4.2.1.9.5 Les réunions institutionnelles

Tous les matins se déroulent le « staff » entre 9h et 10h30 qui réunit le cadre, les médecins et les infirmiers dans chaque unité. Ensuite, de 10h30 à 11h30, a lieu un deuxième « staff » réunissant les cadres, les médecins et les assistants sociaux, sauf le lundi où le premier staff est suivi d'une visite clinique au lit des patients.

Chaque lundi à 14h30 se tient une réunion clinique et tous les jeudis, de 14h30 à 16h, une réunion soignants/soignés animée par un psychologue.

Tous les premiers lundis du mois se déroule une « réunion institutionnelle » permettant de parler des problèmes des services.

Un mardi par mois a lieu une réunion d'analyse des pratiques.

Les réunions de service, enfin, se tiennent une fois par trimestre.

4.2.1.9.6 Les locaux et les espaces communs des unités Trénel Rez-de-chaussée et Trénel Etage

A l'arrivée au secteur Clermont 2, un panneau annonce le secteur, la ville et le nom du chef de service, puis, à côté de la porte de l'entrée principale, un second panneau indicateur avec la mention du responsable de l'unité.

Le secteur comporte deux étages qui desservent, au rez-de-chaussée, l'unité Trénel Rez-de-chaussée – unité fermée – et au premier étage l'unité Trénel Etage – unité ouverte.

Le secteur est en forme de U.

L'entrée principale ouvre sur la **première branche du U : c'est la zone administrative** qui dessert le secrétariat médical pour les trois secrétaires ainsi qu'une salle d'attente pour les visiteurs et les patients non reçus au CMP. Cette salle qui n'est dotée que d'une fenêtre est très sombre. Elle comporte six chaises et une table basse sur laquelle sont déposés de nombreux magazines. Deux distributeurs de boissons chaudes et froides sont à disposition. Des toilettes sont attenantes.

Le long du couloir de la zone administrative se trouvent de part et d'autre, le bureau du médecin chef de pôle, le bureau du service social, le bureau du cadre supérieur de santé, deux bureaux de consultation, un office pour le personnel et une grande salle de réunion.

Au bout de ce couloir, une porte fermée à clef donne sur la **deuxième branche du U et la zone médicale** qui s'ouvre sur la **cafétéria**, commune aux deux unités.

Vaste espace assez sombre – seules deux fenêtres sur un même mur laissent entrer la lumière naturelle – et équipé de quelques fauteuils et d'un poste de télévision sans écran plat, la cafétéria ressemble à une zone de passage. De fait elle dessert une pièce servant au coiffeur, un local d'aménagement, une salle d'activité, une porte ouvrant sur une petite cour grillagée avec un bac à sable pour les jeux de boules et deux bancs, où aucun auvent ne permet de s'abriter, la porte de l'escalier qui permet de monter au premier étage et, enfin, la porte, fermée, qui donne accès à l'unité Trénel Rez-de-chaussée.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « la porte entre la cafétéria et l'unité Trénel rez-de-chaussée est ouverte toute la journée sauf au moment des repas ».

L'unité Trénel Rez-de-chaussée s'ouvre sur un sas où se situe une salle de visites « qui n'est que rarement utilisée », les visites s'effectuant plus facilement dans le séjour, pièce qui se trouve dans le prolongement du sas.

Deux bureaux médicaux ainsi que le bureau du cadre de santé de l'unité et le bureau infirmier donnent sur ce séjour, grande pièce qui semble un peu vide, meublée de quelques fauteuils. Enfin, dans le prolongement du séjour, la salle à manger, vaste pièce aérée équipée de six tables rectangulaires pour quatre personnes chacune. Cette pièce dessert également l'office. Depuis cette salle, un bloc sanitaire composé de quatre toilettes et trois lavabos et, au bout du couloir, sur une salle fumeurs. La salle-à-manger a un accès, fermé, sur l'extérieur : une cour fermée, à gauche par le grillage délimitant la première cour et, en face, le portail de l'unité. Cette cour comporte deux bancs. Aucun auvent ne permet de s'abriter.

Depuis la salle à manger, une porte ouvre sur la **troisième branche du U, la zone d'hébergement**, long couloir qui dessert, de part et d'autre, les chambres, une lingerie, le vestiaire du personnel, pièce qui a une porte donnant sur l'extérieur et permettant d'entrer directement sans avoir à traverser l'ensemble de l'unité.

Dans ce couloir de la zone d'hébergement, un bloc sanitaire de trois toilettes et un lavabo ainsi qu'une salle de bains composée d'une baignoire ergonomique pour aider à la toilette.

L'ensemble des locaux a été repeint en 2012. La peinture s'écaille déjà par endroits.

L'accès à **l'unité Trénel Etage** se fait par l'escalier accessible depuis la cafétéria par une porte non fermée. Au premier étage, la sortie de l'escalier donne sur un petit hall qui dessert deux bureaux médicaux, la « pharmacie » ou salle de soins, la buanderie et la lingerie ainsi que deux chambres et une porte ouvrant sur la salle fumeurs.

En face de l'escalier, une porte donne accès à la zone d'hébergement distribuant les autres chambres.

A droite de l'escalier un long couloir dessert :

- à droite : une salle de télévision avec six fauteuils le long du mur, le bureau du cadre et bureau infirmier, un grand espace cloisonné par des claustras où se trouvent d'une part un salon avec deux tables rondes et quelques chaises et, de l'autre, un salon de télévision ouvert sur le couloir, un bloc sanitaire avec quatre wc et deux lavabos puis la dernière pièce est l'atelier couture ;
- à gauche, dans le prolongement de la salle fumeur : le vestiaire du personnel, un grand office de cuisine ouvert sur une salle-à-manger composée de huit tables rectangulaires pour quatre personnes chacune et, enfin, une salle d'activité qui sert également de salle de réunion du personnel.

▪ **Les chambres**

L'unité **Trénel Rez-de-chaussée** compte **vingt-deux lits répartis en onze chambres** : cinq chambres individuelles, une chambre double, cinq chambres à trois lits dont une est une chambre double dans laquelle sont installés trois lits.

L'unité **Trénel Etage** compte **trente lits répartis en treize chambres** : quatre chambres individuelles, sept chambres doubles, quatre chambres à trois lits.

Les dimensions des chambres varient de 9 m² pour les chambres individuelles, à 18 m² pour les chambres doubles et 26 m² pour les chambres triples.

Le sol de l'unité, y compris des chambres est en carrelage jaune. Les murs sont à dominante rose ou verte.

Les portes de chambre sont toutes dotées d'un opercule de 0,30 m de largeur sur 0,70 m de hauteur qui permet une vue directe sur l'intérieur.

Chaque chambre dispose du même mobilier : un lit simple, le plus souvent non médicalisé (seuls deux lits médicalisés sont en place au moment du contrôle), une table de chevet et une armoire penderie fermant à clef avec une étagère au-dessus, un bureau et une chaise.

Si la chambre est double ou triple, le mobilier est doublé ou triplé sauf le bureau et la chaise de bureau. Il en est ainsi dans la chambre double triplée, ce qui laisse très peu de place aux patients pour circuler.

La plupart du temps les lits sont disposés en enfilade contre un mur. Toutefois, les contrôleurs ont constaté que dans quelques chambres des efforts avaient été déployés pour tenter de casser cette linéarité en disposant les lits par exemple en quinconce contre deux murs se faisant face.

Dans chaque chambre, un coin de mur est carrelé de blanc et supporte un lavabo au-dessus duquel sont fixés une tablette et un miroir. Au-dessus du miroir, un néon. Aucun porte-serviettes n'était présent dans les chambres que les contrôleurs ont visitées. Dans les chambres doubles ou triples, un paravent en aluminium a été bricolé et fixé au sol pour préserver l'intimité de ce coin sanitaire. Toutefois, la personne qui a le lit au fond de la chambre, le plus près de la fenêtre, a une vue directe sur le lavabo.

L'éclairage des chambres est naturel grâce à de grandes fenêtres de 1,20 m de hauteur. Chaque fenêtre est divisée en deux vantaux. Un ventail bas de 0,80 m, fermé, que le personnel peut ouvrir, et un ventail haut, de 0,20 m qui s'ouvre grâce à une tige sur laquelle on tire, ce qui laisse entrer peu d'air. La partie du ventail qui s'ouvre comporte deux barreaux dans la longueur. Le jour du contrôle, il faisait chaud dans les chambres.

En outre, un tube au néon carré est fixé au plafond, son interrupteur est à la porte, et chaque lit est surmonté d'un petit néon avec interrupteur intégré de sorte qu'il faut être debout pour allumer ou éteindre la lumière.

▪ **Les toilettes et les douches**

Les wc et les douches sont communs.

A l'unité **Trénel Rez-de-chaussée**, dans le couloir qui dessert les chambres, il n'existe que deux wc. Les trois autres sont accessibles par la salle à manger qui se trouve en face de la porte d'accès au couloir des chambres.

Les trois douches sont installées dans un même local. Chacune est dotée d'une porte qui peut se fermer de l'intérieur. Il n'y a aucun bouton d'alarme dans la douche. Les patères permettant d'accrocher les vêtements et une serviette sont fixées sur la porte, à l'intérieur et il est difficile de ne pas mouiller ses affaires lors de la douche. Toutefois, les douches et les équipements sont modernes et propres. Par ailleurs, il existe une salle de bains avec une baignoire ergonomique.

A l'unité **Trénel Etage**, deux wc sont dans le couloir des chambres ; quatre sont accessibles depuis le salon, à l'autre bout de l'unité.

Les deux douches sont identiques à celle du rez-de-chaussée. En outre, l'unité compte deux salles de bains. L'une est composée d'une baignoire ergonomique et l'autre comporte deux baignoires classiques installées côte à côte, séparées par un paravent en aluminium fixe et faisant la longueur des baignoires. L'intimité n'est en rien respectée par cet agencement. Il a néanmoins été dit aux contrôleurs que le personnel veillait à ce que jamais deux personnes ne se baignent en même temps.

▪ **La chambre d'isolement**

Seule l'unité **Trénel Rez-de-chaussée** possède une chambre sécurisée de soins intensifs (CSSI).

De 15 m², la CSSI est attenante à une salle de soins. Dans la cloison entre les deux, un oculus vitré de 0,90 m de long et 0,70 m de large offre une vue directe sur le lit. Une horloge digitale donne l'heure et la date.

Une fenêtre barreaudée et opacifiée permet un éclairage naturel de la pièce. Un store électrique extérieur peut être actionné depuis la salle de soins attenante par le personnel. La lumière est également commandée par le personnel depuis la salle de soins.

Le lit est constitué d'un sommier et d'un matelas en mousse plastifiée. A côté du lit, un interphone est relié à la salle de soins.

Dans la chambre, une salle de bains, séparée par une porte, se compose d'un bloc wc/lavabo en inox et d'une douche à l'italienne. L'eau est commandée par boutons poussoirs.

4.2.1.9.7 Le fonctionnement des unités Trénel Rez-de-chaussée et Trénel Etage

- **Ouverture et fermeture de l'unité Trénel Rez-de-Chaussée et des chambres**

Les chambres sont ouvertes en permanence, sauf le temps du ménage, entre 10h et 12h. Les patients ne possèdent pas de clef de leur chambre. En revanche, ils ont la clef de l'armoire qui leur est attribuée, même s'il faut déplorer de nombreuses pertes de clefs. En conséquence, des armoires restent ouvertes comme les contrôleurs ont pu le constater.

L'unité est fermée. Elle accueille toutefois au jour de la visite dix patients en soins libres qui se retrouvent donc enfermés. Les dix autres étaient en soins contraints (cf. 4.2.1.9.3).

Les sorties se bornent donc à la petite cour grillagée. Pour les sorties hors de l'unité, il faut établir un programme de soins. Toutefois la politique de l'unité consiste à faire accepter au personnel infirmier des « petits temps d'ouverture » au sein du secteur dans la journée afin que les patients puissent avoir accès, accompagnés, à la cafétéria (qui est attenante à l'unité et n'est pas ouverte vers l'extérieur) ou au parc, sans passer par la lourdeur engendrée par les certificats à produire pour établir un programme de soins.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « les patients se rendent seuls (et non accompagnés comme dit dans le rapport) à la cafétéria, pièce attenante à l'unité et libre d'accès ».

- **Ouverture et fermeture de l'unité Trénel Etage et des chambres**

Les chambres sont ouvertes, sauf durant l'entretien ménager, le matin entre 9h30 et 12h30 et l'après-midi entre 14h30 et 16h30. Les règles de fonctionnement indiquent que les chambres sont ouvertes « pour la sieste », après le repas, entre 12h30 et 14h30. Le week-end (samedi et dimanche) ainsi que les jours fériés, les chambres restent ouvertes toute la journée.

Il a été toutefois expliqué aux contrôleurs que l'ouverture et la fermeture des chambres sont « ajustables » en fonction du temps et de la situation des patients.

- **Biens personnels et argent**

Rien n'a été précisé aux contrôleurs concernant une procédure de dépôt des objets de valeur à la régie de l'établissement. De fait, lorsque les patients arrivent, il leur est proposé de déposer leurs effets personnels et leur argent dans un coffre qui se trouve au secrétariat et dont le cadre infirmier seul, a la clef (qu'il remet à un infirmier lorsqu'il est absent).

Il est précisé qu'une « procédure » de dépôt est mise en place ainsi qu'une « traçabilité » de chaque demande formulée oralement par les patients. Les contrôleurs ont constaté que cette procédure et cette traçabilité consistent, lorsqu'un patient en fait oralement la demande, à prendre dans le coffre la somme demandée, à remplir à la main une feuille indiquant le nom du patient, la date et le montant de la somme ; feuille signée par le personnel et contre signée par le patient.

Il est indiqué aux contrôleurs qu'aucun vol n'a été commis, même s'il est difficile de le savoir avec précision.

▪ **Hygiène (corporelle, vestimentaire)**

Il n'a pas été fait état auprès des contrôleurs de réelles difficultés avec l'hygiène corporelle dans les deux unités. Le personnel veille et incite les patients à se laver, quitte à aménager les horaires des douches prévus et qui sont les suivants :

- à l'unité Trénel Rez-de-chaussée : de 6h30 à 8h15 et, à la demande entre 18h et 19h ;
- à l'unité Trénel Etage : de 6h30 à 8h30 et entre 17h45 et 18h45.

Les produits d'hygiène sont à la charge des patients, mais les unités disposent d'une petite dotation, si nécessaire, en savon et en dentifrice.

Le lavage des vêtements est à la charge de la famille, mais les unités disposent, si nécessaire, d'un lave-linge que les patients peuvent utiliser le samedi, ce qui est rare. En outre, l'association « Les orchidées sauvages » anime un projet d'activité thérapeutique « pressing ».

Quant à la dotation en vêtements, les patients peuvent en acheter à la friperie organisée également par l'association « Les orchidées sauvages ».

▪ **Repas**

Les horaires des repas sont **les mêmes dans les deux unités du pôle.**

Le petit déjeuner est servi de 8h15 à 9h après le réveil à partir de 7h30 à l'unité Trénel rez-de-chaussée et à partir de 7h à l'unité Trénel étage. Le repas de midi est servi entre 12h et 13h, le goûter entre 16h et 16h30. Enfin, le dîner est servi entre 19h et 20h. Une tisane est proposée à 21h avec une collation du soir pour ceux qui le souhaitent.

Les menus sont adaptés en fonction des prescriptions médicales - médecin et diététicien - et du goût des malades.

Les repas se prennent collectivement dans les salles-à-manger respectives des deux unités qui sont équipées d'une cuisine. Les patients à l'isolement de l'unité Trénel rez-de-chaussée mangent avec les autres patients dans la salle-à-manger (cf. § chambre d'isolement).

Les médicaments sont distribués au moment des repas et les patients les prennent sous les yeux des personnels. Il est indiqué dans les règles de fonctionnement de l'unité Trénel rez-

de-chaussée que la distribution peut s'effectuer en « pharmacie » « selon indication médicale ».

▪ **Relations avec l'extérieur (visite, téléphone, correspondance et ordinateur)**

A l'unité Trénel Rez-de-chaussée, trois cabines de téléphone sont à disposition dont une est à cartes ; les deux autres permettent de recevoir et d'émettre des appels en passant par l'intermédiaire du poste infirmier. Elles sont situées hors zone de circulation, ce qui permet d'assurer relativement bien la confidentialité des conversations.

Les appels peuvent être émis ou reçus, sauf contre-indication médicale, entre 9h et 20h30, en excluant les heures de repas.

L'usage des téléphones mobiles est interdit ; les patients doivent remettre au personnel leur téléphone à leur arrivée. En revanche, la consultation de la messagerie est possible durant deux demi-heures entre 9h et 9h30 et entre 18h et 18h30.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « à l'unité Trénel rez-de-chaussée, les patients ont l'usage de leur portable dès qu'ils sortent en ville ou dans le parc (des horaires personnalisés sont définis dans le contrat de soins ».

Les **ordinateurs portables** sont également interdits dans l'unité.

Les visites sont autorisées entre 13h et 19h, mais « des aménagements sont possibles en fonction des situations individuelles ». Les enfants sont admis. Il existe une salle d'accueil des familles, mais pratiquement, les rencontres s'effectuent à la cafétéria, « plus conviviale ». Toutefois, lorsque plusieurs familles sont présentes et souhaitent un peu de tranquillité, elles peuvent être placées dans la salle de réunion de l'aile administrative. Aucune visite ne peut, en revanche, avoir lieu dans les chambres.

Même si ce n'est pas mentionné dans les règles de fonctionnement, les familles peuvent apporter des denrées, y compris périssables. Généralement il s'agit de « sandwiches de fast-food » à consommer durant la visite. Les denrées apportées peuvent être stockées, avec le nom du patient, dans l'un des deux réfrigérateurs situés à l'office.

A l'unité Trénel Etage, une cabine téléphonique est placée dans un recoin du salon permettant la confidentialité des conversations. Aucune plage horaire n'est fixée dans les règles de fonctionnement de l'unité. Il est simplement indiqué que les patients peuvent recevoir des appels « jusqu'à 20h30 ». Dans la pratique, il est expliqué aux contrôleurs que le personnel veille à ce que les patients ne téléphonent pas durant les repas.

L'usage des téléphones mobiles, sauf contre-indication médicale, est autorisé et libre. Le personnel veille à ce qu'il n'y ait « pas d'abus ».

Les **ordinateurs portables** peuvent être conservés par les patients. Lors de la visite des contrôleurs, deux patients avaient un ordinateur rangé dans l'armoire de la chambre fermée à clef pour éviter les vols. L'usage s'effectue à la demande du patient. Les règles de fonctionnement indiquent que les consoles de jeu sont également autorisées. Lors de la visite, aucun patient n'en possédait.

Les visites sont libres entre 14h et 18h30. Toutefois il a été indiqué aux contrôleurs que dans la pratique, si une visite ne peut avoir lieu que le matin, « c'est le lien familial qui prime ». Dans ce cas, la visite s'effectue à partir de 10h.

Les visites ont lieu le plus souvent à la cafétéria du rez-de-chaussée ou dans la salle d'accueil des familles de l'étage. En aucun cas, elles n'ont lieu dans les chambres. Les enfants de moins de 15 ans ne sont pas admis.

Des denrées non périssables peuvent être apportées. Il est indiqué aux contrôleurs qu'un contrôle visuel rapide des sacs est effectué pour vérifier qu'aucun produit illicite n'est introduit.

- **Télévision, radio et presse**

Il n'y a pas de prise de **téléviseur** dans les chambres, que ce soit à l'unité Trénel Rez-de-chaussée ou à l'unité Trénel Etage.

Trois postes dont deux à écran plat et un lecteur de DVD sont disponibles dans **l'unité Trénel Rez-de-chaussée**. Ils se trouvent dans le salon et dans la cafétéria.

A l'unité Trénel Etage, deux postes de télévision à écran plat avec les télécommandes sont à disposition dans les salles de séjour. Par ailleurs, à l'unité Trénel Etage, une chaîne HIFI située dans le bureau infirmier diffuse continûment, dans les pièces communes munies de hauts parleurs, de la musique. Pour autant le volume sonore étant bas, il ne gênait en rien les conversations ni l'écoute de la télévision.

Dans les deux unités, la salle de télévision est en accès libre, de 9h à 23h « à condition que le volume sonore ne gêne pas la collectivité ». De fait, chaque fois que les contrôleurs sont passés dans l'unité, les téléviseurs étaient allumés et quelques personnes les regardaient.

Concernant la **presse écrite**, les unités reçoivent « Le Parisien » et le « courrier Picard », fournis par le CHI. Elles n'ont contracté aucun abonnement. La plupart des autres journaux présents sont rapportés par le personnel.

- **Tabac**

Les deux unités du secteur disposent chacune d'une **salle fumeurs**. Au rez-de-chaussée, la pièce est munie de deux fenêtres ; à l'étage, une seule fenêtre. Les deux pièces ne comportent aucun mobilier à part un cendrier. Aucune chaise n'y est placée « pour éviter que les patients s'y installent ».

Pour se conformer à la législation en vigueur, ces salles ont été fermées durant une courte période en 2012, « sans résultat ». En effet, il a été indiqué aux contrôleurs que les patients, à ce moment, bien qu'incités à sortir dans la cour pour fumer, se cachaient dans les toilettes ou dans les chambres, « ce qui a augmenté le tabagisme passif ». En outre, un incident a eu lieu en 2012 : une patiente s'était enfermée dans les toilettes pour fumer et a provoqué un départ d'incendie. Aussi, plutôt que mettre en place une politique globale restrictive, le cas individuel de la patiente a été pris en compte et « traité avec elle comment et pourquoi elle avait eu ce geste ». Il a donc été décidé de rouvrir les salles fumeurs.

A l'unité Trénel Rez-de-chaussée, la salle est ouverte entre 7h et 23h ; entre 18h et 23h à **l'unité Trénel Etage**, ce qui signifie que les patients doivent sortir dans la cour pour fumer en journée. Les salles sont donc fermées la nuit après 23h, sauf pour les patients entrant ou ceux qui seraient « particulièrement angoissés ».

Toutefois, au moment du contrôle, le médecin chef de pôle indiquait qu'une réflexion était en cours pour fermer de nouveau les salles fumeurs afin de se conformer à la législation. En outre, les réunions régulières patients-soignants permettent d'aborder ces questions de politique sur la gestion du tabac avec un groupe « addictions » et de proposer la prescription de substituts nicotiniques.

A l'unité Trénel Rez-de-chaussée, seule unité disposant d'une chambre d'isolement, il est toléré que le patient qui l'occupe fume à la fenêtre.

Dans les deux unités, les patients gardent avec eux cigarettes et briquets, sauf contre-indication, par exemple un patient qui ne maîtrise pas suffisamment sa consommation. Dans ce cas, les cigarettes et les briquets sont rangés dans le vestiaire du personnel dans des casiers nominatifs fermés. Pour ces patients, la règle est d'accepter « une cigarette par heure ». Qu'ils fument dehors ou dans les salles fumeurs, les patients sont toujours accompagnés de soignants car ce moment est « un moment privilégié de discussion ».

▪ **Activités et sorties**

A l'unité **Trénel Etage**, les sorties sont possibles sur « autorisation médicale » ; à l'unité **Trénel Rez-de-chaussée**, elles se font sur « prescription médicale consignée dans le dossier de soins ».

Dans les deux unités, les règles de fonctionnement indiquent la condition restrictive que le patient soit de retour dans l'unité au moment des repas « y compris le goûter ». Seul le règlement de fonctionnement de l'unité Trénel Etage indique les horaires de sorties : de 9h à 18h l'été et jusqu'à 17h l'hiver.

Les activités proposées aux patients sont prises en charge par le centre de jour Eole, ouvert depuis une année et qui centralise les activités pour trois pôles : Clermont 1, 2 et 4. Ainsi, de nombreuses activités « internes » ont été transférées à Eole. Le bon côté de cette centralisation est entaché, d'une part, à cause du « manque de moyens et de personnels » qui ne permet pas d'accompagner les patients – or il n'existe aucun système de navette - et, d'autre part, par le fait qu'il existe une longue liste d'attente pour chaque activité, les patients long séjour étant, de fait, prioritaires.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « le rapport stipule qu'il n'existe pas de navette entre les unités d'hospitalisation et le centre de jour, mais les lieux sont distants d'une centaine de mètres, une navette n'est donc pas nécessaire ».

Concrètement « le médecin fait une indication et le patient définit son planning individuel avec Eole ». Il a toutefois été indiqué aux contrôleurs que le délai d'inscription était tel que bien souvent le patient était déjà sorti de l'unité lorsque la démarche d'inscription aboutissait.

Ainsi, au 12 juin 2013, un seul patient sur les vingt-deux présents dans l'unité suivait une activité externe.

En outre, des sorties sont organisées en extérieur. Les contrôleurs ont examiné le planning des sorties prévues pour les mois de juillet à décembre 2013. Sont recensés dans le tableau la date de sortie, le budget prévu, l'accompagnateur et le thème de la sortie. Pour les sorties déjà effectuées au moment de la visite des contrôleurs, le tableau n'indiquait pas si elle avait effectivement eu lieu ou pas, ni les patients y ayant assisté, ni le budget effectivement utilisé. Les visites programmées sur six mois sont les suivantes :

- cinq sorties sont prévues en juillet : visite du château de Versailles (Yvelines), visite du zoo d'Amiens (Somme), feux d'artifices, deux « balades et pique-nique » et un bowling ;
- trois sorties sont prévues en août 2013 : deux « balades et pique-nique » et une visite d'abbaye ;
- trois sorties sont prévues en septembre 2013 : une « balade et pique-nique », une visite du jardin des plantes et un bowling ;
- trois sorties sont prévues en octobre 2013 : un cinéma, une visite du Louvre de Lens (Pas-de-Calais) et une « balade » ;
- deux sorties sont prévues en novembre 2013 : un bowling et une visite du « musée Picardie » ;
- deux sorties sont prévues en décembre 2013 : un cinéma et le marché de Noël d'Amiens avec déjeuner au restaurant Buffalo®.

▪ **Relations sexuelles**

C'est une question récurrente sur laquelle, toutefois, les personnels rencontrés par les contrôleurs, tiennent le même langage. « Ce n'est en tout cas pas un droit, mais pas non plus un interdit. On rappelle aux patients qu'ils sont là avant tout pour se faire soigner ». La question peut, si nécessaire, être abordée au cas par cas individuellement avec les patients.

La question de la contraception pour les femmes est abordée dès le premier entretien avec le médecin généraliste du pôle.

Il a été expliqué aux contrôleurs qu'un couple qui s'est formé à l'unité Trénel Etage est engagé, quand il souhaite avoir des relations sexuelles, à réserver une chambre d'hôtel. Le moment où le patient demande de l'argent pour payer la réservation est celui choisi par le cadre pour rappeler l'usage des préservatifs.

▪ **Sur-occupation**

Au moment du contrôle, aucune des deux unités n'était sur-occupée.

▪ **Isolement et contention**

Ces mesures sont prescrites par le psychiatre et le suivi du patient est effectué sur des feuilles de suivi rangées dans le dossier de chaque patient.

La durée de placement en chambre d'isolement varie en fonction de l'état du patient, y compris si ledit patient est une personne détenue sous le régime de l'article D. 398 du code de procédure pénale.

En effet, si le patient-détenu est automatiquement placé en chambre sécurisée de soins intensifs (CSSI) à son arrivée, il en sort en fonction de l'évolution de son état, comme tous les autres patients.

En outre, les droits fondamentaux du patient-détenu, durant le temps de son hospitalisation à l'unité Trénel Rez-de-chaussée, sont respectés et ce, grâce, notamment à l'intervention de la « fédération des soins aux détenus » qui assure une liaison entre l'établissement pénitentiaire, les familles et le centre hospitalier (cf. § 4.2.7). Ainsi peut-il recevoir la visite de sa famille si des permis de visite sont établis à l'établissement pénitentiaire ; de même est-il autorisé à téléphoner, dans les mêmes conditions qu'en prison.

A l'**unité Trénel Rez-de-chaussée**, seule unité disposant d'une chambre d'isolement, la mise à l'isolement s'effectue dans ladite chambre. Si celle-ci est prise, l'isolement peut s'effectuer dans la chambre du patient.

Un « relevé des mises en isolement/contention en chambres sécurisées de soins intensifs (CSSI) » est rempli. Les contrôleurs ont examiné les relevés du « registre » commencé en janvier 2012 pour la période débutant en janvier 2013. Il ressort de cet examen que :

- en janvier 2013, trois patients avaient été isolés dont deux en CSSI et un dans sa chambre. Un pour une durée de huit jours ; le deuxième pour une durée d'une journée et aucune date ni heure de fin d'isolement n'est indiquée pour le troisième ;
- en février 2013, un seul patient, détenu, a été isolé en CSSI le 5 février, sans que soient mentionnées la date ni l'heure de fin de la mesure ;
- en mai 2013, quatre patients ont été isolés en CSSI dont un pour une durée de huit jours, le deuxième pour une durée de cinq jours, le troisième pour une durée d'une journée et aucune date ni heure de fin ne sont mentionnées pour le quatrième ;
- en juin 2013 (moment du contrôle, jusqu'au 11 juin), trois patients ont été isolés en CSSI dont un pour une journée, un détenu pour deux jours et un troisième détenu dont aucune mention ni de l'entrée ni de la sortie de la CSSI n'est indiquée.

A l'**unité Trénel Etage**, il a été indiqué aux contrôleurs que faisaient fonction de suivi les feuilles d'observations et non les feuilles de surveillance spécifiques à la chambre d'isolement.

Au moment du contrôle, une seule patiente nécessitait un isolement et une contention régulière de « dix minutes renouvelables ». Il a été indiqué aux contrôleurs qu'étaient notés sur les feuilles d'observation « les raisons de la mise sous contention, les heures de début et de fin, les points de contention ».

Les contrôleurs ont examiné la feuille d'observations de cette patiente du 6 au 11 juin 2013. Les observations étaient rarement aussi précises que ce qu'il était indiqué aux contrôleurs. Il était ainsi noté :

- « 9/06 : contentionnée à 7h45 + injection »
 - « Vers 18h30, Melle ... demande à être détachée »
 - « A 19h30, Melle ... est détachée »
 - « Melle... a mangé son yaourt. Après le repas, vient nous voir dans le bureau, nous dit que nous lui avons fait mal, que nous n'avions pas le droit. Puis est partie se coucher ».

- « le 10/06 : appel 2 fois les parents. Angoissée +++, contentionnée à 16h35 + injection (lot n°...) »
 - « Passage plusieurs fois dans sa chambre. A surveiller »
 - « A dû être contentionnée à 18h45 car menace de passage à l'acte sur elle-même. Contention une main et un pied. N'a pas fait d'opposition ».
- « 11/06 : Dit se sentir mal psychologiquement et vouloir parler. Vu en entretien (cadre). N'exprime pas son mal-être mais dit vouloir casser »
 - « Contentionnée de 10h à 11h à sa demande + injection »
 - « 17h30 2^{ème} menace avec lame de rasoir et menace de se scarifier. Essaie de la calmer. Mise sous contention d'un bras et d'une jambe »
 - « A 18h50 a pris un bain ».

Le médecin chef de pôle, auquel les contrôleurs ont fait part de leur interrogation quant à la manière imprécise de remplir les observations relatives à la contention et le non remplissage de feuille spécifique de suivi, a indiqué « qu'au-delà du cas particulier de Melle ..., une réflexion était en cours sur la révision des protocoles. »

▪ Incidents

Les incidents sont notés au jour le jour dans les dossiers « papier » des patients en observations.

4.2.1.9.8 L'activité des unités Trénel Rez-de-chaussée et Trénel Etage

4.2.1.9.8.1 L'activité de l'unité Trénel Rez-de-chaussée

<i>Unité Trénel Rez-de-chaussée</i>	2010	2011	2012	Quadrimestre 2013
Nombre de journées d'hospitalisation	7403	6183	6466	2192
Nombre d'entrée + présent au 1^{er} janvier	36	31	24	23
Durée moyenne de séjour	27	25	29	20
Taux d'occupation (en %)	92,19	77	80,29	83,03
Nb de lits + CSI	22+1	22+1	22+1	22+1
File active	270	245	226	111

<i>Hospitalisations sans consentement de l'unité Trénel Rez-de-chaussée</i>	N
Soins libres	10
Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état	3 + 1 D.398
Soins psychiatriques à la demande d'un tiers	
- SPDT	2
- SPDT urgence	2
- SPDT Péril imminent	2

4.2.1.9.8.2 L'activité de l'unité Trénel Etage

<i>unité Trénel Etage</i>	2010	2011	2012	1^{er} quadrimestre 2013
Nombre de journées d'hospitalisation	9104	8582	9087	3147
Nombre d'entrée + présent au 1 ^{er} janvier	34	38	33	26
Durée moyenne de séjour	166	132	140	70
Taux d'occupation (en %)	83,14	78,37	82,76	87,42
Nb de lits	30	30	30	30
File active	55	65	65	45

<i>Hospitalisations sans consentement de l'unité Trénel Etage</i>	N
Soins libres libre	21
Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état	0
Soins psychiatrique à la demande d'un tiers	
- SPDT	3
Programme de soins	3

4.2.1.10 L'hospitalisation au secteur 60 G10 Fitz-James 6

4.2.1.10.1 Présentation du pôle

Le territoire du pôle 60 G10 couvre trois cantons : Mouy, Montataire et Neuilly-en-Thelle.

La population du territoire est mixte, à la fois urbaine et rurale. La population du secteur est de 52 925 habitants selon le dernier recensement.

L'offre de soin du pôle Fitz-James 6 est la suivante :

- deux unités d'hospitalisation Bourneville et Biondi ;
- un hôpital de jour ;
- un centre d'activités pour les patients en réhabilitation ;
- un CATT sur la commune de Montataire ;
- un CMP à Montataire et un CMP à Chambly ;
- douze places d'HAD.

4.2.1.10.2 Le projet thérapeutique

Le chef de service responsable du pôle reste très attaché à la notion d'un secteur=un pôle ; la sectorisation, qui reste une particularité d'organisation sanitaire française en mettant l'équipe de soins au plus près du patient, lui paraît la plus pertinente.

Le pôle a rencontré de grandes difficultés de recrutement de médecins au cours des années antérieures, ce qui a pu être responsable d'un certain immobilisme ; cette difficulté est désormais résorbée et le pôle a été l'objet de restructuration.

Une des trois unités du service qui accueillait les longs séjours a fermé ; les patients ont été transférés dans l'unité intersectorielle de troubles envahissants du développement.

Les patients admis dans l'unité relèvent de pathologies psychiatriques graves chroniques ou sont admis pour un bilan initial de troubles graves du comportement. La prise en charge est de type psychothérapie analytique. Les patients relevant de pathologie névrotique seront orientés, lorsqu'une hospitalisation s'avère nécessaire, vers les établissements privés. En effet les locaux qui hébergent les patients sont extrêmement vétustes, une des deux unités est appelée à être détruite.

Le taux d'occupation permet actuellement d'accueillir des patients d'autres secteurs que le secteur 60 G10. L'équipe médicale axe sa réflexion sur une diminution du nombre de lits d'hospitalisation, souhaitant mettre en place deux unités de vingt-cinq lits chacune, l'une ouverte et l'autre fermée.

4.2.1.10.3 Les effectifs communs

a. Personnel paramédical :

L'effectif cible de la direction des soins est de quatre postes de soignants le matin et quatre l'après-midi dans les unités d'hospitalisation temps plein.

Pour cela une réorganisation du temps de travail est en cours.

Les équipes de jour et de nuit n'effectuent aucun roulement, comme cela se fait dans l'UAU, pouvant leur permettre de connaître le travail de leurs collègues. Ainsi les contrôleurs ont pu rencontrer des infirmiers de nuit qui occupaient leur poste depuis plus de vingt ans.

Le personnel paramédical³⁹ du pôle 60 G10 est le suivant :

<i>Secteur 60 G10</i>	N	ETP
Cadre supérieur de santé	1	1
Cadre de santé	4	3,9
IDE J	64	63,24
Aide-soignant J	32	31,7
ASH	10	9,8
Assistante sociale	4	3,5
Ergothérapeute	1	0,8
Psychologue	4	4
Adjoint administratif	8	7,6
TOTAL	128	125,54

IDE : infirmier diplômé d'état

ASH : agent de service hospitalier

b. Personnel médical :

Le personnel médical du pôle est constitué de cinq praticiens hospitaliers en psychiatrie, dont quatre sont titulaires. Un d'entre eux est âgé de 68 ans.

Un interne de spécialité de la faculté d'Amiens est en choix dans le service lors de la visite des contrôleurs, il est en fin de formation et prépare sa thèse.

Il a été précisé aux contrôleurs que la proximité de Paris, et le nombre de postes qui y étaient à pourvoir, incitaient les jeunes médecins formés à Clermont à faire leur assistantat à Paris. Dans le pôle, un poste d'assistant et un poste d'attaché restent vacants.

Un praticien en médecine générale partage son plein-temps avec un autre pôle.

³⁹ Source coordination générale des soins.

4.2.1.10.4 L'unité Biondi

Le pavillon Biondi est une unité d'admission et d'hospitalisation à temps plein. Les patients sont adressés principalement par le Centre médico-psychologique (CMP) de Montataire ou celui de Chambly. Ils sont admis dans le cadre de troubles comportementaux ou psychiques aigus qui rendent impossible leur maintien à l'extérieur. Ils peuvent également être adressés pour une réévaluation de leur traitement.

4.2.1.10.4.1 Les patients de l'unité

La capacité théorique de l'unité Biondi est de vingt-et-un lits répartis en trois chambres individuelles et neuf chambres doubles.

L'unité dispose d'une chambre de soins intensifs permettant d'accueillir, entre autres, des patients admis en SPDRE au titre de l'article de l'article D. 398 du code de procédure pénale et dans le cadre des hospitalisations régies par l'article L3214-3 du code de santé publique.

Deux autres chambres individuelles sont parfois utilisées comme chambre d'isolement bien qu'elles ne soient pas aménagées.

L'unité Biondi est une unité fermée.

Au jour de la visite, l'unité comptait vingt-deux patients présents (six hommes et seize femmes) :

- sept personnes étaient admises en soins libres ;
- quatre personnes étaient en soins à la demande d'un tiers (SDT) ;
- une personne était en soins à la demande d'un tiers en urgence (SDTU) ;
- quatre personnes étaient en soins à la demande d'un tiers en péril imminent (SPDTI) ;
- six étaient en soins sur décision du représentant de l'État (SDRE).

Cinq autres personnes étaient notées en soins ambulatoires sous contrainte.

Le patient le plus âgé avait 68 ans et le plus jeune, 21 ans. La plus longue hospitalisation datait de trois années. Il concernait une personne admise en SDRE alternant programmes de soins et hospitalisation complète après avoir effectué un passage d'un an dans une unité pour malades difficiles.

4.2.1.10.4.2 Les personnels de l'unité Biondi

a. Personnel paramédical de l'unité Biondi

<i>Unité Biondi</i>	N	ETP
Cadre supérieur de santé	1	1
Cadre de santé	1	1

IDE J/N	21	20,6 ⁴⁰
Aide-soignant J/N	7	7
ASH	3	3
Assistante sociale	1	1
Psychologue	1	0,2
TOTAL	35	32,8

Les horaires du personnel paramédical sont les suivants :

- le matin : 6h-14h, 7h-15h, 9h-17h ;
- l'après-midi : 13h-21h, 14h-22h

Le matin, quatre paramédicaux sont présents dans le service, dont deux infirmiers au minimum. Le service d'après-midi est assuré par trois ou quatre paramédicaux dont deux infirmiers au minimum. Le service de nuit est assuré par un infirmier et un aide-soignant.

L'unité a connu peu de changement en personnel ces quatre dernières années, hormis le départ de deux paramédicaux pour raison familiale. La majorité de l'équipe infirmière est composée de personnel titulaire du diplôme d'État. Seulement cinq personnes ont effectué la formation d'infirmier de secteur psychiatrique.

b. Personnel médical de l'unité Biondi

Les médecins psychiatres assurent une présence journalière de 9h à 17h puis les médecins de garde prennent le relais. Lors d'une admission, le patient est vu en consultation par un psychiatre du service dans la journée ou le lendemain.

Les médecins généralistes assurent une présence à raison de deux jours par semaine et voient systématiquement en consultation toutes les admissions.

<i>Unité Biondi</i>	N	EPT
Praticien hospitalier psychiatre	2	2
Praticien hospitalier généraliste	1	0,4
Interne	1	1

⁴⁰ Le personnel de nuit tourne à la fois sur l'unité Biondi et l'unité Bourneville

4.2.1.10.4.3 Les locaux de l'unité Biondi

Le pavillon Biondi est un bâtiment ancien, en partie rénové, comprenant un étage. L'entrée principale, fermée à clef, est pourvue d'une sonnette. Elle donne accès au hall d'entrée équipé d'un fauteuil et d'un *point phone* pour les patients.

a. Au rez-de-chaussée

Le hall dessert successivement :

À droite :

- le bureau infirmier vitré, équipé d'un plan de travail, d'un ordinateur, d'un téléphone et de plusieurs sièges. Sur le mur est affiché le tableau de planification doté de volets de rabattement afin de préserver la confidentialité des patients. Chaque nom de patient est inscrit, ainsi que le nom du médecin référent, le mode d'hospitalisation, le projet de soins et les soins infirmiers ;
- un bureau de consultation, utilisé par les médecins et le personnel infirmier pour réaliser les entretiens. Il est équipé d'un plan de travail, d'un poste informatique et de trois sièges. Il comprend aussi une armoire, fermant à clef, contenant les dossiers médicaux ;
- la salle de soins, spacieuse et entièrement rénovée, équipée d'une grande pailasse, d'un lavabo et de plusieurs placards (dont l'armoire à pharmacie) et d'un chariot de distribution de médicaments. Le sac de matériel d'urgence et de réanimation est stocké dans cette pièce ;
- la chambre de soins intensifs, d'une surface de 36 m², de couleur bleu clair, occupée par une patiente le jour du contrôle. Les contrôleurs ont pu néanmoins visiter la chambre avec l'accord de celle-ci. Elle comprend deux portes d'accès, un au niveau de la salle de soins et l'autre dans le couloir. Elle est éclairée par une fenêtre située à mi-hauteur, barreaudée, fermée à clef et dont la poignée se démonte. Elle est équipée d'un lit en mousse dont les coutures sont scellées. Une horloge en hauteur indique le jour et l'heure. Le bouton d'appel est encastré dans le mur. La salle de douche, située au fond de la chambre, comprend une cuvette wc, un lavabo dépourvu de miroir, et une douche. Les robinetteries sont des boutons de type « poussoir ». Le tout peut être actionné par le patient. La porte d'accès à la douche ne comporte pas de poignée et ne peut pas être fermée à clef. La lumière artificielle de la chambre, le chauffage et la climatisation ne peuvent être actionnés que de l'extérieur. Le personnel infirmier peut surveiller le patient à travers une lucarne positionnée dans le poste de soins et donnant vue sur l'ensemble de la chambre hormis la salle de douche ;
- un deuxième bureau de consultation, équipé d'un plan de travail, d'un poste informatique et de deux sièges ;
- le bureau du cadre de santé ;
- un local, fermant à clef, contenant douze casiers ne fermant pas à clef réservés au stockage des effets personnels des patients.

Le local des ASH et le local des archives sont positionnés en face du bureau infirmier.

Un couloir est équipé d'un panneau d'affichage à l'attention des patients (une notice informant de la visite du Contrôle général des lieux de privation de liberté était affichée le jour du contrôle) et d'une boîte aux lettres destinée à réceptionner les questionnaires de satisfactions. Il dessert successivement :

- les sanitaires réservés aux patients comprenant une séparation hommes/femmes et un sanitaire pouvant accueillir une personne en fauteuil roulant ;
- une salle d'activité meublée d'une table ronde et de trois fauteuils ; des jeux de société et du matériel d'arts plastiques sont conservés dans une armoire fermée à clef ;
- une vaste pièce, divisée en deux parties, dont la première partie est la salle à manger. Cet espace est lumineux, il est meublé de sept tables et de vingt-deux sièges. Le menu du jour est affiché au mur. Une machine à café gratuite et une fontaine à eau sont mises à la disposition des patients. Le nombre de cafés pour chaque patient étant limité, la machine à café est fermée à clef en-dehors des heures de repas. La deuxième partie de cette pièce sert de salle de télévision : dix sièges sont positionnés face au téléviseur ; le jour du contrôle, les sièges étaient tous occupés par les patients, le poste de télévision fonctionnant toute la journée.
- la cuisine, vétuste mais bien entretenue, est située à droite de la salle à manger. Les différents régimes des patients sont affichés sur le réfrigérateur ;
- l'office du personnel est situé à droite de la salle de télévision. Il comprend une grande table et des chaises, un four à micro-ondes, des plaques chauffantes et un réfrigérateur ;
- le bureau de l'assistante sociale ;
- un bureau dédié à l'accueil des familles ;
- les sanitaires du personnel ;
- la porte d'entrée réservée aux visiteurs est positionnée en bout de couloir. Cet accès permet de respecter la confidentialité des patients et de préserver les enfants venant rendre visite à un de leurs parents ;
- la salle dédiée aux visites, située aussi en bout de couloir, est meublée de quinze sièges, d'une petite table et d'un poste de télévision disponible pour les patients souhaitant regarder un autre programme durant la soirée. La pièce, accueillante, est joliment décorée avec différents cadres.

L'accès à la cour extérieure est situé face à la porte d'entrée principale du bâtiment. Cet accès est précédé « d'un sas fumeur » utilisé par les patients lorsque la cour extérieure ne leur est pas accessible. En effet, cette cour est entourée de grillages d'une hauteur de 1,90 m, il est très aisé pour un patient souhaitant s'enfuir de les escalader. Lorsque le personnel soignant considère que le risque de fugue est élevé, les patients sont contraints de fumer dans ce sas.

La cour dispose d'un grand espace vert, de tables, de quatre bancs et de plusieurs sièges. En revanche, elle n'est pas équipée d'auvent permettant aux patients de se protéger de la pluie ou du soleil.

b. À l'étage

L'accès à l'étage s'effectue par l'escalier ou l'ascenseur, tous deux positionnés au niveau du hall d'entrée.

- Le palier comprend :
 - une laverie réservée à l'entretien du linge des patients. Elle est équipée d'un lave-linge et d'un sèche-linge ;
 - un local lingerie où sont entreposés des vêtements provenant de donations ;
 - un salon meublé de six sièges et d'une table basse ; quelques livres peu récents sont disposés sur une étagère ;
 - les trois chambres individuelles sont situées face à l'escalier.

- Le couloir dessert

À gauche : sept chambres doubles et une salle de bains commune

À droite :

- une salle de soins, récente, équipée d'un fauteuil inclinable permettant au personnel infirmier de réaliser les bilans sanguins lors de l'admission ;
- les sanitaires réservés aux patients ;
- deux chambres doubles ;
- les vestiaires réservés au personnel sont dotés d'une séparation hommes/femmes et sont équipés d'une douche.

▪ Les chambres

Les trois chambres individuelles sont d'une surface de 11 m². Elles sont parfois utilisées comme chambre d'isolement bien qu'elles ne soient pas aménagées à cet effet. Deux de ces trois chambres ont été visitées par les contrôleurs. Elles offrent un aspect vétuste, les murs revêtent les traces de passage des patients qui se sont succédé. Ces chambres sont meublées d'un lit doté d'un matelas à revêtement plastique ; un des deux lits n'est pas fixé au sol, pour autant il arrive que des patients soient mis sous contention. Le jour du contrôle, la chambre, dont le lit est fixé au sol, était occupée par une patiente et le matériel de contention était en place.

Les deux chambres sont éclairées par une fenêtre positionnée à mi-hauteur, équipée d'un battant court, et d'un plafonnier. La couleur des murs est bleu pâle ; la peinture est ancienne et pour l'une des chambres, elle s'écaille sur une majeure partie de la surface. Ces deux chambres sont équipées d'une salle de douche dont une des portes a été détériorée et ne comporte plus de serrure. La porte de l'autre salle de douche comporte une serrure, le patient pouvant alors s'enfermer à clef. Les salles de douches, dont les murs sont en carrelage blanc et le sol en revêtement plastique, sont équipées d'un lavabo sans miroir, d'une douche à l'italienne et d'une cuvette wc. Les robinetteries ne sont pas encastrées dans le mur.

La porte d'entrée des chambres est munie d'une serrure fermant à clef de l'extérieur et d'un œilleton.

Ces chambres ne sont pas équipées de bouton d'appel alors qu'elles sont situées au premier étage et donc à distance du bureau infirmier. En conséquence, les patients placés en isolement doivent tambouriner à la porte lorsqu'ils souhaitent faire appel au personnel soignant.

La troisième chambre, occupée par un patient souffrant de démence, n'a pu être visitée par les contrôleurs. Ce patient, en perte d'autonomie, est en attente d'un placement en EHPAD. Le cadre de l'unité a fait part aux contrôleurs des difficultés à identifier une solution de sortie, les EHPAD montrant une réticence à accueillir des personnes provenant du secteur psychiatrique. Ce patient est maintenu au lit vingt-quatre heures sur vingt-quatre car il est en incapacité de rester en position statique ou assise. Ce maintien au lit datait de trois semaines, le jour du contrôle. Par ailleurs, ce patient est enfermé à clef afin de le protéger d'autres patients relevant de comportement hétéro-agressif. **Bien que des tours de surveillance soient effectués régulièrement, il convient de noter que le personnel soignant reste au rez-de-chaussée la majeure partie du temps ; ces patients, enfermés dans leurs chambres, se retrouvent donc isolés.**

Les chambres doubles, d'une surface de 16 m², sont identiques et sont toutes équipées d'un local sanitaire comprenant un lavabo avec miroir, une cuvette wc et une douche à l'italienne.

Toutes les chambres sont meublées de deux tables de nuit, de deux armoires individuelles pouvant fermer à clef, d'une petite table et de deux sièges. Elles sont éclairées par une fenêtre positionnée à mi-hauteur, équipée d'un battant court, et d'un plafonnier. Les murs sont de couleur bleue, leur aspect est satisfaisant.

Toutes les chambres de cet étage sont équipées d'un volet roulant et d'un radiateur. En revanche, l'étage n'est pas équipé d'un système de ventilation ; durant les périodes de forte chaleur, le personnel utilise un climatiseur mobile et deux ventilateurs.

▪ Les toilettes et les douches

L'étage comprend une grande salle de bains permettant aux patients, qui le souhaitent, de prendre un bain. Cette salle de bains, de couleur bleue, est spacieuse et offre un aspect agréable. Elle est équipée d'une baignoire, d'un lavabo et d'une armoire comprenant des produits d'hygiène de base. La surface de la salle de bains permet d'organiser des séances de coiffure et d'esthétique.

L'étage ne dispose pas de sanitaire commun.

4.2.1.10.4.1 La gestion de l'unité

La coordination du fonctionnement est assurée dans le cadre de trois réunions :

- une réunion clinique a lieu une fois par semaine, elle réunit l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire ; elle a pour objectif de faire le point sur chaque patient tant sur son état psychiatrique et physiologique que sur son devenir ;
- tous les matins, des transmissions sont effectuées entre les infirmières et les médecins ;
- une réunion institutionnelle en présence du cadre supérieur de santé a lieu tous les trois mois.

Le cadre de l'unité n'a pas souhaité mettre en place une réunion de service de manière systématique. Elle préfère privilégier le côté informel et rester accessible auprès des membres de son équipe lorsque le besoin s'en fait ressentir. D'après les propos recueillis par les contrôleurs, le personnel paramédical semble être satisfait de ce mode de fonctionnement.

4.2.1.10.4.4 Le fonctionnement de l'unité Biondi

▪ Ouverture et fermeture de l'unité et des chambres

L'unité est fermée. Les patients en soins libres sont *de facto* privés de la liberté d'aller et venir et doivent faire appel au personnel paramédical à chaque fois qu'ils souhaitent sortir du bâtiment. En principe, ils peuvent sortir de 10h à 12h puis de 13h à 19h. Ils ont aussi la possibilité de déjeuner à l'extérieur après avis médical.

Lorsque l'accès à la cour est fermé, les patients admis en soins libres sont contraints de fumer dans le sas ou de demander l'ouverture de la porte principale.

L'accès aux chambres est possible le matin jusqu'à 10h et l'après-midi de 13h à 14h puis le soir après le repas.

▪ Biens personnels

Le jour de l'admission d'un patient, deux infirmiers procèdent à un inventaire contradictoire signé par le patient dans la mesure du possible. Tous les objets de valeur sont enregistrés dans une fiche, qui doit être signée par le patient, et sont conservés dans un coffre fermé à clef, situé dans le bureau du cadre de santé.

Les objets et produits potentiellement dangereux (rasoirs, sèche-cheveux, parfum, nécessaire de manucure, objets tranchants, ceintures, cordon de portable) sont conservés dans un local, fermé à clef, où sont disposés des casiers ouverts au nombre de douze. Les casiers n'étant pas en nombre insuffisant, les effets personnels sont étiquetés au nom des patients et sont rangés par catégorie⁴¹.

▪ Hygiène (corporelle, vestimentaire)

L'unité dispose de réserves de produits d'hygiène corporelle pour les patients démunis, toutefois il est demandé aux familles de fournir les effets de toilette. 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. Pour les patients nécessitant une aide à la toilette, celle-ci est effectuée avant le petit déjeuner ; si l'unité est calme, le personnel fait preuve de flexibilité et essaie de s'adapter au rythme des patients.

L'entretien du linge est à la charge des familles ; néanmoins, les patients ont la possibilité d'utiliser le lave-linge et les sèche-linge du service de manière ponctuelle.

▪ Entretien des locaux

L'entretien des locaux est assuré par deux ASH de 7h à 15h. Le jour du contrôle, les locaux avaient un aspect propre.

⁴¹ Le cadre de l'unité a commandé des casiers supplémentaires qui devaient être livrés incessamment sous peu.

- **Argent**

Les patients ont la possibilité de conserver des petites sommes d'argent sur eux, toutefois il leur est recommandé de déposer leurs chèquiers et leurs cartes de crédits au coffre situé dans le bureau du cadre. Les patients doivent apposer leur signature sur un carnet à chaque retrait.

Concernant les sommes importantes, elles sont déposées à la trésorerie de l'établissement. Pour un patient mis sous tutelle, le cadre se met en relation auprès du mandataire judiciaire afin de connaître le montant exact auquel le patient a droit.

- **Repas**

Les horaires des repas sont les suivants : le petit-déjeuner de 8h30 à 9h30, le déjeuner à partir de 12h, un goûter est servi à partir de 16h, le repas du soir est servi à partir de 19h.

Les médicaments sont distribués dans la salle à manger à l'heure des repas. Bien que cette organisation ne respecte pas la confidentialité du patient, elle permet à l'ensemble du personnel soignant d'être présent. En effet, ces temps de repas sont des moments où des tensions entre patients peuvent ressurgir. Par ailleurs, ces moments sont utilisés comme « période d'essai » pour les patients placés en isolement, d'où la nécessité d'avoir l'ensemble du personnel disponible en cas d'incident.

Les hypnotiques peuvent être distribués avant le coucher afin de permettre à certains de veiller plus tard.

- **Relations avec l'extérieur (visite, téléphone, correspondance)**

Les visites ont lieu de 13h30 à 18h30 et sont autorisées après avis médical. Elles sont interdites dans les chambres. Les visites des enfants à leurs parents sont autorisées après avis médical. Les patients placés en isolement peuvent avoir droit à des visites si leur état psychique est stabilisé. Ces visites ont lieu dans les chambres en présence d'un personnel infirmier.

Les patients peuvent recevoir du courrier sauf contre-indication médicale.

L'usage des téléphones portables est limité afin d'éviter les vols de portables et de protéger la vie privée des patients. En effet, un couple « illégitime » aurait été pris en photo par un autre patient. Les portables sont donc conservés dans le bureau du cadre et sont disponibles à la demande. Pour les patients étant en phase aiguë de leur maladie, l'usage du portable est proscrit par le médecin jusqu'à nouvel ordre.

Le *point phone* positionné à l'entrée du service permet aux patients de recevoir des appels. En revanche, il ne respecte pas l'intimité du patient puisqu'il n'est doté d'aucun isolement.

- **Télévision, radio et ordinateur**

L'unité est dotée de deux postes de télévision. Les patients ont la possibilité de visionner leur programme jusqu'à 22h30.

La distribution du journal local a lieu chaque jour, les patients ont aussi la possibilité d'écouter la radio dans leur chambre à condition de ne pas perturber le voisinage.

L'accès à internet est permis, toutefois l'utilisation de l'ordinateur n'est possible qu'en présence du personnel soignant afin que les patients n'aient pas accès à des données réservées au personnel.

- **Tabac**

En principe, tout patient a la possibilité de fumer à n'importe quelle heure du jour et de la nuit. Pour autant tous les patients n'ont pas la possibilité de conserver avec eux leur paquet de cigarettes et leur briquet. En effet, selon les propos du personnel infirmier, certains patients ne sachant pas gérer leur consommation se font spolier par d'autres patients. Les patients placés en isolement peuvent fumer dans leur chambre en présence d'un personnel infirmier.

- **Activités et sorties**

Peu d'activités sont organisées au sein de l'unité, outre les jeux de société et quelques ateliers d'arts plastiques et de pâtisserie le dimanche après-midi. Selon les propos du personnel infirmier, de nombreux patients sont admis en phase aiguë de la maladie et nécessitent une surveillance accrue. Par ailleurs, le cadre de l'unité a évoqué le nombre insuffisant en effectif car bien souvent un infirmier est amené à accompagner un patient pour des rendez-vous à l'extérieur.

Concernant les sorties à l'extérieur, le personnel a évoqué les contraintes inhérentes à la loi du 5 juillet 2011, notamment l'impossibilité d'organiser des sorties de manière spontanée du fait des demandes d'autorisation de sortie à prévoir douze heures à l'avance. Selon les propos recueillis par les contrôleurs auprès du personnel : « la loi est compliquée, frustrante et angoissante pour les patients ».

Les patients, dont l'état psychique est stabilisé, peuvent avoir accès au centre d'activités de jour, " La Maison Bleue". Pour autant peu de patients se saisissent de cette opportunité. Le jour du contrôle, seuls deux patients se rendaient régulièrement aux activités. Le personnel infirmier a évoqué des patients jeunes provenant de milieu sociaux défavorisés et peu enclins à participer à des activités artistiques.

Les patients nouant des relations intimes entre eux sont systématiquement vus en entretien par le personnel soignant. Une discussion ouverte est engagée et chacun est informé des conséquences à entamer une relation dans un contexte de soins psychiatriques. Des préservatifs, situés dans le bureau infirmier, sont à la disposition des patients et la pilule est proposée aux jeunes femmes.

- **Isolement et contention**

En principe, pour les patients admis en soins libres placés en chambre individuelle et mis sous contention, le médecin procède à un changement de statut. Par ailleurs, la prescription est renouvelée chaque jour. L'unité ne dispose pas de registre de contention, toutefois le cadre de santé comptabilise mensuellement la durée en isolement avec et sans contention. Par ailleurs, les patients placés en isolement, sont systématiquement mis en pyjama.

En 2012, les chambres sécurisées et de soins intensifs ont été occupées pendant 719 journées. Les trois chambres à une place de l'étage et la chambre d'isolement sont donc occupées à 49 % du temps en tant que chambres de soins intensifs, bien qu'elles n'aient pas toutes été aménagées.

L'utilisation relevée des moyens de contention en fonction des régimes d'hospitalisation a été la suivante :

Avec Contention	Sans contention

SL	220	143
SPDT	19	166
SPDRE	51	77
SPDRE D398	8	9
Total	298	395

▪ **Les patients détenus.**

Le jour du contrôle, aucune personne détenue n'était hospitalisée dans cette unité.

Une difficulté a été soulevée par le cadre de santé : bien souvent ces patients repartent en détention menottés, accompagnés par les forces de sécurité devant les autres personnes hospitalisées. Le personnel soignant a donc demandé aux agents d'attendre les patients à l'extérieur : « afin que ces derniers puissent quitter l'unité dignement ».

▪ **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. Quatre patients ont fugué de l'unité en 2012, tous ont été retrouvés dans le parc ou à proximité de l'hôpital dans les heures qui ont suivi la fugue.

4.2.1.10.4.5 L'activité de l'unité Biondi

<i>Unité Biondi</i>	2010	2011	2012	1^{er} quadrimestre 2013
Nombre de journées d'hospitalisation	10061	7354	6634	N/C
Nombre d'entrée + présent au 1^{er} janvier	291 +22	227 +22	274+22	N/C
Durée moyenne de séjour	46	36	28	N/C
Taux d'occupation (en %)	100 %	95,5 %	83,7 %	N/C
Nb de lits	21	21	21	N/C
File active	N/C	1067	1086	N/C

N/C : non communiquée

4.2.1.10.5 L'unité Bourneville

La capacité théorique de l'unité BOURNEVILLE est de trente-et-un lits répartis dans dix chambres individuelles, neuf chambres doubles et une chambre à trois lits.

L'unité dispose d'une chambre qui n'est pas recensée par l'hôpital comme étant une chambre d'isolement mais qui en présente toutes les caractéristiques (cf. § 4.2.1.10.5.3) et qui n'est pas aux normes définies par l'HAS. C'est une unité fermée.

4.2.1.10.5.1 Les patients de l'unité Bourneville

Au jour de la visite, l'unité comptait vingt-sept patients présents (dix-sept hommes et dix femmes) :

- seize personnes admises en soins libres ;
- dix en soins à la demande d'un tiers (SDT) ;
- une en soins sur décision du représentant de l'État (SDRE).

Vingt-sept autres personnes étaient suivies en soins ambulatoires sous contrainte.

Le patient le plus âgé avait 83 ans et le plus jeune, 22 ans. La plus longue hospitalisation datait de vingt-sept années.

4.2.1.10.5.2 Les personnels de l'unité Bourneville

Les différentes catégories professionnelles travaillant dans l'unité se rencontrent régulièrement :

- une réunion clinique se tient tous les lundis ;
- mensuellement une réunion des deux équipes soignantes des unités d'hospitalisation ;
- une réunion soignants-soignés se teint également mensuellement.

a. Personnel paramédical de l'unité Bourneville

<i>Unité Bourneville</i>	N	ETP
Cadre de santé	1	1
IDE de jour	10	9,6
Aide-soignant de jour	7	7
Couturière	1	1
ASH	2	2
Assistante sociale	1	0,8
Psychologue	1	0,5
TOTAL	23	21,9

b. Personnel médical de l'unité Bourneville

<i>Unité Bourneville</i>	N	EPT
Praticien hospitalier psychiatre	1	0,2
Praticien hospitalier généraliste s	1	ALD

4.2.1.10.5.3 Les locaux de l'unité Bourneville

Le pavillon Bourneville est situé au Sud-Est du site de Fitz-James, en bordure de terrain. Ce bâtiment de deux niveaux, construit en 1957, d'une surface totale de 955 m² est vétuste ; il est appelé à être détruit.

On accède à l'unité par une entrée principale située sur le côté ouest du bâtiment. Cette double porte est vitrée dans sa partie supérieure et fermée à clef.

La porte ouvre sur un couloir de 18 m de longueur qui dessert successivement :

- **à droite :**

- un bureau infirmier de 32 m² largement éclairé par trois fenêtres, il est équipé de deux postes de travail et d'armoires de rangement ;
- un escalier qui conduit au premier étage et aux chambres ;
- un local ménage ;
- une lingerie où se trouve le poste de téléphone ;

- **à gauche :**

- une salle de soins, d'une surface de 25 m². Elle est éclairée par trois fenêtres ; elle est équipée d'une table d'examen, d'une armoire à pharmacie, d'un poste informatique, d'une paillasse humide, de placards muraux haut et bas, d'une armoire contenant outre les réserves de papèterie, le sac d'urgence. L'ensemble paraît encombré ;
- l'office du personnel de 25 m² de surface équipé d'une table, de chaises, d'une paillasse humide avec des placards muraux, et d'un four à micro-ondes ;
- d'une douche et de wc réservés au personnel ;
- l'office des patients d'une surface de 35 m², ouvre sur l'extérieur par une porte-fenêtre par laquelle sont livrés les repas. Un grand réfrigérateur permet d'entreposer les barquettes de deux repas ; la livraison se faisant une fois par jour en liaison froide. L'office est également équipé d'une paillasse humide, d'un lave-vaisselle, d'un second réfrigérateur, d'un four pour réchauffer les barquettes ;

- **Le couloir débouche sur une double porte qui dessert en enfilade :**

- une salle à manger de 80 m² équipée de huit tables à quatre places et de chaises, et d'un meuble bas de rangement. Les meubles sont en bon état, les murs et les boiseries sont peints de couleurs vives, des tableaux sont accrochés aux murs. Cette pièce est décorée avec un souci de convivialité ;
- une salle de séjour de 75 m² équipée de treize fauteuils malades, un baby-foot, un poste de télévision. Une double porte donne sur quelques marches qui permettent d'accéder au jardin. Ces portes sont fermées à partir de 22h30 ;
- un couloir de 11 m de longueur qui est fermé par une double porte fermée à clef donnant sur la partie administrative du bâtiment. Il dessert :
 - à gauche un bureau de 20 m² pour l'assistante sociale, des sanitaires comportant trois wc en faïence ;
 - à droite une salle de 16 m² où les patients peuvent rencontrer leur famille ; le bureau de la cadre de santé de 18 m².

L'hébergement de nuit se trouve **au premier étage** ; comme cela a été à plusieurs reprises déploré auprès des contrôleurs, **le bâtiment n'est pas équipé d'un ascenseur**. Les personnes âgées ou ayant des difficultés à se déplacer, relevant d'une prise en charge à Bourneville, ne peuvent être admises dans cette unité pour cette raison. Elles seront donc hospitalisées dans l'autre unité du secteur qui est plus spécifiquement réservée à l'accueil.

À l'étage, un long couloir parcourt la totalité du bâtiment. Quatre doubles portes pleines le divisent. Il dessert dix chambres à un lit (de 7,5 m² à 20 m² de surface), neuf chambres doubles (de 15 m² à 27 m² de surface) et une chambre triple de 30 m² de surface. Chaque patient dispose d'un lit dont certains sont équipés de barrières antichute, d'une chaise ou d'un fauteuil malade, d'un chevet, d'une armoire. Les meubles sont en bon état, il a été précisé aux contrôleurs qu'une opération de remplacement du mobilier était en cours.

L'étage est équipé de quatre wc, de cinq douches (trois pour les hommes, deux pour les femmes), de deux baignoires (dont une baignoire de balnéothérapie pour les hommes) réparties au milieu et en bout de couloir. Onze chambres sont pourvues d'un lavabo.

La chambre n°105 est spécifiquement aménagée pour un patient particulier : la fenêtre est équipée de barreaux, le lit métallique est fixé au sol, aucun autre meuble n'équipe cette pièce, la porte est pourvue d'un oculus carré de 0,4 m de côté pouvant être occulté par un panneau de bois fermant à clef, la porte est renforcée par une serrure à trois points.

La chambre n°101 est spécifiquement aménagée pour un patient en fin de vie. Ce patient atteint d'une pathologie ORL ne souhaite plus s'alimenter. La chambre est équipée d'une aspiration à mucosités portable et d'une pompe à nutrition électrique. Plusieurs soignants ont exprimé auprès des contrôleurs leur questionnement éthique quant au respect de la volonté de ce patient.

L'étage comporte également, une pièce de repos pour les infirmiers de nuit et une lingerie occupée par une couturière à temps plein. Elle effectue les petits travaux de couture sur les vêtements des patients et assure leur entretien dans la laverie située à l'étage. Cette laverie est équipée d'un lave-linge et d'un sèche-linge et de deux vestiaires où sont entreposés les vêtements des patients.

4.2.1.10.5.4 Le fonctionnement de l'unité Bourneville

Un document intitulé « règles de vie » est remis à chaque patient entrant dans l'unité. Il a été mis à jour en janvier 2013 et comporte outre le règlement intérieur de l'unité, les modalités de recours auprès des autorités pour les hospitalisations sans consentement.

▪ Ouverture et fermeture de l'unité et des chambres

L'unité est une unité fermée. Il a été précisé aux contrôleurs que l'équipe soignante était favorable à l'ouverture de l'unité et que le projet avait été reporté à la demande de la direction.

La majorité des patients admis dans l'unité, le sont par transfert de l'unité Biondi pour amorcer un travail de réhabilitation. Ils sont accueillis par un infirmier qui procèdera à l'inventaire contradictoire des effets personnels et des valeurs, et qui remettra au patient les « règles de vie » du pavillon Bourneville⁴².

Les chambres sont fermées de 9h à 12h45, de 18h à 19h30.

▪ Biens personnels

Lors de l'inventaire à l'arrivée du patient dans l'unité, une liste contradictoire des objets de valeurs est établie, et ceux-ci sont rangés au coffre du service. Lorsqu'un patient souhaite garder en sa possession un objet de valeur, il lui est possible de signer une décharge.

▪ Argent et objets de valeur

L'argent de poche des patients est, comme dans le reste du CHI, géré par les soignants. Mensuellement le cadre supérieur de santé demande l'argent au service administratif de Clermont. Après l'avoir réceptionné, il le distribue dans les coffres des unités. Ce sont ensuite les infirmières qui gèrent l'argent au jour le jour. Lors de la visite des contrôleurs sur vingt-sept patients hospitalisés, dix étaient sous tutelle, neuf sous curatelle, trois demandes de mesure de protection étaient en cours. Les mesures de protection (huit) exercées par des organismes privées sont source de difficultés importantes pouvant faire échouer un projet de placement : difficulté à les joindre par téléphone, délais prolongés pour obtenir une réponse, nécessités de relances.

▪ Hygiène (corporelle et vestimentaire)

En fonction de leur autonomie, les patients peuvent se rendre seuls ou accompagnés d'un soignant dans les locaux sanitaires (douches et salles de bains).

Les patients, dans la mesure du possible, assurent le rangement et l'entretien de leur chambre. Les draps sont changés une fois par semaine.

Les vêtements non marqués doivent être entretenus par la famille du patient, les vêtements marqués (par la couturière) sont entretenus sur place.

▪ Entretien des locaux

L'entretien des locaux est régulier, et malgré leur vétusté, aucune odeur désagréable ne s'en dégage. Le premier étage n'est pas accessible aux patients durant le temps du nettoyage.

⁴² Dernière mise à jour le 3 janvier 2013.

- **Repas**

Les repas sont servis dans la salle à manger de 8h30 à 9h30 pour le petit déjeuner, à 12h pour le déjeuner, de 16h à 16h30 pour le goûter, à 19h pour le dîner. Les patients ne sont pas autorisés à entrer dans l'office.

- **Relations avec l'extérieur (visites, téléphone, correspondance)**

Les visites des familles sont autorisées de 14h à 18h30. Elles peuvent se dérouler dans la pièce réservée à cet effet, dans la salle de jour ou dans la cour.

Les téléphones portables ne sont pas autorisés. Ils peuvent être remis au patient lorsque celui-ci est autorisé à sortir. Une cabine téléphonique à cartes, située dans un local de lingerie, est à la disposition des patients. Il a été précisé qu'il avait été demandé qu'elle soit déplacée dans le couloir.

- **Télévision, radio, ordinateur**

Un seul poste de télévision équipe l'unité. Il est en libre accès et dispose d'un lecteur de DVD et d'une télécommande.

Certains patients possèdent dans leur chambre leur poste de radio, ou leur lecteur MP3.

Quelques patients sont autorisés à posséder un ordinateur ou une tablette, le bâtiment n'étant pas équipé de Wifi, l'accès à internet n'est pas possible.

- **Tabac**

Il est interdit de fumer dans l'unité, les patients ont libre accès à la cour en journée. Ils gardent leurs cigarettes et leur briquet sur eux. Ce sont les soignants ou les patients qui sont autorisés à sortir qui se chargent de l'approvisionnement.

- **Activités**

Les patients vont en activité soit au centre de jour "la maison bleue" (cf. § 4.2.1.10.7) soit à l'hôpital de jour (cf. § 4.2.1.10.6) intra hospitalier situé à proximité.

En 2012, cinq patients de l'unité ont pu bénéficier d'un séjour thérapeutique en Bretagne.

La cafétéria du pôle est fermée depuis quatre ans en raison des restrictions budgétaires ; les patients peuvent se rendre à la cafétéria de Fitz-James 6 située à proximité.

- **Sur-occupation**

L'unité Bourneville ne présente pas de sur-occupation, ainsi certains patients d'autres secteurs peuvent être hébergés à Bourneville.

- **Isolement et contention**

Une chambre d'isolement est installée. Cette chambre n'étant pas aux normes HAS, ne fait pas partie des chambres de soins intensifs⁴³ recensées par le CHI et faisant l'objet d'un suivi.

⁴³ Au nombre de dix-neuf

Un patient particulièrement inapte à la vie en collectivité, en particulier pour la sécurité des autres patients, l'occupe en permanence.

▪ Relations sexuelles

Plusieurs patients hospitalisés dans l'unité ont pratiqué des viols sur personne vulnérable, que ce soit lors de permission de sortie ou au cours d'une hospitalisation dans une autre unité.

L'éventualité de relations sexuelles, consenties ou non consenties, dans l'unité ou à l'extérieur pour des patients du service fait l'objet d'une attention particulière de la part des soignants.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « il se trouve à Bourneville une patiente délirante qui exprime son délire à travers des thématiques sexuelles. De plus, il est vrai que sur les 5 dernières années, il y a eu 2 signalements concernant des plaintes de patient ».

4.2.1.10.5.5 L'activité de l'unité Bourneville

Le praticien hospitalier psychiatre en charge de l'unité intervient deux fois par semaine les lundis et mercredis. Il voit en consultation trois à quatre patients par semaine.

Le praticien en médecine générale intervient systématiquement deux fois par semaine et à la demande. Le patient sera vu dès que possible, en général dans les deux heures qui suivent l'admission. Un bilan biologique d'entrée et un électrocardiogramme de base seront systématiquement pratiqués. Pour les urgences, c'est le médecin généraliste de garde qui intervient (cf. § 4.4.2)

L'assistante sociale intervient dans l'unité à 0,80 ETP.

Une réunion clinique avec le psychiatre de l'unité se tient une fois par semaine.

<i>Secteur 60 G10 unité Bourneville</i>	2011	2012	1 ^{er} quadrimestre 2013
Nombre de journées d'hospitalisation	10 675	9 504	DM
Nombre d'entrée + présent au 1^{er} janvier	18	38	DM
Durée moyenne de séjour	194	122	DM
Taux d'occupation (en %)	92,34	83,77	DM
Nb de lits	31	31	DM
File active	55	78	DM

4.2.1.10.6 L'hôpital de jour de Fitz-James 6

L'hôpital de jour est situé au premier étage d'un ancien pavillon d'hospitalisation, le pavillon Demay, construit en 1957, d'une surface totale de 977 m².

4.2.1.10.6.1 Les patients

L'hôpital de jour accueille seize patients par jour au maximum.

Au début de la prise en charge d'un patient, celui-ci vient tous les jours pendant deux semaines ; au cours de cette période le programme de soins sera établi. Les patients, en fonction de leur état de santé, pourront ensuite venir une à cinq fois par semaine.

4.2.1.10.6.2 Les personnels

L'équipe paramédicale se compose d'un cadre de santé, de deux ETP d'infirmiers (dont un est en longue maladie) et de deux ETP d'aides-soignantes.

Le psychiatre est présent deux demi-journées par semaine

4.2.1.10.6.3 Les locaux

Les locaux sont vastes et bien entretenus.

L'hôpital de jour est divisé en deux parties par la cage d'escalier et les pièces qui donnent sur le palier :

- deux bureaux : du médecin en charge de l'hôpital de jour et du cadre de santé ;
- un bureau infirmiers : c'est dans cette salle que les infirmières préparent les différentes activités ;
- une cuisine pour les patients où a lieu l'activité thérapeutique cuisine.

À gauche : se trouvent les lieux de vie de l'hôpital de jour : une salle d'activité, un salon, une salle-à-manger ;

À droite : se trouvent les salles d'activité qui sont partagées avec l'hôpital de jour de Fitz-James 7 situé au rez-de-chaussée du même bâtiment :

- une salle de psychomotricité, équipée d'une barre au mur, de miroirs, de ballons et de tapis de sol ;
- une bibliothèque, équipée de fauteuils, d'une table basse, d'un poste de télévision, d'une chaîne hifi et de nombreuses étagères couvertes de livres apportés par les soignants. Il a été précisé aux contrôleurs que de nombreux patients ne savaient pas lire ou n'étaient pas intéressés par les livres proposés ;
- une salle de musique, particulièrement bien équipée avec quatre micros sur pied, une table de mixage, des haut-parleurs, un téléviseur à écran plat. Il s'y pratique une activité de karaoké ;
- une salle d'activité terre.

4.2.1.10.6.4 L'activité

L'hôpital de jour est ouvert du lundi au vendredi de 8h30 à 16h30.

Les soignants mangent avec les patients au cours de repas thérapeutiques.

Les différentes activités de l'hôpital de jour sont en cours de dynamisation. L'absence de cadre de santé pendant plusieurs mois est, entre autre, responsable d'une certaine "routine".

Les activités proposées au cours de la semaine sont les suivantes :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin	Psychiatre	Psychologue	Cuisine		Actualité (lecture commentée du journal)
Après-midi	Psychologue	Psychologue	Terre	Marche	Cinéma tous les 15 jours

4.2.1.10.7 « La maison bleu »

« La maison bleue » est un centre d'activités de jours réservé aux patients des unités Biondi et Bourneville. Le bâtiment, abritant le centre, est situé à une centaine de mètres des unités.

4.2.1.10.7.1 Les locaux

Le centre d'activités comprend trois pièces. La porte principale donne accès au palier qui dessert :

- à droite : le bureau infirmier équipé de matériel informatique ;
- en face : l'office du personnel présentant un aspect agréable ; il est entièrement équipé afin de permettre au personnel d'organiser les ateliers de cuisine. Il est meublé d'une table ronde et de plusieurs sièges. Les murs sont décorés de peintures réalisées par les patients ;
- à gauche : la pièce principale où sont organisées les activités. Elle est spacieuse, les murs sont également décorés de peintures réalisées par les patients. Elle est éclairée par trois grandes fenêtres, à battant court, ce qui offre un aspect très lumineux. Elle est meublée d'une grande table rectangulaire et d'une dizaine de sièges. Des tables individuelles sont aussi à la disposition des patients ; cela leur permet de s'isoler, s'ils le souhaitent, durant les ateliers d'arts plastiques. Le long des murs, sont disposés des armoires et des étagères où est conservé le matériel dédié aux activités.

Un coin télévision a été aménagé dans le cadre de l'atelier vidéo. Il est équipé d'une banquette, de fauteuils et d'un poste de télévision.

Les sanitaires du personnel et les sanitaires des patients sont situés au fond de la pièce.

L'accès à une petite courette extérieure s'effectue par la porte arrière de la pièce principale. Cet espace grillagé est destiné aux fumeurs.

Il convient de noter que la porte principale n'est jamais fermée à clef.

4.2.1.10.7.2 Les personnels

Le personnel paramédical comprend deux infirmières et une aide-soignante exerçant à temps plein. Elles sont présentes de 8h45 à 16h45, du lundi au vendredi. Une des infirmières a confié aux contrôleurs que le centre avait failli fermer du fait de la réduction budgétaire et par conséquent de la pénurie en personnel infirmier ; cette infirmière a été amenée à devoir travailler seule avec une aide-soignante durant plusieurs mois.

L'ensemble du personnel est très investi dans sa mission et a rapporté les propos suivants aux contrôleurs : « On travaille essentiellement sur l'aspect relationnel avec les patients, on essaie de susciter du désir en eux par le biais des activités que nous proposons et de valoriser leur travail. Cela donne du sens à leur journée »

4.2.1.10.7.3 Les patients

En principe, dix patients de l'unité de Bourneville et trois patients de l'unité Biondi sont inscrits au centre d'activités. L'admission ne s'effectue que sur avis médical et le centre accueille parmi les patients, des personnes en SDT ou SDRE. Jusqu'à ce jour, aucune tentative de fugue ne s'est produite. Une infirmière a expliqué aux contrôleurs que « l'alliance thérapeutique avec les patients était basée avant tout sur la confiance ».

Selon le nombre de patients accueillis, le personnel soignant organise deux groupes répartis en fonction des affinités et des pathologies de chacun.

Le jour du contrôle, six patients de l'unité Bourneville étaient présents. Les contrôleurs ont pu s'entretenir avec un patient venant au centre depuis deux ans. Outre le vif intérêt qu'il porte aux activités d'arts plastiques, le centre d'activités lui procure une « bouffée d'air frais ». En effet ce patient a évoqué la difficulté de pouvoir s'isoler au sein de l'unité, la promiscuité générant bien souvent des tensions et des disputes entre les patients.

4.2.1.10.7.4 L'activité

Les horaires des ateliers proposés sont les suivants : 10h-12h et 14h-16h

Une infirmière et une aide-soignante viennent chercher l'ensemble des patients dans leurs unités et les raccompagnent le soir.

La semaine du contrôle, le planning des activités était le suivant :

Lundi	Planification des activités pour la semaine	Activité manuelle
Mardi	Activité manuelle	Activité manuelle
Mercredi	Atelier pâtisserie	Ballade + goûter
Jedi	Activité manuelle	Promenade
Vendredi	Activité manuelle	Atelier vidéo

L'équipe soignante a organisé récemment une exposition de tableaux créés par les patients à l'institut de formation d'aides-soignants. D'après les propos du personnel soignant, les patients étaient heureux que leur travail puisse être ainsi valorisé.

Pour d'autres patients, le centre d'activités permet de construire un projet professionnel ; ainsi, un patient s'est inscrit à l'atelier cuisine avec pour objectif futur de passer son CAP de cuisine.

Le personnel a évoqué les difficultés d'organisation générées par la loi du 5 juillet 2011. « Lorsque les beaux jours arrivent, on ne peut plus organiser des sorties de façon spontanée car il faut demander des autorisations de sortie 48 heures à l'avance. Cela devient très compliqué notamment pour les ateliers cuisines où certains patients ne peuvent pas nous accompagner pour faire les courses ».

4.2.2 Secteurs Hauts-de-Seine

4.2.2.1 L'hospitalisation au secteur 92 G07 Fitz-James 4

4.2.2.1.1 Présentation du pôle

Le secteur de 92 G07 recouvre la seule commune de Courbevoie, ville de près de 88 000 habitants située dans le Nord du département des Hauts-de-Seine. La population fréquentant les structures du secteur est décrite comme majoritairement issue d'une classe moyenne, installée de longue date à Courbevoie ; depuis quelques années cependant, les effets de la pauvreté se font sentir, donnant lieu à davantage d'admissions de personnes sans domicile fixe et sans projet professionnel.

Les structures extrahospitalières sont situées à Courbevoie ou en périphérie et comportent pour l'essentiel :

- un centre médico psychologique (CMP) ;
- le centre d'activités thérapeutiques ;
- un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ;
- des consultations externes et la psychiatrie de liaison à l'hôpital de Courbevoie-Neuilly/Seine-Puteaux.

Les hospitalisations se font toutes au CHI de Clermont de l'Oise, au sein des unités Raynier 1 et Raynier 2, situées sur le site de Fitz-James. Les patients sont généralement adressés par l'hôpital général de Courbevoie ; certains transitent, en outre, par l'hôpital Sainte-Anne de Paris.

4.2.2.1.2 Le projet thérapeutique

Le projet thérapeutique du pôle met l'accent sur la continuité des soins, l'accompagnement du patient et de son entourage, en lien avec les autres partenaires intervenant dans sa prise en charge, de sorte qu'il n'y ait ni incohérence ni rupture dans le suivi. Le chef de pôle intervient à la fois en unité, en CMP et au CATTP ; les psychologues ne sont pas attachés à un lieu et suivent les patients en intra comme en extrahospitalier ; à la sortie, l'équipe soignante et l'assistante sociale des unités d'hospitalisation assurent le relai avec les établissements d'accueil et s'engagent à reprendre le patient en cas de difficulté d'adaptation. Les familles sont associées aux projets ; elles peuvent bénéficier d'un « soutien aux aidants » durant la période d'hospitalisation comme au retour.

Au moment du contrôle, les deux unités d'hospitalisation étaient fermées et fonctionnaient selon un mode identique, qui fera l'objet d'un chapitre unique. Un projet de longue date vise à les relocaliser dans le département des Hauts-de-Seine, en différenciant une unité fermée, pour les arrivants et une unité ouverte en vue de la préparation à la sortie.

Dans l'attente, suite à l'EPP « compliance aux soins » étaient organisés un groupe des entrants des deux unités – accueil et information des nouveaux patients, réponse à leurs questions – et un groupe des sortants, personnes ayant un projet à l'extérieur, comprenant quatorze lits particuliers.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « il faut souligner que le projet de relocalisation dans le département des Hauts-de-Seine a été validé par le projet d'établissement en mars 2013 ».

4.2.1.10.6.1 Les personnels

L'équipe paramédicale se compose d'un cadre de santé, de deux ETP d'infirmiers (dont un est en longue maladie) et de deux ETP d'aides-soignantes.

Le psychiatre est présent deux demi-journées par semaine

4.2.2.1.3 Les effectifs communs

a. Personnel paramédical

<i>Secteur 92 G07</i>	N	ETP
Cadre supérieur de santé	1	1
Cadre de santé	4	3,5
Cadre socio-éducatif	1	0,33
IDE J/N		36,80
Aide-soignant J/N		10,30
ASH		8
Assistante sociale		2
Psychologue		3
Assistant médico-administratif		1
Adjoints administratifs	2	2
TOTAL		65,93

Le cadre supérieur de santé assume la responsabilité des deux unités fermées, du CMP et du CATP. Particulièrement investie dans la formation, elle regrette que celle des infirmiers psychiatriques ne tienne pas compte des spécificités des publics accueillis.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « les propos rapportés par la cadre supérieure de santé sont les suivants : elle regrette que depuis la disparition du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique (1992) au profit d'un diplôme d'Etat unique permettant de travailler en MCO et en psychiatrie, les nouveaux diplômés n'aient plus les compétences et les connaissances que le diplôme spécifique leur conférait ».

Parmi les 3,5 postes de cadres de santé, un demi-poste est affecté aux équipes de nuit.

Les équipes de nuit sont intersectorielles (Fitz-James 3 et Fitz-James 4) : l'ensemble compte dix infirmiers et sept aides-soignants, soit cinq infirmiers et 3,5 aides-soignants par pôle et 2,5 infirmiers et 1,75 aides-soignants par unité.

L'équipe infirmière comprend un tiers de personnes ayant la formation ancienne d'infirmier psychiatrique. La répartition permet d'avoir toujours un agent masculin par roulement.

b. Personnel médical

<i>Secteur 92 G07</i>	N	EPT
Praticien hospitalier psychiatre	1	0,5
Praticien hospitalier généraliste s	1	0,33

Chaque mois, la situation des patients est étudiée lors d'une synthèse qui réunit des représentants des équipes intra, extrahospitalière et de nuit. Trois réunions se tiennent : l'une – à laquelle participent les médecins, la cadre supérieure de santé, les psychologues, les assistantes sociales et des infirmiers de chaque unité – est orientée sur l'extra-hospitalier et les nouveaux patients. L'autre, qui réunit les équipes de l'intra-hospitalier et un détachement des services extrahospitaliers dont un infirmier, est centrée sur les patients hospitalisés, le projet de chacun étant évoqué. La troisième concerne le CATTP.

Les personnels de l'ensemble du pôle se réunissent deux fois par an sur des questions générales d'organisation et de prise en charge

Des réunions d'encadrement ont lieu une fois par mois.

Les équipes de nuit et de jour se réunissent deux fois par an.

4.2.2.1.4 L'activité des unités

En 2011, 182 patients ont été admis dans le service, ainsi répartis : 62 en soins libres, 111 à la demande d'un tiers, 9 sur décision du représentant de l'Etat, 10 patients ont bénéficié d'hospitalisation séquentielle, 13 sont sortis en programme de soins ; 19 sont sortis contre avis médical.

En 2012, 167 patients ont été accueillis, 60 en soins libres, 93 en hospitalisation à la demande d'un tiers ; 14 sur décision du représentant de l'Etat.

L'activité des deux unités pour l'année 2012 peut être ainsi présentée :

	File active	DMS	Taux d'occupation en %	Taux de première hospitalisation en %
Raynier 1	112	57	79,10	82
Raynier 2	65	74	71,20	75

4.2.2.1.5 Les unités

Les deux unités occupent deux bâtiments perpendiculaires.

Les visiteurs y accèdent par une porte tenue fermée, donnant sur une ruelle intérieure de l'hôpital. Une sonnette commune permet de signaler sa présence. L'accès se fait par la salle de visite commune aux deux unités.

Bien que peu usité, on peut aussi accéder aux unités par un portail situé sur le côté opposé et dont les grilles sont doublées de plexiglas. Il ouvre sur un grand parc ombragé, équipé de bancs, de chaises et d'une table de ping-pong. Aux beaux jours, les patients y prennent leur repas.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « il est à souligner que le portail est exclusivement utilisé par le personnel soignant pour les activités et les sorties de véhicules de secteur pour les accompagnements de patients ».

4.2.2.1.5.1 L'unité Raynier 1

<i>Unité Raynier 1</i>	N
Nombre de lits	22
Nombre de chambres d'isolement	2
Nombre d'hommes hospitalisés	11
Nombres de femmes hospitalisées	8
Plus longue hospitalisation	17 ans
Patient le plus âgé	78 ans
Patient le plus jeune	29
Nombre de chambres à un lit	18
Nombre de chambres à deux lits	2
Nombre de douches	9
Nombre de wc	7
Salle de bains	1(PMR)

▪ Les patients de l'unité

La capacité théorique de l'unité Raynier 1 est de vingt-deux lits répartis en dix-huit chambres individuelles et deux chambres doubles.

L'unité dispose de deux chambres d'isolement, mutualisées avec Raynier 2, qui n'en a aucune.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « l'unité dispose de deux chambres de réflexion et non d'isolement, mutualisées avec Raynier 2 qui n'en a aucune ».

L'unité est fermée.

Au jour de la visite, l'unité comptait dix-neuf patients, onze hommes et huit femmes :

- cinq personnes étaient admises en soins libres ;
- neuf étaient en soins à la demande d'un tiers (SDT) ;
- sept étaient en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) ;
- deux étaient en programme de soins (hospitalisation séquentielle).

Le patient le plus âgé avait 78 ans et le plus jeune, 29. La plus longue hospitalisation datait de 1996, soit dix-sept années.

▪ Les personnels de l'unité Raynier 1

a. Personnel paramédical

<i>Unité Raynier 1</i>	N	ETP
Cadre supérieur de santé	1	0,25
Cadre de santé	1	1
Cadre socio-éducatif	1	0,16
IDE	16	15,30
Jour/nuit		(12,8/2,5)
Aide-soignant	5	4,55
Jour/nuit		(2,8/1,75)
ASH	3	3
Assistante sociale	1	0,5
Psychologue	1	0,25
TOTAL		26,99

b. Personnel médical de l'unité

<i>Unité Raynier 1</i>	N	EPT
Praticien hospitalier psychiatre	1	0,5
Praticien hospitalier généraliste		0,16

Le praticien hospitalier, psychiatre, se partage entre les deux unités. Chaque unité bénéficie de la présence d'un médecin chaque jour (sauf le dimanche) ; deux médecins sont présents trois jours par semaine. Il est indiqué que chaque patient bénéficie de un à deux entretiens médicaux par semaine.

▪ **Les locaux de l'unité Raynier 1**

L'unité s'élève sur deux niveaux :

- au rez-de-chaussée :
 - le séjour-salle à manger, dans laquelle donnent le bureau infirmier, l'office, la salle de soins et des toilettes réservées au personnel ; l'ensemble se prolonge par un couloir où se trouvent :
 - dans une première partie, d'un côté, deux chambres individuelles, destinées à des patients à surveiller, la laverie et la lingerie et, en face, la salle de détente du personnel et un salon pour les patients ;
 - dans le prolongement, deux douches, une salle de bains, des sanitaires, le local de ménage ;
 - ensuite six chambres (trois de chaque côté du couloir) ;
 - enfin, à l'extrémité du couloir et non séparées des précédentes, deux chambres d'isolement, face à face, utilisées par les deux unités. Elles seront décrites dans le chapitre consacré au fonctionnement ;
- au premier étage :
 - un grand hall, au fond duquel se trouvent le bureau des cadres de santé, à côté du bureau, les sanitaires pour les patients et, en face, une lingerie et les vestiaires du personnel ; ce hall ouvre sur un couloir qui dessert successivement :
 - dans une première partie, deux bureaux de consultation médicale et trois chambres ;
 - dans une deuxième partie, se faisant face, une salle de bains et un local sanitaire ;
 - enfin, répartis de part et d'autre du couloir, sept chambres et un local de ménage.

Le séjour-salle à manger constitue la pièce de vie principale, sa surface approche 100 m² ; on y accède soit par le parc, soit par une rue interne à l'hôpital ; la pièce est pourvue de six tables rondes à quatre places ; disposées de manière espacée, elles donnent aux patients la possibilité de s'isoler ; les chaises sont dépareillées, en raison, a-t-il été précisé de la casse provoquée par certains patients ; la salle est aussi pourvue de deux placards à vaisselle et de plusieurs buffets bas, de couleur ; ces derniers sont utilisables par les patients mais ils étaient vides ou quasiment au moment de la visite ; les murs sont revêtus de papier peint bicolore (vert en partie basse et jaune très pâle en partie haute) ; le sol est carrelé (moucheté gris/jaune/beige) ; l'un des murs, donnant sur le parc, est percé de fenêtres sur

toute sa partie haute ; comme en d'autres bâtiments, des montants métalliques enchâssés divisent l'ensemble ; divers autres meubles, utiles ou décoratifs forment un ensemble relativement chaleureux : une horloge et un calendrier mural, un distributeur de boissons chaudes pour le petit déjeuner et une fontaine à eau réfrigérante avec gobelets ; un angle est plus particulièrement équipé en « coin-télé », avec une table basse et des fauteuils (dont cinq chauffeuses à dossier haut et réglable). Le téléviseur (0,76 m de diagonale) est installé en hauteur ; il était allumé en permanence lors de la visite ; l'ensemble est chauffé par quatre radiateurs en fonte ; un nombre égal d'appareils installés en hauteur assure la climatisation, l'été. Les patients, au moins ceux qui le peuvent, mettent et débarrassent la table ; ils vont se servir dans un passe-plat, aménagé dans le mur de l'office qui se trouve au fond de la salle à manger.

Une autre salle de détente est accessible aux patients. Plus calme que le séjour-salle à manger et de dimensions plus réduites – 35 m² – la pièce donne dans le couloir qui conduit aux chambres du rez-de-chaussée. Elle est pourvue d'un téléviseur, d'une dizaine de fauteuils jaunes et rouges, d'un baby-foot et de deux meubles bas comportant, au total, une vingtaine de romans et autant de jeux de société.

La « pharmacie » est notamment équipée d'un plan de travail avec évier, d'une table d'examen. Elle dispose d'une valise oxygène, d'une trousse d'urgence, d'un aspirateur bronchique mais pas de défibrillateur. Au moment du contrôle, le chariot était équipé de piluliers individuels et de gobelets étiquetés nominativement, les traitements ayant été préalablement préparés à la semaine.

Le mode de distribution ne semble pas protocolisé, certains membres de l'équipe disant que les patients viennent chercher leur traitement au chariot, placé dans un coin de la salle à manger, d'autres évoquant « plutôt une distribution à table ».

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « en ce qui concerne le mode de distribution des médicaments, aujourd'hui elle se fait exclusivement à table ».

Les chambres sont de dimensions comprises entre 7 m² et 10,80 m² pour les chambres individuelles. A l'exception d'un patient, qui avait posé un bouquet de fleurs artificielles et quelques photographies sur sa commode, les chambres sont dépourvues de toute décoration personnalisée.

Les plus représentatives peuvent être ainsi décrites :

- le sol est fait de carrés de carrelage ou de linoléum ;
- les murs sont revêtus de papier peint clair de type « faux uni » et de couleur différente selon les chambres ;
- le mobilier est constitué d'un lit de 0,90 m de large, la plupart du temps scellé au sol, avec têtes et pieds de lit tantôt en faux bois coloré, tantôt en métal, d'une armoire (avec serrure) de 0,60 m de large (mi- penderie, mi- étagères) et d'une table de nuit ; il n'y a ni chaise ni table ; quelques chambres, à l'étage, sont pourvues d'une commode ;

- les fenêtres présentent, en général, une surface supérieure à 1,5 m²; elles ouvrent par un système pivotant sur une largeur de 0,25 m et sont pourvues de volets extérieurs dont plusieurs montants ont été tordus (par le vent, est-il indiqué) empêchant leur fermeture – et, par voie de conséquence, de maintenir la pénombre même la nuit – et laissant pénétrer la chaleur ; le maniement des volets, lorsqu’il est possible, nécessite une manivelle détenue par les infirmiers (au rez-de-chaussée) ou intérieure et accessible aux patients (à l’étage) ; au moment du contrôle, des ouvriers d’entretien étaient affairés à des réparations ;
- la lumière provient d’un double éclairage situé au-dessus du lit, l’un, dirigé vers le haut, remplit son office d’éclairage central, l’autre est dirigé vers le lit et fait office de veilleuse ;
- le chauffage est assuré par d’imposants radiateurs en fonte, placés sous la fenêtre.

Les deux chambres situées à l’entrée du couloir du rez-de-chaussée sont de dimensions plus réduites (5 m² pour la plus petite) ; elles n’avaient pas été conçues initialement pour servir de chambre ; l’une est pourvue d’un lit médicalisé. Au moment du contrôle, elles étaient toutes deux occupées par des patients nécessitant une surveillance étroite.

A l’exception des deux situées dans l’entrée, les chambres sont pourvues d’un lavabo (0,60 m de large et 0,45 m de profondeur) avec miroir ; la plupart des cabinets de toilette sont dépourvus de tablette et patère ou anneau à serviettes (les traces montrent qu’elles ont été cassées ou enlevées).

Les chambres ne peuvent pas être fermées de l’intérieur, contrairement aux cabinets de toilette.

A l’étage, les deux chambres doubles ont une surface de 13,50 m² ; elles sont équipées de deux lits, placés côte à côte, et autant d’armoires individuelles et de tables de nuit ; elles sont pourvues d’un sanitaire fermé, comprenant cuvette de WC, douche, lavabo avec miroir et tablette.

L’équipement sanitaire est le suivant :

- au rez-de-chaussée, où se trouve la plupart du temps l’ensemble des patients de l’unité :
 - o deux wc, un pour hommes et un pour femmes, accessibles en permanence ;
 - o deux cabines de douche ;
 - o une salle de bains avec baignoire spécialement adaptée aux personnes à mobilité réduite ;
- au premier étage, fermés plusieurs heures par jour, sont à disposition :
 - o dans le hall d’entrée, deux wc dont l’un est condamné, deux cabines de douche, chacune équipée d’un jet en hauteur et d’une douchette, et pourvue d’une étagère et de barres d’appui ; deux lavabos sont situés dans un local attenant aux douches, comprenant miroir, tablettes et meuble avec réserve de serviettes ;

- au milieu du couloir, d'un côté, deux wc et, à côté, deux grands lavabos (peu propices à une réelle toilette, car sans isolement possible), en face, une douche et un lavabo ainsi qu'une baignoire (haute et étroite), non utilisée par manque de personnel est-il indiqué.

4.2.2.1.5.2 L'unité Raynier 2

Selon les informations fournies par l'administration, les capacités et les malades de l'unité se présentent de la façon suivante :

<i>Secteur 92 G07 unité Raynier 2</i>	
Nombre de lits	24*
Nombre de chambres d'isolement	0
Chambre sécurisée	0
Nombre d'hommes hospitalisés	14
Nombres de femmes hospitalisées	5
Plus longue hospitalisation	1987
Patient le plus âgé	86
Patient le plus jeune	26
Nombre de chambres à un lit	15
Nombre de chambres à deux lits	2
Nombre de chambres à trois lits	1
Nombre de douches	4
Nombre de wc	7
Salle de bains	2

*théoriques, 22 effectifs

- Les patients de l'unité

La capacité théorique de l'unité Raynier 2 est de vingt-quatre lits. Les contrôleurs ont constaté qu'au jour de leur visite, ils étaient répartis dans treize chambres individuelles (onze à l'étage et deux au rez-de chaussée), trois chambres doubles (dont une au rez-de-chaussée) et une chambre à trois lits à l'étage, soit vingt-deux lits effectifs.

L'unité est fermée ; elle ne dispose pas de chambre d'isolement.

Au jour de la visite, elle comptait dix-neuf patients, (quatorze hommes et cinq femmes) ainsi répartis :

- huit admis en soins libres ;

- neuf en soins à la demande d'un tiers (SDT) ;
- deux en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) ;
- deux personnes étaient en programme de soins (hospitalisation séquentielle).

Le patient le plus âgé avait 86 ans et le plus jeune, 26.

La plus longue hospitalisation datait de vingt-cinq ans.

▪ **Les personnels de l'unité Raynier 2**

a. Personnel paramédical

<i>unité Raynier 2</i>	N	ETP
Cadre supérieur de santé	1	0,25
Cadre de santé	1	1
Cadre socio-éducatif		0,16
IDE J/N		16,5/2
Aide-soignant J/N		5,75/1,75
ASH		4
Assistante sociale		0,5
Psychologue		0,25
TOTAL		28,41

b. Personnel médical de l'unité

<i>unité Raynier 2</i>	N	EPT
Praticien hospitalier psychiatre		1
Praticien hospitalier généraliste		0,16

- Les locaux de l'unité

Les locaux de l'unité sont déployés sur deux niveaux.

Le rez-de-chaussée s'étend sur une partie du bâtiment face aux locaux de l'unité Raynier 1 et sur une partie de l'aile perpendiculaire, la partie restante de cette aile étant occupée par une cafétéria non accessible de l'intérieur.

Comme pour l'unité Raynier 1, on peut accéder à ces locaux par une ruelle intérieure ou par la cour arborée dont l'usage est partagé par les patients des deux unités.

Cette cour couvre 2 300 m² ; elle est en partie engazonnée et plantée d'arbres ; une table de ping-pong y est installée et des tables, des bancs et des chaises de jardin sont disposés devant l'entrée de chaque bâtiment. Aux beaux jours, les patients peuvent y prendre leur repas.

- Les locaux communs

Ils sont constitués d'un salon des familles et de la salle à manger.

Le premier est contigu aux locaux de l'unité Raynier 1 dont il n'est séparé que par une porte fermée à clef, faisant face à une autre porte desservant les locaux de l'unité Raynier 2. Il forme ainsi un sas entre les deux unités (cf. *infra*).

La salle à manger est située à l'angle des deux bâtiments. Elle est meublée de cinq tables rondes entourées chacune de quatre chaises, de quatre fauteuils, d'un vaisselier et d'un meuble surmonté d'un distributeur de boissons chaudes, d'un rayonnage contenant les serviettes de table, d'une fontaine à eau et d'un tableau blanc. Un coin « salon » y est aménagé, composé de six fauteuils, d'une commode et de quatre repose-pieds.

La pièce est éclairée par des fenêtres de 2,25 m de haut sur 1,20 m composées de carreaux de 0,10 m sur 0,30 m enchâssés dans des montants métalliques de 0,03 m de large. Sur chaque fenêtre, un ensemble de quatre carreaux pivote verticalement permettant une légère aération.

Par ailleurs, le couloir du rez-de-chaussée desservant l'aile comporte un meuble contenant des livres, vingt casiers pourvus de cadenas dans lesquels les patients, qui n'ont pas accès à leur chambre dans la journée, peuvent déposer des objets personnels, et huit fauteuils.

Enfin, dans une petite pièce située à côté de l'escalier desservant l'étage, près de la porte donnant sur la ruelle, sont installés deux postes téléphoniques – dont un à cartes – où les patients peuvent passer et recevoir des communications. Cette pièce est meublée d'un fauteuil et éclairée par une fenêtre sans barreau mais à la crémone dépourvue de poignée.

- Les locaux professionnels

Ils sont situés au rez-de-chaussée. Dans le couloir reliant la salle à manger à la salle des familles, le couloir de l'aile distribue :

- le bureau des soignants, qui comporte deux bureaux, un poste informatique, trois armoires et un meuble bas ;
- la salle de soins, qui comporte une paillasse avec lavabo, un lit d'examen, un bureau avec un poste informatique et trois armoires à médicaments (jour, semaine, urgence) ; au mur est fixé un tableau de fiches en T ;

- une buanderie comportant un lave-linge, un sèche-linge, un lave-seau et dans laquelle donne un cabinet d'aisance destiné au personnel pourvue d'une cuvette de wc avec abattant et de matériel d'hygiène.

Les autres locaux professionnels donnent directement dans la salle à manger. Il s'agit de l'office où sont conservés et réchauffés les repas des patients et l'office du personnel. Le vestiaire du personnel est situé à l'étage.

- Les chambres

Elles sont réparties sur les deux étages.

Au rez-de-chaussée sont aménagées, dans le couloir de l'aile, deux chambres utilisées pour les personnes entrantes.

- l'une, de 8,50 m², est meublée d'un lit scellé au sol à 0,45 m de distance des murs, sur lequel les patients peuvent être placés sous contention, d'une commode avec trois tiroirs et d'une table de chevet. Elle est éclairée par une fenêtre donnant sur une allée intérieure. Donne dans cette chambre un cabinet de toilette comportant une cuvette wc, du matériel d'hygiène et un lave-mains surmonté d'un miroir. Les murs sont peints en bleu, le sol est carrelé. Outre la fenêtre, elle est éclairée par un plafonnier et une lampe placée contre le mur au-dessus du lit. Cette chambre peut être utilisée pour les patients nécessitant un isolement mais l'est également par des entrants ;
- une chambre de 10 m² comporte elle aussi un lit scellé au sol et une table de chevet. Le sol est carrelé ainsi que les murs jusqu'à un mètre de hauteur. Outre un plafonnier et une lampe au-dessus du lit, elle est éclairée par une fenêtre. Au jour de la visite, cette chambre était occupée par un malade qui y séjournait dans la journée ; présent selon lui depuis « cinq ou six jours », il était vêtu de ses habits mais ne disposait pas de ses effets ; il a indiqué n'avoir pas été autorisé à téléphoner à ses proches ;
- la troisième chambre, de 14,50 m², est destinée à être occupée par deux personnes ; un des deux lits est médicalisé ; elle est en outre meublée d'une chaise, de deux tables de chevet avec tiroir et de deux armoires de 0,56 m de profondeur, 0,56 m de largeur sur 1,80 m de hauteur. Elle dispose de deux fenêtres.

Les deux dernières chambres donnent sur la cour.

Les fenêtres, identiques, sont larges de 1 m et hautes de 1,45 m formées de trois panneaux de verre dont celui du panneau du bas est dépoli. Les fenêtres donnant sur la cour ne sont pas barreaudées mais leur ouverture est limitée par un entrebâilleur. Des stores sont fixés à l'extérieur.

L'étage comporte quatorze chambres dont une à trois lits, deux à deux lits, les autres sont des chambres individuelles. Elles sont réparties de chaque côté d'un couloir central.

Les chambres à un lit sont toutes identiques à la surface près : la plus petite a une surface de 6,65 m², la plus grande, 8,50 m². Elles sont meublées d'un lit, d'une armoire et d'une table de chevet. L'éclairage électrique est constitué d'un plafonnier et d'une applique placée au-dessus du lit ; un radiateur est installé dans chaque chambre. Les fenêtres – une dans chaque chambre – sont constituées de panneaux dont deux du bas font battant pour permettre l'aération. Elles peuvent être occultées par les volets roulants actionnés de l'intérieur par une manivelle. Dans toutes les pièces de l'étage, des radiateurs sont placés sous les fenêtres.

Les deux chambres à deux lits ont une surface de 8 m² et 8,60 m² ; elles disposent du même mobilier mais doublé pour deux personnes, et une fenêtre chacune.

La cloison de toutes ces chambres donnant sur le couloir est constituée, au-dessus d'1,08 m, d'un vitrage qui n'est lui-même opacifié que dans sa partie basse sur 0,55 m, permettant de voir l'intérieur de la chambre ; l'occupant n'y dispose d'aucune intimité réelle.

Les cloisons entre les chambres sont formées de panneaux de particules montés sur support de métal qui n'assure d'isolement phonique que très imparfait.

La chambre à trois lits, d'une surface de 16,25 m² comporte les meubles (lit, armoire, chevet) pour trois personnes et deux plafonniers. Il a été indiqué qu'elle est, de fait, très rarement occupée par trois personnes.

- Les installations sanitaires

Sont à la disposition des patients à chaque niveau :

au rez-de-chaussée :

- un wc, à la cuvette dépourvue d'abattant, installé dans le couloir de l'aile à côté de la buanderie ;
- un wc équipé pour les personnes à mobilité réduite ;
- une salle de bains comportant une baignoire médicalisée, deux lavabos avec tablette, réglette lumineuse et miroir, un meuble bas, un meuble suspendu, une poubelle, un étendoir à linge et deux patères ; la pièce est pourvue d'une fenêtre et d'un radiateur ; elle est éclairée par un plafonnier ;
- une salle d'eau comportant une douche à l'italienne, un fauteuil médicalisé, un autre fauteuil en plastique – l'ensemble isolé par un rideau – quatre patères, deux porte-serviettes, une poubelle ; un meuble contient une réserve de produits d'hygiène ;

à l'étage :

- une salle d'eau comportant deux cabines fermant de l'intérieur, avec chacune une douche à l'italienne, isolée par un rideau, un siège et deux patères ainsi qu'un wc sans abattant, fermant à clef ; un lavabo surmonté d'un miroir avec une réglette électrique et une tablette ;
- une douche comportant un bac de réception isolé par un rideau, une armoire, un fauteuil, un lavabo surmonté d'un miroir, d'une règle lumineuse et d'une tablette, une poubelle ;

- une salle de bains comportant une baignoire, une chaise, un porte serviette, deux patères, un meuble à tiroir contenant du matériel d'hygiène, un lavabo surmonté d'un miroir, d'une règle lumineuse et d'une tablette, un meuble en hauteur accroché au mur contenant des réserves de papier essuie-mains.

▪ **Le fonctionnement des unités**

Les cadres de santé des deux unités ont été rencontrés ensemble. Ils ont indiqué que la relative uniformisation des pratiques au sein des deux unités est issue de la nécessité plus que d'une réflexion anticipée : l'absence prolongée d'un cadre, fin 2011, a obligé à simplifier et à harmoniser les consignes pour éviter que des équipes ne s'égarer dans des pratiques incontrôlées. Au moment de la visite, les deux cadres se disent « sur la même longueur d'onde », estimant que le projet leur est devenu commun. Cette harmonisation permet des remplacements sans heurt, entre cadres ou entre membres des équipes soignantes ; elle permet aussi que l'un des cadres effectue des démarches à l'extérieur avec des patients des deux unités sans que l'équipe dépourvue de son cadre ne se sente privée d'encadrement. Tel était le cas au moment du contrôle, où l'un des cadres devait accompagner trois patients en provenance des deux unités au CMP, pour préparer leur sortie. Cette coopération a, naturellement, reçu l'agrément du médecin chef de pôle et celui de la cadre supérieure de santé dont il est indiqué qu'elle n'hésite pas à contribuer activement à la vie des unités (notamment en assurant un accompagnement à l'extérieur si des difficultés ponctuelles à l'intérieur exigent la présence des deux cadres (arrivées multiples, patients en crise)).

Le **règlement intérieur unique**, dont les dispositions seront présentées au fur et à mesure des rubriques abordées ci-dessous, est commun à Raynier 1 et Raynier 2. Il est affiché dans les salles communes et remis au patient à la demande.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « il est à noter que le règlement intérieur qui avait cours initialement a été modifié et adopté le 27 octobre 2014 ».

Chaque vendredi, un « staff » réunit l'ensemble de l'encadrement et les infirmiers des deux unités, pour aborder la situation clinique des patients, faire un point sur la semaine et préparer la prise en charge pour la semaine à venir, notamment organiser la gestion des lits et le choix des patients à s'inscrire au groupe des sortants.

a. L'arrivée.

L'unité est avisée de l'arrivée d'un patient par l'UAU, qui transmet les informations relatives à l'état de la personne et à son statut.

Un médecin, commun aux deux unités, est présent chaque jour sauf le dimanche ; le médecin référent d'un patient est fonction des entrées.

L'attribution de la chambre a, en principe, été anticipée lors du staff du vendredi précédent ; en cas de difficulté elle est décidée par le cadre et, en son absence, par l'IDE.

Il a été précisé que les patients arrivent souvent très tôt ou très tard et sont très fatigués (passage par l'hôpital général de Courbevoie puis par l'UAU). Ils sont installés dans un fauteuil à proximité du bureau infirmier et reçus par une IDE qui, rapidement, présente l'unité et son règlement intérieur avant de les conduire en chambre. A ce stade, est-il indiqué, « on laisse le patient se reposer, en pyjama, dans sa chambre ; on va le chercher pour le repas, mais s'il ne veut pas se joindre aux autres, un repas peut-être servi dans sa chambre, le premier jour ».

L'inventaire est dressé dans la journée, par deux personnes, en principe un IDE et un aide-soignant et est signé par le patient sauf s'il en est incapable (lorsqu'il est sédaté notamment) ce qui est indiqué sur le document. Les documents d'identité, la carte vitale, le téléphone portable, la totalité de l'argent liquide et les bijoux (à l'exception de l'alliance ou des bijoux que les personnes portent couramment) sont placés dans une enveloppe nominative et déposés dans un coffre, au « bureau d'accueil » (pavillon administratif du pôle, situé à moins de cent mètres) ; en dehors des heures ouvrables, le tout est remis dans une boîte aux lettres, à l'entrée du pavillon administratif. Les sommes supérieures à 300 euros sont portées à la trésorerie.

Le règlement intérieur, dans un paragraphe nommé « contrat de soins », fait état d'une période d'observation de 72 heures ; il impose un certain nombre de restrictions à tous les patients, quel que soit leur mode d'hospitalisation⁴⁴ :

- ne pas quitter l'enceinte du service ;
- cour et jardin accessibles sur avis médical ;
- tenue de ville non autorisée ;
- pas de communications téléphoniques ni visites (il est toutefois indiqué, dans le même chapitre consacré au protocole d'observation de 72 heures : « un téléphone à cartes est à votre disposition dans chaque unité »).

Au cours de cette période, les consignes peuvent être revues par le médecin présent en fonction de l'état clinique du patient, notamment la tenue de ville peut être autorisée après 24 heures.

Le règlement mentionne également l'interdiction générale :

- de fumer dans l'unité ;
- d'introduire et de consommer des boissons alcoolisées et des produits toxiques ;
- de conserver des médicaments sur soi ;
- de manger dans les chambres et d'y introduire des denrées périssables.

⁴⁴ Il n'est pas exempt de contradictions.

Les **vêtements**, affaires de toilette, livres et autres objets personnels sont placés dans l'armoire individuelle du patient dont la clef ne lui sera remise qu'à l'issue d'une période de trois jours au moins. Durant cette première phase, tout est fourni par l'hôpital, y compris les sous-vêtements. La raison avancée tiendrait au risque de suicide par soutien-gorge et au trafic de stupéfiants, qu'un exemple tiré d'une expérience datant de quelques mois avant la visite, vient opportunément illustrer⁴⁵.

b. Le séjour

A compter du lendemain ou dans les jours qui suivent, avec l'accord du médecin, certains objets peuvent être repris à l'unité pour une utilisation contrôlée et placés sous clef dans l'intervalle (téléphone portable), voire remis au patient (MP3). Il est toutefois précisé que la remise du lecteur MP3 est rare : « il y a des problèmes de vol ; les patients ont tendance à l'écouter à longueur de journée, y compris dans les espaces communs ». L'ordinateur est interdit de principe, étant précisé que, à défaut d'accès à internet, son utilisation est nécessairement réduite. Dans des cas particuliers (rédaction d'un mémoire ou autre nécessité scolaire ou professionnelle), un patient a été autorisé à accéder régulièrement à son ordinateur portable, un autre à son violon.

Au vu des consignes médicales concernant dix patients hospitalisés au moment du contrôle, quatre n'étaient pas autorisés à garder leurs vêtements.

Quelques jours après leur arrivée, une fois la crise « contenue » puis selon un rythme moyen d'une fois par mois, les patients sont reçus collectivement par un représentant de l'équipe soignante, cadre ou infirmier, et la psychologue. Au-delà d'un exposé sur le fonctionnement de l'unité, les prises en charge proposées, les limites du cadre des soins posées, il s'agit d'impliquer les patients et de permettre l'émergence d'une demande. Il est indiqué que ce groupe est aussi l'occasion d'aborder avec les patients leurs attentes et leurs droits.

Selon les renseignements communiqués, **l'information relative au statut du patient et à ses droits** est délivrée en plusieurs occasions, si l'état du patient le permet :

- au moment de l'établissement du certificat des 24 heures, le médecin explique au patient le cadre juridique de son hospitalisation ;
- s'il n'est pas en état, l'équipe prend le relais ; l'information est alors délivrée à l'occasion d'un « groupe d'entrants » (cf. ci-dessus) ;
- au moment de l'établissement du certificat médical des 5^{ème}- 8^{ème} jours, le médecin explique au patient l'intervention du JLD et ses droits ; il recueille à ce stade, son accord pour la visioconférence.

⁴⁵ Selon les renseignements fournis, il s'est agi d'un détenu qui s'est fait remettre un produit stupéfiant lors d'un changement de chambre opéré par cinq personnes, qui n'ont rien remarqué lorsqu'il a salué le seul patient croisé.

Il n'a pas été possible d'obtenir des informations précises sur le contenu des informations délivrées ; il semble que, lorsqu'un patient pose des questions précises ou manifeste une opposition à son placement, les équipes renvoient aux informations portées sur le tableau d'affichage. Il a cependant été précisé qu'à l'unité Raynier 2, c'est le médecin, en principe, qui fait signer au patient la notification des décisions fondant son hospitalisation, sinon le soignant.

L'intervention judiciaire est diversement appréciée : d'une part, il est indiqué : « les patients ne comprennent pas le sens de cette intervention, pour eux, le juge, c'est la répression ». Mais dans le même temps, il est aussi relevé : « le juge est un tiers qui vient limiter la toute-puissance du médecin et c'est positif ; cette intervention constitue un espace de revendication nouveau, qui fait prendre conscience au patient de ses droits ». L'exemple a été cité, de plusieurs personnes qui, en vue de l'audience avec le JLD, avaient réfléchi pour reconstituer leur histoire et élaborer un dossier, parfois avec le soutien de leur famille.

Invités à faire valoir leur avis à propos de la visioconférence, les cadres déclarent : « on explique comment ça va se passer, c'est banalisé, ce n'est pas un frein ».

Il n'y a pas d'objection de principe à l'utilisation de ce système ; les seules contre-indications résultent du tableau clinique (paranoïaques persécutés notamment). En pratique, les contre-indications à la visioconférence emportent également contre-indication à l'audition par le juge, situation indiquée comme rare ; en revanche, si le refus de la visioconférence émane du patient, la rencontre avec le juge lui est proposée.

Le règlement intérieur indique que **les repas** sont pris, pour le petit déjeuner, de 8h45 à 9h15 en semaine et de 9h à 9h30 les weekends et jours fériés, le déjeuner à partir de midi, le goûter à partir de 16h et le repas du soir à partir de 19h.

Au moment du contrôle, il a été indiqué qu'il n'y avait aucune demande particulière, liée à des questions culturelles ou de goût. Les patients sont invités à faire valoir un avis à ce sujet dès leur arrivée à l'UAU puis lors de la visite du médecin somaticien. Les contrôleurs ont assisté à une partie des repas.

A l'unité Raynier 1, les patients ont pris place comme ils le souhaitent, mais manifestement avaient leurs habitudes. Ceux qui le pouvaient ont contribué à mettre le couvert et prenaient leur assiette par le passe-plat donnant dans l'office. Les autres étaient aidés par les soignants. L'ambiance semblait détendue même si les conversations n'étaient pas animées.

A l'unité Raynier 2, les places sont imposées et conservées pendant toute la durée du séjour, sauf conflit entre patients. L'ASH distribue assiettes, couverts et verres et chacun se dirige avec vers sa place. Les plats sont servis au chariot pour les personnes qui peuvent se déplacer.

Les traitements. A Raynier 1, le traitement est distribué à table ; à Raynier 2, le chariot est installé dans un coin de la salle à manger et les patients sont invités à venir chercher leur traitement.

L'accès aux chambres. Le règlement intérieur indique que les chambres sont accessibles de 13h à 15h et, le soir, à partir de 17h ; il est précisé que, le dimanche et les jours fériés, elles sont accessibles jusqu'à 11h le matin, puis de 13h à 15h et après 17h.

En pratique, il est indiqué que les chambres du rez-de-chaussée sont toujours ouvertes et accessibles en permanence. Celles de l'étage sont fermées entre 9h et 13h (entre 11h et 13h le dimanche) puis entre 15h et 17h. Cette restriction est indiquée sur la porte qui donne accès au premier étage.

Dans les deux unités, pendant la période de fermeture du premier niveau, les patients sont tous au rez-de-chaussée, dans la cour ou en activités.

Le règlement intérieur indique que les **douches** sont accessibles de 7h à 9h (9h15 le weekend). Les soignants ajoutent une possibilité de douche de 18h à 19h.

Qu'ils appartiennent aux patients ou qu'ils soient mis à disposition par l'hôpital, les produits d'hygiène sont entreposés dans les salles de bains communes. Les réserves en gel douche et en shampoing sont suffisantes ; il manque parfois des brosses à dents.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « cette disposition est prise afin d'éviter tout danger ou vol qui pourrait avoir lieu dans les chambres des patients ».

L'urgence qui préside à un nombre important d'hospitalisations empêche souvent les patients de préparer leurs valises. Les familles peuvent donc apporter leur linge au patient lors des visites ou lui faire parvenir via le CMP.

Dans un premier temps, le linge personnel des patients est lavé à l'unité, qui dispose d'une buanderie avec machine à laver et sèche-linge de type familial. L'opération se fait en lien avec une aide-soignante ; elle est l'occasion d'évaluer l'autonomie et, le cas échéant, permet d'en faire l'apprentissage.

Pour les personnes qui demeurent en long séjour, le linge personnel est marqué et lavé par l'hôpital.

Les draps sont changés au moins une fois par semaine et davantage si besoin. Il est indiqué que certaines personnes âgées incontinentes, et les personnes qui sont maintenues en contention, ont besoin d'un changement quotidien, voire davantage. L'utilisation de protections, ou la proposition d'emmener les personnes contenues aux toilettes, n'a pas semblé un recours habituel. Il n'y avait pas de réserves de protections à la lingerie de l'unité Raynier 1 au moment de la visite.

La lingerie contenait en revanche des réserves de draps et de serviettes (plusieurs dizaines), de couvertures (une vingtaine), de pyjamas et de chemises de nuit (une vingtaine) et quelques sous-vêtements ; il s'y trouvait aussi, en vrac, du linge personnel de malades, notamment de ceux placés à l'isolement.

Il est précisé que le linge est parfois insuffisant, notamment la dotation en serviettes ; de même il serait nécessaire de disposer de plus de couvertures car les chaudières tombent régulièrement en panne. Et, l'hiver, malgré la célérité des interventions, les patients, surtout les plus âgés, souffrent du froid.

Les sanitaires ne disposaient ni de savon ni d'essuie-mains au moment de la visite ; dans l'un des sanitaires, la balayette, cassée par un patient, avait été remplacée par une brosse à vaisselle.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « le descriptif des sanitaires lors de la visite était en lien, à l'époque, avec des difficultés d'approvisionnement ainsi que des dégradations provoquées par des patients ».

Les locaux sont nettoyés tous les matins par une équipe d'ASH qui, en raison de plusieurs absences au moment du contrôle, était commune aux deux unités. Le nettoyage est fait entre 7h et 15h. Les lieux étaient propres au moment de la visite.

Visites : Le règlement intérieur indique qu'elles sont autorisées, sur avis médical, de 13h à 19h, dans la salle prévue à cet effet ; il précise que « les enfants mineurs ne sont pas admis, sauf accord médical ».

La salle de visite, commune aux deux unités, présente une superficie de près de 50 m², elle est éclairée de trois larges fenêtres. Le sol est carrelé (gris et beige) ; les murs sont tapissés d'un papier peint bleu clair. Quelques cadres et quelques plantes vertes décorent l'ensemble.

Une horloge est accrochée au mur ; quelques notes sont fixées sur un tableau d'affichage (règlement intérieur du pôle, note aux familles indiquant les possibilités - apport de vêtements, tabac, gâteaux secs) et les interdits (denrées périssables, argent).

La pièce est aménagée en plusieurs espaces :

- coin-salon : muni de deux tables basses et d'une dizaine de fauteuils en skaï rouge ou bleu ;
- coin-salon : avec table et fauteuils dans les tons verts ;
- coin-télé : avec poste de télévision enchâssé dans un meuble adapté et huit fauteuils de couleurs disparates.

Une porte et une fenêtre donnent sur la ruelle intérieure, deux fenêtres donnent sur la cour.

Au vu des consignes médicales concernant dix patients hospitalisés au moment du contrôle, trois n'étaient pas autorisés à recevoir des visites.

La cadre précise que, comme les autres patients, les personnes admises sans leur consentement sont parfois autorisées par le médecin à recevoir des visites dans le parc.

La correspondance est libre. Le règlement intérieur demande aux patients d'affranchir leur courrier et prévoit « en fonction de la situation personnelle, des aménagements possibles ». Il est indiqué que l'hôpital fait partir le courrier personnel avec celui de l'hôpital la première semaine et qu'ensuite, il est demandé aux patients de timbrer, à l'exception du courrier administratif.

Comme il a été dit, le **téléphone** portable est interdit dans l'unité durant toute la durée du séjour. Les communications téléphoniques sont interdites durant la période d'observation de 72h et, au-delà, le règlement intérieur précise qu'elles sont soumises à l'accord du médecin et possibles de 9h à 21h.

Dans chaque unité, deux postes téléphoniques sont installés à proximité de la salle de séjour, dans un petit sas donnant accès à la sortie. L'un nécessite une carte téléphonique, l'autre n'est accessible qu'à travers le standard de l'hôpital. Leur proximité et leur configuration (coque) rend difficile leur usage simultané.

Il est indiqué qu'en pratique, les patients peuvent appeler sans restriction horaire. Cependant, à l'unité Raynier 2, les cartes téléphoniques sont conservées dans le bureau infirmier ce qui oblige les patients à les demander pour pouvoir utiliser le poste à cartes; il a été indiqué qu'en pratique, peu de patients reçoivent des appels ou appellent eux-mêmes. Pour les appels reçus, le bureau infirmier, qui reçoit l'appel sur un téléphone portatif, peut transférer sur l'un des deux postes ou passer directement le portatif au patient.

Au vu des consignes médicales concernant dix patients hospitalisés au moment du contrôle, trois n'étaient pas autorisés à téléphoner ; un n'était pas autorisé à recevoir des appels ; un autre avait droit à des appels restreints en nombre.

Les **téléviseurs** sont placés dans la salle à manger ou à un endroit ne permettant guère une écoute attentive (Raynier 1) ; le poste fonctionnait en permanence lors des passages des contrôleurs. Les horaires ne sont pas précisés ; il est indiqué que les patients pouvaient regarder jusqu'au film du soir.

Les patients de l'unité Raynier 2 utilisaient le téléviseur de la salle des visites.

Tabac. Le règlement intérieur rappelle l'interdiction de fumer dans les lieux publics et indique : « il est possible de fumer dans la cour à certains horaires ». La question du tabac est abordée par le médecin somaticien, à l'examen d'arrivée. Un substitut nicotinique est proposé aux fumeurs qui manifestent un réel désir d'arrêter. Considérée comme trop onéreuse, la cigarette électronique n'est pas à l'ordre du jour.

Les patients peuvent se procurer du **tabac** à la cafeteria, voisine du pavillon du pôle, après avoir retiré de l'argent au coffre. Ceux qui sont venus sans argent peuvent en retirer au distributeur, en ville, où ils sont conduits par un soignant. Il arrive aussi que le soignant procède aux achats pour les patients. Les cigarettes de certains patients de l'unité Raynier 2 sont conservées dans l'office du personnel, une boîte en plastique à leur nom est prévue pour chaque patient.

Il est indiqué que « à ceux qui ne savent pas gérer, les cigarettes sont remises l'une après l'autre, jusqu'à une dizaine par jour ». On peut en déduire que telle est la quantité maximum autorisée, ce qui ne ressort pas du règlement intérieur.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « le quota de cigarettes autorisées par jour est essentiellement justifié par les finances dont disposent les patients permettant l'achat du tabac ou celui fourni par leur famille ».

Ni les stupéfiants ni l'alcool ne sont considérés comme une réelle difficulté ; « l'architecture des lieux protège » est-il indiqué. Toutefois, dans le cadre d'un contrat de soins, un test urinaire peut être pratiqué au retour de week-end, suivi d'une prise de sang si le test est positif.

Des journaux et des revues sont à disposition : *Le Parisien*, *le Courrier Picard*, *le Bonhomme Picard* et les programmes TV sont transmis tous les jours. Chaque mois différentes revues sont également consultables : les *Cahiers du cinéma*, *Sciences et Avenir*, *Magazine d'Arts*, *30 millions d'amis* entre autres.

Les deux unités Raynier disposent, à cinquante mètres du pavillon, d'un « atelier » réservé à ses patients, adressés sur prescription médicale.

Une grande salle (45m² et près de quatre mètres sous plafond) est organisée en plusieurs espaces - coin-cuisine, bureau, salon...). La pièce est éclairée par de vastes baies de type « atelier » (montant en acier) ; un opacifiant posé jusqu'à hauteur d'homme empêche toute vue extérieure. Le sol est carrelé et les murs décorés de réalisations de patients (peintures, dessins...). L'ensemble est quelque peu vétuste mais relativement chaleureux.

D'autres salles attenantes, plus petites, servent de réserve ou sont utilisées pour des activités. L'atelier dispose également de sanitaires (toilettes et lavabo).

Au moment du contrôle, l'une d'elle – intimiste et équipée de fauteuils – était occupée par un groupe de parole.

Les activités concernent une dizaine de patients chaque jour adressés sur prescription médicale. L'atelier est animé par une infirmière et une aide-soignante, avec la participation ponctuelle de la psychologue. Les activités proposées sont à visée thérapeutiques et socialisantes :

- cuisine-pâtisserie : d'ordre à la fois thérapeutique et éducative, l'activité va de l'élaboration du menu à la confection du repas, en passant par les courses ;
- groupes de paroles ;
- activités artistiques et/ou manuelles ;
- jeux et lecture.

En 2011, vingt-six sorties collectives ont eu lieu.

Au vu des consignes médicales concernant dix patients hospitalisés au moment du contrôle :

- cinq n'avaient pas le droit de sortir seuls ; les cinq autres avait un droit limité, en espace et en durée (cour ou cafeteria, accompagnés) ;
- quatre patients n'avaient pas l'autorisation de participer seuls aux activités organisées par le soignant ;
- six n'avaient pas le droit de participer aux sorties organisées par le service.

Au cours de la première semaine du mois de juin, les activités suivantes ont été organisées :

- lundi matin : actualités (débat autour de l'actualité parue dans le quotidien du lundi) (cinq patients) ;
- lundi après-midi : piscine (quatre patients) ;
- mardi matin : pâtisserie (cinq patients) et lecture (deux patients) ;
- mardi après-midi : dessin-peinture (huit patients) ;
- mercredi matin : gymnastique (quatorze patients) ;
- mercredi après-midi : photo-langage (animé par la psychologue) (sept patients) ;
- jeudi : USL le grand tournoi (six patients) ;
- vendredi matin : piscine (cinq patients) ;

- vendredi après-midi : jeux (huit patients).

Au total, ces activités ont concerné seize patients dont la majorité était admise sans leur consentement.

Les patients qui ne vont pas en activité à l'extérieur regardent la télévision, lisent, ou participent à des jeux de société. Il est indiqué que l'unité accueillait régulièrement des stagiaires (infirmiers et aides-soignants, susceptibles d'organiser des activités collectives).

Les patients ont également accès à la cour, librement ou accompagnés selon la prescription médicale. Lorsqu'un patient n'a pas libre accès, la porte de la cour est fermée et les autres patients doivent demander son ouverture. Tel était le cas en raison de la restriction concernant un patient à l'unité Raynier 2 lors de la visite des contrôleurs.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « des changements ont eu lieu concernant l'accès à la cour, suite au nouveau règlement intérieur mis en place ».

Dans ces unités comme dans les autres, les formalités préalables aux sorties des personnes hospitalisées par décision du représentant de l'Etat sont dénoncées comme autant d'obstacles au bien-être des patients et de marques de défiance à l'égard des soignants. L'exemple a été donné, d'un patient qui, après avoir été admis à se rendre seul en famille lors d'un weekend, n'avait été autorisé par le préfet à sortir en vue d'un examen médical qu'à la condition d'être accompagné par deux IDE (le service ayant, pour sa part, envisagé un IDE et un aide-soignant).

Selon les fiches transmises, le placement en **isolement et en contention** a été le suivant :

- janvier 2013 : quatre patients ont été placés en chambre d'isolement, pour des durées variant de une heure à un mois (50 heures, une heure, deux jours et demi, un mois) ; l'un d'eux a été placé deux jours sous contention ;
- février 2013 : trois patients ont été placés en chambre d'isolement pour des durées variant de 14 à 87 heures ; deux d'entre eux ont été placés sous contention dont l'un pendant plus de douze jours) ;
- mars 2013 : cinq patients ont été placés en chambre d'isolement dont quatre avec contention, pour des durées variant de 9 heures et 30 minutes à 84 heures.

Au moment du contrôle, les deux chambres d'isolement étaient occupées, l'une depuis sept jours, par un patient qui s'était jeté sur un autre et avait tenté de l'étrangler ; l'autre était occupée de manière séquentielle.

Les contrôleurs ont pu voir le patient isolé depuis une semaine. Il était en pyjama, sanglé en diagonale par une main et un pied sur un lit dit « anglais », constitué d'une mousse compacte. La position, disait-il, lui faisait mal au dos. Une bouteille d'eau et un gobelet étaient posés à côté du lit, ainsi qu'un urinoir en plastique.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « le patient vu en isolement par les contrôleurs était alors victime d'hallucinations constantes. En ce qui concerne le 'pouf' en mousse ferme, il est à signaler qu'il s'agit d'un matériel spécifique aux chambres d'isolement ».

La superficie de la pièce est de 8,40 m² ; le sol est recouvert de linoléum et les murs d'un papier peint dont les tons beiges dégradés forment des sortes de nuages. Selon le patient, « chacun y cherchait des motifs et y voyait des formes pas toujours reposantes ».

La pièce est éclairée par une fenêtre de 2 m sur 0,80 m, ouvrante, mais fermée à clef, outre un éclairage central protégé.

Le lit disposait de draps, d'une couverture et d'un oreiller en bon état de propreté.

Une horloge à lecture directe était située au-dessus de la tête du lit, rendant sa lecture inconfortable.

Le patient vivait l'isolement comme une « pénalité » qu'au domicile il trouvait « méritée » au vu de son « méfait ». En revanche, il estimait la contention « inutile et pas respectueuse » et n'estimait pas normal d'être privé de ses lunettes. Il a pris son repas avec quelque difficulté, sur un « pouf » en mousse ferme servant de table.

Il est indiqué qu'il n'est pas fait usage, à l'unité Raynier 1, de la contention dans les chambres ordinaires. A l'unité Raynier 2, elles peuvent être utilisées dans la chambre au lit scellé (cf. *supra*).

Il est indiqué que les contentions suivent des passages à des actes agressifs.

c. La préparation à la sortie

Depuis le mois d'août 2011, il a été créé, spécialement dans ce pôle, une « unité pré ambulatoire », plus couramment nommée « groupe de préparation à la sortie ». La participation est proposée individuellement à chaque patient pour lequel le psychiatre évoque une possibilité de sortie. L'objectif est de délivrer une information sur les possibilités de soins en extra-hospitalier, afin d'éviter une rupture du traitement. Le rythme des rencontres est hebdomadaire, avec animation par un psychologue et deux infirmiers référents.

Parallèlement, le CMP a créé un groupe d'accueil des patients, animé par la psychologue qui intervient aussi en « intra ». Il s'agit, à travers des rencontres hebdomadaires, d'une part d'aider les patients à faire le lien avec l'équipe extra-hospitalière, d'autre part de les soutenir pendant la phase délicate de reprise des activités de la vie quotidienne.

4.2.2.2 L'hospitalisation au secteur 92 G08 Fitz-James 3

4.2.2.2.1 Présentation du pôle

Le pôle Fitz-James 3 est un service de psychiatrie adulte dont le territoire est limité à la ville de Neuilly-sur-Seine dans les Hauts-de-Seine. Le secteur représente une population globale de 61 000 habitants. Le particularisme est l'éloignement géographique (160 km aller-retour) entre le secteur de Fitz-James 3 et la commune de Neuilly-sur-Seine. Le médecin, chef de pôle, a demandé la création de deux unités : une unité ouverte et une unité fermée. Cette demande est restée en suspens, dans l'attente d'un projet de relocalisation de ce pôle en dehors du département de l'Oise.

L'offre de soins du secteur est proposée dans les structures suivantes :

- une unité d'hospitalisation à temps plein avec une équipe pluridisciplinaire : l'unité Juquelier est une unité d'admission fermée de quarante-et-un lits.
- un centre médico psychologique à Neuilly-sur-Seine ;

- un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel à-Neuilly sur-Seine ;
- un centre d'activité thérapeutique à Fitz-James « la Tanière » ;
- un centre d'activité thérapeutique à Fitz-James « la Cafétéria » à vocation intersectorielle ;
- la psychiatrie de liaison à Neuilly-sur-Seine.

4.2.2.2.2 Projet thérapeutique

En 2012, l'équipe de l'unité Juquelier a organisé quinze sorties thérapeutiques (cinéma, bowling, mer, forêt, sortie pêche...) avec une moyenne de six patients pour chaque sortie, deux sorties avec l'USL (chasse au trésor et journée pétanque), vingt-huit activités cuisine et pâtisserie (six patients en moyenne par séance), neuf activités diverses (peinture, esthétique, atelier préparation Noël).

Un projet médical thérapeutique de « Remédiation cognitive » est en cours de développement. Les infirmiers sont incités à se former à cette nouvelle approche.

4.2.2.2.3 Arrivée du patient

La procédure d'accueil des patients se fait en plusieurs étapes :

- le patient passe tout d'abord au service des urgences où une première évaluation est faite ;
- la deuxième étape se déroule au sein de l'unité d'hébergement où un bilan psychiatrique et somatique est réalisé. Il est procédé à des examens biologiques ainsi qu'à un électrocardiogramme. Il est vérifié que le patient a reçu le livret d'accueil à son arrivée aux urgences. Le médecin référent explique au patient les règles de vie qu'il devra respecter et les contraintes de son traitement. Lors de son arrivée, le secrétariat vérifie la notification des droits du patients sous contrainte, les données administratives de prise en charge de l'intéressé et complète son dossier médical.

Le lendemain de son arrivée, le cadre de santé reçoit en entretien le patient pour vérifier certaines données administratives et s'assurer, s'il est sous contrainte, que ses droits lui ont bien été notifiés. Le cadre explique au patient le déroulement de la procédure avec la vérification périodique de son état de santé donnant lieu à des certificats médicaux. Il l'informe des modalités d'intervention du juge des libertés et de la détention qui peut être amené à l'entendre *via* le dispositif de visioconférence.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « le cadre ne reçoit pas les patients admis la veille pour vérifier certaines données administratives. Les explications/informations faites au patient le sont par le cadre ou par les soignants ».

Les contrôleurs ont constaté l'affichage des différentes chartes réglementaires dans les locaux communs.

Les patients sont ensuite reçus à leur demande au cours de l'hospitalisation. Un soignant assiste à chaque entretien médical avec le patient.

4.2.2.2.4 Effectifs communs du secteur

Le chef de pôle est un médecin psychiatre, en fonction depuis 2008.

Le secteur comprend sept médecins psychiatres (dont cinq médecins femmes) et un interne, trois psychologues dont un à Clermont et deux à Neuilly-sur-Seine. Un médecin somatique est présent trois fois par semaine à Clermont 2 et à Fitz James 3.

Le travail médical est effectué en binôme avec la présence de deux médecins chaque jour au sein de l'unité Juquelier du lundi au vendredi. Un médecin est présent le samedi matin.

Le secteur comprend quinze infirmiers et huit aides-soignants.

L'organisation du service pour les personnels soignants est la suivante :

- le matin, cinq soignants : de 6h à 14h (trois soignants) et de 7h à 15h (deux soignants)
- l'après-midi, cinq soignants : de 13h à 21h (trois) et de 14h à 22h (deux).

Le service comprend peu de personnel masculin : un cadre de santé, un infirmier, un aide-soignant et un agent de service hospitalier.

Les réunions organisées à l'unité sont :

- une réunion institutionnelle le troisième lundi du mois de 13h30 à 16h30 (en 2012, dix réunions se sont tenues) ;
- une réunion mensuelle, le deuxième mardi du mois à Neuilly-sur-Seine avec les professionnels du CMP ;
- un point quotidien avec les médecins, les psychologues sur l'état clinique des patients ;
- une réunion soignants/soignés bimensuelle avec un psychologue. Les patients volontaires et deux soignant participent à cette réunion portant sur les questions de fonctionnement ;
- une réunion d'équipe hebdomadaire ;
- les transmissions journalières.

a. Personnel paramédical du secteur :

<i>Secteur 60 G08</i>	N	ETP
Cadre supérieur de santé	1	1
Cadre de santé	3	2,5
Cadre socio-éducatif	1	0,34
IDE J/N	25	24,3
Aide-soignant J/N	8	8
ASH	9	8,5
Assistante sociale	2	2

Psychologue	3	3
Assistant médico-administratif	4	3,8
TOTAL	56	53,44

IDE : infirmier diplômé d'état

ASH : agent de service hospitalier

b. Personnel médical :

Secteur 60 G08 ⁴⁶	N	EPT
Praticien hospitalier psychiatre	7	6
Praticien hospitalier généraliste	1	0,5
Interne	1	1

4.2.2.2.5 L'unité Juquelier

4.2.2.2.5.1 Les patients de l'unité

La capacité théorique de l'unité Juquelier est de quarante-et-un lits répartis dans douze chambres individuelles, dix chambres doubles et trois chambres triples. Elle est fermée.

L'unité dispose également d'une chambre d'isolement.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « il s'agit d'une chambre d'apaisement et non pas d'isolement ».

Au jour de la visite, l'unité comptait trente-huit patients présents (vingt hommes et dix-huit femmes) :

- dix-sept personnes étaient admis en soins libres ;
- dix-huit étaient en soins à la demande d'un tiers (SDT) ;
- trois étaient en soins sur décision d'un représentant de l'État (SDRE).

Six autres personnes étaient notées en soins ambulatoires sous contrainte.

La plus longue hospitalisation datait de six années.

L'unité concentre des pathologies lourdes avec des troubles bipolaires et des psychoses.

⁴⁶ Effectifs fournis par le médecin responsable de l'unité.

Il n'existe pas, selon les informations recueillies, de conflits générationnels malgré la grande disparité des âges des patients (le patient le plus âgé a 78 ans et le plus jeune, 19 ans). La durée du séjour est en moyenne de trois semaines et peut aller jusqu'à une année pour certains patients démunis de ressources. Le nombre de patients hospitalisés est de 150 par an, un chiffre plus faible que la moyenne car l'unité Juquelier ne reçoit pas les patients des urgences de Neuilly-sur-Seine qui sont plutôt orientés vers les cliniques sauf pour les cas les plus graves ;

4.2.2.5.2 Les personnels de l'unité

a. Personnel paramédical de l'unité

<i>Secteur 60 G08 Unité Juquelier</i>	N	ETP
Cadre de santé	1	1
Cadre socio-éducatif	1	1
IDE J/N	15	14,8
Aide-soignant J/N	8	8
ASH	6	5
Assistante sociale	1	1
Psychologue	2	0,68
TOTAL	34	34,48

b. Personnel médical de l'unité

Le personnel médical intervenant dans l'unité est le suivant :

<i>Secteur 60 G08 Unité Juquelier⁴⁷</i>	N	EPT
Praticien hospitalier psychiatre	7	6
Praticien hospitalier généraliste	1	0,5
Interne	1	1

⁴⁷ Effectifs fournis par le médecin responsable de l'unité.

4.2.2.2.5.3 Les locaux de l'unité

a. Les chambres

Le secteur 92 G07 de Fitz-James 4 occupe une partie des locaux du pavillon affecté au secteur 3. Les chambres du secteur 3 sont aménagées sur deux niveaux. Les fenêtres des chambres sont fermées sauf la fenêtre à soufflet dans la partie supérieure. Les stores des fenêtres peuvent être manœuvrés par les patients. Un chauffage central diffuse la chaleur au moyen d'un radiateur en fonte dans chaque chambre. Les chambres sont dotées d'une rampe lumineuse installée au-dessus du lit qui sert à la fois de plafonnier et de liseuse.

Les portes de ces chambres ne sont pas pleines, comportant une vitre verticale opacifiée. Elles ne sont pas équipées de bouton d'appel.

Une partie du rez-de-chaussée est réservée aux chambres d'admission : quatre chambres individuelles et une chambre à deux lits.

La chambre double d'une superficie de 18 m² comprend deux lits dont un lit médicalisé, une table, une chaise, deux tables de chevet et une armoire. Le sol de la chambre est carrelé. La chambre dispose d'un cabinet de toilette fermé avec un lavabo.

Les chambres individuelles, de configuration identique, ont une superficie de 12 m². Elles sont meublées d'un lit, d'une armoire, d'une chaise, d'une petite table, d'un lit médicalisé et d'une table de chevet. Trois chambres disposent d'un cabinet de toilette fermé avec un lavabo. Une chambre est équipée d'un lavabo.

Une autre partie du rez-de-chaussée est réservée aux patients en perte d'autonomie avec :

- une chambre à trois lits d'une superficie de 20 m². Elle est meublée de trois lits médicalisés, d'une armoire et d'un placard. Un cabinet de toilette fermé avec un lavabo est aménagé dans la chambre ;
- une chambre à deux lits d'une superficie de 15 m². Elle ne comprend qu'un seul lit médicalisé sur deux et est meublée d'une armoire, d'un placard, d'une table de chevet et d'une chaise. Le sol est carrelé. La chambre dispose d'un cabinet de toilette fermé avec un lavabo ;
- trois chambres individuelles d'une superficie de 10 à 11 m² comprenant un lit médicalisé, une applique murale, un placard, une chaise et un lavabo. Le sol est carrelé ;
- une chambre d'isolement avec un lit scellé occupée par une personne depuis février qui était souvent en contention.

À l'étage, des chambres sont destinées aux patients ne nécessitant plus d'observation ou de soins constants avec deux chambres à trois lits (22 m²), huit chambres à deux lits (15 m²) et cinq chambres individuelles (10 à 11 m²). L'équipement des chambres est identique à celui du rez-de-chaussée. Un ascenseur permet un accès facile à l'étage pour les patients. Une partie de l'étage est réservée à l'hébergement des femmes.

b. Les toilettes et les douches

Le rez-de-chaussée comprend :

- Un local sanitaire équipé d'une douche dotée d'un fauteuil roulant. Il est accessible en même temps que l'accès aux chambres le matin et le soir ;
- une salle de bains avec une baignoire qui ne sert jamais, aménagée du côté des chambres d'admission ;
- une douche.

À l'étage, du côté des femmes : un espace sanitaire avec deux douches fermées, deux wc, deux lavabos et au bout de la pièce non fermée, une baignoire. Selon les témoignages recueillis, cette baignoire ne servant jamais, il a été demandé d'aménager l'espace en local pour le linge sale.

À l'étage, du côté des hommes : un espace sanitaire avec deux douches fermées, deux wc et une salle de bains avec une baignoire qui ne sert jamais. La même demande a été faite pour la transformer en local pour le linge sale.

c. Les espaces communs

Outre ces chambres, l'unité comporte :

- un bureau pour le cadre de santé ;
- un bureau infirmier ;
- un bureau médical ;
- un bureau pour la psychologue ;
- un bureau polyvalent ;
- une salle à manger avec un coin salon ;
- un grand salon ;
- un local « pharmacie » ;
- une salle de soins non attenante au local « pharmacie » ;
- deux salles de visites
- la cour.

La cour est séparée en deux dans le cadre du projet de créer une unité ouverte pour les hospitalisations libres et une unité fermée. La partie droite de la cour est celle utilisée pour le moment, pour les sorties des patients. La cour est équipée d'un éclairage.

La cour est ouverte à partir de 9h le matin mais elle est accessible à partir de 6h pour permettre aux patients de fumer. Elle est fermée au moment des repas et vers 22h le soir.

Selon les informations recueillies, la deuxième partie de la cour est réservée à la future activité de jardinage. Elle comporte aussi un terrain de pétanque.

<i>Secteur 60 G08</i>	<i>Unité Juquelier</i>
Nombre de lits	41
Nombre de chambres d'isolement	1
Nombre d'hommes hospitalisés	20
Nombres de femmes hospitalisées	18
Nombre de chambres à un lit	12
Nombre de chambres à deux lits	10
Nombre de chambres à trois lits	3
Nombre de douches	6
Nombre de WC	9
Salle de bains	4

4.2.2.5.4 Le fonctionnement de l'unité

- **Ouverture et fermeture de l'unité et des chambres**

Les chambres sont fermées de 9h à 12h30. Elles sont ouvertes de 12h30 à 14h30. Ce créneau horaire répond à la demande des patients de se reposer après le déjeuner. Elles sont ensuite fermées jusqu'à 17h.

Les chambres dédiées aux admissions restent ouvertes toute la journée.

- **Biens personnels**

À l'arrivée du patient, il est procédé à un inventaire de ses effets personnels. L'inventaire est signé par le patient et le soignant ou en cas d'impossibilité de signature du patient par deux soignants.

Les effets personnels sont stockés au bureau médical dans des casiers ouverts avec les numéros des chambres, à l'intérieur d'une armoire dont les portes étaient restées ouvertes au moment de la visite des contrôleurs. Les téléphones portables sont également déposés dans ces casiers.

- **Hygiène corporelle, vestimentaire**

Le linge personnel est entretenu par les familles. Exceptionnellement, il peut être lavé à la lingerie de l'unité. Pour les patients démunis de ressources, des vêtements sont récupérés à la lingerie du CHI qui dispose d'un stock de vêtements.

Pour les patients qui utilisent la machine à laver de l'unité, une affiche sur la porte de la lingerie prévoit les jours de lavage du linge par ordre alphabétique. Le patient met le linge et le récupère en présence d'un soignant. Lorsque la machine à laver fonctionne, la lingerie est fermée à clef.

- **Entretien des locaux**

Le ménage est effectué tous les jours le matin ou l'après-midi par des ASH.

- **Argent**

L'argent des patients sous curatelle ou tutelle est placé dans un coffre. Il est géré par le régisseur qui se trouve au secrétariat du pôle.

Pour les autres patients, l'argent est placé dans un coffre situé dans le bureau du cadre.

- **Repas**

Les repas sont pris en commun dans la salle à manger. Le petit déjeuner est servi de 7h30 à 9h, le déjeuner de 12h à 12h45, le dîner à 19h. Un goûter est servi à 16h15.

- **Relations avec l'extérieur (visite, téléphone, correspondance)**

L'unité dispose de deux salles de visite. Les visites sont autorisées le week-end de 10h à 19h et la semaine de 14h à 19h. Des demandes de visite peuvent être faites par les familles en-dehors de ces créneaux horaires.

Une des deux salles est constituée d'un petit salon d'une superficie de 8 m² avec un accès propre ce qui permet aux enfants d'être présents lors des visites. Un soignant peut être présent à la demande de la famille mais également du patient ou du psychiatre.

Un deuxième salon visiteur est une pièce de forme arrondie d'une superficie de 14 m², équipée de fauteuils et d'une table basse. La pièce dispose de deux sanitaires.

Le téléphone portable n'est autorisé que de 9h30 à 11h30. Les patients restituent ensuite le téléphone au personnel. Ils peuvent téléphoner d'un *point phone* à carte au rez-de-chaussée de l'unité. Ils sont autorisés à appeler ou à recevoir des appels jusqu'à 21h.

La correspondance (courrier arrivée et départ) est autorisée sans restriction.

- **Télévision, radio et ordinateur**

L'unité dispose d'une salle à manger avec un coin salon pour regarder les émissions de télévision jusqu'à 22h30. Un poste de télévision est aussi installé dans l'espace salon de la salle de détente.

Le poste radio et le lecteur MP3 sont autorisés sous réserve de baisser le son après 20h.

Les patients sont autorisés à utiliser un ordinateur sur avis médical.

- **Journal local**

L'unité dispose d'un exemplaire du *Courrier picard*.

- **Tabac**

Les patients peuvent sortir dans la cour de l'unité pour fumer. Selon les informations recueillies, des problèmes étaient causés par certains patients fumant dans les toilettes et quelques vols de cigarettes se produisaient entre les patients. Les soignants distribuent les cigarettes à l'unité pour certains patients très gros consommateurs.

- **Activités et sorties**

Les sorties dans le parc sont autorisées sur prescription médicale en fonction du mode d'hospitalisation. Les sorties accompagnées s'effectuent en fonction des consignes médicales et de la disponibilité des soignants.

Concernant les activités, l'unité dispose d'une grande salle d'activité au sous-sol, accessible par la deuxième cour. Un atelier cuisine est organisé un lundi sur deux avec des sorties à l'extérieur pour effectuer les achats. Un jeu « compétences » sur la remédiation cognitive est en cours pour les patients psychotiques. Cette salle d'activité est équipée d'un poste de télévision pour la Wii et d'une table de ping-pong. Elle sert aussi de salle de réunion.

Dans le cadre de l'hôpital de jour, les activités suivantes sont possibles :

- les activités planifiées par l'USL ;
- les activités de « la Tanière » (poterie-dessin) avec un éducateur ;
- la cafeteria gérée par l'association « Etincelle ». Située face au pavillon de l'unité, elle permet à trois patients de travailler à mi-temps. Ils sont rémunérés six euros par vacation et sont encadrés par deux ASH et deux aides-soignantes. La cafeteria est ouverte de 8h30 à 12h et de 13h à 16h30 le week-end et en semaine. Il est possible de consommer des boissons, des glaces, d'acheter des biscuits et des paquets de chips.

La pièce est équipée de tables et de chaises, d'un baby-foot, d'un meuble vitrine présentant des objets à offrir et d'un autre meuble pour la vente de produits d'hygiène. La partie bar comporte une large banquette avec des tables pour regarder la télévision.

À l'arrière des locaux, est aménagée une salle de projection. Les contrôleurs n'ont pu la visiter, faute de clef.

▪ **Sur-occupation**

L'unité ne connaît pas de sur-occupation. Lors de la visite des contrôleurs le 6 juin 2013, trente-et-un lits sur quarante-et-un étaient occupés. Selon les informations recueillies, le maximum de lits occupés était de trente-cinq en moyenne.

▪ **Isolement et contention**

L'unité comporte une chambre sécurisée d'une superficie de 15 m². Cette chambre est occupée par une personne depuis le mois de février en raison d'un trouble grave non stabilisé par les médicaments. Cette même personne qui est arrivée à Fitz-James en SPDT avait été placée sous contention il y a trois semaines, le temps de l'apaisement pendant quelques heures au moment de la sieste et en début de nuit, le médecin rédigeant alors une feuille de suivi quotidienne du patient. Lors de la visite des contrôleurs, le patient stabilisé, continuait à occuper la chambre sécurisée dont la porte reste ouverte dans la journée et durant la nuit. Il prend ses repas avec les autres patients et participe aux sorties sous réserve de l'avis médical.

Elle est équipée d'un lit scellé au sol avec une ceinture de contention, d'une table en inox fixée au mur et au sol, et d'un plafonnier. La peinture des murs est de couleur violette. La porte de la chambre est pleine. La chambre ne répond pas aux normes car elle ne comporte pas de double entrée. La fenêtre n'est pas barreaudée. Dans la chambre, un cabinet individuel est équipé d'un wc en inox et d'un lavabo.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « il s'agit d'une chambre d'apaisement et non d'une chambre sécurisée ».

▪ Incidents

La contention peut être utilisée à l'encontre de patients dans des chambres normales, par tranches horaires sur prescription médicale. Toute mise sous contention est formalisée dans le dossier individuel.

Trois alarmes personnelles travailleur isolé (PTI) sont en dotation à l'unité, le nombre est inférieur au nombre de soignants présent.

4.2.2.2.5.4.1 L'activité de l'unité

<i>Secteur 60 G08 Unité Juquelier</i>	2010	2011	2012	1 ^{er} trimestre 2013
Nombre de journées d'hospitalisation	15253	11406	11458	3596
Nombre d'entrée + présent au 1^{er} janvier	161	181	178	80
Durée moyenne de séjour	95	77	82	51
Taux d'occupation (en %)	101,92	76,22	76,36	73,09
Nb de lits	41	41	41	41
File active	851	746	687	70

Les hospitalisations sans consentement dans l'unité sont :

<i>Secteur 60 G08</i>	<i>Unité Juquelier</i>
Soins libres	17
Soins psychiatrique sur décision du représentant de l'état	3
Soins psychiatrique à la demande d'un tiers	18
Programme de soins	6

4.2.3 Secteur de psychiatrie infanto-juvénile

4.2.3.1 L'organisation de la prise en charge en pédopsychiatrie

La pédopsychiatrie est organisée sur deux pôles : celui de Seguin Est qui suit les enfants venant de l'Est du département et celui de Seguin Ouest / Sud qui s'occupe des hospitalisations des enfants du Sud et de l'Ouest du département, une association chargée d'une mission de service public, l'association de santé mentale Nouvelle Forge (ASMNF), étant chargée des soins de proximité.

4.2.3.1.1 L'hospitalisation au secteur Seguin-Est

La compétence du pôle s'étend sur les communes de Noyon, de Compiègne et de Clermont. Chaque sous-secteur est doté d'une offre de soins identique : CMP, CATTP adolescent, unité thérapeutique d'accueil des enfants et de leurs parents, et hôpital de jour pour enfants. Le pôle est aussi doté de cinq unités de soins sectorielles :

- unité d'hospitalisation à temps complet enfants et adolescents « les Genêts » ;
- hôpital de jour sectoriel « les Bleuets » ;
- unité/CATTP et unité d'enseignement « les Tamaris » ;
- unité d'hospitalisation complète externalisée « Estérel » ;
- accueil familial thérapeutique de Compiègne.

La population couverte est de 260 000 habitants.

Sur le site de Fitz-James est implantée une unité complète d'hospitalisation avec dix lits pour les adolescents et cinq lits pour des enfants.

Une équipe fonctionnelle mobile assure la psychiatrie de liaison avec la pédiatrie et la maternité de l'hôpital de Beauvais ainsi qu'avec les établissements médico-sociaux.

Un projet de réorganisation est à l'étude depuis plusieurs années. Il avait été envisagé de regrouper l'ensemble de la pédopsychiatrie en seul pôle. Ce projet est aujourd'hui abandonné mais l'idée d'améliorer la mutualisation des moyens a été maintenue. Il est probable que d'ici une année, un projet d'unité d'hospitalisation complète de dix lits pour enfants soit réalisée permettant d'éviter le mélange des âges pour assurer la sécurité des plus jeunes. Les personnels de l'unité

a. Personnel paramédical de l'unité

<i>Unité Séguin-Est</i>	N	ETP
Cadre de santé	1	
IDE J/N	10	9,6
Aide-soignant J/N	5	
ASH	3	
Assistante sociale	1	0,3
Educateurs	4	3,6

Psychologue	1	0,5
Assistant médico-administratif	1	0,2
TOTAL	26	

b. Personnel médical de l'unité

<i>Unité Séguin-Est</i>	N	EPT
Praticien hospitalier psychiatre	1	0,2
Praticien hospitalier psychiatre	1	0,2
Interne	1	0,8

4.2.3.1.2 Les locaux de l'unité

a. Les chambres

Les chambres sont réparties dans deux ailes permettant d'isoler les enfants des adolescents.

Les chambres pour les enfants comprennent une chambre à trois lits avec des murets de séparation entre les lits. D'une surface de 20 m², cette chambre accueillait auparavant quatre enfants mais les murets étant trop haut (1,5 m) la surveillance dans le fond de la chambre était impossible de l'extérieur. Il a donc été décidé de l'utiliser avec trois lits. L'autre chambre dispose de deux lits sans aucun autre mobilier qu'une table sans chaise. L'absence de mobilier s'explique par le fait que les enfants ne restent jamais dans leur chambre hormis pour dormir.

Les chambres pour adolescents comprennent trois chambres individuelles de 10 m², deux chambres à deux lits de 15 m² et une chambre à trois lits.

Toutes les chambres ont des fenêtres verrouillées avec un battant ouvrant au-dessus.

b. Les toilettes et les douches

Les adolescents disposent de trois wc, de trois salles de douche et d'une salle de bains avec baignoire.

Pour les enfants, l'unité offre une grande salle de bains avec un lavabo accessible pour un enfant, une baignoire et des meubles de rangement du linge de toilette. Une salle de douche est également à disposition.

c. Les espaces communs

Les parents des adolescents et des enfants peuvent venir en visite et voir leurs enfants dans un petit salon de 9 m² où sont affichés un certain nombre d'informations pour les familles comme par exemple les coordonnées des avocats et du médiateur médical de l'hôpital ainsi que la Charte du patient hospitalisé.

Les espaces de vie sont distincts. Les enfants ont une salle à manger de 20 m² avec trois tables et des chaises. L'office est attenant et dispose d'une ouverture sur les deux salles à

manger. Celle des adolescents mesure 30 m² avec un équipement similaire à celle des enfants, elle se prolonge par un coin télévision.

Les enfants disposent aussi d'une salle de jeux avec dans un coin, un poste de télévision et dans une autre partie des tapis et des fauteuils où ils peuvent avoir différentes activités.

d. Les cours

Les enfants disposent d'une cour sécurisée avec des installations de jeux (balançoire, tourniquets...) dont le sol est herbagé.

Les adolescents disposent du patio central qui est une cour de 70 m² avec quelques massifs de fleurs mais dont le sol est cimenté. Les jeunes peuvent être observés par les soignants de l'intérieur grâce aux baies vitrées sans avoir une surveillance physique à leurs côtés.

<i>Unité Séguin-Est</i>	
Nombre de lits	15
Nombre de chambres d'isolement	1
Chambre sécurisée	0
Nombre de garçons hospitalisés	9
Nombres de filles hospitalisées	5
Patient le plus âgé	24 ans
Patient le plus jeune	8 ans
Nombre de chambres à un lit	4
Nombre de chambres à deux lits	3
Nombre de chambres à trois lits ⁴⁸	2
Nombre de douches	3
Salle de bains	2

4.2.3.1.3 Le fonctionnement de l'unité

▪ Ouverture et fermeture de l'unité et des chambres

Les chambres sont disponibles après 17h. Durant les vacances scolaires, les plages d'ouverture sont plus larges.

⁴⁸ Les chambres à trois lits ne sont pas toujours utilisées à leur pleine capacité

- **Biens personnels**

Les biens font l'objet d'un inventaire à l'arrivée. Les vêtements sont rangés dans une pièce servant de lingerie. Les mineurs ne gardent pas toutes leurs affaires dans le placard de leur chambre.

- **Hygiène corporelle, vestimentaire**

Les enfants ayant des parents à proximité ont du linge propre apporté régulièrement mais les autres peuvent faire laver leurs affaires, l'unité disposant d'une machine à laver.

- **Entretien des locaux**

L'entretien est assuré par les ASH ou un soignant en cas d'insuffisance. Les enfants et adolescents sont responsables du rangement de leur chambre.

- **Argent**

Aucune somme d'argent n'est laissée aux mineurs.

- **Repas**

Les repas se prennent en commun avec le personnel soignant. Il peut être autorisé de prendre un repas devant la télévision en cas de programme spécial. De même, certains jeunes peuvent prendre un repas dans leur chambre sur autorisation médicale.

- **Relations avec l'extérieur (visite, téléphone, correspondance)**

Les visites sont organisées de manière très souple. Au début de l'hospitalisation, l'enfant ne peut pas recevoir de visites pour que les personnels puissent observer le comportement de l'enfant sans interférence familiale. Cette règle est largement expliquée en préparant le séjour. Il arrive que les visites se déroulent en présence d'un soignant ou qu'il soit autorisé à ce que les parents aillent dans le parc avec leur enfant.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « les visites sont organisées de manière très souple. Les visites des familles peuvent être différées sur indication médicale et les retours en famille sont inscrits dans le cadre du projet thérapeutique et le parcours de soin de l'enfant ».

- **Télévision, radio et ordinateur**

La télévision n'est accessible qu'en dehors du temps réservé aux activités. Elle est accessible après 17h et elle fonctionne jusqu'à 22h pour les adolescents mais elle est accessible en fonction de la dynamique des enfants. Les enfants se couchent plus tôt vers 20h30. Certains adolescents ont accès à un ordinateur sur accord médical. Cet accès se fait éventuellement en présence d'un soignant. Tous les adolescents peuvent avoir une radio dans leur chambre.

- **Tabac**

Le tabac doit être autorisé par les parents. Le nombre de cigarettes est de cinq par jour au maximum. Les cigarettes sont conservées au bureau infirmier. Le patio est le seul endroit où il est autorisé de fumer.

- **Activités et sorties**

Les enfants sont tous scolarisés soit sur place (enseignants spécialisés détachés de l'Education nationale) ou restent dans leur établissement d'origine. En dehors de la scolarité qui est parfois aménagée, des activités sont organisées : des ateliers manuels comme la poterie ou la cuisine. Les enfants ont des accès spécifiques à la piscine de l'établissement. Ils vont régulièrement faire du cheval ou s'occuper des bêtes.

▪ Isolement et contention

Une chambre dite d'apaisement de 10m² est équipée d'un sommier et d'un matelas en mousse plastifiée. Au mur un grand tableau permet de s'exprimer par le dessin si nécessaire. La mise sous contention est utilisée assez rarement et pour des durées très brèves. Tout séjour dans cette chambre est fait sur prescription médicale et figure au dossier individuel. Il n'existe pas de registre retraçant les mises à l'isolement. Le patient peut être accompagné par un soignant durant cette période ou laissé seul mais des rondes de surveillance sont faites toutes les quinze minutes.

▪ Les incidents

Le problème des fugues est délicat à gérer. Les médecins essaient de dédramatiser ces incidents qui font partie de la prise en charge des adolescents. Depuis des incidents récents arrivés dans une autre unité, la direction de l'hôpital exige la rédaction d'un rapport circonstancié pour évènement indésirable grave pour une information aux tutelles. L'attitude de la gendarmerie manque de souplesse selon les informations recueillies auprès des soignants.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « les forces de l'ordre ont parfois des exigences difficilement compatibles avec les aspects cliniques et thérapeutiques ».

4.2.3.1.4 L'activité de l'unité

<i>Pôle Séguin Est</i>	2010	2011	2012	1 ^{er} trimestre 2013
Nombre de journées d'hospitalisation	3669	3812	3293	1160
Durée moyenne de séjour en jours	99	98	103	
Taux d'occupation (en %)	62,8	65,2	56,3	38,6
Nb de lits	15	15	15	15
File active	37	39	32	21

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « ces chiffres recueillis auprès du DIRM ne reflètent pas la charge de travail auprès des enfants ».

Il a été dit aux contrôleurs que l'unité a été perturbée par le fait que trois lits étaient occupés par des jeunes adultes qui n'ont pu être admis dans une structure adaptée. Ceci conduit à réduire les lits réellement disponibles et accroît les délais d'attente pour la prise en charge de patients plus jeunes. De plus, le personnel fait état de relations plus difficiles avec les autres professionnels de l'enfance (Education nationale, services sociaux du département) en raison d'une forte instabilité dans les équipes. Un des objectifs pour le proche avenir est de relancer les instances de concertation pour parvenir à mettre au point des prises en charge pluri-institutionnelles, particulièrement délicates à mettre en œuvre.

4.2.3.2 L'hospitalisation au secteur Seguin-Ouest et Sud

La compétence du pôle pour le secteur Ouest s'étend sur les communes de Beauvais, Breteuil et Méru où sont implantés les CMP-CATTP ; pour le secteur Sud, il s'agit de la compétence d'hospitalisation complète et d'une partie de l'hospitalisation de jour sur un secteur géographique dont toutes les autres missions sanitaires sont confiées à la Nouvelle Forge.

La population couverte est de 260 000 habitants.

L'offre du pôle comporte également :

- une unité complète d'hospitalisation avec 10 lits pour les adolescents et 5 lits pour des enfants ;
- un hôpital de jour à Montataire (quinze places) ;
- un hôpital de jour à Beauvais (quinze places) ;
- une unité fonctionnelle mobile ;

Sur le site de Fitz-James :

- une unité d'hospitalisation complète de dix places pour les adolescents ;
- une unité d'hospitalisation de cinq places pour les enfants ;
- l'accueil familial thérapeutique.

Une équipe fonctionnelle mobile assure la psychiatrie de liaison avec la pédiatrie et la maternité de l'hôpital de Beauvais ainsi qu'avec les établissements médico-sociaux.

Un projet de réorganisation est à l'étude depuis plusieurs années. Il avait été envisagé de regrouper l'ensemble de la pédopsychiatrie en seul pôle. Ce projet est aujourd'hui abandonné mais l'idée d'améliorer la mutualisation des moyens a été maintenue. Il est probable que d'ici une année, les unités d'hospitalisation des deux pôles soient regroupées ce qui permettrait de créer une unité pour les adolescents et une autre pour les enfants totalement séparées alors qu'aujourd'hui le mélange des âges pose des problèmes délicats notamment pour assurer la sécurité des plus jeunes. A terme, il devrait y avoir une unité pour les enfants comportant dix lits.

4.2.3.2.1 Les personnels de l'unité

a. Personnel paramédical des unités- hospitalisation complète

<i>Unités</i>	Séguin Sud	Séguin Ouest

	N	ETP	N	ETP
Cadre de santé	1	1	1	1
IDE J/N	11	10,6	14	13,8
Aide-soignant J/N	5	5	3	3
ASH	2	1,3	2	2
Assistante sociale	1	0,5	1	0,5
Educateur	2	2	4	3,6
Psychologue	1	0,5	1	0,5
Assistant médico-administratif	1	0,5	1	0,33
TOTAL	24	21,7	27	24,63

b. Personnel médical des unités- hospitalisation complète

Unités	Seguin Sud		Seguin Ouest	
	N	EPT	N	EPT
Praticien hospitalier psychiatre	1	0,5	1	0,5
Interne	1	0,5	1	0,5

4.2.3.2.2 Les locaux de l'unité

Ils sont organisés autour d'un patio qui sert de cour et sont disposés autour d'un rectangle, un couloir permettant un accès dans toutes les parties (lieux de vie et zone d'hébergement).

a. Les chambres

Les chambres individuelles sont au nombre de cinq et de quatre pour les chambres doubles pour le bâtiment des « primevères » relevant du secteur Séguin Ouest.

Il existe, de plus, deux chambres individuelles réservées aux adolescents qui viennent d'arriver et qui sont situées près du bureau infirmier.

Les chambres individuelles ont une superficie de 12 m², elles disposent d'un lit, d'une armoire d'une chaise mais pas de bureau. Une rampe lumineuse au-dessus du lit sert à la fois de liseuse et de plafonnier (variation de l'intensité).

Les chambres doubles ont une surface de 15 m² et sont meublées de deux lits, deux armoires et un seul chevet.

Toutes les chambres ont des fenêtres verrouillées avec un battant ouvrant au-dessus.

Pour les « châtaigniers », les chambres sont doubles (six chambres) et équipées de manière similaire à celles des « primevères ».

b. Les toilettes et les douches

Les adolescents disposent de six wc dont un est accessible à une personne à mobilité réduite, de quatre salles de douche et d'une salle de bains avec baignoire.

Aux « châtaigniers », les douches et les wc sont au nombre de quatre et les salles de bains avec baignoire de deux.

c. Les espaces communs

Les adolescents disposent d'une salle à manger de 40 m² qui communique avec l'office (15 m²) où les ASH font réchauffer les repas. Les adolescents participent aux travaux de vaisselle et de dressage des tables.

Cette salle à manger jouxte une grande pièce de vie de 60m² où se trouvent un billard, un baby-foot et une table de ping-pong ainsi qu'un poste de télévision. Une autre salle indépendante de 35 m² permet de regarder la télévision et de réaliser des travaux manuels. Cette pièce comprend des fauteuils, des tables et des placards fermés à clef pour ranger le matériel.

Les parents des adolescents peuvent venir en visite et voir leurs enfants mais il n'existe pas de pièce spécifique pour les accueillir. L'entrée est assez spacieuse pour permettre de disposer des fauteuils où les parents peuvent discuter avec leurs enfants. Ils peuvent aussi sortir dans le parc avec une autorisation médicale.

Dans l'entrée est affiché un certain nombre d'informations pour les familles comme par exemple les coordonnées des avocats et du médiateur médical de l'hôpital ainsi que la Charte du patient hospitalisé.

L'unité des « châtaigniers » dispose de deux cours herbagées et de salles de vie similaires à celle des « primevères ». Les activités manuelles sont possibles dans une salle aménagée à cet effet et deux télévisions sont à disposition des enfants.

d. Les cours

Les adolescents disposent du patio central qui est une cour de 70 m² avec quelques massifs de fleurs mais dont le sol est cimenté. Les jeunes peuvent être observés par les soignants de l'intérieur grâce aux baies vitrées sans avoir une surveillance physique à leurs côtés.

Dans l'unité des « châtaigniers », les enfants disposent d'une cour herbagée où ils peuvent jouer au foot ou au basket, ce terrain comprenant des équipements adéquats pour marquer des buts.

	Seguin Ouest Les « châtaigniers »	Séguin Sud Les « primevères »
Nombre de lits	5 +1	12
Nombre de chambres d'isolement	0	0

Chambre sécurisée	0	1
Nombre de garçons hospitalisés	5	3
Nombres de filles hospitalisées	1	6
Plus longue hospitalisation	18 mois	18 mois
Patient le plus âgé	12	18
Patient le plus jeune	7	13
Nombre de chambres à un lit	6	5
Nombre de chambres à deux lits	0	4
Nombre de douches	4	4
Nombre de wc	4	6
Salle de bains	2	1

4.2.3.2.3 Le fonctionnement des unités

Les équipes soignantes évitent de recourir à des hospitalisations en urgence qui sont souvent traumatisantes aussi bien pour les enfants que pour les familles. Le plus souvent, l'hospitalisation apparaît nécessaire après une période de soins ambulatoires qui ne donne pas satisfaction. Des entretiens avec les parents préparent cette phase de séparation. Les soignants prennent du temps pour expliquer les règles de vie dans les unités d'hospitalisation et notamment la nécessité d'une séparation totale de l'enfant et de sa famille durant huit jours. Durant ce laps de temps l'enfant est sous observation médicale pluridisciplinaire et les parents sont régulièrement informés par l'équipe soignante.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « des entretiens avec les parents préparent cette phase de séparation. Les soignants prennent du temps pour expliquer les règles de vie dans les unités d'hospitalisation. Si une période de séparation totale de l'enfant et de sa famille paraît nécessaire (ni visites, ni échanges téléphoniques), durant ce laps de temps, l'enfant est sous observation médicale pluridisciplinaire et les parents sont régulièrement informés par l'équipe soignante ».

Par la suite une large part est laissée au travail avec les parents et aux ateliers mère – enfants pour améliorer la communication entre les parents et leurs enfants.

- **Ouverture et fermeture de l'unité et des chambres**

Les chambres ne sont pas fermées à clef mais on incite les adolescents à ne pas s'y réfugier toute la journée alors que des activités sont organisées. Il n'existe pas de règles affichées de manière intentionnelle car l'équipe soignante estime que les règles doivent être adaptées selon les personnes et discutées avec l'intéressé.

- **Biens personnels**

Les biens font l'objet d'un inventaire à l'arrivée. Les vêtements sont rangés dans une pièce servant de lingerie. Les mineurs ne gardent pas toutes leurs affaires dans le placard de leur chambre.

- **Hygiène corporelle, vestimentaire**

Les adolescents ayant des parents à proximité ont du linge propre apporté régulièrement mais les autres peuvent faire laver leurs affaires, l'unité disposant d'une machine à laver. L'hygiène corporelle est un sujet qui fait partie intégrante du traitement : certains ont la phobie de l'eau ou au contraire restent des heures sous la douche pour se « purifier ». Les règles sont donc là aussi aménagées selon les pathologies.

- **Entretien des locaux**

L'entretien est assuré par les ASH ou un soignant en cas d'insuffisance. Les enfants et adolescents sont responsables du rangement de leur chambre.

- **Argent**

Aucune somme d'argent n'est laissée aux mineurs.

- **Repas**

Les repas se prennent en commun avec le personnel soignant. Il peut être autorisé de prendre un repas devant la télévision en cas de programme spécial. De même certains jeunes peuvent prendre un repas dans leur chambre sur indication médicale.

- **Relations avec l'extérieur (visite, téléphone, correspondance)**

Les visites sont organisées de manière très souple. Au début de l'hospitalisation, l'enfant ne peut recevoir de visites pour que les personnels puissent observer le comportement de l'enfant sans interférence familiale. Cette règle est largement expliquée en préparant le séjour. Il arrive que les visites se déroulent en présence d'un soignant ou qu'il soit autorisé à ce que les parents aillent dans le parc avec leur enfant.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « aux primevères, il n'existe pas de protocole général, le lien entre l'adolescent et sa famille est organisé (et réorganisé) en fonction de la dynamique psychique et relationnelle à l'œuvre. Pour les châtaigniers, une période de séparation (sans visites) de quelques jours faisait partie du projet initial. Aujourd'hui cette règle est toujours déclinée de façon spécifique, la dynamique familiale à chaque admission, préparation de l'admission par entretiens avec la famille (cette règle n'existe plus dans le nouveau projet d'unité de 10 lits. Au début de l'hospitalisation, l'enfant ne peut recevoir de visites pour que les personnels puissent observer le comportement de l'enfant sans interférence familiale. Cette règle est largement expliquée durant le séjour ».

- **Télévision, radio et ordinateur**

La télévision n'est accessible qu'en dehors du temps réservé aux activités. Elle est accessible après 17h et elle fonctionne jusqu'à 22h pour les adolescents. Les enfants se couchent plus tôt vers 20h30. Certains adolescents ont accès à un ordinateur sur prescription médicale. Cet accès se fait en présence d'un soignant. Tous les adolescents peuvent avoir un poste de radio dans leur chambre. Les consoles de jeux sont autorisées avec une utilisation limitée à une à deux heures par jour.

▪ **Tabac**

Le tabac doit être autorisé par les parents. Le nombre de cigarettes est de cinq par jour au maximum. Les cigarettes sont conservées dans le bureau infirmier. Le patio est le seul endroit où il est autorisé de fumer.

▪ **Activités et sorties**

En dehors de la scolarité qui est parfois aménagée, des activités sont autorisées. Des ateliers manuels comme la poterie ou la cuisine sont régulièrement organisés. Les enfants ont des accès spécifiques à la piscine de l'établissement. Ils vont régulièrement faire du cheval ou s'occuper des bêtes ou sont initiés à l'escalade.

Un atelier de théâtre est organisé par session car les artistes intervenants viennent de Belgique. Ces sessions utilisent la technique du psychodrame analytique et permettent aux enfants une forme de thérapie tout en ayant accès à une expression artistique. A la fin de l'année une représentation publique permet de présenter leur travail.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « cet espace (et les autres) de créativité viennent compléter et étayer le travail de soin. Un dispositif d'articulation entre les artistes et les soignants permet d'adapter les ateliers aux spécificités psychiques des enfants ».

Des ateliers de chants et de psychomotricité sont aussi organisés avec du personnel soignant formé à ces techniques.

Ponctuellement des sorties sur une ou plusieurs journées sont organisées pour aller à la mer, à la pêche ou au zoo.

▪ **Isolement et contention**

Une chambre dite d'apaisement de 10 m² est équipée d'un sommier et d'un matelas en mousse plastifiée. La mise sous contention est utilisée assez rarement et pour des durées très brèves. Tout séjour dans cette chambre est fait sur prescription médicale et figure au dossier individuel. Il n'existe pas de registre retraçant les mises à l'isolement. Le patient peut être accompagné par un soignant durant cette période ou laissé seul mais des rondes de surveillance sont faites toutes les quinze minutes.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « l'utilisation de cette CSSI est soumise au système de traçabilité général de l'établissement (fiche 'isolement et/ou contention' du dossier adulte ».

▪ **Les incidents**

Le problème des fugues est délicat à gérer. Les médecins essaient de dédramatiser ces incidents qui font partie de la prise en charge des adolescents. Depuis des incidents récents arrivés dans une autre unité, la direction de l'hôpital exige la rédaction d'un rapport circonstancié pour événement indésirable. L'attitude de la gendarmerie manque de souplesse selon les informations recueillies auprès des soignants.

4.2.3.2.4 L'activité des unités

<i>Unité les « châtaigniers »</i>	2010	2011	2012	1 ^{er} quadrimestre 2013
-----------------------------------	------	------	------	-----------------------------------

Nombre de journées d'hospitalisation	1646	1130	1122	
Nombre d'entrée + présent au 1^{er} janvier	28	16	13	5
	+	+	+	+
	10	7	5	5
Durée moyenne de séjour	59	71	62	
Taux d'occupation (en %)		79,5	76,6	
Nb de lits	13	6	6	
File active	28	16	19	10

<i>L'unité les « primevères »</i>	2010	2011	2012	1^{er} quadrimestre 2013
Nombre de journées d'hospitalisation	4100	1931	1724	752
Nombre d'entrée + présent au 1^{er} janvier	35	44	43	17
	+	+	+	+
	7	10	7	5
Durée moyenne de séjour	120	60	42	
Taux d'occupation (en %)	72,2	40,7	39,6	56%
Nb de lits	12 +1	12+1	12+1	12+1
File active	37	45	45	22

Les hospitalisations sans consentement dans l'unité sont :

	N
Soins libres	9
Soins psychiatrique sur décision du représentant de l'état	1
OPP	0

4.2.4 L'hospitalisation au secteur Psychogériatrie

4.2.4.1 Les patients de l'unité

L'unité de psychogériatrie est une unité intersectorielle destinée à l'accueil et à la prise en charge de personnes âgées - en théorie âgées de plus de 65 ans mais, en pratique, souvent de plus de 75 ans atteintes de syndrome dépressif majeur et de troubles du comportement, dont 80 % sont liés à la démence et à son évolution. Ces patients souvent poly-pathologiques (par exemple souffrant à la fois de la maladie de Parkinson, d'affections endocriniennes et de pathologies cardiovasculaires) exigent des protocoles de soins, notamment somatiques, particuliers dès lors qu'ils sont pris en charge sur tous les plans.

En principe, c'est une unité de court séjour mais faute de solution de sortie, certains patients y restent plusieurs mois. En 2012, la durée moyenne de séjour a été de soixante-trois jours.

Le projet de déménagement de l'unité dans des locaux adaptés aux pathologies somatiques des patients et d'une capacité de quinze lits supplémentaires pour répondre à la demande de moyen séjour ne sera pas mis en œuvre avant cinq ans.

Les entrées sont, pour la plupart, programmées et précédées de consultations ambulatoires sur place, les médecins de l'unité souhaitant évaluer eux-mêmes les patients avant de les hospitaliser. Les admissions en urgence, passant alors par l'UAU ou un service d'accueil des urgences, ne sont pas exclues mais demeurent rares. La majorité des patients est adressée par des EHPAD et des services de soins de suite.

L'accord de la famille à l'hospitalisation est recherché. Il s'agit d'un accord verbal, destiné à faciliter les conditions relationnelles de prise en charge, les patients ne sont pas placés sous le régime des SPDT. Mais si la famille est « hésitante » ou inexistante, le patient est hospitalisé en application du 2° du II de l'article L.3212-1 du code de la santé⁴⁹.

La capacité théorique de l'unité de psycho-gériatrie est de quinze lits répartis dans deux chambres individuelles, deux chambres doubles et trois chambres à trois lits. Elle dispose en outre de cinq places en hôpital de jour mais celui-ci ne pouvait, lors de la visite, accueillir que trois patients en raison de la faiblesse des effectifs. L'unité ne dispose ni de chambre sécurisée ni de chambre d'isolement.

L'unité de psycho gériatrie est, de fait, une unité fermée.

Au jour de la visite, l'unité comptait treize patients présents (quatre hommes et neuf femmes) :

- dix personnes étaient admises en soins libres ;
- trois étaient en hospitalisation à la demande d'un tiers (SDT) ;

⁴⁹ Article L.3212-1 du code de la santé publique : « (...) II.- Le directeur de l'établissement prononce la décision d'admission : (...) 2° Soit lorsqu'il s'avère impossible d'obtenir une demande dans les conditions prévues au 1° du présent II [demande d'un tiers] et qu'il existe, à la date d'admission, un péril imminent pour la santé de la personne, dûment constaté par un certificat médical établi dans les conditions prévues au troisième alinéa du même 1°. Ce certificat constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins. Le médecin qui établit ce certificat ne peut exercer dans l'établissement accueillant la personne malade ; il ne peut en outre être parent ou allié, jusqu'au quatrième degré inclusivement, ni avec le directeur de cet établissement ni avec la personne malade. »

- aucun patient n'était en hospitalisation sur décision du représentant de l'État (SDRE) ;

Le patient le plus âgé avait 91 ans et le plus jeune, 66 ans.

La plus longue hospitalisation datait d'octobre 2012, soit huit mois.

4.2.4.2 Les personnels de l'unité

4.2.4.2.1 Personnel paramédical de l'unité :

<i>Unité de psychogériatrie</i>	N	ETP
Cadre de santé	1	1
IDE J/N	11	12
Aide-soignant J/N	6	6
ASH	1	2
Assistante sociale	1	0,40
Psychologue	1	0,5
Secrétaires	1	1
TOTAL	22	22,9

La moitié du personnel paramédical a été renouvelée depuis deux ans. Il a été indiqué que si la psychogériatrie peut être choisie comme moins éprouvante que la psychiatrie générale adulte, elle suppose un travail de nursing constant qui peut rebuter.

Deux équipes de soins se relaient dans la journée.

L'équipe du matin est au moins formée de trois paramédicaux, mais en général quatre, dont deux infirmiers et un aide-soignant ; s'y ajoute un ASH dans la mesure du possible. Lors de la visite, l'unité ne disposait que d'un AHS, un des trois postes était vacant et un titulaire était en congé de maladie. La pénurie d'ASH alourdit considérablement la charge de travail des aides-soignants et génère des problèmes de prise en charge des patients notamment dans les soins de nursing et les toilettes.

L'équipe de l'après-midi est composée de trois personnes, un infirmier et deux aides-soignants.

L'équipe de nuit de l'unité est composée de deux infirmiers et de deux aides-soignants, dont une personne de chaque catégorie est de service chaque nuit. Les moyens en personnel paramédical, notamment celui des équipes de nuit, sont mutualisés en fonction des besoins au sein du pôle.

La psychologue intervient auprès des patients sur indication médicale.

Il a été expliqué aux contrôleurs que le temps de présence de l'assistante sociale était largement insuffisant compte tenu de sa charge de travail. En effet, une de ses missions est d'effectuer un travail de réseau notamment avec les EHPAD afin de définir des solutions de sortie pour les patients dont la présence n'est pas justifiée au sein de l'unité.

4.2.4.2.2 Personnel médical de l'unité :

Les médecins psychiatres alternent entre les consultations externes et le suivi des patients hospitalisés. Les médecins généralistes assurent une présence toute la journée au sein de l'unité en alternant chacun la matinée et l'après-midi.

<i>Unité de psychogériatrie</i>	N	EPT
Praticien hospitalier psychiatre	2	2
Praticien hospitalier généralistes	2	1

4.2.4.3 L'information du patient

Lorsqu'un patient est admis en soins sous contrainte, le médecin l'informe de son statut juridique et des droits y afférents. Compte tenu de la désorientation fréquente des patients de l'unité, ces informations sont reprises ultérieurement par le personnel infirmier ou l'agent gestionnaire du pôle.

Comme dans les autres unités, l'information sur les droits relatifs au statut de soins contraints ne fait l'objet d'aucune notification formalisée ni tracée. La secrétaire de l'unité suit l'agenda de la procédure et veille à la production des certificats médicaux et de la notification de la convocation à l'audience. La régularité formelle des certificats est vérifiée par l'agent de gestion du pôle.

4.2.4.4 La gestion de l'unité

La coordination du fonctionnement est assurée dans le cadre de quatre réunions :

- une réunion d'équipe chaque quinzaine si possible et au minimum une fois dans le mois ; y participent la cadre de santé, les infirmiers et les aides-soignants ; y sont abordées les questions d'organisation, la définition des fiches de poste et la préparation de la certification ; c'est un lieu d'information mais également de paroles libres, les étudiants n'y sont donc pas conviés ;
- un *staff* clinique tous les quinze jours en alternance avec la réunion d'équipe ; il réunit l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire ; cette réunion a pour objectif de faire le point sur chaque patient tant sur son état psychique et physiologique que sur son devenir ;
- une réunion institutionnelle trimestrielle ou est abordé un thème (par exemple la fin de vie). La maltraitance sera le prochain thème ;
- les transmissions d'équipes trois fois par jour.

En outre, les médecins psychiatres et les généralistes se réunissent une fois par mois autour d'un ou deux dossiers qui posent des problèmes de prise en charge. Ces rencontres permettent d'engager une réflexion sur les risques et les bénéfices engendrés par l'instauration d'un traitement à visée psychiatrique chez un patient poly-pathologique.

4.2.4.4.1 Les locaux de l'unité

Les locaux sont totalement inadaptés tant au regard de la mobilité, souvent réduite, des patients qu'à la durée constatée de leur séjour. Ainsi, certains fauteuils roulants sont trop larges pour franchir la porte du bureau de consultation médicale. Il est difficile de concilier le maintien des acquis des patients en termes de mobilité et le respect de leur intimité lorsqu'ils partagent une chambre à deux ou trois. Dans la mesure du possible, le personnel infirmier attribue les chambres en fonction des affinités et des pathologies.

4.2.4.4.1.1 Les chambres

Ainsi qu'il a été indiqué ci-dessus, l'unité dispose de sept chambres : deux chambres individuelles, deux chambres doubles et trois chambres triples. Elles ont toutes la même largeur de 4,70 m et la même hauteur sous plafond de 3,50 m. Les fenêtres ont la même dimension, 0,80 m de large et 1,80 m de hauteur, l'allège étant située à 1,20 m ; leur crémone est dépourvue de poignée. Il a été signalé que l'hiver, le vitrage simple est insuffisamment isolant et les patients ont froid.

Les « règles de vie de l'unité » sont affichées derrière la porte ; une horloge est fixée au mur en hauteur, visible, selon le nombre d'occupants, du ou au moins de deux lits. Les peintures des murs sont tantôt roses, tantôt vertes, selon les chambres. Les huisseries sont peintes en gris ou en vert.

Le mobilier individuel minimum est également identique pour toutes les chambres constitué d'un lit médicalisé, d'une table de chevet avec tiroir et d'une armoire de 0,60 m de large, 0,50 m de profondeur et 1,80 m de hauteur, équipée d'étagères et d'une penderie. Une rampe lumineuse comportant un cordon d'appel est installée au-dessus de chaque lit, permettant la lecture en position allongée. Chaque chambre est équipée d'un lavabo surmonté d'une tablette, d'un miroir et d'une rampe lumineuse ; à proximité, un porte-serviettes à deux éléments est fixé au mur. Dans les chambres à trois lits, un porte-serviettes supplémentaire en forme de cercle permet d'accrocher la troisième serviette. Les chambres sont également toutes équipées d'une table étroite (0,90 m de long et 0,42 m de large) placée près du lavabo et qui permet de poser les affaires de toilette.

Il a été relevé que le miroir est placé au-dessus du lavabo alors que les hommes ne peuvent rester debout pendant qu'ils se rasent. Les soignants demandent donc aux familles de fournir des miroirs à main qu'ils placent sur les tables pour permettre aux messieurs de se voir pendant l'opération de rasage.

Une des chambres individuelles mesure 15,20 m², l'autre 10,70 m². La plus vaste présente le désavantage d'être située juste en face de la salle de bains aux odeurs nauséabondes (cf. *infra* « entretien des locaux »). Dans l'autre chambre, la réglette murale d'éclairage n'est pas fixée au-dessus du lit qui a dû être déplacé pour permettre les soins ; l'éclairage est resté à l'ancien emplacement, les techniciens appelés n'étant pas encore intervenus. Cette chambre disposait de deux fauteuils.

Les deux chambres doubles sont identiques en surface (21,50 m²) et en aménagement. Elles comportent deux lits séparés par une cloison légère de la longueur des lits et de 2 m de hauteur, constituée, dans sa partie haute, de verre dépoli. Dans l'une de ces chambres, un matelas anti-escarres étant installé sur l'un des lits, le matelas standard qu'il remplaçait était rangé entre le mur et l'armoire faute d'autre lieu de stockage.

Les chambres triples, d'une surface de 21,50 m², sont également partagées par la même cloison légère. Un lit est installé de chaque côté, le troisième en face des deux autres. Faute de place, un seul fauteuil est à disposition.

Chaque chambre est dotée d'un paravent mobile pour permettre d'isoler le lavabo ou l'un des lits de la vue des autres occupants de la chambre et de ménager l'intimité du patient pendant les soins ou la toilette.

Faute de sanitaires dans les chambres et dès lors que les patients de l'unité, souvent désorientés et peu mobiles, sont incapables de se rendre aux toilettes collectives, des seaux hygiéniques sont placés près des lits pour la nuit.

4.2.4.4.1.2 Les toilettes et les douches

Une salle de bains et un bloc sanitaire sont prévus pour les patients.

La salle de douches comporte deux cabines séparées par une cloison légère de 2 m de hauteur, un lavabo avec miroir et tablette.

Une douche à l'italienne avec flexible est installée dans la première cabine, de 2,70 m², ainsi qu'une chaise permettant la toilette des personnes devant rester assises ; une unique patère est fixée à la cloison.

L'autre cabine, de 5,30 m², dispose du même équipement. Lors du passage des contrôleurs, un verticalisateur s'y trouvait qui ne pouvait être entreposé ailleurs, faute de place.

Le bloc sanitaire comporte trois cabines de 1,50 m² alignées et un espace équipé d'un lavabo surmonté d'une tablette et d'un miroir. La première et la dernière cabine comportent une cuvette de wc de faïence, dont l'une comporte un abattant avec poignées. Celle du milieu est équipée d'une douche à l'italienne et dispose de trois patères. Il a été indiqué que lorsqu'un patient avait besoin de l'aide d'un soignant pour prendre sa douche, la porte de la cabine devait rester ouverte, barrant l'accès au wc le plus éloigné, et un rideau était installé entre le premier wc et la douche pour préserver l'intimité de son utilisateur.

Un autre bloc sanitaire donne directement dans la salle à manger. Il est constitué d'une pièce équipée d'un lavabo dans laquelle est installé un cabinet d'aisance dont la porte n'est pas placée près de l'entrée de la pièce mais à l'arrière. La largeur des wc (1,50 m) permettrait de placer un fauteuil roulant à côté de la cuvette mais l'emplacement de la porte rend cette opération impossible. Lorsqu'une personne en fauteuil utilise ces toilettes, les soignants doivent entrer dans la pièce, contourner le cabinet d'aisance avec le fauteuil, laisser ce dernier à la porte et porter le patient à l'intérieur.

4.2.4.4.1.3 Les espaces communs

La **salle de vie** est une pièce en « L » de 51 m² organisée en deux espaces :

- une salle à manger meublée de quatre tables rondes et d'une vingtaine de chaises à accoudoirs, d'une fontaine à eau, d'une commode supportant un four à microondes et d'un distributeur de boissons chaudes

- un coin salon meublé de neuf fauteuils qui le délimitent, face à un téléviseur, et de deux repose-pieds. Le « coin salon », placé contre le mur donnant sur la cour, est éclairé par une fenêtre de 2 m de large, seul éclairage naturel de l'ensemble de la « salle de vie » avec la porte-fenêtre donnant accès à la cour.

Le long du mur séparant la salle du coin sanitaire sont alignés cinq fauteuils.

L'office, le bureau infirmier et la salle de soins « pharmacie » donnent directement dans la salle de vie.

La **salle de visite** est située au fond d'un couloir prenant dans la salle de vie. Cette pièce de 21 m², est meublée de trois tables, de six fauteuils et d'une bibliothèque ; elle est utilisée pour les visites et pour certaines activités notamment le groupe de parole.

La **salle de soin esthétiques** est une pièce aveugle – une réserve – de 10 m² dans laquelle ont été installés un fauteuil et du matériel de coiffure (lave-tête, sèche-cheveux, casque de coiffure). Elle est utilisée par les coiffeuses et dans le cadre de l'activité soins esthétiques. Les wc réservés au personnel donnent au fond de cette pièce qui doit être traversée pour les utiliser.

4.2.4.4.1.4 La cour

Les patients ont libre accès à une cour d'une largeur d'une quinzaine de mètres qui longe l'ensemble du bâtiment ; elle est plantée de platanes qui assurent un ombrage aux beaux jours, de bancs de métal, de tables et de chaises de jardin.

De l'autre côté de cette cour, face au bâtiment d'hébergement, un bâtiment de plain-pied héberge deux bureaux – utilisés par la psychologue et l'assistante sociale, ainsi qu'une salle d'activité. Cette dernière est meublée de quatre tables, de dix chaises et équipée d'un évier, d'un fourneau à gaz et d'un réfrigérateur ; elle dispose de matériel de cuisine permettant que s'y déroule un repas thérapeutique une fois par mois. Deux wc avec abattant, lave-mains et distributeur de papier essuie-mains sont à disposition. Elle est éclairée du côté cour par des vasistas en hauteur, sur le mur opposé des fenêtres donnent à l'arrière du bâtiment. Il a été indiqué que cette salle était difficile à utiliser car éloignée du bâtiment d'hébergement.

4.2.4.4.1.5 Les locaux du personnel

Le bâtiment est séparé en deux parties : la première, par laquelle on pénètre dans l'unité, comporte les deux bureaux des médecins, celui du cadre de santé et de la secrétaire, une salle de réunion, le vestiaire – commun aux hommes et aux femmes – et deux wc.

L'autre partie est réservée à l'hébergement. Outre les chambres et espaces communs des patients ainsi que la salle de soins, l'office et le bureau infirmiers mentionnés plus haut, elle comporte :

- une lingerie équipée d'étagères sur lesquelles sont entreposés vêtements de dépannage pour les patients, linge hôtelier et produits d'hygiène pour les patients et un lave-linge ; à défaut de sèche-linge, le linge lavé sur place est étendu sur un séchoir replié quand il n'est pas utilisé ; les fauteuils de repos du personnel de nuit y sont entreposés ;
- une réserve de produits alimentaires ;

- un débarras pour le matériel (déambulateur, fauteuils roulants, béquilles, seaux hygiéniques et des ventilateurs pour les périodes de grosse chaleur) si étroit (1,10 m) qu'il faut parfois déplacer dans le couloir le matériel entreposé à l'entrée pour accéder à celui placé au fond ;
- une réserve de produits d'entretien ;
- un local pour le linge sale.

Le personnel paramédical ne dispose d'aucune salle de repos où il pourrait s'isoler des patients durant ses temps de pause. En conséquence, le personnel est amené à prendre ses repas dans l'office car le temps de pause du déjeuner, d'une durée d'une demi-heure, est trop court pour lui permettre de se rendre au self-service de l'établissement.

4.2.4.4.2 Le fonctionnement de l'unité

▪ Ouverture et fermeture de l'unité et des chambres

Les chambres sont fermées aux patients au cours de la journée sauf de 13h à 16h, moment de repos, l'objectif étant d'éviter aux patients, notamment ceux souffrant de syndrome dépressif majeur, de s'isoler dans leur chambre.

Les patients se lèvent selon leur rythme et leurs habitudes de vie. Le lever suivi de la toilette s'étale de 7h à 9h30. Le personnel paramédical s'adapte au rythme des patients, tant par souci du bien-être de ces derniers que par nécessité dès lors qu'il n'est pas suffisamment nombreux pour imposer le même horaire à des personnes qui sont, pour la plupart d'entre elles, dépendantes pour leur toilette et qui ne disposent pas de salle d'eau individuelle.

▪ Biens personnels

Lors de l'admission d'un patient, le personnel infirmier procède à un inventaire contradictoire des effets personnels en présence d'un membre de la famille du patient. Les objets de valeurs sont remis à un membre de la famille. Les objets considérés comme « dangereux » (briquets, chargeur de téléphone portable, objets tranchants) sont conservés dans l'armoire de l'unité fermée à clef, située dans le bureau infirmier.

▪ Argent

Les objets de valeurs et l'argent sont remis à un membre de la famille avec, si possible, l'accord du patient. Les numéraires, les chèques et les cartes de crédits peuvent aussi être conservés dans l'armoire de l'unité. Les sommes importantes d'argent sont déposées à la trésorerie de l'établissement.

▪ Hygiène (corporelle, vestimentaire)

Bien que l'unité dispose de produits de base d'hygiène corporelle pour les patients, il est recommandé aux familles de pourvoir aux besoins des patients tant au niveau des effets de toilettes que des vêtements. Les patients ont la possibilité d'utiliser leur rasoir personnel qui est conservé dans l'armoire de l'unité.

L'entretien du linge est à la charge de la famille qui est tenue de récupérer le linge une fois par semaine. Le linge sale est placé dans un sac et est stocké dans l'armoire du patient. Il a été rapporté aux contrôleurs que ce système génère des désagréments (odeurs nauséabondes dans la chambre) lorsque le linge appartient à une personne souffrant

d'incontinence. Lorsque la famille ne remplit pas ses engagements de façon régulière, les ASH assurent, dans la mesure du possible, l'entretien du linge sale.

▪ **Entretien des locaux**

Les chambres ainsi que les locaux communs sont nettoyés et aérés chaque matin ; c'est en principe la mission des ASH mais il a été indiqué que faute de personnel, cette tâche est fréquemment effectuée par les aides-soignants.

Il est à noter qu'après les douches, une odeur pestilentielle se dégage de la salle de bains, odeur qui se répand dans le couloir et les chambres dont les portes restent ouvertes pour être aérées. Cette émanation serait imputable à un défaut de conception des conduites d'évacuation ; il a été indiqué au personnel par les techniciens du CHI qu'aucun remède ne pouvait être apporté à cette déplaisante situation qui ne s'estompe qu'après que la porte de la salle de bains a été fermée, et ce avec une certaine lenteur comme ont pu le constater les contrôleurs. Cette situation pèse tant sur le confort des patients que sur les conditions de travail du personnel soignant.

▪ **Repas**

Après leur toilette, entre 8h et 9h30, les patients prennent le petit déjeuner dans la salle à manger.

Le déjeuner, vers 12h, le goûter, à 16h, et le dîner sont également pris dans la salle à manger, les patients se répartissant selon leurs affinités autour des quatre tables.

Les médicaments sont distribués en salle à l'heure des repas. Bien que cette organisation ne respecte pas la confidentialité du patient, le personnel soignant a souhaité privilégier avant tout le confort du patient en lui évitant des déplacements répétés et une position statique prolongée en salle de soins. Pour les traitements du soir, notamment les hypnotiques, les patients souhaitant veiller plus tard ont la possibilité de les prendre ultérieurement dans la soirée.

Lorsque le temps le permet, les repas peuvent être pris à l'extérieur dans la cour équipée de tables.

Trois membres du personnel paramédical qui accompagnent les patients, bénéficient chacun d'un « repas thérapeutique », à savoir un repas supplémentaire livré par la cuisine centrale et qui ne leur est pas facturé. Pour autant, faute de place pour eux, il leur est difficile de s'attabler avec les patients.

▪ **Relations avec l'extérieur (visite, téléphone, correspondance)**

Les visites ont lieu l'après-midi, de 13h à 18h, les familles peuvent se présenter à d'autres moments avec l'accord du médecin ou du cadre de santé. La salle prévue à cet effet est située au fond des locaux de l'unité, obligeant les visiteurs à les traverser dans leur totalité en passant devant les patients installés dans la salle commune.

Lorsque plusieurs visites se déroulent en même temps, la salle à manger doit également être utilisée, aucune confidentialité n'est alors possible pour les familles. Lorsque le temps et l'état du patient l'autorisent, les visiteurs peuvent se rendre dans la cour.

Pour permettre un moment d'intimité, les visites peuvent exceptionnellement se dérouler dans les chambres ou dans la salle de réunion de l'unité située hors de la zone d'hébergement.

Leur **téléphone** portable est laissé aux patients qui en possèdent un ; ils sont rares.

Un appareil téléphonique est fixé au mur du couloir conduisant de la salle à manger vers la salle des visites et qui dessert également la lingerie, une pièce de réserve, le salon de coiffure et les toilettes du personnel. Le poste téléphonique est placé à droite de la porte de la lingerie, il est accessible à une personne en fauteuil roulant.

Lorsqu'un patient reçoit une communication, elle est transférée sur ce poste ; pour pallier l'absence totale de confidentialité du lieu, il a été indiqué que lorsqu'un patient téléphonait, les portes donnant vers la salle à manger étaient fermées pour clore le couloir.

Un autre poste téléphonique, fonctionnant avec des cartes, est situé à l'entrée de l'unité en face du secrétariat. Il est également accessible à une personne en fauteuil roulant et à la disposition des patients. Mais, pour l'utiliser, ceux-ci doivent se rendre dans la zone administrative ce qui ne leur est possible qu'accompagnés par un soignant pour leur ouvrir la porte.

▪ **Télévision, radio et ordinateur**

Un téléviseur est installé dans la salle de vie ; il fonctionne toute la journée. Si les patients le souhaitent, ils peuvent utiliser leur ordinateur personnel. Pour autant, très peu de personnes font usage d'outils informatiques.

▪ **Journal local**

La distribution du journal local a lieu chaque jour, les patients ont aussi la possibilité d'écouter la radio dans leur chambre à condition de ne pas perturber le voisinage.

▪ **Tabac**

Les patients fumeurs sont au nombre de deux. Il a été expliqué que les pathologies de démence ont pour effet que le malade oublie qu'il est fumeur.

Lorsqu'ils souhaitent fumer, les patients demandent leurs cigarettes et leur briquet au personnel soignant. Ils sont autorisés à fumer dans la cour située devant la salle à manger, accessible de plain-pied.

▪ **Activités et sorties**

Des activités sont programmées trois matins par semaine de 10h30 à 11h30 :

- stimulation musculaire le mardi ;
- « éveillez-vous » (atelier mémoire) le mercredi, où intervient l'ergothérapeute du pôle ;
- un groupe de parole le jeudi ; cette dernière activité est animée par la psychologue.

Les autres matins, de 10h30 à 12h sont conduites, « selon les possibilités et les demandes », des activités de « jeux, pâtisserie ou soins de confort ».

Après la fin du repas, vers 13h, les patients font la sieste en chambre ou se reposent devant le téléviseur jusqu'à 14h30 ; le temps de 15h à 16h est qualifié « d'informel », permettant des consultations, des entretiens infirmiers, des visites, pour beaucoup : de l'attente dans la « salle de vie ».

De 16h30 à 18h, le programme d'activité prévoit « jeux de société, cartes ou activités manuelles » animés par le personnel paramédical.

Des sorties en grandes surfaces sont organisées pour les patients souhaitant faire des courses ou bien pour acheter les produits nécessaires à la préparation des repas thérapeutiques. Une sortie est programmée pour aller visiter un atelier de senteur et de goût dans la Somme.

Les patients qui l'acceptent sont mis en pyjama vers 18h. Après le dîner, qui s'achève vers 19h30, les patients restent à table ou regardent la télévision. Le coucher (déshabillage, change...) commence vers 20h30.

Les médecins accordent des autorisations de court séjour afin de permettre aux patients de passer un week-end prolongé en famille ou de pouvoir participer à des événements familiaux tels que les anniversaires, les fêtes des mères et des pères et les fêtes de fin d'année.

- **Sur-occupation**

L'unité ne connaît pas de problème de sur-occupation.

- **Isolement et contention**

L'unité ne dispose pas de chambre d'isolement. Lorsque le comportement des patients le nécessite, notamment en cas de risque de chute ou d'agressivité, des barrières sont placées de chaque côté du lit. Éventuellement, le patient peut être contentonné, sur prescription, par l'usage de contentions classiques ou de Sécuridrap^{®50}. L'unité ne dispose pas de Sécuridrap[®] en quantité suffisante.

Les personnes sous contention sont placées en chambre individuelle, ce afin de les mettre à l'abri d'éventuels gestes déplacés ou dangereux de la part des autres patients désorientés. Il a été indiqué qu'il était parfois recouru à l'isolement dans une chambre des personnes « qui tapent ».

Pour les patients admis en soins libres, placés en chambre individuelle et mis sous contention, le médecin procède à un changement de statut. Par ailleurs, la prescription est renouvelée chaque jour. L'unité ne dispose pas de registre de contention, toutefois le cadre de santé recueille le nombre de patients mis sous contention et la durée ; elle inscrit ces données dans une fiche mensuelle.

- **Incidents**

⁵⁰ Couchage de sécurité contenant qui autorise la position assise et le décubitus latéral.

Il a été fait état auprès des contrôleurs d'un acte de maltraitance commis par un aide-soignant sur deux patients la semaine précédant le contrôle. Cet incident a été signalé et l'auteur a été immédiatement suspendu.

Une réunion collective exceptionnelle a été organisée deux jours plus tard, avec l'ensemble de l'équipe y compris le personnel en repos, le médecin, le cadre supérieur de santé, le cadre de santé et la coordinatrice des soins pour analyser les conséquences de la situation ainsi que les facteurs qui avaient pu la causer ; rien dans le comportement antérieur de l'auteur de l'acte n'ayant pu laisser présumer ce passage à l'acte imputé à un « *burn out* ».

Cette réunion a permis à chacun de s'exprimer sur les difficultés d'exercice de sa mission et de prendre conscience à temps d'une tension excessive. Il a donc été recommandé au personnel de faire preuve de vigilance et de mettre en place des actions de prévention, notamment lors de la réalisation des toilettes. Ainsi lorsqu'une toilette d'un patient considéré comme « difficile » est effectuée régulièrement par le même aide-soignant, il est recommandé de passer le relais auprès d'un autre collègue.

La prochaine réunion institutionnelle sera l'occasion d'initier une réflexion sur la maltraitance, son repérage et la qualification de certaines conduites. Des informations sur cette question ont été diffusées dans le CHI, mais aucune à l'échelle de l'unité alors que, selon ses responsables, une réflexion formelle doit être conduite sur les pratiques.

Il a été indiqué que le nursing important que nécessitent les patients dépendants, les difficultés matérielles induites par des locaux inadaptés et les conditions hôtelières indignes dans lesquelles ils sont accueillis, que ne peuvent pallier les soignants, constituent des conditions de travail particulièrement éprouvantes tant physiquement que moralement.

4.2.4.4.3 L'activité de l'unité

<i>Unité de psycho gériatrie</i>	2010	2011	2012	1 ^{er} quadrimestre 2013
Nombre de journées d'hospitalisation	N/C	4565	4260	1530
Nombre d'entrée + présent au 1^{er} janvier	56	70	68	21 dont 14 présents au 1er Janvier 2013
Durée moyenne de séjour	N/C	65	63	45
Taux d'occupation (en %)	N/C	83	77	85
Nb de lits	15	15	15	15
File active	200	231	232	34

Outre l'hospitalisation complète, l'unité assure également l'accueil de patients en hospitalisation de jour. Le nombre de patients accueillis est de trois à cinq personnes

4.2.5 Le recours à l'isolement et à la contention

L'établissement a mis en œuvre un suivi de l'état des chambres d'isolement et du recours à l'isolement et/ou à la contention. Un recensement des équipements des chambres sécurisées de soins intensifs (CSSI) a été établi. Il ressort du tableau comparatif établi par le CHI faisant apparaître les divers équipements de chaque chambre que sur les trente-et-une chambres utilisées pour des procédures d'isolement et/ou de contention, dix répondent aux normes de conformité architecturale et d'organisation.

Les procédures de « modalités de mises en contention » et « mise en chambre sécurisée de soins intensifs » ont fait l'objet d'un document de référence en date du 29 août 2012.

Par ailleurs, chaque unité est appelée à remplir chaque mois un document mensuel de recensement de l'utilisation de l'isolement et de la contention. Ce relevé mensuel prévoit une ligne par patient et par mesure ; doivent être indiqués le sexe du patient, son mode d'hospitalisation (SL, SPDT, SPDRE, ou détenu), s'il appartient au secteur, le lieu d'exécution de la mesure (CSSI, isolement ou chambre du patient) et pour chacun des isolements avec contention d'une part, et sans contention, d'autre part, les dates et heures de début, de fin et le total en heures. Il est précisé qu'en cas de contention ou d'isolement d'un patient en hospitalisation libre, une remarque doit en indiquer les circonstances ; cependant, si certains services mentionnent le motif – éléments du comportement du patient – d'autre se bornent à indiquer l'existence d'une prescription médicale.

L'exploitation des informations ainsi collectées reste d'un intérêt relatif dans la mesure où, d'une unité à l'autre, le document de recensement n'est pas rempli de la même façon : par exemple, certaines unités remplissent en heures plutôt qu'en jours, la durée d'utilisation ; de même, un des secteurs considère comme de la contention la mise en place de barrières aux lits et remplit à tort, en pareil cas, le relevé comme de la contention. Les comparaisons et la synthèse résultant de l'exploitation de ces données doivent donc être appréciées avec des réserves.

Pour l'année 2012 ils se présentent selon le tableau suivant :

Secteurs	CL 4	FJ 10	FJ 2	FJ 7	CL1	FJ 5	FJ 1	FJ 9	CL 2	FJ 6	FJ 4
	60G01	60G02	60G03	60G04	60G05	60G06	60G07	60G08	60G09	60G10	92G07
Nombre de jours d'isolement sans contention	67	109	1 059	58	333	1 112	129	264	25	412	272
Nombre de jours d'isolement avec contentions	42	42	172	41	11	47	0	177	15	307	201
TOTAL	109	151	1 231	99	344	1 159	129	441	40	719	473
Nb de jours concernant des patient en SL	7	27	409	4	24	1 004	0	199	0	363	25
Nb de jours concernant des patients en SPDT	44	29	680	41	147	84	69	138	36	185	195
No de jours concernant des patients en SPDRE	33	31	80	36	111	49	25	64	1	128	248

Personnes détenus	21	60	62		53	70	26	40	3	17	--
-------------------	----	----	----	--	----	----	----	----	---	----	----

Ces résultats sont analysés en cellule qualité-gestion des risques. Il a été indiqué que le nombre de personnes en soins libres figurant sur ces tableaux va conduire à une réflexion éthique sur ces pratiques.

Dans aucune unité l'utilisation de la cellule d'isolement et les placements sous contention ne font l'objet d'une traçabilité sur registre. La mesure ne figure que dans le dossier du patient. L'instauration d'une traçabilité par la tenue d'un registre semble difficile à envisager. Il a été objecté que déjà la mise en place du relevé mensuel a rencontré des résistances et que la traçabilité par tenue d'un registre serait elle-même relative : lorsque le patient est isolé dans sa propre chambre, il n'apparaîtrait pas sur le registre de CSI ; ce dernier ne permettrait donc pas d'apprécier l'ensemble des pratiques.

L'établissement envisage d'initier une réflexion sur les pratiques à travers une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles.

4.2.6 Hospitalisation des personnes détenues dans le cadre de l'article D.398 du code de procédure pénale

Le pôle de soins aux détenus assure la prise en charge médico-psychologique des personnes détenues dans les trois établissements pénitentiaires du département de l'Oise : le centre pénitentiaire de Liencourt (778 places), la maison d'arrêt de Beauvais (117 places) et la maison d'arrêt de Compiègne (82 places). Le CHI de Clermont est amené à hospitaliser les personnes détenues incarcérées dans ces trois établissements.

Depuis 2001, alors dénommé « fédération des soins aux détenus », le pôle est dirigé par un praticien hospitalier qui coordonne l'action sur les trois sites.

L'effectif du pôle est de vingt-trois personnes, comprenant :

- 2,5 ETP de praticiens hospitaliers en psychiatrie ;
- six ETP d'infirmiers (au lieu de sept ETP théoriques) ;
- dix ETP de psychologues ;
- un ETP d'aide médico-psychologique (AMP) ;
- un ETP d'éducateur spécialisé ;
- deux ETP de secrétaires.

Si la personne était suivie par le secteur avant son incarcération, le pôle de soins aux détenus assure le relais et la continuité des soins entre le CMP et la détention. Dans le cas contraire, elle est orientée au moment de sa libération sur une structure intersectorielle – le centre de soins et de coordination psycho-légale (CSCPL) – dont les bâtiments se situent à proximité de l'entrée du CHI de Clermont. Aucun délai d'attente n'est opposé à une personne libérée à laquelle un rendez-vous a été donné alors qu'elle se trouvait encore en détention.

Une fiche de liaison a été établie entre l'équipe soignante en poste au centre pénitentiaire de Liancourt, l'administration pénitentiaire et l'unité d'accueil d'urgence (UAU) du CHI de Clermont.

4.2.6.1 Le nombre de patients détenus hospitalisés

Le rapport d'activité 2012 du pôle des soins aux détenus (source DIRM 16/03/2013) indique 152 hospitalisations en 2012 : 112 en provenance du centre pénitentiaire de Liancourt (74 %) et 20, respectivement des maisons d'arrêt de Beauvais et de Compiègne (13 %).

Le nombre de jours d'hospitalisation s'est élevé au total à 2 320 jours : 1 754 jours pour des patients détenus écroués au CP de Liancourt (75 %), 296 jours pour ceux de la maison d'arrêt de Compiègne (13 %) et 270 de la maison d'arrêt de Beauvais (12 %), soit une durée moyenne d'hospitalisation de quinze jours. Le taux d'hospitalisation est de 8,9 % par rapport aux nombres de patients suivis. La tranche d'âge la plus représentée est celle comprise entre 19 et 30 ans.

Principal prescripteur d'hospitalisation de personnes détenues, du fait de sa proximité avec le centre pénitentiaire de Liancourt, le service d'accueil des urgences de l'hôpital de Creil a cependant enregistré une diminution de son activité, par rapport à 2011, dans la prise en charge de personnes en provenance de cet établissement pénitentiaire, avec trente-huit personnes reçues en consultation en 2012, contre quarante-sept en 2011.

L'analyse de ces demandes de consultation montre que le principal motif est la tentative de suicide (trente-cinq) principalement par ingestion volontaire médicamenteuse (vingt-et-une), sinon suite à une tentative de pendaison (huit), à une phlébotomie (quatre), à une ingestion d'eau de javel (une) et à un feu de cellule (un). Les trois autres consultations avaient comme motifs des troubles du comportement et un état dépressif.

À l'issue des consultations, treize personnes ont été admises en SPDRE D398 au CHI. Les vingt-cinq autres personnes ont été reconduites au centre pénitentiaire de Liancourt.

Entre le 1^{er} janvier et le 10 juin 2013, le nombre des patients détenus hospitalisés s'élevait à vingt-cinq, chiffre également en net retrait par rapport à l'année précédente.

Sans préjuger des chiffres pour la seconde partie de l'année, quelques éléments d'explication ont été donnés : d'une part, une meilleure couverture des postes de psychologue intervenant en détention permettrait aujourd'hui davantage de prises en charge et limiterait les hospitalisations, d'autre part, la durée moyenne de séjour à l'hôpital, désormais plus longue, éviterait des sorties de patients non stabilisés, générant chez les mêmes patients des successions répétées de courts séjours.

Pour les cinq premiers mois de l'année 2013, un seul patient détenu – sur les quatre qui auraient pu passer – a été entendu par le juge des libertés et de la détention, dans le cadre du contrôle juridictionnel effectué de droit après quinze jours d'hospitalisation. L'audience s'est tenue par visioconférence.

4.2.6.2 Les conditions de séjour des patients détenus

Le rapport d'activité du pôle des soins aux détenus contient une note rédigée par un cadre supérieur de santé, chargée d'une mission visant à « améliorer la qualité de la prise en charge des détenus lors de leur hospitalisation ».

Son état des lieux réalisé entre juin et octobre 2012 fait apparaître les éléments suivants :

« Dans six unités sur dix, [la mise en chambre sécurisée de soins intensifs est réalisée] de façon systématique et pendant tout le séjour. Dans deux unités, le détenu est en CSSI mais bénéficie de temps de sortie. Dans deux unités, la mise en CSSI peut être levée dans les 48 premières heures et même 24 heures pour l'un d'entre eux » ;

« Les détenus, à leur arrivée, sont généralement sous contention. Dans deux unités, les contentions sont maintenues durant toute la durée du séjour, parfois avec un allègement sur le nombre de points de contention. Dans sept unités, la pertinence des contentions est évaluée dans les premières heures selon les signes cliniques. Une seule unité a rarement recours aux contentions »

« Concernant le respect des droits, les visites et les appels téléphoniques ne sont pas autorisés par le médecin dans la plupart des cas, sauf dans de rares situations. Les courriers sont systématiquement réadressés au centre pénitentiaire. La [question de la] désignation de la personne de confiance n'est jamais posée au détenu au cours de son hospitalisation ».

Les contrôleurs ont eu la confirmation qu'**une personne détenue hospitalisée est systématiquement placée en chambre sécurisée et de soins intensifs (CSSI)**. De l'avis de toutes les personnes rencontrées, ce sort est stigmatisant pour les patients détenus qui ne bénéficient pas du même type de prise en charge que les autres patients hospitalisés. En outre, cela est préjudiciable aux autres patients quand ces derniers doivent être déplacés en urgence pour « libérer » une chambre. Le paradoxe consiste alors à voir un patient détenu dans une CSSI sans relever d'une indication médicale allant dans ce sens, à la place d'un autre patient... qui lui en relève par rapport à son état clinique.

Il existe en principe un tour entre les dix unités dotées de CSSI pour l'affectation des patients détenus mais, en réalité, celle-ci est commandée par la disponibilité des chambres au moment de l'hospitalisation. Lorsqu'un patient est domicilié dans un secteur couvert par le CHI ou a déjà été hospitalisé dans une unité, il peut être placé indifféremment du tour d'affectation à condition que la CSSI – s'il en existe une – soit disponible à ce moment.

Avant d'être hospitalisé, le patient détenu est vu à l'unité d'accueil et d'urgence (UAU).

Seule l'unité Trenal (Clermont 2) décide de ne pas maintenir en permanence des patients à l'isolement. Selon les témoignages recueillis par les contrôleurs, une telle initiative ne pourrait aboutir parfois, du fait de l'opposition du médecin en charge du patient détenu à lever le placement en CSSI.

En lien avec l'UAU, le pôle de soins aux détenus s'efforce d'obtenir l'orientation de certains patients dans ces unités, compte tenu de leur état clinique et pour faire en sorte que le séjour à l'hôpital soit le plus profitable possible sur le plan thérapeutique.

Confinés en CSSI, les patients détenus sont généralement autorisés à fumer à la fenêtre de la chambre, entrebâillée quelques instants et en présence d'un soignant.

De même, le recours à la contention est quasi systématique durant les vingt-quatre premières heures. Il a été indiqué que, dans un passé récent, les moyens de contention étaient maintenus durant l'intégralité du séjour. Les deux patients hospitalisés au moment du contrôle ont été rencontrés en CSSI ; les deux portaient un pyjama de l'hôpital mais aucun n'était sous contention. Pour l'un d'entre eux, une infirmière avait pris l'initiative, sans attendre la visite du médecin, de retirer les sangles le lendemain matin de son arrivée.

Pour la première fois en 2013, des patients détenus ont reçu de la visite de proches, dûment autorisés par l'autorité judiciaire et par l'administration pénitentiaire. À la date du 10 juin 2013, cinq rencontres familiales avaient été organisées, le plus souvent à l'unité Rogues de Fursac (Fitz-James 5), avec la participation active d'un membre du pôle des soins aux détenus personnellement présent pour la vérification du permis de visite. Les visites se déroulent au niveau du PC du pôle.

Seule l'unité Trenal autorise ponctuellement le patient détenu à téléphoner.

Selon les informations recueillies, aucune restriction particulière ne serait apportée à la correspondance : le courrier départ est transmis à l'établissement d'écrou de la personne détenue ; le courrier arrivée est remis dès lors qu'il provient de l'établissement pénitentiaire.

Certains **progrès** ont été récemment : une avance de tabac est ainsi désormais consentie par l'association de l'unité où se trouve le patient détenu, la dépense étant remboursée grâce à l'intervention du pôle auprès de la comptabilité de l'établissement pénitentiaire, à laquelle est présenté un bon de cantine permettant le débit du compte de la personne concernée.

Le patient détenu est donc soumis à des conditions de vie restrictives de ses droits par rapport à la détention : aucune sortie « en promenade » n'est quasiment possible, la possibilité de fumer est très aléatoire, sa vie se caractérise par une absence d'activité et de vie sociale... Il apparaît que les restrictions liées au placement en chambre sécurisée s'attachent avant tout au « statut » de détenu pour l'empêcher de s'enfuir, plutôt qu'à des considérations strictement médicales.

Cette réalité n'est pas sans conséquence sur la qualité de la prise en charge qui se résume à une activité thérapeutique minimale.

Le pôle de soins aux détenus note dans son rapport d'activité pour l'année 2012 : « Le temps d'hospitalisation est plus court en moyenne pour la population pénale que pour la population générale. La qualité des soins s'en ressent, surtout si la motivation des personnels est affectée par la qualité de délinquant de ces personnes. L'hospitalisation (...) se borne alors à jouer le rôle de soupape, gérant une crise aiguë jusqu'à la prochaine fois ».

4.2.6.3 Les perspectives d'évolution

Conscient du fait que les conditions de séjour des patients détenus sont préjudiciables à leur prise en charge et dérogent par de nombreux aspects au principe d'égalité de soins, le pôle des soins aux détenus tente de développer en amont des relations avec les unités d'hospitalisation afin de trouver des pistes d'amélioration.

Depuis la fin de l'année 2012, à l'initiative du pôle, deux infirmiers – volontaires – ont été désignés comme référents de leur unité, là où existe une CSSI susceptible d'accueillir des patients détenus. Les référents ont effectué un stage de deux jours au centre pénitentiaire de Liancourt afin de découvrir l'institution pénitentiaire, de prendre connaissance des conditions de vie en prison et de mieux connaître les droits et obligations inhérents à l'incarcération.

Sous l'égide du cadre infirmier du pôle des soins aux détenus, un groupe de travail a été mis en place en début d'année 2013 avec comme objectif l'écriture d'un protocole de prise en charge des patients détenus, fixant un cadre plus favorable à une alliance thérapeutique et plus respectueux du respect de leurs droits. Inclus dans le rapport d'activité du pôle, un document de travail a été rédigé sous le titre suivant : « Conduite à tenir lors de

l'hospitalisation en SPDRE d'un patient-détenu ». Le texte comporte des rubriques relatives à l'exercice des droits en cours d'hospitalisation (visites, contacts, courrier, téléphone, argent, droit à l'information), aux modalités de transfert, à la fin de séjour, au suivi de la prise en charge et aux consignes en cas de fugue.

Le document indique en préambule que « les détenus hospitalisés sont des patients comme les autres et doivent bénéficier à ce titre :

- du principe d'égalité devant les soins, même s'ils sont privés de la liberté d'aller et venir,
- du respect de la dignité,
- du principe de non-discrimination,
- du droit à des soins appropriés,
- du droit à l'intimité, à la confidentialité, au respect de la vie privée et au secret des informations qui les concernent, et de leur droit de désigner une personne de confiance. »

Les contrôleurs ont été invités à assister à une séance de travail avec les infirmiers référents.

4.3 Les soins somatiques

La prise en charge somatique des patients hospitalisés au CHI est assurée : sur place par une équipe de médecins généralistes et spécialistes, à l'extérieur de l'établissement pour les examens para cliniques.

4.3.1 La fédération intersectorielle des soins somatiques

Les soins somatiques étaient antérieurement pris en charge par les internes en psychiatrie. La spécialisation initiale des internes mise en place par la réforme de l'internat a imposé une nouvelle organisation.

Le service de soins somatiques a été créé il y a vingt ans.

4.3.1.1 Les locaux

Les locaux de la fédération des soins somatiques se situent sur le site de Clermont. Ils comportent un secrétariat et un bureau médical polyvalent. Une salle de réunion est partagée avec le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) et la CME. Cette salle est utilisée pour la formation théorique aux urgences vitales.

Les médecins généralistes qui travaillent sur les différents pôles n'ont aucun lieu qui leur permettrait de se rencontrer et d'échanger sur leurs pratiques au quotidien ; ils ne disposent pas, non plus, de bureau dans les pôles.

4.3.1.2 Les effectifs

Les effectifs théoriques de la fédération des soins somatiques sont de onze ETP de médecins généralistes ; lors de la visite des contrôleurs 10,5 postes étaient pourvus, dont un par un médecin gériatre.

Une secrétaire partage son temps entre le service des soins somatiques et le CLIN.

Le service est doté d'un véhicule, pour le médecin de garde, qui est équipé d'une trousse d'urgence, d'un aspirateur de mucosités portable et d'un défibrillateur.

4.3.1.3 L'activité

4.3.1.3.1 L'activité clinique

Un médecin généraliste est désigné référent d'un pôle ou de deux pôles (cent lits). Afin d'assurer la continuité des soins lors des congés ou des repos de sécurité des praticiens, un autre praticien en binôme lui est affecté, de telle sorte qu'il y ait toujours un praticien référent du pôle présent sur l'établissement. Dans les rares cas où aucun médecin référent du pôle n'est présent sur le site, il est alors fait appel au médecin généraliste de garde.

Les personnes admises au CHI transitent par l'unité d'accueil des urgences. Elles y subissent un examen somatique succinct et le plus souvent un électrocardiogramme. Elles sont ensuite transférées dans leur unité d'hospitalisation. Tout patient entrant aura un examen biologique standardisé.

Les médecins généralistes des pôles passent tous les jours dans leurs unités. Le plus souvent un cahier spécifique leur permet de connaître les mouvements des patients et les demandes de consultations. Ainsi aucun relevé, global ou par pôle, de l'activité des médecins généralistes dans les unités n'a pu être fourni aux contrôleurs.

Un dossier somatique unique des patients hospitalisés a été mis en place en 2012.

La prévention du syndrome métabolique et la prise en charge nutritionnelle des patients sous traitement psychotrope sont protocolisées.

La prise en charge des patients hospitalisés au long cours est assurée par une consultation annuelle qui permettra, entre autre, une prise en charge vaccinale. L'établissement participe aux campagnes nationales de prévention du cancer.

Une consultation de tabacologie a été organisée. Les produits de substitution nicotiques sont à disposition à la pharmacie.

Les protocoles pour les patients sous contrainte ne sont pas formalisés. Les patients admis sans consentement ont un examen somatique à l'UAU, puis par un médecin généraliste dans l'unité dans les cinq jours qui suivent leur admission. Les patients en chambre d'isolement ou sécurisée sont vus dans les 24 premières heures par le médecin généraliste de garde, puis à la demande. Il n'y a aucune règle précise pour le suivi médical des patients sous contention, seule une procédure de prévention de la survenue d'escarres existe.

L'établissement ne dispose pas de salle de radiographie ; les scanners et radiographies standards sont effectués au centre hospitalier de Clermont, les imageries par résonances magnétiques (IRM) au centre hospitalier de Creil. Les urgences cardiologiques seront évaluées au centre cardiologique du Nord et la neurochirurgie au centre hospitalo-universitaire d'Amiens (Somme).

4.3.1.3.2 L'activité institutionnelle

Les médecins de la fédération se réunissent tous les mois avec les pharmaciens et les biologistes à l'occasion des groupes de travail du CLIN, du CLUD, du COMEDIS et de la commission antibiotiques.

Un livret d'aide à la prise en charge de la douleur au CHI a été élaboré et diffusé en mars 2012.

En 2012, 300 personnels soignants ont été formés aux urgences vitales. Cette formation, proposée hebdomadairement, comporte un volet théorique et un volet pratique. Le volet théorique est assuré par le médecin responsable de la fédération et le volet pratique par les infirmières du service des spécialités.

Trois évaluations des pratiques professionnelles (EPP) sur la prise en charge somatique des patients sont en cours. Elles concernent le suivi somatique des patients hospitalisés depuis plus d'un an, la prévention vaccinale et le dépistage des cancers du sein et du colon.

Une EPP sur l'utilisation des héparines de bas poids moléculaire, dans le cadre des mises sous contention, est également en cours.

Deux actions d'éducation à la santé sont en cours :

- avec l'INSERM, prise en charge des patients schizophrènes dans l'unité labélisée "Chrysalide" ;
- un programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) sur "suicide récidivant et éducation".

4.3.2 Le service des spécialités

Le service des spécialités est ouvert de 8h à 16h45 du lundi au vendredi.

4.3.2.1 Les locaux

Sur le site de Clermont, un service dit des spécialités d'une surface de 500 m² est situé au premier étage d'un bâtiment dont le rez-de-chaussée est désaffecté.

Il comporte :

- un ascenseur et un escalier qui débouchent sur un vaste hall d'attente équipé de sièges et de panneaux d'affichage où sont accrochés des messages de prévention et d'éducation pour la santé ;
- un cabinet dentaire qui comporte deux salles, le cabinet dentaire proprement dit dont le fauteuil est récent et en bon état, et une salle plus spécifiquement réservée au nettoyage du matériel. Les soins dentaires peuvent se dérouler sous mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote (MEOPA) dont les effets anxiolytiques, relaxant et amnésiant permettent d'exercer les soins chez les patients les plus craintifs. Deux infirmières et un praticien en odontologie se sont actuellement formés à cette technique. Le matériel dentaire est stérilisé au centre hospitalier de Beauvais ;
- le bureau du cadre de santé ;
- une grande salle d'ophtalmologie, équipée d'un matériel en bon état ;
- une salle de dermatologie. Le dermatologue dispose d'azote liquide ;
- une grande salle de soins se prolongeant par un local à « pharmacie » ;
- une salle de pédicurie, équipé d'un fauteuil adapté et d'une armoire où est entreposé le matériel stérilisé ;

- une grande salle, utilisée pour le passage vers le secteur suivant, qui n'a manifestement aucun usage et où se trouve entreposé du matériel de musculation dans l'attente du financement d'un poste de moniteur de sport ;
- deux salles de kinésithérapie équipées d'espaliers, de tapis de sol, de tables de massage, d'une cage de pouliothérapie et encombrées de fauteuils roulants, de déambulateurs, de cannes anglaises entreposées là en attendant d'être prêtés dans les services ;
- un secteur de cardiologie avec un bureau médical et deux salles de soins équipées d'un brancard et d'un appareil à électrocardiogramme. Une des deux salles est également équipée pour des consultations ORL. Lors de la visite des contrôleurs aucun ORL n'intervenait plus dans l'établissement depuis plusieurs mois ;
- une salle de gynécologie.

4.3.2.2 Le personnel sanitaire

Outre les praticiens le personnel est composé d'un cadre de santé, de six infirmiers, de quatre aides-soignants et de trois adjoints administratifs. Des fiches de suivi de consultation ont été établies pour toutes les spécialités.

À titre d'exemple, durant le mois de juin les spécialistes étaient présents : en cardiologie quatre demi-journées, en dermatologie deux demi-journées, en ophtalmologie trois demi-journées et en pédicurie sept demi-journées.

Les trois praticiens en odontologie interviennent une matinée par semaine chacun.

4.3.2.3 Les consultations de spécialités

En 2012, 4 066 patients ont eu une consultation de spécialités.

a. Kinésithérapie

Le seul kinésithérapeute de l'établissement a été recruté, à 0,80 ETP, le 12 décembre 2012. En six semaines il a effectué soixante-et-une séances au service des spécialités et quarante-quatre au chevet des patients.

b. Soins dentaires

En 2012, 749 patients ont bénéficié de soins dentaires. Les services d'origine des patients sont très différents, on notera en particulier que très peu de patients viennent de la MAS (deux patients en 2012) et du SITED (un patient).

c. Autres spécialités

En 2012, les consultations de spécialités ont été les suivantes :

- ophtalmologie : 239 ;
- cardiologie : 260 ;
- ORL : 7 (il n'y a plus d'ORL depuis plusieurs mois) ;
- dermatologie : 107 ;
- pédicurie : 713.

4.3.2.4 Les examens para-cliniques

En 2012, 2 885 consultations et examens para-cliniques se sont déroulés en dehors du CHI dont 57 % au centre hospitalier de Clermont et 15 % à l'hôpital de Compiègne et de Creil.

Quatre-vingt-douze examens para-cliniques et consultations (trente-neuf examens et cinquante-trois consultations) se sont déroulés à l'Assistance-Publique-Hôpitaux de Paris.

Des consultations de spécialités se déroulent également au cabinet privé de certains praticiens. En 2012, 1 076 consultations privées ont eu lieu. Dans 40 % des cas (424) pour des séances de rééducation fonctionnelle⁵¹ et 14 % en orthophonie. Toutes les spécialités peuvent être accessibles aux patients.

4.3.3 L'électroencéphalographie

Un service d'électroencéphalographie (EEG) est situé sur le site de Clermont, au rez-de-chaussée du pavillon Trenel.

Ce service est ouvert du lundi au vendredi de 8h30 à 16h45. Deux infirmiers formés en électroencéphalographie assurent l'enregistrement des tracés et le paiement des personnes venant en soins externes (CH de Clermont, CH intercommunal de Montdidier, maison de retraite de Clermont).

Le CHI a passé une convention de télémédecine avec la société de télémédecine *Amset@* dédiée à la neurologie. Les infirmières effectuent les enregistrements. Elles les transmettent quotidiennement par internet au neurologue qui les interprète et transmet les résultats dans la journée par internet. Le résultat de chaque patient est alors envoyé par télécopie dans son unité d'hospitalisation.

Le service est équipé d'une caméra permettant un enregistrement vidéo synchronisé. Les enregistrements pour les enfants ne sont plus pratiqués depuis que le neurologue n'est plus sur place.

Les infirmières peuvent également se déplacer pour faire un EEG au lit.

En 2012, 145 électroencéphalogrammes ont été effectués pour des patients hospitalisés au CHI, et 333 pour des patients en soins externes.

4.3.4 La pharmacie

Le pôle hygiène–laboratoire-pharmacie est sous la responsabilité du pharmacien chef de service.

La pharmacie est ouverte de 7h30 à 17h du lundi au vendredi. Les praticiens hospitaliers en pharmacie assurent une astreinte de sécurité de 17h à 7h30.

4.3.4.1 Les locaux

La pharmacie, d'une surface de 650 m², est située dans un pavillon de construction récente, sur le site de Fitz-James. Le projet de fusionner la pharmacie du centre hospitalier de Clermont à celle du CHI n'a pas encore abouti ; les locaux ont cependant été construits en conséquence.

⁵¹ Le kinésithérapeute n'a été recruté qu'en fin d'année 2012.

4.3.4.2 Les effectifs

L'équipe pharmaceutique est constituée de :

- trois pharmaciens PH temps plein ;
- un cadre médico-technique ;
- douze préparateurs en pharmacie représentant 11,4 ETP ;
- cinq aides en pharmacie assurant également les fonctions de chauffeur ;
- deux adjoints administratifs hospitaliers qui assurent le secrétariat et comptabilité ;
- un agent de service hospitalier.

4.3.4.3 Le fonctionnement

L'établissement est doté du logiciel de prescription, dispensation, administration "Génois" depuis 2004. Il est désormais totalement déployé sur les unités d'hospitalisation.

Les pharmaciens analysent et valident 35 000 prescriptions informatisées (nouvelles ordonnances ou changements de lignes de prescription) soit 132 ordonnances par jour. Cette analyse a donné lieu à 972 interventions pharmaceutiques avec une résolution de 92 % des problèmes soulevés.

Les préparateurs procèdent au reconditionnement en doses unitaires de certains médicaments non identifiables individuellement (154 000 blisters réalisés).

Les traitements médicamenteux sont préparés et délivrés dans les unités de soins :

- vingt-quatre unités sont approvisionnées mensuellement. Les préparateurs en pharmacie vont préparer les plateaux hebdomadaires de médicament dans douze de ces unités ;
- quinze unités sont approvisionnées de façon hebdomadaire ;
- un réapprovisionnement quotidien peut avoir lieu.

Au cours de l'année 2012, 199 délivrances de morphiniques (concernant trente patients) et 496 délivrances de substituts aux opiacés (concernant cinquante-neuf patients) ont été réalisées. Les unités de Fitz-James et de Clermont ne disposent pas de dotation de stupéfiant. Les patchs de substitution nicotinique sont à disposition.

Une dotation de spécialité est délivrée dans chaque unité. Le COMEDIS⁵² a validé une dotation-type pour les unités d'admission et une autre pour les unités de réhabilitation. Elle est renouvelée une fois par an.

La validation de l'administration est faite patient par patient. Le pharmacien souhaite qu'elle puisse dans l'avenir être faite prise par prise.

La stérilisation du petit matériel est effectuée au centre hospitalier de Beauvais. Elle est ensuite livrée à la pharmacie, qui la distribue dans les différentes unités.

⁵² Comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles

La pharmacie assure également la gestion des obus d'oxygène (soixante bouteilles par an) et de la bonbonne d'azote liquide pour le dermatologue et du MEOPA.

4.3.5 Le laboratoire

Les locaux du laboratoire d'analyse médicale sont situés sur le site de Fitz-James. Le laboratoire effectue les examens biologiques des patients hospitalisés au centre hospitalier général de Clermont et au CHI. Un centre de prélèvement pour les patients externes a été mis en place au CHI ainsi que les CMP et les hôpitaux de jour.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « nous n'avons pas de centre de prélèvement pour ces patients. Je pense à une confusion avec le centre de prélèvement mis en place par le CH de Clermont en 2012 ».

4.3.5.1 Les locaux

Le laboratoire est situé au rez-de-chaussée d'un bâtiment qui est également occupé par les locaux de l'institut de formation en soins infirmiers. Les locaux sont vétustes.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « le chef de service a participé à l'étude du dossier architectural dans le cadre du projet de reconstruction de l'hôpital général sur le site de Fitz-James, acté par l'ARS, avec insertion du laboratoire dans ces nouveaux locaux ».

4.3.5.2 Les personnels

L'équipe du laboratoire se compose ainsi :

- trois biologistes temps plein : un pharmacien biologiste et deux médecins biologistes ;
- onze techniciens de laboratoires ;
- deux « faisant fonction » de cadres médico-techniques ;
- trois adjoints administratifs ;
- un aide de laboratoire.

Les agents travaillent en horaires décalés : 7h-15h, 8h30-16h30, 10h-19h, 19h-7h en semaine, 7h-13h, 10h-19h, 8h30-14h30, 19h-7h les samedis, dimanches et jours fériés.

Les trois biologistes assurent des astreintes de sécurité à tour de rôle.

4.3.5.3 Le fonctionnement

La prescription des examens biologiques se fait encore sur papier, les secrétaires ressaisissant les bons sur informatiques. Les résultats sont délivrés par l'intermédiaire d'un serveur de résultat accessible aux médecins du CHI et du CHG et aux infirmiers du CHI.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « l'accès au logiciel Edjenet n'est pas actif pour l'ensemble des IDE ».

Le ramassage des examens biologiques se fait une fois par jour. Ils sont transportés sous triple emballage.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise : « Pour le CH, il y a cinq navettes systématiques (8h, 9h, 11h30, 13h30, 16h30).

Une réunion mensuelle se tient avec la fédération des soins somatiques.

4.4 La continuité des soins

4.4.1 La continuité des soins psychiatriques

Le CHI présente la particularité d'assurer la prise en charge psychiatrique de patients hospitalisés sur trois sites différents dont un est éloigné de 35 km des deux autres ; de même il assure la prise en charge des urgences psychiatriques dans les service d'accueil des urgences d'hôpitaux distants de Clermont-Beauvais 29 km, de Clermont-Creil 19 km, de Clermont-Beauvais 35 km et de la psychiatrie de liaison de l'hôpital de Senlis situé à 35 km.

C'est pourquoi le CH a mis en place de nombreuses lignes de gardes, dont certaines peuvent paraître redondantes.

4.4.1.1 L'UAU

La présence médicale est assurée à l'unité d'accueil des urgences :

- en journée par :
 - o un interne de spécialité en choix, qui travaille deux semaines par mois en alternance avec un deuxième interne de spécialité en choix au SAU de Beauvais ;
 - o un praticien hospitalier en psychiatrie ;
- la nuit de 18h30 à 9h, les samedis de 12h au dimanche 10h et les dimanches de 10h au lundi 9h par :
 - o un interne en psychiatrie du CHI. Vingt-cinq internes de spécialités participent aux gardes de l'UAU ;
 - o un praticien hospitalier en psychiatrie qui assure les urgences de l'unité d'accueil et des unités d'hospitalisation de Clermont et Fitz-James. Cinquante-quatre praticiens participent au tableau de garde

4.4.1.2 Les SAU

4.4.1.2.1 Compiègne

Un praticien hospitalier en psychiatrie assure une garde au centre Henri Theillou de Compiègne ainsi il est présent en semaine de 17h à 9h le lendemain et peut être joint par téléphone par les infirmières du SAU qui sont présentes jusqu'à 21h30 aux urgences. Vingt-deux praticiens du CHI participent au tableau de garde.

4.4.1.2.2 Beauvais

La présence médicale au SAU de Beauvais est assurée

- en journée de 8h à 21h par :
 - o un interne de spécialité en choix, qui travaille deux semaines par mois en alternance avec un deuxième interne de spécialité en choix à l'UAU de Clermont ;
 - o un praticien hospitalier sénior qui assure également la psychiatrie de liaison sur l'établissement ;

- les samedis, dimanches et jours fériés par le praticien en psychiatrie de garde pour les SAU de Beauvais et de Creil de 8h à 21h30 pendant les heures de présence des infirmières au SAU.

4.4.1.2.3 Creil

La présence médicale au SAU de Creil est assurée :

- en journée de 8h à 21h par : un praticien hospitalier sénior qui assure également la psychiatrie de liaison sur l'établissement ;
- les samedis, dimanches et jours fériés par le praticien en psychiatrie de garde pour les SAU de Beauvais et de Creil de 9h à 21 h pendant les heures de présence des infirmières au SAU. Treize praticiens participent au tableau de garde.

4.4.2 La continuité des soins somatiques

4.4.2.1 Médecine générale

Les praticiens hospitaliers en médecine générale assurent une garde de 24h. Ils prennent en charges les urgences médicales de l'UAU de jours et de nuit et des unités d'hospitalisation du CHI de jour en cas d'absence (repos de sécurité) du praticien de l'unité, et durant la nuit. Onze praticiens participent à ce tableau de garde

4.4.2.2 Pharmacie

Les praticiens hospitaliers en pharmacie assurent à tour de rôle une astreinte opérationnelle à domicile. Ils sont amenés à se déplacer la nuit en moyenne vingt fois par mois.

4.4.2.3 Laboratoire

Les biologistes assurent à trois praticiens les astreintes opérationnelles. Ils sont amenés à se déplacer la nuit une à deux fois par semaine en moyenne.

Pour l'année 2012, le nombre d'appels en astreinte (nuits, week-end et jours fériés) pour les pharmaciens et les biologistes a été de 216 ce qui représente une moyenne de 18 appels par mois. Le nombre de déplacements au cours des astreintes est de 152 soit 12,5 par mois.

5 Les conditions de vie au travail

5.1 De quelques éléments relevés dans le bilan social 2012

- 5,97 % des agents travaillent à 80 %, 1,10 % des agents travaillent à 90 %, 0,72 % des agents travaillent à 50 %, 0,41 % des agents travaillent entre 60 et 75 %, 50 % des agents travaillent à moins de 50 % ; ce sont 91,18 % des agents qui travaillent à 100 % ;
- 140 personnels non médicaux ont été recrutés en 2012 alors que 173 agents ont quitté l'établissement, dont cinquante-huit pour admission à la retraite ;
- dix-sept personnels médicaux ont été recrutés en 2012 alors que dix sont partis, dont quatre pour admission à la retraite ;
- 1 967 personnels non médicaux ont bénéficié d'une formation continue ;

- soixante-dix personnels médicaux ont bénéficié d'une formation continue ;
- les absences pour motif médical ou non médical sont les suivantes :

<i>Type d'absence</i>	Nombre de jours d'absences
Maladie ordinaire < 6 jours	4 530
Maladie ordinaire > 6 jours	35 926
Longue maladie-longue durée < 6 mois	4
Longue maladie-longue durée > 6 mois	23 732
Maternité-paternité-adoption	11 104
Maladie professionnelle > 6 jours	5 084
Accidents du travail < 6 jours	124
Accidents du travail > 6 jours	9 971
Accidents du trajet < 6 jours	1
Accidents du trajet > 6 jours	189

- En ce qui concerne les accidents du travail :
 - o leur nombre a été de 526 pour le personnel non médical et de 1 pour le personnel médical ;
 - o le nombre de jours de maladie suite à un accident du travail a été de 10 089 pour le personnel non médical et de 6 pour le personnel médical ;
 - o les indications des principales causes d'accidents du travail les plus fréquentes sont : contacts avec les malades agités (224), chutes et glissades (80), masse en mouvement accidentelle (64 dont 17 à la maison d'accueil spécialisée), efforts de soulèvement (60) ;
- cinquante-neuf agents ont bénéficié d'une indemnité de départ volontaire ;
- l'établissement gère un institut de formation en soins infirmiers (IFSI) et un institut de formation d'aides-soignants (IFAS), ce qui permet un recrutement facilité dans ces deux catégories ;
- l'établissement gère deux crèches pour accueillir les enfants du personnel.

5.2 De quelques évènements indésirables

1 368 fiches de signalements d'évènements indésirables ont été recueillies en 2012 - 997 fiches en 2011.

D'une étude de janvier à mars 2012 effectuée sur 288 fiches il ressort les principaux éléments suivants :

- 82 fiches sont relatives à des incidents concernant le personnel ; 64 fiches sont relatives à des incidents relatifs à la prise en charge du patient ; 47 fiches concernent la sécurité, le vol, la dégradation ; 29 fiches concernent des agressions ; 29 fiches concernent la prise en charge hôtelière ;
- 20 fiches sont relatives à des agressions verbales, 6 à des agressions physiques entre patients, 6 à des menaces de mort, 3 à d'autres types de menace, 2 à des agressions sexuelles ;
- les incidents concernant le personnel sont : agressions physiques par un patient (54), manutention d'un patient (16), chutes (8) et autres (7) ;

5.3 De quelques éléments du dialogue social

Trois organisations syndicales - CGT, CFDT, SUD - sont représentatives dans l'établissement et siègent dans les différentes instances.

Les différentes instances de l'établissement se réunissent : conseil de surveillance ; commission médicale d'établissement ; comité technique d'établissement, commission des soins infirmiers, rééducation et médico-technique ; comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ; commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, commission administrative paritaire.

Au cours des années 2012 et 2013 les thématiques essentiellement d'actualité concernent l'adoption et la mise en œuvre du projet d'établissement et la révision du protocole d'accord adopté pour la mise en œuvre de la réduction du temps de travail.

En 2012 le comité technique d'établissement s'est réuni à huit reprises ; en 2013 il s'est réuni à cinq reprises jusqu'au 13 juin.

En 2012 le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail s'est réuni à onze reprises ; en 2013 il s'est réuni à cinq reprises jusqu'au 12 juin.

En 2012 la commission administrative paritaire s'est réunie à quatre reprises ; en 2013 elle s'est réunie à deux reprises jusqu'au 4 avril. Quatre réunions de cette instance en formation de conseil de discipline se sont tenues en 2012 qui ont entraîné les sanctions suivantes : avertissement, blâme, suspension puis non renouvellement de CDD (suspicion de maltraitance) et exclusion temporaire des fonctions de quinze jours.

Dans le cadre de l'accompagnement social, quatre instances ont été mises en œuvre : une commission de reclassement professionnel pour raison de santé, un comité de pilotage sur les droits et l'intégration des personnes handicapées, un comité de pilotage sur les risques psychosociaux et une cellule d'accompagnement social (aide financière, visites à domicile, logement, arbre de Noël...).

Aux fins d'élaborer le volet « projet social » du projet d'établissement, il a été proposé la mise en œuvre d'un groupe de travail intégrant les organisations syndicales et ce dès juin 2010 ; les trois organisations syndicales ont souhaité une réunion spécifique qui s'est tenue avec elles en novembre 2010 ; un protocole de négociation a été rédigé, lequel n'a été signé que par une organisation ; le compte rendu des réunions témoigne que la présence des organisations syndicales était variable (soit une, soit deux, soit trois présentes) ; le 19 décembre 2012 une réunion du comité technique d'établissement n'a pas pu délibérer – car perturbée par des manifestants – sur le projet d'établissement.

Le projet d'établissement est désormais voté par le conseil de surveillance et approuvé.

Le 5 septembre 2012 a été signé par le directeur et deux organisations syndicales un protocole d'accord portant sur les points suivants : « modification de l'accord local sur le temps de travail ; organisation de la direction des affaires logistiques et du service informatique ; résorption de l'emploi précaire et mise en stage des personnels contractuels ; accompagnement de la mise en œuvre du projet d'établissement approuvé par les instances et validé par l'agence régionale de la santé, et des réorganisations qu'il induit dans le domaine des ressources humaines ; programme de formation à mettre en œuvre dans le cadre de la formation professionnelle et/ou consécutive aux réorganisations proposées (adaptation à l'emploi, spécialisation, etc.). ».

CONCLUSION

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

Observation n° 1 : Les dix secteurs de psychiatrie adulte couvrent un nombre d'habitants très inégal : de 41 000 à 72 000 habitants (cf. § 2.3).

Observation n° 2 : L'établissement fait face à des difficultés de recrutement de praticiens hospitaliers en psychiatrie. Ces difficultés risquent de s'aggraver car certains ont déjà dépassé l'âge de la retraite (cf. § 2.6.1).

Observation n° 3 : L'unité d'accueil des urgences (UAU) est un élément important du dispositif. Certains éléments de son fonctionnement méritent d'être soulignés car ils constituent de bonnes pratiques : autogestion du personnel dans l'organisation des plannings, mise en place d'une permanence téléphonique pour répondre à l'ensemble des interlocuteurs, suivi du patient à l'extérieur. Cependant il serait nécessaire de prévoir des modalités de rangement des effets personnels des patients respectant leur dignité (cf. § 3.1.1).

Observation n° 4 : De manière assez générale, il serait indispensable de mettre en place une procédure formalisée quant à la notification des droits dans le cadre d'une hospitalisation sous contrainte et les voies de recours permettant de garantir l'effectivité de la démarche et d'harmoniser les pratiques au sein de l'établissement (cf. § 3.1.1, 3.1.1.5.3, 3.1.1.6, 3.2.1, 4.2.1.7.4.4, 4.2.4.3).

Observation n° 5 : Comme l'a déjà recommandé le Contrôleur général⁵³, il serait nécessaire de tracer les mesures d'isolement et de contention dans un registre spécifique. Le document en place, n'étant pas rempli de manière homogène, ne permet pas un recensement effectif des mesures (cf. § 3.1.4, 4.2.1.1.6.4, 4.2.1.9.7, 4.2.5).

Observation n° 6 : Le livret d'accueil, édité en 2013, devrait être systématiquement remis aux patients. Il devrait mentionner les adresses des autorités et les voies de recours (cf. § 3.1.5.1 et 3.1.5.3).

Observation n° 7 : La lisibilité des affiches relatives aux droits des patients devrait être mieux assurée (cf. § 3.1.5.2).

Observation n° 8 : Il serait nécessaire de formaliser le recueil des observations au sens de l'article L.3211-3 du code de la santé publique (cf. § 3.1.6).

Observation n° 9 : Les patients devraient être informés de la tenue de l'audience avec le JLD, de la possibilité de recourir à un avocat (cf. § 3.2.2).

Observation n° 10 : Le nombre important de patients « dispensés » d'audience devrait interroger le positionnement des psychiatres quant à l'intervention du JLD (cf. § 3.2.2).

⁵³ Recommandations du 18 juin 2009 relatives au centre hospitalier Esquirol de Limoges, parues au journal officiel du 2 juillet 2009.

Observation n° 11 : Il serait nécessaire d'harmoniser les pratiques du collège pluridisciplinaire afin que les modalités de sa mise en œuvre respectent la réglementation (cf. § 3.2.3).

Observation n° 12 : Les mentions des registres de la loi devraient être mises à jour en intégrant les changements intervenus depuis la loi du 5 juillet 2011 (cf. § 3.3).

Observation n° 13 : Contrairement à d'autres établissements de santé visités, il existe une procédure pour désigner la personne de confiance et en tracer sa mise en œuvre (cf. § 3.6).

Observation n° 14 : L'exercice du culte n'est pas aisé dans l'établissement : l'accès au local des aumôniers catholiques est difficile du fait de l'absence d'ascenseur et il règne encore un anticléricalisme actif au sein de certaines unités de soins (cf. § 3.8).

Observation n° 15 : On peut s'interroger sur la mise en place tardive (2014) de la commission départementale des soins psychiatriques (cf. § 3.9).

Observation n° 16 : Même si certains patients peuvent disposer d'un ordinateur, il serait utile de mettre en place une réflexion sur l'accès des patients à l'informatique (cf. § 3.10.5).

Observation n° 17 : Le rôle joué par les associations de familles n'est plus à démontrer. Il serait souhaitable que les praticiens le reconnaissent et en facilite l'accès. De plus il serait utile d'associer le plus souvent possible les familles à la prise en charge du patient (cf. § 3.12).

Observation n° 18 : La rédaction du règlement intérieur devrait s'achever permettant sa mise à disposition des patients (cf. § 4.1.1).

Observation n° 19 : Le service de la restauration offre une prestation de qualité. Cependant il serait nécessaire que les menus soient affichés dans toutes les unités (cf. § 4.1.2, (cf. § 4.2.1.1.6.4).

Observation n° 20 : Les unités doivent être approvisionnées en linge pour faire face à tous les besoins ; le système de traçabilité mis en place devrait permettre d'éviter les dérives dans la gestion du linge (cf. § 4.1.3.2).

Observation n° 21 : L'offre d'activités de toutes natures est conséquente au sein de l'établissement grâce aux différents centres de jour. Cependant le délai d'inscription devrait être diminué et des activités devraient également être proposées au sein des unités (cf. § 4.1.4, 4.2.1.7.4.3, 4.2.1.9.7).

Observation n° 22 : Malgré une charge de travail importante, le service social joue un rôle déterminant et positif dans la prise en charge des patients (cf. § 4.1.8).

Observation n° 23 : Beaucoup de locaux sont vétustes et inadaptés à la prise en charge des patients. De plus, ils ne garantissent pas toujours l'intimité des patients (cf. § 4.2.1.1.5, 4.2.1.1.5.6, § 4.2.1.1.6.4, 4.2.1.4.5.3, 4.2.1.4.6.4, 4.2.1.9.6, 4.2.1.10.4.4, 4.2.1.10.5.3, 4.2.4.3, 4.2.4.4.1).

Observation n° 24 : Une réflexion devrait s'engager au sein du CHI sur l'accès des patients aux téléphones portables ; elle devrait permettre d'harmoniser les pratiques (cf. § 4.2.1.1.5.6, 4.2.1.3.5.4, 4.2.1.6.5.4, 4.2.4.3

Observation n° 25 : Toutes les cabines téléphoniques et *points-phone* devraient garantir la confidentialité des conversations (cf. notamment § 4.2.1.4.5.5)

Observation n° 26 : Les patients placés en chambre d'isolement peuvent fumer à la fenêtre, en présence d'un soignant : il s'agit d'une bonne pratique à souligner (cf. § 4.2.1.1.5.6, 4.2.1.4.5.5, 4.2.1.7.3.3, 4.2.1.9.7).

Observation n° 27 : Les patients admis en soins libres ne devraient pas être placés en chambre d'isolement ou en contention ; le « contrat » signé par le patient peut souvent être fictif compte tenu de son état clinique (cf. § 4.2.1.1.5.6, 4.2.1.4.6.5, 4.2.1.10.4.4, 4.2.5). Il est intéressant que l'établissement ait décidé de réfléchir sur cette pratique (cf. § 4.2.5).

Observation n° 28 : Afin de garantir la sécurité des patients, les chambres et les chambres d'isolement devraient être dotées de dispositif d'appel (cf. § 4.2.1.1.5.6, 4.2.1.4.5.3, 4.2.1.6.4).

Observation n° 29 : Malgré leur vétusté, l'ensemble des locaux est parfaitement entretenu (cf. § 4.2.1.1.5.6).

Observation n° 30 : La plupart des unités de l'établissement est fermée – y compris celles dédiées à la réhabilitation – ce qui ne garantit pas la liberté d'aller et venir, notamment des patients admis en soins libres (cf. § 4.2.1.1.6.4, 4.2.1.4.5.3, 4.2.1.4.5.5, 4.2.1.4.6, 4.2.1.4.6.5, 4.2.1.5.1.3, 4.2.1.6.1, 4.2.1.10.4.4).

Observation n° 31 : Les espaces extérieurs dédiés aux patients devraient être équipés d'abri pour les protéger du soleil et de la pluie (cf. § 4.2.1.2.4.4, 4.2.1.5.1.3).

Observation n° 32 : Pour assurer une bonne qualité d'hébergement conforme à la dignité des patients, il serait nécessaire que toutes les chambres soient dotées d'un local sanitaire avec douche, lavabo et WC, à l'instar de ce qui existe dans l'unité Charcot afin d'éviter des atteintes à la dignité des patients (cf. § 4.2.1.4.5.3, 4.2.1.5.6.3, 4.2.1.7.4.3, 4.2.4.4.1).

Observation n° 33 : Comme tous les patients ne sont pas autorisés à se rendre à la cafétéria, un café devrait être servi à l'issue du déjeuner (cf. § 4.2.1.4.5.3).

Observation n° 34 : Les interventions ayant pour objectif d'assurer la maintenance des équipements devraient s'effectuer sans délais (cf. § 4.2.1.4.6.4).

Observation n° 35 : Une attention particulière devrait être apportée aux conditions d'accueil des familles (cf. § 4.2.1.4.6.4).

Observation n° 36 : Il semble que le problème de clés se pose de manière fréquente dans l'établissement. Il serait nécessaire de mettre en place une procédure allégée pour remplacer les clés cassées ou perdues permettant ainsi à chaque patient de détenir une clé de son placard. Par ailleurs il serait utile de pouvoir bénéficier d'une possibilité de fermer les chambres (cf. § 4.2.1.4.6.5, 4.2.1.9.6).

Observation n° 37 : Pour faciliter, la gestion de l'argent des patients, il serait nécessaire de mettre en place une « banque des patients », comme dans d'autres établissements de santé (cf. § notamment 4.2.2.5.4.4, 4.2.1.6.4).

Observation n° 38 : L'affichage dans chaque chambre des règles de vie et des chartes relatives aux patients constitue une bonne pratique (cf. § 4.2.1.6.5.3).

Observation n° 39 : L'accès à leurs chambres devrait être déterminé en fonction de l'état clinique des patients (cf. § 4.2.1.7.4.3).

Observation n° 40 : Le fait d'indiquer la composition de l'équipe de secteur à l'entrée des locaux constitue une bonne pratique qui pourrait être étendu à tous les secteurs (cf. § 4.2.1.9.6) ;

Observation n° 41 : Il serait nécessaire de veiller à l'efficacité des organismes privés chargés des mesures de protection des patients (cf. § 4.2.1.10.5.4

Observation n° 42 : La superficie des chambres devrait respecter les normes et offrir des conditions dignes d'hébergement (cf. § 4.2.2.1.5.2).

Observation n° 43 : Il serait indispensable d'éviter de stocker le linge sale du patient dans son armoire (cf. § 4.2.4..4.2).

Observation n° 44 : La mise en place d'un pôle de soins aux détenus assurant la prise en charge médico-psychologique des personnes détenues dans les trois établissements pénitentiaires du département de l'Oise et la création du centre de soins et de coordination psycho-légale constituent de bonnes pratiques (cf. § 4.2.6) cependant il est inadmissible que les patients détenus soient hospitalisés en chambre d'isolement et en contention durant toute la durée du séjour. La pratique de l'unité Trenal serait à étendre dans l'ensemble des unités de soins (cf. § 4.2.6.2).

Observation n° 45 : Il est indispensable de rédiger un protocole de prise en charge des patients détenus, afin de fixer un cadre plus favorable à une alliance thérapeutique et plus respectueux du respect de leurs droits (cf. § 4.2.6.3).

Observation n° 46 : Afin de faciliter leur exercice, il serait utile de doter les médecins généralistes de bureaux au sein des pôles (cf. § 4.3.1.1).

Observation n° 47 : Il serait nécessaire de protocoliser les soins somatiques des patients sous contrainte et de prévoir notamment l'intervention quotidienne des médecins généralistes auprès des patients placés en isolement ou sous contention (cf. § 4.3.1. 3.1).

Table des matières

1	Conditions générales de la visite	2
2	Présentation générale de l'établissement	4
2.1	Historique	4
2.2	L'implantation	5
2.3	La psychiatrie dans le département de l'Oise	5
2.4	L'organisation de l'établissement.....	8
2.5	Les bâtiments.....	8
2.6	Les personnels.....	9
2.6.1	Le personnel médical.....	9
2.6.2	Le personnel non médical	12
2.7	Les données financières	13
2.7.1	Le compte de résultat principal.....	13
2.7.2	L'investissement	15
2.7.3	Les comptes de résultat annexes	15
2.7.4	Les perspectives 2013	15
2.7.5	Des rapports sur la situation financière.....	16
2.7.6	Un établissement public particulier sur le site : le syndicat inter hospitalier de l'Oise (SIO).	16
2.8	L'activité	17
3	Les hospitalisations sans consentement et l'exercice des droits.....	19
3.1	L'admission	19
3.1.1	Les services d'accueil.....	19
3.1.2	Les modalités d'admission au CHI.....	31
3.1.3	Les formalités administratives	32
3.1.4	La période initiale de soins et d'observation	32
3.1.5	Les informations données aux malades	33
3.1.6	Le recueil des observations des patients	35
3.2	Le contrôle des mesures de contrainte	36
3.2.1	La notification des décisions administratives de placement.....	36
3.2.2	L'intervention du juge des libertés et de la détention (JLD).....	37
3.2.3	Le collège pluridisciplinaire	41

3.2.4	La levée sur proposition du psychiatre	41
3.2.5	Les sorties accompagnées d'une durées inférieure à douze heures	41
3.3	Les registres de la loi	42
3.3.1	La tenue des registres de la loi.....	42
3.3.2	Les admissions.....	44
3.3.3	La situation lors de la visite des contrôleurs	45
3.3.4	De quelques éléments relevés sur les registres de la loi.....	45
3.3.5	Le collège pluridisciplinaire	50
3.3.6	Les programmes de soins.....	51
3.4	L'information sur la visite des autorités.....	52
3.5	La protection juridique des majeurs.....	52
3.5.1	Les mesures de placement.....	53
3.5.2	L'argent de poche	53
3.6	La désignation d'une personne de confiance	53
3.7	L'accès au dossier médical	54
3.8	L'accès à l'exercice d'un culte	55
3.9	La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)	56
3.10 La communication avec l'extérieur	57
3.10.1	La télévision.....	57
3.10.2	Les visites.....	57
3.10.3	Le téléphone	58
3.10.4	Le courrier.....	58
3.10.5	L'informatique et l'accès à internet	61
3.11 La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPEC).....	62
3.12 Les associations de patients et leurs familles	63
3.13 Traitement des plaintes et réclamations	64
4	Les conditions d'hospitalisation	66
4.1	Éléments communs à tous les secteurs	66
4.1.1	Le règlement Intérieur	66
4.1.2	La restauration	66
4.1.3	L'hygiène	67

4.1.4	Les activités thérapeutiques	69
4.1.5	Unité sports-loisirs	72
4.1.6	La cafétéria	74
4.1.7	Le service des transports	74
4.1.8	Le service socio-éducatif	75
4.2	L'hospitalisation temps plein.	76
4.2.1	Secteur de l'Oise	76
4.2.2	Secteurs Hauts-de-Seine	272
4.2.3	Secteur de psychiatrie infanto-juvénile.....	304
4.2.4	L'hospitalisation au secteur Psychogériatrie	316
4.2.5	Le recours à l'isolement et à la contention.....	328
4.2.6	Hospitalisation des personnes détenues dans le cadre de l'article D.398 du code de procédure pénale.....	329
4.3	Les soins somatiques	333
4.3.1	La fédération intersectorielle des soins somatiques	333
4.3.2	Le service des spécialités	335
4.3.3	L'électroencéphalographie	337
4.3.4	La pharmacie	337
4.3.5	Le laboratoire.....	339
4.4	La continuité des soins.....	340
4.4.1	La continuité des soins psychiatriques.....	340
4.4.2	La continuité des soins somatiques	341
5	Les conditions de vie au travail	341
5.1	De quelques éléments relevés dans le bilan social 2012.....	341
5.2	De quelques évènements indésirables.....	342
5.3	De quelques éléments du dialogue social	343
	Conclusion	344