



**Centre hospitalier spécialisé
de Dijon**

(Côte-d'Or)

du 7 au 10 avril 2015

SYNTHESE

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, la Contrôleure générale, accompagnée de six contrôleurs, a effectué une visite annoncée du centre hospitalier spécialisé (CHS) "La Chartreuse" à Dijon (Côte-d'Or) du 7 au 10 avril 2015. Un rapport provisoire a été adressé au directeur de l'établissement, qui a fait valoir ses observations ; elles ont été prises en compte dans le présent rapport.

Le CHS "La Chartreuse" est implanté sur un site de 25 hectares au cœur de la ville de Dijon. En charge de cinq secteurs, il est organisé en quatre pôles de soins : deux pôles de psychiatrie de l'adulte, un pôle intersectoriel de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et une « fédération interpolaire de psychiatrie générale » dont les unités reçoivent les patients « au long cours ». L'ensemble des onze unités de soins pouvant recevoir des patients en soins sans leur consentement représente 215 lits. Les bâtiments, bien qu'anciens, sont globalement dans un bon état.

Le bien-être et le respect des patients ainsi que l'attention accordée aux familles sont des priorités de l'établissement. Un audit réalisé en 2013, reprenant notamment les recommandations du CGLPL, a abouti à des améliorations appréciables, telles que l'invitation systématique d'un patient en soins libres à signer son consentement lorsque, faute de place, il doit être placé en unité fermée. L'absence de fermeture du parc et son ouverture au public sont de nature à réduire la stigmatisation liée à la pathologie mentale et à intégrer l'établissement au sein de la cité.

En contrepartie, la direction du CHS a une approche très sécuritaire : sorties dans le parc de patients en SPDRE conditionnées à l'accompagnement de deux soignants – « *sinon, la direction les refuse* » – ; escorte policière des patients détenus pour les audiences du JLD ; plaidoirie menée systématiquement par un « avocat du CHS » pour toutes les audiences du JLD. La direction a indiqué aux contrôleurs suivre « *le principe de prudence par peur que les incidents éventuels nous entraînent sur une piste sécuritaire par ordre des pouvoirs publics* » ; elle a également évoqué un risque de médiatisation en cas d'incident.

Le fonctionnement des unités de soins présente des disparités qui ne sont pas toujours justifiables et peuvent être source de discrimination entre patients.

Une fois encore, les patients provenant d'établissements pénitentiaires sont soumis à des règles sécuritaires excessives : placement systématique en chambre d'isolement – dénommée « cellule » – pendant toute la durée de l'hospitalisation, visites, promenades, téléphone interdits sauf cas exceptionnels.

Dans les unités de soins de la fédération interpolaire de psychiatrie générale, le psychiatre ne passe qu'une fois. Les prescriptions d'isolement et de contention sont fixées pour une durée d'un mois et prévoient des interventions « si besoin » à l'initiative du personnel soignant, qui n'est pas tenu de contacter immédiatement le médecin : celui-ci est prévenu par le rapport quotidien qui lui est envoyé par mail ; ces prescriptions sont renouvelées tous les mois sans que le patient rencontre le médecin. Ces unités ont été perçues, par les contrôleurs comme par des personnels soignants qu'ils ont rencontrés, comme dévalorisées tant au travers de réflexions particulièrement déplacées par des soignants d'autres unités que par des décisions de ne pas prioriser – voire de ne pas retenir – des travaux pourtant nécessaires dans ces unités.

Les commissions, comités et groupes de réflexion tels que la CRUQPC, le CRPV et le groupe « MCI-Contention » ont paru particulièrement actifs, leurs travaux aboutissant notamment à une formation proposée au personnel sur les soins sans consentement, à la mise en place dès

2013 d'un questionnaire sur le respect des droits des patients et à l'élaboration d'une étude sur la pratique de la mise en chambre d'isolement.

OBSERVATIONS

Les contrôleurs formulent les observations ponctuelles suivantes :

1. Il conviendrait que soit renforcée la sécurité des patients comme celle des visiteurs avec une signalétique à l'entrée de l'établissement pour inviter les personnes qui viennent en bus à traverser par le passage piétonnier en contrebas de l'arrêt de bus (Cf. chap. 2.2).
2. L'établissement connaît une demande croissante d'hospitalisation. Afin d'éviter que des patients soient ponctuellement hébergés dans une salle d'activité sans aucun confort ni équipement médical, de nouveaux lits d'hospitalisation devraient être créés (Cf. chap. 3.1.5).
3. Un certain nombre d'informations utiles aux patients ne sont pas mentionnées dans le livret d'accueil, parfois au motif qu'elles seraient bien connues du personnel soignant. Par simple respect de la personne, il convient de lui remettre dès son arrivée un document complet qui lui assure, indépendamment de toute information complémentaire – naturellement bienvenue – qui pourrait lui être apportée par ailleurs. De même, les coordonnées du juge des libertés et de la détention devraient être affichées dans chaque unité. (cf. chap. 3.9 et 4.2).
4. Le directeur de l'établissement doit systématiquement solliciter l'examen du patient par un second psychiatre en cas de refus du représentant de l'Etat d'ordonner la mainlevée après réception du certificat médical du psychiatre participant à la prise en charge (Cf. chap. 3.10.1).
5. La présence du personnel soignant dans la salle d'audience du JLD est contraire aux dispositions du protocole qui prévoit que le « *personnel soignant restera à proximité* » (Cf. chap. 3.10.2.1).
6. L'usage systématique d'une escorte policière pour tout transfert d'un patient détenu entre son unité de soins et la salle d'audience du JLD est une mesure sécuritaire stigmatisante qui devrait être justifiée par des risques spécifiques liés à l'état de santé du patient (Cf. chap. 3.10.2.1).
7. Le tableau de l'ordre des avocats doit être affiché dans l'ensemble des unités de soins (Cf. chap. 3.10.2.1).
8. La présence à l'audience du JLD d'un avocat représentant l'hôpital n'a jamais été précédemment observée par le contrôle ; sa plaidoirie avant l'avocat du patient donne aux débats une connotation contentieuse peu compatible avec l'esprit de la loi du 5 juillet 2011 (Cf. chap. 3.10.2.1).
9. Le refus du bénéfice de l'aide juridictionnelle à des patients ayant bénéficié de l'assistance obligatoire d'un avocat commis d'office alors même qu'ils ne souhaitent pas être assistés à l'audience apparaît comme une aberration à laquelle le barreau de Dijon devra mettre fin (Cf. chap. 3.10.2.1).
10. La soumission des autorisations de sortie dans l'enceinte de l'établissement des patients en SPDRE à l'accompagnement par deux soignants, uniquement justifiée par un souci

sécuritaire, est gravement préjudiciable à la prise en charge thérapeutique des patients (Cf. chap. 3.14.1).

11. La variation des durées moyennes d'hospitalisation, du simple au double selon les unités d'hospitalisation sectorielles fermées, devrait inviter les équipes médicales à s'interroger sur les pratiques professionnelles au regard de leur impact sur les droits fondamentaux des personnes soignées (Cf. chap. 4).
12. Si, globalement, le mobilier est en bon état, une partie est abimée et une plus grande réactivité serait nécessaire pour y remédier. De même une attention plus soutenue devrait être apportée à l'entretien des locaux dans ou à l'abord de certaines unités (Cf. chap. 4).
13. L'établissement devrait développer un travail sur la gestion du tabac prenant en compte les différents aspects liés à cette problématique : la place du tabac pour les patients au moment de l'hospitalisation qui correspond souvent à une situation de crise peu propice au sevrage, le respect des droits des personnes, la possibilité d'accéder à l'extérieur qui doit être permis sans limitation d'horaire, l'approche globale des déterminants de la santé pour des personnes vulnérables et les conditions de prise en charge d'un sevrage tabagique qui ne peut se résumer à la substitution nicotinique (Cf. chap. 4).
14. Les chambres de soins intensifs rénovées sont équipées d'un téléviseur. Cette installation, bénéfique pour les patients soumis à l'isolement, ne présente aucun risque car l'écran est protégé. Cependant, ces chambres ne sont pas équipées d'une horloge qui permettrait au patient de se repérer dans le temps. Ces deux équipements devraient être installés dans l'ensemble des établissements hospitaliers (Cf. chap. 4.1.3.3 et 4.2.1.2.1.1).
15. Des patients hospitalisés en soins libres sont maintenus dans des unités fermées ; s'ils sont spécifiquement informés de cette situation, ils sont mis en situation de devoir « consentir » par écrit à cette situation alors même qu'aucune alternative ne leur est proposée s'ils veulent bénéficier de soins hospitaliers ; de plus, ils ne sont dès lors autorisés à sortir de l'unité que de façon restreinte et parfois sur des horaires limités à l'après-midi ce qui ne leur permet pas d'aller par exemple à la cafétéria le matin et n'est pas compatible avec le respect du droit (Cf. chap. 4.2).
16. Les patients n'étant pas autorisés à sortir seuls n'ont pas la possibilité de pouvoir aller tous les jours dans le parc, le personnel soignant invoquant un manque de temps et d'effectifs. Il semble indispensable de revoir l'organisation de travail des équipes soignantes afin que tous les patients puissent bénéficier de sorties quotidiennes dans le parc (Cf. chap. 4.2).
17. Un affichage indique, dans chaque unité du pôle A, pour chaque demi-journée, quels sont les médecins présents. Leurs noms, comme ceux du cadre de l'unité, des psychologues et des assistants sociaux, figurent dans le document « Règles de vie », cette bonne pratique pourrait être diffusée (Cf. chap. 4.2.1).
18. Au regard des risques encourus tant pour les patients que pour les agents, des travaux devraient être entrepris dans la chambre de soins intensifs de l'UMAO pour poser un faux plafond non démontable, changer les fenêtres et créer un sas d'accès (Cf. chap. 4.2.1.1).
19. Les chambres des patients devraient être équipées d'un loquet pouvant être facilement ouvert par les agents et garantissant l'intimité et la sécurité de la personne hébergée (Cf. chap. 4.2.1.2.3.1).

20. L'inventaire des biens confiés à l'équipe soignante par le patient à son arrivée, inscrit dans le dossier de soins infirmiers, devrait être systématiquement contradictoire (Cf. chap. 4.2.2.1.4.2).
21. Les locaux de l'unité "Buffon" sont vétustes. Le linoléum, recouvrant le sol des couloirs et des parties communes, présente de nombreuses traces d'usure et de saleté indélébiles. Le papier peint mural est endommagé en de multiples endroits. Dans l'attente des travaux d'aménagement de 2016, il conviendrait de renouveler la tapisserie murale afin d'apporter un aspect plus chaleureux à cette unité (Cf. chap. 4.2.2.3.1.1.).
22. A l'unité "Buffon", la notification des droits au patient est très souvent réalisée par le cadre de santé de l'unité afin d'éviter, dans la mesure du possible, que cette responsabilité incombe au personnel soignant, dont l'alliance thérapeutique avec le patient pourrait être fragilisée. Cette bonne pratique mérite d'être soulignée et devrait s'appliquer à l'ensemble des unités (cf. Chap. 4.2.2.3.1.4).
23. Au cours de leur visite, les contrôleurs ont régulièrement entendu le terme de « surveillant » employé pour désigner le personnel soignant. Cette appellation doit être proscrite (Cf. chap. 4.2.3).
24. Les unités fermées qui constituent l'USALP et le SEDEP reçoivent des patients en soins libres. Cette situation particulière mérite une réflexion sur l'opportunité et la faisabilité de la formalisation d'un accord par le patient, ou son tuteur, pour y être placé (Cf. chap. 4.2.3).
25. Au sein de l'unité "Oasis", les portes de la salle d'isolement, de la salle de musique et de la chambre relais devraient être munies d'un dispositif permettant d'éviter qu'un patient puisse voir l'intérieur de la pièce en passant devant, à l'instar de l'unité "Arc-en-Ciel". Par ailleurs, la salle d'isolement et la salle de musique de cette même unité, pièces qui sont parfois refermées pour isoler un patient, devraient disposer d'équipements adéquats permettant d'appeler et de commander l'éclairage depuis l'intérieur (Cf. chap. 4.2.3.2).
26. Il est urgent de mettre en place dans l'unité "Oasis" une salle de bain digne de ce nom et assurant un minimum de respect de l'intimité de la personne (Cf. chap. 4.2.3.2.1).
27. Les patients de l'unité "Arc-en-Ciel" sont voués à y rester de longues années. Ils devraient disposer de chambres individuelles et de l'élaboration d'un projet de soins et de vie (Cf. chap. 4.2.3.2.2).
28. Pour la même raison, la décision de ne pas réaliser les travaux de réhabilitation de la balnéothérapie de l'unité "Arc-en-Ciel" est difficilement compréhensible (Cf. chap. 4.2.3.2.2).
29. Au regard de la fréquence des recours à l'isolement et dans le contexte de l'évolution législative récente, il conviendrait qu'au-delà de la traçabilité désormais réglementaire, l'établissement développe un travail systématique de revues de dossiers pour les patients faisant l'objet d'une décision d'isolement ou de contention. Par ailleurs une vigilance devra être apportée au fait que le matériel de contention ne doit pas être maintenu sur un lit quand il n'est pas utilisé. Enfin, un lit en chambre classique doit être systématiquement conservé pour tout patient placé en chambre d'isolement afin qu'il puisse être mis fin à la mesure d'isolement aussitôt passé l'état de crise la justifiant (Cf. chap. 4.4).

30. La mise en place d'un groupe de réflexion sur la mise en chambre d'isolement et sur la pratique de la contention est une initiative d'autant plus remarquable qu'elle devrait aboutir à des avancées telles que la mise en place d'un registre mais également à des évolutions étendues, notamment sur la prise en charge des patients détenus. Ce groupe devrait étudier la réalisation d'une procédure sur la pratique de la contention ailleurs qu'en chambre d'isolement (cf. chap. 4.4).
31. Au sein des unités du SEDEP, des décisions de mise à l'isolement avec ou sans contention peuvent être prises par le personnel soignant, qui n'en informe le médecin qu'en fin de journée par message électronique ; les prescriptions, réalisées avec une durée de validité d'un mois, sont renouvelées à l'occasion des réunions de synthèse sans que le médecin voie nécessairement le patient concerné. En dépit des spécificités des patients pris en charge dans ces unités, il faut y mettre fin (Cf. chap. 4.4).
32. Les mesures d'isolement et de contention prononcées à l'égard des patients détenus devraient être uniquement justifiées par des éléments cliniques et non appliquées systématiquement en raison de leur situation administrative. Le terme de « cellule » utilisé par les agents pour désigner une chambre de soins intensifs destinée à recevoir un patient détenu doit être proscrit (Cf. chap. 4.2 et 4.5).
33. La collaboration avec le SMPR et la direction de l'établissement pénitentiaire devrait être renforcée en vue d'une meilleure prise en charge des patients détenus (Cf. chap. 4.5).

TABLE DES MATIERES

Synthèse.....	2
Observations	4
Table des matières	8
1 Conditions générales de la visite.....	11
2 Présentation générale de l'établissement	12
2.1 L'organisation de la psychiatrie en Côte-d'Or.....	12
2.2 L'histoire et l'implantation de l'établissement	13
2.3 L'organisation fonctionnelle	14
2.4 Le personnel	15
2.5 Les données financières	16
2.6 L'activité de psychiatrie adulte	16
3 L'hospitalisation sans consentement et exercice des droits	17
3.1 L'arrivée des patients admis sans consentement.....	17
3.1.1 Les modalités d'admission.....	17
3.1.2 La notification de la décision d'admission et les voies de recours.....	18
3.1.3 L'inventaire et la conservation des effets personnels	18
3.1.4 La désignation d'une personne de confiance	18
3.1.5 Les cas de sur-occupation et de transfert.....	19
3.2 L'information des patients admis	19
3.3 La confidentialité des soins	20
3.3.1 La confidentialité des hospitalisations	20
3.3.2 L'accès au dossier médical.....	20
3.4 Le comité d'éthique	21
3.5 La place laissée aux représentants des familles et des usagers.....	22
3.5.1 Les associations de famille.....	22
3.5.2 Les associations d'usagers	23
3.6 La protection juridique des majeurs.....	23
3.7 Les incidents et leur traitement	24
3.7.1 Le traitement des plaintes et réclamations	24
3.7.2 La commission des relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge	24
3.7.3 Les violences et événements indésirables	25
3.7.4 La gestion des sorties sans autorisation (fugues)	26
3.7.5 Les questionnaires de satisfaction	27

3.8	Le droit de vote	27
3.9	L'exercice du culte	28
3.10	La levée des mesures d'admission.....	28
3.10.1	La levée des SPDRE sur avis du psychiatre participant à la prise en charge.....	28
3.10.2	Le contrôle du juge des libertés et de la détention.....	29
3.11	La visite des autorités.....	33
3.12	Le contrôle de la commission départementale des soins psychiatriques.....	34
3.13	La traçabilité sur le registre de la loi du respect de la procédure.....	34
3.13.1	Le registre recensant les mesures d'admission en SPDRE.....	34
3.13.2	Le registre recensant les mesures d'admission en SPDDE.....	35
3.14	Les sorties	36
3.14.1	Les sorties dans l'enceinte de l'établissement.....	36
3.14.2	Les sorties des patients en SPDRE en dehors de l'établissement.....	36
3.14.3	Exemple d'une situation justifiant une adaptation	37
4	Les conditions d'hospitalisation	37
4.1	Les conditions matérielles de vie communes à tous les secteurs.....	37
4.1.1	La restauration	37
4.1.2	L'hygiène	38
4.1.3	La communication avec l'extérieur	40
4.1.4	L'argent des patients.....	42
4.1.5	L'accès aux lieux collectifs.....	42
4.1.6	La sécurité.....	43
4.1.7	Les transports	44
4.2	Les conditions propres à chaque unité	44
4.2.1	Le pôle A, pôle dijonnais de psychiatrie générale	44
4.2.2	Le pôle B, pôle Côte-d'Or Sud de psychiatrie générale.....	60
4.2.3	Les unités de soins de la fédération interpolaire de psychiatrie générale	77
4.3	Les soins somatiques	87
4.3.1	Les soins de médecine générale	87
4.3.2	Les consultations spécialisées.....	87
4.3.3	La pharmacie	88
4.3.4	Le laboratoire	88
4.3.5	Le comité de lutte contre la douleur.....	88
4.4	Le recours à l'isolement et à la contention	88
4.4.1	L'isolement.....	90

4.4.2	La contention.....	93
4.5	L'admission en soins psychiatriques des personnes détenues.....	94
	Glossaire	96

Contrôleurs :

- Adeline Hazan, Contrôleure générale ;
- Cédric de Torcy, chef de mission ;
- Catherine Bernard ;
- Céline Delbauffe ;
- Bertrand Lory ;
- François Moreau ;
- Bonnie Tickridge.

En application de la loi du 30 octobre 2007¹ qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, la Contrôleure générale, accompagnée de six contrôleurs, a effectué une visite annoncée du centre hospitalier spécialisé (CHS) "La Chartreuse" à Dijon (Côte-d'Or) du 7 au 10 avril 2015.

1 CONDITIONS GENERALES DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés au centre hospitalier le mardi 7 avril 2015 à 10h30. Ils ont quitté l'établissement le vendredi 10 avril à 16h30. Ils ont réalisé une visite de nuit le soir du 8 avril.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par le directeur de l'établissement. Il a été procédé à une présentation de la mission devant une trentaine d'auditeurs dont le président de la commission médicale de l'établissement (CME), le président de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), le directeur, les directeurs adjoints, des chefs de pôles et de secteurs, des cadres de santé et des représentants des usagers.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le cabinet du préfet de la Côte-d'Or, le bâtonnier de l'ordre des avocats du barreau de Dijon et le délégué territorial de l'agence régionale de santé (ARS) ; par la suite, un contact téléphonique a été pris avec le maire de Dijon. Les contrôleurs ont rencontré le président du conseil de surveillance de l'établissement, le procureur de la République et le président du tribunal de grande instance (TGI) de Dijon, Par ailleurs, ils ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD).

Les organisations professionnelles représentatives du personnel présentes sur le site ont été avisées de la présence des contrôleurs.

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

Des affichettes signalant la visite de contrôleurs ont été diffusées dans les unités.

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

Une réunion de restitution a eu lieu le vendredi 10 avril après-midi en présence du directeur, des directeurs adjoints, du président de la CME et de quelques médecins chefs de pôles et cadres supérieurs.

Un rapport de constat en date du 28 mai 2015 a été adressé au directeur de

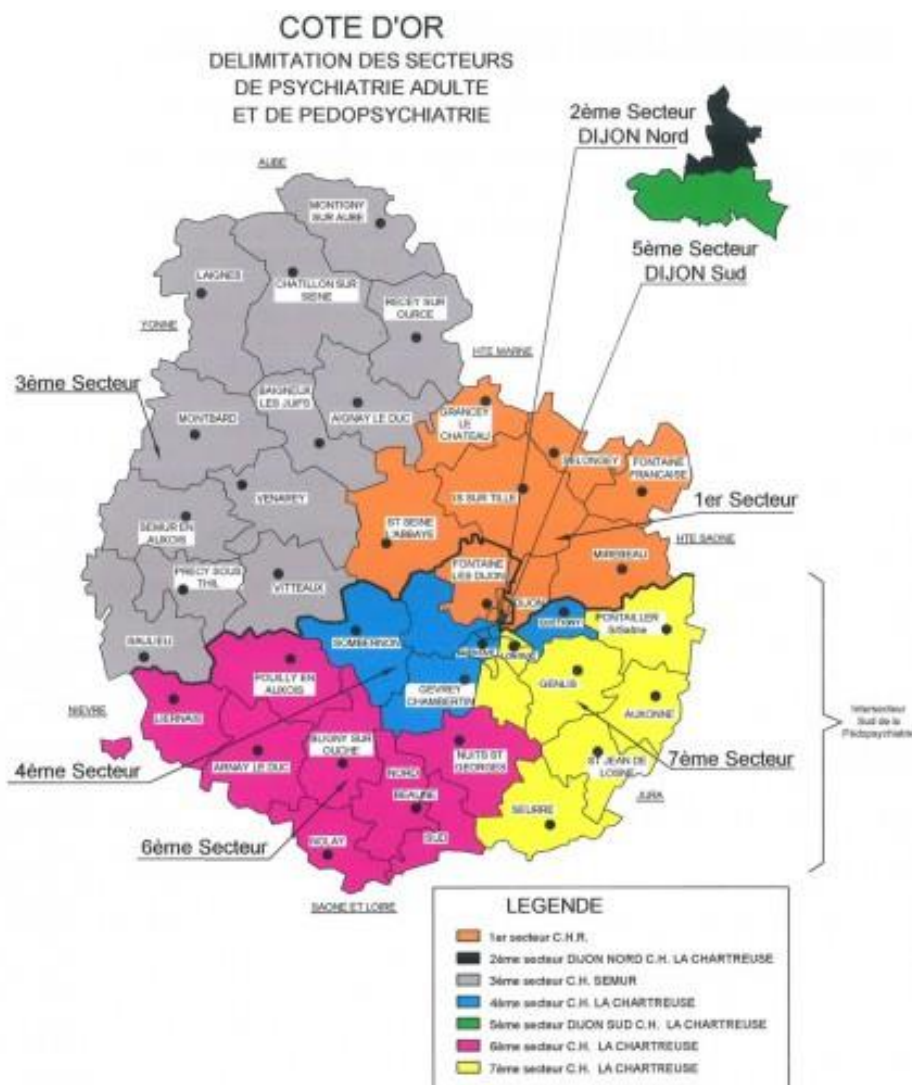
¹ Modifiée par la loi n°2014-528 du 26 mai 2014

l'établissement. Celui-ci a fait valoir ses observations par un courrier en date du 16 juillet 2015 ; elles ont été prises en considération pour la rédaction du présent rapport.

2 PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 L'organisation de la psychiatrie en Côte-d'Or

La Côte-d'Or est un département vaste, au 4^{ème} rang des départements français avec une superficie de 8 763 km², et une population totale de 541 517 habitants (au 1^{er} janvier 2015) répartie dans 706 communes dont la ville de Dijon, ville universitaire de 156 270 habitants.



La psychiatrie est organisée en Côte-d'Or sur la base de sept secteurs de psychiatrie générale et de trois secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Ils sont gérés par trois hôpitaux publics² : le centre hospitalo-universitaire de Dijon (le 1^{er} secteur), le centre hospitalier de Semur-en-Auxois (le 3^{ème} secteur) et le centre hospitalier de la Chartreuse auquel sont rattachés les secteurs couvrant la ville de Dijon et le sud du département comme indiqués sur la carte jointe.

Près de cent psychiatres exercent actuellement dans ce département dont une trentaine

² Un hôpital de jour de psychiatrie infanto-juvénile est par ailleurs géré par un établissement privé.

en libéral. Les établissements d'hospitalisation privés en psychiatrie les plus proches sont en Saône-et-Loire et à Lyon.

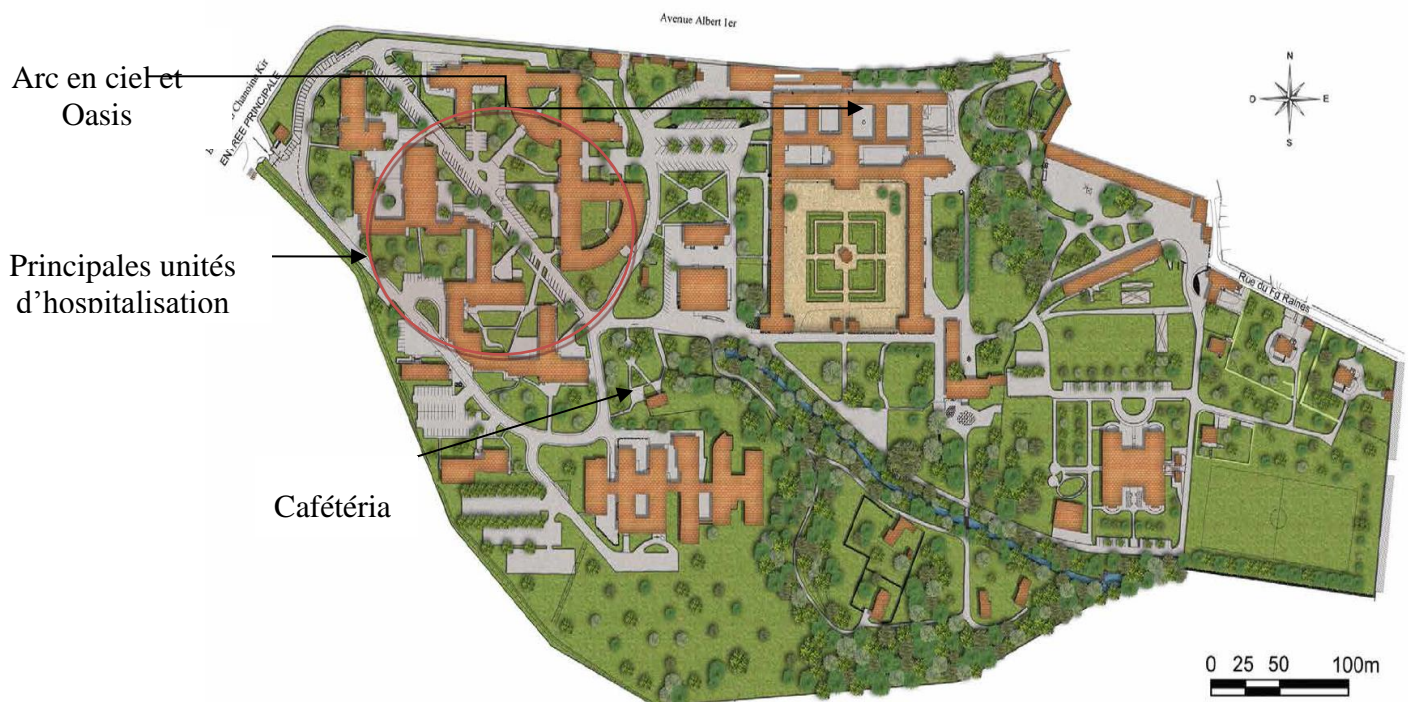
2.2 L'histoire et l'implantation de l'établissement

Le CHS "La Chartreuse", bâti sur l'emplacement de l'ancienne chartreuse de Champmol, est implanté sur un site de 25 hectares, marqué par l'histoire des ducs de Bourgogne, au cœur de la cité, sur le bord de l'Ouche.

L'entrée principale, située boulevard du Chanoine Kir, est desservie par plusieurs lignes de bus ; venant du centre-ville, à la descente du bus juste en face de l'entrée de l'hôpital, on est tenté de traverser directement le boulevard urbain alors qu'aucun passage protégé ne permet de le faire. Il faut soit rebrousser chemin sur 50 m environ pour trouver un passage piéton au carrefour précédent, soit emprunter un chemin permettant de passer sous le boulevard en longeant l'Ouche sur quelques dizaines de mètres mais cela ne fait l'objet d'aucune signalétique invitant le piéton à s'aventurer en contrebas du boulevard. Les automobilistes trouvent aisément à stationner leur véhicule dans l'enceinte de l'établissement.

Le CHS est également facilement accessible à pied depuis le centre-ville, à 10 mn de la gare, par une deuxième entrée située rue du Faubourg Raines. Cet accès bénéficie d'une signalétique au sol du fait d'un circuit touristique qui vise le patrimoine historique, dont le Puits de Moïse et la chapelle sis au cœur de l'établissement ; en effet, l'existence de ce patrimoine a conduit l'hôpital à s'ouvrir sur la cité et à développer des projets culturels dont une activité muséale en partenariat notamment avec l'office de tourisme de Dijon qui a une antenne ouverte tous les jours sur le site.

Son ouverture sur la cité se manifeste également dans son implication active dans l'atelier « Santé ville » et dans les conseils locaux de santé mentale, ainsi qu'en accueillant dans ses murs la commission du quartier.



Les bâtiments d'hospitalisation de psychiatrie générale sont principalement implantés dans la partie nord-ouest du terrain ; les pavillons "Arc-en-Ciel" et "Oasis" sont implantés, comme le foyer d'accueil médicalisé le long du boulevard Albert 1^{er}, dans les bâtiments plus anciens. Au total ce sont dix-sept unités de soins qui sont implantées sur le site.

2.3 L'organisation fonctionnelle

Le CHS dispose d'un projet d'établissement et a signé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'ARS pour les années 2013 à 2017.

Il est organisé sur la base de cinq pôles cliniques, un pôle médico-technique et un pôle regroupant les fonctions supports. Les pôles cliniques assument la réponse sectorielle sur les territoires concernés et disposent pour ce faire d'équipes pluridisciplinaires avec des centres médico-psychologiques, des centres d'accueil thérapeutiques et des hôpitaux de jour, ainsi que les unités d'hospitalisation qui ont été visitées par l'équipe du Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

Chacun des cinq secteurs de psychiatrie générale dispose à minima de deux unités d'hospitalisation d'une vingtaine de lits chacune (dix-huit à vingt-et-un lits), dont l'une est ouverte et l'autre fermée, avec dans cette dernière une chambre de soins intensifs et une chambre dite sécurisée. Chaque praticien hospitalier assume la responsabilité d'une unité fonctionnelle en intra ou en extrahospitalier sous l'autorité du responsable du secteur et dans le cadre d'un pôle.

Les quatre pôles exerçant des activités de psychiatrie sont les suivants :

- le pôle A, dit « pôle dijonnais de psychiatrie générale », regroupe deux secteurs et la fédération de gérontopsychiatrie qu'ils ont créée ensemble, et gère, notamment, « l'unité médicale d'accueil et d'orientation » (UMAO) par laquelle passent toutes les hospitalisations non programmées de l'hôpital, les unités d'hospitalisation "Van Gogh" et "Camille Claudel" (secteur 2), "Cassiopée" et "Altair" (secteur 5), une unité d'hospitalisation de gérontopsychiatrie, le « service médico-psychologique régional » (SMPR), qui travaille à la maison d'arrêt de Dijon, et le « centre ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violence sexuelle » (CRIAVS) ;
- le pôle B regroupe les trois secteurs qui desservent le Sud du département. Il gère notamment les unités d'hospitalisation "Schotte", "Bellevue" (secteur 4), « l'unité de psychiatrie générale » (UPG) et « l'unité de la dépression » (UD) (secteur 6) avec une unité de sismothérapie ainsi qu'une unité du sommeil et d'exploration électro-physiologique et enfin les unités « Buffon » et « Rameau » (secteur 7) ;
- le pôle C, dit « intersecteur Sud Côte-d'Or » (ISCO), correspond à l'activité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'établissement. Il gère des activités ambulatoires et d'hospitalisations de jour. Il ne dispose pas de lits d'hospitalisation complète et travaille en lien étroit avec les services de pédiatrie et de pédopsychiatrie du CHU ou le service de pédiatrie de Beaune en cas de besoin d'hospitalisation. Dans ce contexte, les contrôleurs n'ont pas rencontré spécifiquement de professionnels exerçant sur ce pôle ;
- la fédération interpolaire de psychiatrie générale (FIPG) regroupe différentes unités sanitaires dont les deux unités d'hospitalisation "Arc-en-Ciel" et "Oasis" qui accueillent au long cours des patients avec des déficiences mentales profondes, « l'unité de soins et d'accompagnement long personnalisé » (USALP), l'équipe de lien et d'interface psychiques au service des exclus du soins (ELIPSES), la fédération de

réinsertion et réadaptation – qui dispose de CATTP, d'appartements protégés et de maisons communautaires –, un « service d'accompagnement médico-social de personnes adultes handicapées » (SAMSAH) et le foyer d'accueil médicalisé "Pussin".

Le pôle E regroupe le bloc médical qui assure la prise en charge somatique des patients, la pharmacie et le laboratoire ainsi que le « département d'information médicale » (DIM).

L'établissement gère, outre des activités spécifiques de psychiatrie ou médicosociales évoquées ci-dessus, différentes activités dans le champ de l'addictologie (avec une unité d'hospitalisation médicale de dix-huit lits pour les sevrages dits complexes, Eole, et un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie [CSAPA]) et des activités au bénéfice des personnes âgées dépendantes avec un « établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes »(EHPAD) et une « unité de soins de longue durée »(USLD), ces deux structures constituant le pôle D.

Son ouverture sur la cité se concrétise, au-delà de l'accessibilité effective du parc à tous, tous les jours, par ses activités muséales et sa participation au pôle ressources régional "art, culture, santé et handicap" qui conduit différentes manifestations culturelles comme le festival régional "Itinéraires Singuliers". Au moment de la visite, il venait de publier le premier numéro de son journal –auquel ont participé, avec le soutien d'un journaliste, des patients et des soignants – « La gazette de la Chartreuse », tiré à 3 000 exemplaires ; il a vocation à être distribué dans les lieux de spectacles, bar, cinéma, établissements médico-sociaux. Ces initiatives sont de nature à réduire la stigmatisation en lien avec les pathologies psychiatriques et les lieux de soins.

2.4 Le personnel

Quatre-vingt-douze médecins, dont quarante praticiens hospitaliers, exercent dans l'établissement pour 77,32 équivalents temps plein (ETP).

Le personnel non médical est de 1 110 agents pour 1 049,82 ETP. Parmi eux, 855 sont des personnels soignants ou éducatifs.

Le fonctionnement des équipes soignantes repose sur des équipes de jour avec au minimum deux infirmiers, matin et après-midi, et trois pour les unités fermées des services de psychiatrie générale. Les horaires sont le plus souvent 6h15–13h51 et 13h15–20h51. Quelques agents de soins travaillent avec des horaires intermédiaires en une ou deux amplitudes selon les besoins des services et les contraintes des temps partiels.

Ce sont des équipes dédiées, constituées sur la base du volontariat, qui assurent la couverture de nuit avec au moins deux agents dont un infirmier et ce, sous la responsabilité d'un cadre de santé présent chaque nuit.

Le recrutement apparaît relativement aisé pour l'essentiel des soignants mais est problématique pour le personnel de rééducation comme par exemple les ergothérapeutes, les orthophonistes ou les kinésithérapeutes ; ces postes peuvent ainsi connaître des vacances prolongées notamment dans certaines unités de soins accueillant des malades très déficitaires.

Le personnel est relativement fidèle à l'établissement et même aux unités de soins et il n'y a que peu de mobilité même chez les cadres.

En 2013, 786 agents ont bénéficié d'au moins une journée de formation hors études promotionnelles, dont 563 personnels soignants ou médico-technique.

L'établissement a mis en place un pool de remplacement composé de neuf agents dont trois infirmiers, favorisant une politique de remplacement en réduisant de façon notable le

recours à l'intérim. Le taux d'absentéisme global est de 6,5 % pour le personnel non médical et de 5,95 % pour le personnel médical.

2.5 Les données financières

Le budget hospitalier pour 2015 est de 60 149 693 euros dont 49 495 224 euros de dépenses de personnels. Pour l'essentiel, les recettes proviennent de l'assurance maladie avec une dotation annuelle de fonctionnement fixée par l'ARS et environ 1 200 000 euros de recettes liées à la tarification à l'activité pour l'unité hospitalière d'addictologie, auxquels s'additionnent les recettes liées au ticket modérateur et au forfait journalier.

De plus, l'établissement gère les cinq budgets annexes pour l'USLD, l'EHPAD, le CSAPA, le FAM et le SAMSAH, pour un montant de l'ordre de 6 millions d'euros.

2.6 L'activité de psychiatrie adulte

En 2014, la file active globale de l'établissement a été de 11 904 patients dont 2 447 ont été hospitalisés dans l'année. Parmi eux, 522 l'ont été dans le cadre de soins sans consentement.

Patients hospitalisés ³	Nb de patients (a)	Nb de mesures (b)	Nb de journées (c)	Durée moyenne d'hospitalisation (c/a)	Durée moyenne de séjour (c/b)
SPDRE ⁴	27	28	2 032	75	72
personnes jugées pénalement irresponsables	1	1	294	294	294
ordonnance provisoire de placement	1	1	22	22	22
détenus	17	23	204	12	8
SPDT ⁵ y compris urgence	330	368	6 729	20	18
SPPI ⁶	152	162	2 500	16	15
Soins libres	2 349*	3 287*	82 144	35	25
Total (sans double compte)	2 447		93 925	38	

* : pour les admissions en soins libres, est identifié le nombre d'entrées et non pas à proprement parler le nombre de mesures

Dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles, le sujet des hospitalisations de plus de 90 jours est travaillé ; celles-ci concernent notamment des patients avec des comorbidités somatiques importantes.

Le tableau ci-dessous présente les activités des unités dites d'entrée en 2014. Il révèle des différences importantes dans les données d'activité qu'il faut relativiser au regard de différences de recrutement ou de mobilité entre les unités mais qui témoignent sans doute également de pratiques professionnelles différentes alors même qu'elles ne sont pas sans impact sur les droits fondamentaux des patients, notamment au regard des durées d'hospitalisation.

3 Source SAE 2014

4 SPDRE : soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat

5 SPDT : soins psychiatriques à la demande d'un tiers

6 SPPI : soins psychiatriques pour péril imminent

Secteur hospitalisation complète	Unité	Statut de l'unité	File active	DMH
2 ^{ème} secteur	"Van Gogh"	fermée	196	38
5 ^{ème} secteur	"Altair"	fermée	155	46
4 ^{ème} secteur	"Jacques Schotte"	fermée	147	49
6 ^{ème} secteur	UPG	fermée	266	23
7 ^{ème} secteur	"Buffon"	fermée	305	22
2 ^{ème} secteur	"Camille Claudel"	ouverte	365	20
5 ^{ème} secteur	"Cassiopée"	ouverte	271	26
4 ^{ème} secteur	"Bellevue"	ouverte	336	18
6 ^{ème} secteur	UD	ouverte	372	15
7 ^{ème} secteur	"Rameau"	ouverte	272	25
Gérontopsychiatrie			153	42
Total de la file active (patients distincts)			2120	35

Source DIM

3 L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT ET EXERCICE DES DROITS

Le CHS a institué une terminologie originale pour définir les modes de soins sans consentement : le patient admis en soins sans consentement à la demande d'un tiers, selon la procédure classique ou en cas d'urgence, ou en cas de péril imminent – impossibilité d'obtenir une demande d'un tiers – est désigné sous le terme d'admission en « soins sur décision du directeur d'établissement » (SDDE) par opposition au patient admis en « soins sur décision du représentant de l'Etat » (SDRE).

3.1 L'arrivée des patients admis sans consentement

3.1.1 Les modalités d'admission

La très grande majorité des admissions (85 %) est réalisée au sein de « l'unité médicale d'accueil et d'orientation » (UMAO) de l'établissement (cf. *infra* chap. 4.2.1.1). Cette unité réalise le dossier administratif du patient : saisie de l'identité, du numéro de sécurité sociale, de la mutuelle et autres caractéristiques. L'UMAO dispose des dossiers archivés des patients et vérifie dans un premier temps si le malade est connu. Des étiquettes autocollantes sont éditées, particulièrement utiles pour la réalisation des différents examens.

Le bureau des entrées, composé de cinq personnes dont deux en charge exclusive des patients hospitalisés sous contrainte, vérifie la conformité des documents présentés à l'arrivée. Si un certificat manque, le médecin de l'UMAO, ou celui d'astreinte, est sollicité afin de rechercher le consentement du malade ou de rédiger un deuxième certificat.

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

Le bureau des entrées édite les notifications des décisions d'admission des patients, en moyenne 500 chaque année.

La notification est un formulaire sur lequel le patient atteste avoir reçu copie de la décision d'admission ainsi que les certificats médicaux correspondants. Il ne mentionne pas la demande d'un tiers mais celle-ci sera communiquée lors de l'audience devant le JLD.

Le formulaire comporte aussi la liste des droits dont dispose toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques⁷ sans consentement :

- communiquer avec différentes autorités : le représentant de l'Etat dans le département, le président du TGI, le procureur de la République, le maire de la commune de Dijon ;
- saisir la commission départementale des soins psychiatriques et la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge ;
- informer le Contrôleur général des lieux de privation de liberté ;
- prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ;
- émettre ou de recevoir des courriers ;
- consulter le règlement intérieur de l'établissement ;
- exercer son droit de vote ;
- se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Le même formulaire précise les voies de recours permettant de contester, à tout moment, la décision d'hospitalisation sans consentement devant le juge des libertés et de la détention en précisant l'adresse du tribunal. Il indique aussi, pour information, le nom et les coordonnées téléphoniques des personnes du bureau des entrées en charge des soins sans consentement.

La notification est généralement communiquée au patient dès que son état de santé le permet et au plus tard 48 heures après l'admission. Si la personne est encore dans l'impossibilité ou refuse de signer le document, deux professionnels attestent qu'elle a bien été destinataire.

3.1.3 L'inventaire et la conservation des effets personnels

L'inventaire des objets de valeurs est réalisé par les soignants à l'arrivée. Il est conseillé aux patients de ne pas conserver des sommes d'argent ou des objets de valeur mais de les déposer provisoirement au service des tutelles avant leur transfert à la trésorerie. Les patients disposent d'une armoire fermant à clé pour conserver leurs effets personnels.

3.1.4 La désignation d'une personne de confiance

Dès l'admission ou peu après, les soignants proposent au patient de désigner une personne de confiance : un parent, un proche ou le médecin traitant.

Au moment de la visite des contrôleurs, les vingt-deux patients présents à l'unité "Van Gogh" avaient désigné une personne de confiance; au sein de l'unité "Schotte", douze patients l'avaient fait.

⁷ Cf. article L.3211-3 du code de la santé publique

3.1.5 Les cas de sur-occupation et de transfert

Les situations de sur-occupation sont fréquentes au sein de l'UMAO (Cf. *infra* chap. 4.2.1) et dans les unités d'admission.

Dans l'unité "Van Gogh", une salle d'activité transformée en lieu d'hébergement est quasiment occupée en permanence. La dernière patiente à l'avoir occupée y est restée tout le temps de son séjour alors que cette pièce ne dispose d'aucun confort : ni cabinet de toilette, ni wc, ni point d'eau. Le prix de journée, hors forfait hospitalier, y est cependant facturé 571,09 euros comme pour une chambre classique.

Dans sa réponse, le directeur indique : « L'utilisation de cette pièce relève d'un dispositif transitoire, dans le cadre de la gestion des lits d'appoint, permettant ainsi de limiter les transferts de patients d'un service à l'autre. En effet, lorsque nous sommes amenés à accueillir un patient dans de telles conditions, c'est qu'il n'existe aucun lit de disponible dans les services d'admission. Dans ce cas, les équipes médicales et soignantes font tout leur possible pour qu'un lit se libère dans une chambre adaptée. Notons par ailleurs que la patiente citée plus haut avait demandé à être maintenue dans cette chambre. »

Notre établissement est en effet soumis à une demande croissante d'hospitalisation et, à certaines périodes, les capacités en service d'admission peuvent s'avérer insuffisantes. Face à de tels problèmes, deux solutions s'offrent à nous : refuser l'admission faute de place et demander le transfert du patient dans un autre établissement spécialisé de la région, ou bien accepter le patient mais en surnombre. Nous avons toujours, autant que faire se peut, privilégié la seconde solution pour éviter aux patients et à leur famille des déplacements et un éloignement souvent difficile à vivre. Cependant, le transfert du patient est réalisé aussi rapidement que possible et le patient a la possibilité d'utiliser les sanitaires du service ».

3.2 L'information des patients admis

Le livret d'accueil est remis à chaque personne lors de son arrivée dans le service ou dès que son état de santé le permet. Le patient atteste l'avoir reçu sur un bordereau de remise.

Le livret d'accueil comporte notamment :

- l'organigramme de l'établissement avec les différentes unités de soins;
- les formalités d'arrivée et les différents régimes d'hospitalisation en psychiatrie ;
- les règles de vie et la possibilité d'accéder au règlement intérieur en le demandant au personnel ;
- les différents accès aux droits : au système d'information, au dossier médical, aux rapports de certification de l'établissement, à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (avec la liste nominative des membres), à la commission départementale des soins psychiatriques (sans intégrer la liste nominative des membres), aux voies de recours, plaintes et réclamations ;
- les règles relatives à la circulation automobile, à la sécurité incendie, à l'usage du tabac, de l'alcool et des médicaments.

Ce livret présente des informations sous une forme conviviale et attractive ; en revanche, les informations sont incomplètes et manquent de précision pour ce qui concerne les soins sans consentement.

Le livret indique aussi la possibilité de désigner une personne de confiance et de rédiger des directives anticipées mais il ne fait pas mention des modalités du recueil des observations du patient au regard des soins envisagés pour lui. Cependant, les contrôleurs ont observé auprès des patients rencontrés que ce recueil avait été réalisé.

Il est précisé au patient que les règles de vie spécifiques à l'unité dans laquelle il est hospitalisé sont affichées dans toutes les unités et intégrées dans une pochette située à la fin de la brochure qui comporte aussi trois autres fiches :

- une présentation de la maison des usagers et des différentes associations qui y assurent des permanences ;
- une fiche d'information relative à la lutte contre la douleur ;
- une fiche relative à la prévention des infections nosocomiales.

Les contrôleurs ont constaté qu'en pratique les règles de vie précitées n'étaient pas affichées dans toutes les unités.

Le règlement intérieur n'est disponible que dans le bureau du cadre de chaque unité.

Dans sa réponse, le directeur indique : « *Tout agent de l'établissement a accès au règlement intérieur sur l'espace documentaire par le biais du portail internet. Par ailleurs, le règlement intérieur de l'établissement existe sous format de classeur dans tous les secrétariats des secteurs et est mis à disposition des patients, comme indiqué dans le livret d'accueil en page 19* ».

3.3 La confidentialité des soins

3.3.1 La confidentialité des hospitalisations

Tout patient souhaitant que son anonymat soit préservé durant son hospitalisation doit informer le personnel soignant au moment de son admission. Celui-ci transmet l'information au personnel du bureau des entrées qui insère un code spécial dans la fiche informatisée du patient. Ce code est accessible à l'ensemble du personnel.

Par ailleurs, il existe une procédure de filtre au niveau du standard ; le personnel affecté au standard a été formé en conséquence. Ainsi, chaque appel en provenance de l'extérieur est transféré au bureau des entrées durant les heures d'ouverture et dans les unités d'hospitalisation le reste du temps. Le personnel adapte sa réponse en fonction des instructions reçues du patient et lui transmet l'information.

3.3.2 L'accès au dossier médical

La procédure de « communication du dossier médical » a fait l'objet d'un document détaillé. Par ailleurs les informations portant sur l'accès au dossier médical sont accessibles sur le site internet de l'établissement ainsi qu'auprès de la responsable des affaires juridiques chargée des relations avec les usagers.

Lorsque le demandeur est un patient hospitalisé, la responsable des affaires juridiques chargée des relations avec les usagers se déplace dans l'unité afin de remettre au patient un imprimé qu'il doit remplir. La consultation du dossier médical s'effectue systématiquement en présence du médecin.

Dans sa réponse, le directeur précise, en contradiction avec les informations données aux contrôleurs par un membre de la direction : « *Conformément à la réglementation en vigueur, la consultation du dossier médical par les patients ne s'effectue pas systématiquement en présence du médecin. Seuls les patients pour lesquels le médecin psychiatre, pour des raisons médicales en lien avec l'état de santé du patient, considère que celui-ci ne peut avoir directement accès à son dossier, font l'objet d'une consultation en présence du médecin* ».

Lorsque la demande provient d'un patient qui n'est plus hospitalisé, elle doit être accompagnée d'un justificatif d'identité. Un courrier lui indiquant les frais de copie et de communication lui est alors adressé. Dès lors que les frais sont supérieurs à un montant de 20 euros – le coût de production par feuille est de 0,18 euro –, la responsable des affaires juridiques contacte le demandeur par téléphone et lui propose de venir consulter son dossier sur place.

Si la demande provient d'un ayant droit d'un patient décédé, la responsable des affaires juridiques vérifie que le patient n'a pas opposé un refus de son vivant.

Au cours de l'année 2014, 107 demandes de dossiers de patients ont été formulées dont 15 n'ont jamais abouti, les justificatifs n'ayant pas été communiqués :

- 65 % des demandes avaient été formulées par les patients ;
- 35 % des demandes provenaient de tiers.

Tous les dossiers ont été transmis dans les délais réglementaires de huit jours à deux mois, suivant l'ancienneté du dossier. Aucune demande n'a fait l'objet d'un contentieux.

3.4 Le comité d'éthique

Le comité d'éthique a été créé à la fin de l'année 2010 suite au processus de certification au cours duquel des groupes de réflexion avaient été instaurés. En premier lieu, il s'agissait de réunions informelles regroupant deux à trois personnes réfléchissant autour de la place de l'éthique en milieu psychiatrique ; puis le groupe s'est étoffé et a donné naissance au comité d'éthique. La présidente actuelle, médecin coordinateur du bloc médical, s'est inspirée de « l'Espace Ethique » de Bourgogne/Franche-Comté pour mettre en place ce comité.

Les principes qui sous-tendent l'action du comité d'éthique du CHS sont l'indépendance, la possibilité d'être saisi par le personnel hospitalier et la pluridisciplinarité du groupe. En effet, outre la participation du personnel médical et paramédical, le comité réunit également un aumônier, la représentante des usagers et la responsable des affaires juridiques chargée des relations avec les usagers (Cf. *infra* chap. 3.7). La présidente souhaiterait qu'un philosophe soit intégré à ce groupe de réflexion.

L'information concernant le comité est diffusée au sein de l'établissement au moyen de lettres d'information insérées dans les bulletins de salaire et par le biais d'instances telles que le comité d'hygiène et de santé au travail (CHST).

Le comité se réunit environ tous les trois mois et s'inspire notamment des saisines du personnel hospitalier pour sélectionner des sujets de réflexion. Jusqu'à présent, les sujets débattus ont porté sur les thèmes suivants :

- la liberté d'aller et venir des patients en soins sans consentement ;
- la question des programmes de soins et de la non-adhésion aux soins ;
- l'incitation à l'utilisation d'un dispositif contraceptif auprès de patientes psychotiques exprimant un désir de maternité ;
- la notion de norme et de normalité à partir du cas d'un patient.

Au moment de la visite des contrôleurs, aucune réflexion n'avait encore été engagée portant sur les conditions d'hospitalisation des personnes détenues ni sur la sexualité des patients hospitalisés ; ce dernier point n'est abordé nulle part : ni dans le livret d'accueil ni dans le règlement intérieur. Il a été mentionné de rares cas – de l'ordre d'un ou deux par an – de « relations tarifées » en échange d'achats à la cafétéria ou de la fourniture de produits stupéfiants. Selon les propos recueillis, « *la question autour de la sexualité n'est jamais abordée de front au sein des unités* ».

Dans sa réponse, le directeur indique : « *Au moment de la visite des contrôleurs, plusieurs réflexions ont été engagées portant sur les conditions d'hospitalisation des personnes détenues. En mars 2008, un groupe de travail a élaboré le protocole de "prise en charge d'un détenu" actualisé en octobre 2014 (protocole présenté par le coordonnateur des soins pendant la visite). Ce protocole détaillé de quatorze pages repose sur une réflexion approfondie par les équipes des conditions de prise en charge des détenus. Il est disponible sur le portail intranet et dans le règlement intérieur de l'établissement (annexe 36) ».*

Les contrôleurs maintiennent leur constat et rappellent que ce protocole, évoqué *infra* (Cf. chap. 4.5), ne correspond pas à une réflexion éthique sur la prise en charge des personnes détenues.

3.5 La place laissée aux représentants des familles et des usagers

3.5.1 Les associations de famille

Les locaux de « l'union nationale des familles et amis de personnes malades psychiques » (UNAFAM) sont situés au premier étage de la maison des usagers, dont le bâtiment est adjacent à celui de l'UMAO. Une rampe permet l'accès à l'ascenseur pour les personnes à mobilité réduite.

Ces locaux comprennent une salle d'attente, une pièce dédiée aux associations des usagers et un local, agréablement aménagé, réservé à l'UNAFAM. Ce local dispose d'une table, de quatre chaises, d'un présentoir contenant diverses brochures. Des mandalas réalisés par les familles sont affichées au mur ; du thé, du café et des biscuits sont proposés aux familles. L'ensemble présente un aspect accueillant et convivial. Il est cependant situé trop loin de la cafétéria, lieu de rendez-vous privilégié des familles. En conséquence les bénévoles se rendent régulièrement à la cafétéria pour aller à la rencontre des familles et des patients. Ils occupent un local aménagé de 7 m² adjacent à la cafétéria. L'association dispose également d'un local, situé en ville.

L'UNAFAM est composée de douze bénévoles qui assurent des permanences tous les mardis de 14h à 17h. Par ailleurs, ils reçoivent également les familles sur rendez-vous les samedis. Une permanence téléphonique est également tenue sept jours sur sept de 8h à 20h ; sept bénévoles se relaient à tour de rôle.

En 2014, la délégation de la Côte-d'Or de l'UNAFAM a reçu soixante-dix familles. Il s'agissait pour la majorité d'entre elles (80 %) d'une première prise de contact.

Les principales raisons, qui amènent les familles à prendre contact, sont les suivantes :

- un besoin de recueillir de plus amples informations sur la pathologie psychiatrique dont souffre un proche ;
- certaines familles sont en proie à un désarroi le plus total et sont à la recherche de réponses ;
- des doléances liées à l'incompréhension de ne pas pouvoir visiter le proche hospitalisé et de ne pas pouvoir obtenir de plus amples informations sur le diagnostic.

Il a été également indiqué aux contrôleurs que certaines familles étaient démunies dès lors qu'il s'agissait de récupérer chez elles le proche à l'issue de son hospitalisation. Bien que les médecins se rendent disponibles pour recevoir les familles, elles ne sont pas toujours intégrées au projet de sortie du proche. Dans sa réponse, le directeur déclare : « *Les proches sont associés au maximum dans les prises en charge y compris aux projets de sortie selon le souhait des familles et des patients* ». Les contrôleurs maintiennent néanmoins leur constat.

L'UNAFAM organise également des groupes de paroles à l'intention des familles animés par une psychologue et le coordinateur de l'association. Des formations, permettant aux familles de se doter d'outils pour mieux accompagner leur proche, se déroulent également sur un week-end.

Selon les propos recueillis, l'information portant sur l'UNAFAM est bien relayée par le personnel soignant. Une bénévole a tenu les propos suivants : « *l'hôpital a subi une nette évolution en dix ans. Les soignants acceptent mieux l'intervention des personnes extérieures à l'hôpital* ».

3.5.2 Les associations d'usagers

La maison des usagers a été créée en 2008. La coordination est assurée par un cadre de santé référent, intervenant à 50 %, et le cadre supérieur de santé du pôle A, également secrétaire générale d'une association culturelle intervenant au CHS.

Comme indiqué *supra*, la maison des usagers est située au premier étage du bâtiment adjacent à celui de l'UMAO ; à court terme, un projet d'extension des locaux de la cafétéria devrait voir le jour.

La maison des usagers a vocation à offrir un espace d'échange et d'information aux patients et à leurs proches. C'est également un lieu d'accueil destiné aux bénévoles intervenants dans diverses associations : UNAFAM, « Dépendance 21 » (aide et accompagnement aux addictions), « Entr'Acte » et « Revivre Côte-d'Or » (groupes d'entraide mutuelle). Il a été indiqué aux contrôleurs que la maison des usagers bénéficiait pleinement du soutien de la direction.

Ont été organisés les évènements suivants :

- intervention des associations au sein des unités d'hospitalisation afin de mieux faire connaître la maison des usagers (tous les deux mois environ) ;
- organisation d'une table ronde sur une thématique – comme les troubles du sommeil – réunissant l'ensemble des associations et des médecins. Ces tables rondes ont lieu chaque trimestre.

Il est prévu d'organiser au cours de l'année 2015, une conférence sur le droit des usagers.

3.6 La protection juridique des majeurs

Dans le livret d'accueil, il est indiqué, dans la partie relative à « votre capacité juridique » : « *les personnes admises au centre hospitalier conservent leur capacité juridique. Pour les personnes qui bénéficient d'une protection judiciaire et qui auraient besoin d'informations, un mandataire judiciaire à la protection des majeurs (service de protection juridique) existe au sein du centre hospitalier* ». Le numéro de téléphone du service est précisé.

Le service de protection juridique, appelé « service des tutelles », gère les mesures de protection des personnes soignées ou hébergées au CHS, ainsi qu'au CHU de Dijon et à l'EHPAD de Saint-Jean-de-Losne, suivant une convention signée entre ces deux établissements et le CHS.

Ce service s'occupe également de la régie des malades (cf. *infra* chap. 4.1.4).

Le service est composé de deux mandataires judiciaires assistés de huit adjoints administratifs. L'un des mandataires gère 250 mesures de protection, l'autre 50.

En 2014, 251 mesures de protection juridique relatives à des patients de l'établissement ont été gérées par le service, dont 54 concernaient des patients hospitalisés en psychiatrie.

3.7 Les incidents et leur traitement

3.7.1 Le traitement des plaintes et réclamations

Lorsqu'un patient ou un proche formule une réclamation écrite ou orale, celle-ci est adressée à une juriste, « chargée des relations avec les usagers » (CRU) au sein de la direction des affaires générales, ou au directeur, qui la transmet à la juriste.

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

En cas de réclamation, la responsable des affaires juridiques chargée des relations avec les usagers procède à une enquête auprès de l'unité concernée, élabore une proposition de réponse qu'elle fait valider par les personnes impliquées, la soumet à la signature de la secrétaire générale ou du directeur, l'envoie au réclamant si possible dans un délai ne dépassant pas dix jours et lui propose un rendez-vous ; le rendez-vous est demandé une fois sur deux et toujours réalisé. Si le délai de dix jours ne peut pas être respecté, un courrier d'attente est envoyé au réclamant.

Toutes les réclamations sont examinées lors des réunions de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), qui se tiennent une fois par trimestre, sous la présidence du directeur ou, par délégation, de la secrétaire générale. Sont membres délibérants titulaires un médiateur médecin, un médiateur non médecin (cadre supérieur de santé), deux représentantes des usagers (de « l'union nationale des amis et familles de malades psychiques », UNAFAM, et de « l'union départementale des associations familiales », UDAF), la présidente du comité de gestion des risques et vigilances et la directrice des soins infirmiers de rééducation et médico-technique ; sont membres consultatifs le directeur des affaires financières, du système d'information et du bureau des soins sans consentement, la chargée des relations avec les usagers et la responsable « qualité et certification » ; un médecin et une cadre de santé sont membres délibérants suppléants au titre de médiateurs.

Les patients peuvent demander un entretien auprès de la chargée des relations avec les usagers tous les jours. Depuis 2010, les médiations et rencontres avec les usagers réclamants ont été les suivantes :

	2010	2011	2012	2013	2014
Rencontres patient / CRU	7	35	44	29	46
Rencontres patient / CRU et équipe médicale ou soignante	1	4	2	0	1
Rencontres patient / CRU et secrétaire générale	5	4	3	0	0
Médiations	1	0	1	(3 prop.)	1
Total	14	43	50	29	48

En 2014, la chargée des relations avec les usagers a rencontré quarante-sept patients : « des rencontres quasi systématiques sont proposées par la CRU suite à la réception d'un courrier de réclamation (trente-quatre rencontres étaient liées à une demande de dossier médical, sept à une réclamation et six à une demande d'informations). Une rencontre a été réalisée avec le médecin référent du patient et le cadre supérieur de santé du pôle suite à une demande de dossier médical d'un ayant-droit qui n'avait pas eu accès aux pièces qu'il souhaitait. Tous les entretiens sont suivis et donnent lieu à une réponse soit par écrit, soit par oral ».

En 2014, la CRUQPC s'est réunie quatre fois. Depuis le 1^{er} janvier 2014, les décisions suivantes ont été prises concernant notamment les personnes en soins sans consentement :

- promotion de la bientraitance : présentation aux membres de la CRUQPC des actions

mises en œuvre par le groupe « Promotion de la bientraitance » ;

- législation en matière de droit des patients : programmation de deux sessions de formation à l'intention de l'ensemble du personnel du CHS, concernant notamment les soins sans consentement ;
- distribution du livret d'accueil : rappel aux cadres de santé de la nécessité de les distribuer et expliquer à tous les patients admis en hospitalisation complète ;
- information sur la CRUQPC : réalisation d'une nouvelle affiche et contrôle de leur mise en place dans les unités ;
- fonctionnement de la laverie : étude sur la réduction des détériorations constatées sur les vêtements.

Lors de la dernière réunion de la CRUQPC, le 11 mars 2015, quatorze réclamations ont été examinées, parmi lesquelles quatre concernaient des demandes d'informations de la part de patients en soins sur décision du directeur de l'établissement (SDDE) et une concernait la question des frais d'avocat pour un patient en soins sans consentement.

Lors de la réunion précédente, le 29 janvier 2015, il a été évoqué l'appel téléphonique de la mère d'un patient, désespérée en raison de l'état de santé de son fils, violent, soigné au CHS, qui devenait dangereux vis-à-vis de son frère ; elle savait que le CHS était tenu au secret, d'autant plus que son fils avait refusé que des informations fussent données à ses parents. Malgré les conseils du CHS, elle ne voulait pas demander un placement en SPDT par peur des représailles. Un rendez-vous a été organisé avec le médecin du patient.

3.7.3 Les violences et événements indésirables

Une « cellule d'analyse des fiches d'évènements indésirables » se réunit tous les vendredis matin pour examiner les réclamations et les évènements indésirables. Elle est composée des personnes suivantes :

- le médecin coordonnateur des risques associés aux soins, animateur de la cellule ;
- le coordonnateur des soins ;
- un cadre supérieur de santé ;
- un représentant de la direction des services économiques et techniques ;
- la chargée des relations avec les usagers ;
- la gestionnaire des risques.

Un « comité de réflexion et de prévention sur la violence » (CRPV) est mis en place et se réunit régulièrement sous la présidence de la directrice des soins infirmiers. Il étudie toutes les fiches d'évènements indésirables ayant trait à des violences sur des patients, sur le personnel et sur des biens. Le comité a notamment travaillé sur la préparation de l'équipe soignante d'une unité du service des patients déficients mentaux profonds (SEDEP, cf. *infra* chap. 4.2.3.2) en prévision de l'admission d'un patient en provenance d'une unité pour malades difficiles (UMD), l'objectif principal étant d'améliorer la qualité de la relation avec le patient. Une formation de « self sauvegarde » a été mise en place pour apprendre l'utilisation d'un bouclier de protection spécifique. Le personnel nouvellement recruté est sensibilisé sur le fait que la violence, même si elle n'est pas acceptable, fait partie du quotidien d'un infirmier en unité de psychiatrie.

Le CRPV a établi un « programme d'actions CRPV 2014-2015 » prévoyant un grand nombre d'actions :

- tentatives et / ou suicides : établir des recommandations et/ou conduites à tenir en cas de risque suicidaire, former les agents ;
- chambres d'isolement et chambres sécurisées : sécuriser les fenêtres des unités d'admission situées à l'étage, uniformiser le matériel de contention et d'isolement dans les unités ;
- situations de violence : former le personnel, faire une enquête sur les situations de violence et en faire un retour au personnel ;
- réglementation : communiquer sur les notions de droits et responsabilités des patients ;
- communication : faire connaître les actions du CRPV ;
- agression sexuelle : créer une « procédure de conduite à tenir en cas d'agression sexuelle sur un patient » ;
- système d'appel d'urgence : formaliser la coordination des intervenants, formaliser et adapter le système d'appel d'urgence ;
- intervention en renfort : assurer l'intervention des agents, revoir le verrouillage des postes des salles de bain, harmoniser le matériel de contention avec celui du CHU ;
- dispositif de protection : disposer des boucliers de protection dans les unités fermées et à l'UMAO ;
- situation du SEDEP : organiser l'intervention d'un psychologue à "Oasis", évaluer et corriger l'ambiance sonore à "Oasis", revoir le plan de mobilité du personnel.

Ce plan a été examiné et revu lors de la dernière réunion du CRPV, le 19 mars 2015 ; il a notamment été prévu de réaliser une fiche réflexe sur l'utilisation du bouclier de protection ; le déroulement des formations a également été longuement discuté.

En 2014, 261 évènements indésirables ont donné lieu à l'établissement de fiches :

- violence de la part d'un patient (sur une personne ou sur du matériel) : 123 ;
- violence d'un patient sur un agent : 93 ;
- violence sur un patient : 32 ;
- tentative de suicide : 10 ;
- suicide : 3 :
 - o une patiente de 77 ans, en soins libres, s'est noyée dans l'Ouche, petite rivière longeant le parc ;
 - o une patiente de 47 ans, en soins sans consentement, a été retrouvée à l'heure du dîner pendue dans la douche de sa chambre ; transportée à l'hôpital, elle est décédée quelques jours plus tard ;
 - o une patiente en soins libres a été retrouvée décédée dans sa chambre en fin de matinée, ayant avalé le bouchon d'un tube de pommade.

Chaque suicide a été suivi de la tenue d'une cellule de crise.

Les violences concernaient essentiellement "Arc-en-Ciel" – 28,7 % des cas – et "Altair" – 14,7 % des cas.

3.7.4 La gestion des sorties sans autorisation (fugues)

Depuis le suicide par noyade mentionné *supra*, un protocole intitulé « Conduite à tenir en cas de fugue », concernant autant les personnes en soins libres que celles en soins sans consentement, a été retravaillé. Il prévoit notamment l'organisation d'un quadrillage dans le parc et l'information du standard, des familles, du commissariat, de la gendarmerie et de l'ARS.

Par ailleurs, un projet est à l'étude, de pose de caméras de surveillance aux entrées du CHS et de mise en place d'équipes de sécurité.

3.7.5 Les questionnaires de satisfaction

Le taux de retour des questionnaires de sortie de la part des patients placés dans les unités fermées est très variable :

Taux de retour ⁸	2011	2012	2013
"Altair"	24 %	31 %	17 %
"Buffon"	9 %	5 %	< 1 %
"Schotte"	2 %	3 %	1 %
UMAO	7 %	8 %	7 %
UPG	3 %	8 %	4 %
"Van Gogh"	53 %	28 %	5 %
Ensemble du CHS	24 %	24 %	19 %

Depuis 2011, le taux de satisfaction moyen des personnes en hospitalisation sans consentement, noté sur une échelle allant de 0 à 100, était le suivant :

Taux de satisfaction noté sur 100 ⁹	2011	2012	2013
Amélioration de la santé perçue	79	85	87
Conditions de repos	73	76	79
Attention du personnel	95	75	74
Accueil	92	70	72
Accès au médecin	83	71	72
Impression générale	77	61	63
Repas	90	64	63
Informations et mode d'admission	88	63	62

3.8 Le droit de vote

Au moment des élections, la chargée des relations avec les usagers met en place des affiches d'information et des brochures explicatives et demande au personnel soignant d'informer les patients. L'accent est mis sur les possibilités de vote par procuration.

En 2012, un officier de police judiciaire avait assuré une permanence toute une journée pour procéder aux procurations ; il a ainsi effectué six procurations pour les élections présidentielles et deux procurations pour les élections législatives.

Par la suite, cette permanence n'a plus été réalisée et les patients ont été invités à procéder aux procurations par l'intermédiaire de leurs personnes de confiance ou de leurs proches.

⁸ Source : direction « Qualité, risques, usagers »

⁹ Source : direction « Qualité, risques, usagers »

3.9 L'exercice du culte

Un service d'aumônerie catholique, constitué d'un prêtre et de membres bénévoles, est organisé au sein de l'établissement. Il propose aux patients et à leurs proches « *de bénéficier d'un accompagnement, d'une présence, d'un soutien spirituel ou religieux* ».

Une affichette précise : « *La mission essentielle de l'aumônerie catholique est d'assurer une présence aux patients, à leurs proches et au personnel soignant, ainsi que le culte catholique* ».

Des rencontres individuelles peuvent être prises sur rendez-vous par téléphone ; un accueil collectif est organisé le mercredi après-midi autour d'un goûter suivi d'une messe à l'EHPAD "Les Vergers" ; des messes sont prévues également le vendredi après-midi aux "Vergers" et le dimanche matin à la chapelle du Portail.

Le livret d'accueil ne précise pas les modalités d'accès aux autres cultes ; il est simplement indiqué : « *Vous pouvez demander la visite d'un représentant du culte de votre choix* ». Dans sa réponse, le directeur ajoute : « *L'établissement s'engage à fournir la liste des représentants des différents cultes pour compléter ce dispositif* ».

Il a été précisé aux contrôleurs que les patients qui souhaitaient rencontrer un imam ou un rabbin pouvaient le faire savoir au prêtre, qui se chargeait de contacter l'aumônier en question. Dans sa réponse, le directeur ajoute : « *Même si cette information n'est pas notée dans le livret d'accueil, elle est bien connue et mise en œuvre par les personnels des unités de soins. Par ailleurs, les représentants des différents cultes n'ont jamais émis de remarques concernant ce mode de fonctionnement* ».

3.10 La levée des mesures d'admission

3.10.1 La levée des SPDRE sur avis du psychiatre participant à la prise en charge

Selon les informations recueillies, pour les patients en SPDRE, la préfecture refuse systématiquement d'ordonner la mainlevée – ou une prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète – après réception du certificat médical du psychiatre participant à la prise en charge. Sauf pour les patients détenus qui réintègreront leur établissement pénitentiaire, elle exige l'examen du patient par un second psychiatre, dont l'avis est presque toujours conforme à celui de son collègue, obligeant ainsi le préfet à ordonner la mainlevée.

Cependant, il a été indiqué aux contrôleurs, que plusieurs demandes de levée sollicitées pour un même patient par son psychiatre n'avaient pas été suivies par le préfet de la Côte-d'Or sans pour autant qu'une demande d'examen du patient par un second psychiatre soit formulée par le directeur d'établissement. La CDSP, lors de sa dernière visite de l'établissement le 21 janvier 2015, a été alertée de cette situation ; dans son courrier adressé au directeur, elle précise qu'il « *serait souhaitable que, lors de la prochaine consultation du patient par le docteur X, un autre psychiatre du service ou hors service soit requis pour constater l'état de santé de monsieur Y et pour confirmer ou infirmer, la demande de mainlevée de la mesure au représentant de l'Etat* ».

Dans le dernier registre de la loi relatif aux patients hospitalisés en SPDRE, les contrôleurs ont pu observer que les deux demandes de prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète préconisées par le psychiatre participant à la prise en charge n'avaient pas été suivies par le préfet, qui avait sollicité un second avis médical. Cette demande de second avis est adressée de façon surprenante au bureau des soins sans consentement ; en effet, la préfecture lui faxe une copie de l'arrêté modifiant la forme de prise en charge d'une

personne faisant l'objet de soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète entièrement rédigé, comme si le préfet décidait de suivre l'avis médical, mais ajoute à la fin de la décision une mention manuscrite « 2^{ème} avis SVP ».

3.10.2 Le contrôle du juge des libertés et de la détention

3.10.2.1 L'organisation de l'audience

Un « protocole de coordination des procédures judiciaires et contrôle des mesures de soins psychiatriques sans consentement », non daté, a été ratifié au cours de l'été 2013, selon les informations fournies, par le président du TGI de Dijon, le procureur de la République, le préfet de Côte-d'Or, le directeur du CHS, le directeur du CHU, le directeur du CH de Semur-en-Auxois et le directeur de l'ARS. Le bâtonnier de l'ordre des avocats de Dijon, qui refuse d'organiser une permanence pour les audiences au CH de Semur-en-Auxois en raison de son éloignement (80 km de Dijon), n'a pas souhaité signer ce protocole.

Cette convention énonce les principes d'organisation des audiences du JLD au CHS et au CH de Semur-en-Auxois, et de contrôle, par l'autorité judiciaire, de la légalité des mesures individuelles de soins sans consentement.

Afin de respecter les délais légaux, les jours de saisine du JLD – et les jours d'audience – sont planifiés dans le protocole en fonction du jour de la décision d'admission.

Avant l'envoi du formulaire de saisine au greffe du JLD, le bureau des soins sans consentement téléphone dans les unités afin que le personnel soignant recueille auprès des patients les informations relatives à l'avocat, choisi ou désigné d'office. Aucune information relative aux ressources des patients n'est collectée à ce stade.

La saisine du JLD, transmise par courriel crypté depuis le début de l'année 2015, est accompagnée de la demande d'admission formulée par le tiers, des décisions du directeur, de tous les certificats médicaux établis depuis la décision d'admission, de l'avis motivé et, le cas échéant, de l'avis du psychiatre formulant une opposition à l'audition du patient par le juge. Il a été précisé que ces oppositions étaient exceptionnelles : « *ça arrive une fois par an maximum* ».

Le bordereau type de saisine a été modifié après la loi 27 septembre 2013¹⁰ et validé par le JLD.

Les convocations à l'audience sont transmises par courriel crypté par le greffe du JLD au plus tôt trois jours avant l'audience et, le plus souvent, la veille de celle-ci. Elles sont imprimées par le bureau des soins sans consentement et transmises par fax aux unités d'hospitalisation. Le cadre de santé ou un personnel soignant, selon les pratiques de chaque unité, les transmet alors aux patients concernés.

Les décisions sur le fond sont rendues le lendemain de l'audience. Leurs transmission et notification se font dans les mêmes conditions que les convocations devant le JLD.

Jusqu'au mois de septembre 2014, deux magistrats du TGI de Dijon se partageaient à mi-temps les fonctions de JLD. Depuis lors, un nouveau magistrat occupe seul les fonctions de JLD civil et pénal ; il a également en charge les ordonnances de composition pénale délictuelle et tient une audience correctionnelle tous les mois.

10 Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi no 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

Le JLD tient deux audiences par semaine au sein du CHS, les mardi et jeudi matins – une audience supplémentaire le vendredi est parfois nécessaire pour respecter le délai de douze jours – et une audience le lundi matin au CH de Semur-en-Auxois. Les comparutions devant les JLD des patients hospitalisés au CHU de Dijon se déroulent au CH la Chartreuse.

En 2014, pour 522 patients admis en hospitalisation sans leur consentement, 263 saisines du JLD, soit 50 %, ont été enregistrées, donnant lieu à 223 passages devant ce magistrat : quarante décisions de non-lieu à statuer ont été rendues en raison de mainlevées intervenues avant l'audience. Il a été indiqué aux contrôleurs que, depuis le 1er septembre 2014, date à laquelle le délai accordé au juge pour statuer a été réduit à douze jours, le nombre de saisines avait augmenté de 25 à 30 %.

Les audiences ont lieu au sein de l'hôpital depuis le mois de mars 2012, avant la loi du 27 septembre 2013 qui l'a imposé. En cas d'appel, les patients sont conduits au tribunal.

La salle d'audience a été choisie en concertation avec la direction de l'hôpital.

Les interlocuteurs rencontrés ont indiqué aux contrôleurs que cette salle convenait à tout le monde et que ce choix, comme son aménagement, n'étaient pas source de difficultés.

Le magistrat et le greffier ne portent pas de robe.

Pour éviter les retards et permettre que les dossiers soient examinés les uns à la suite des autres, sans interruption, les patients sont convoqués toutes les demi-heures à partir de 9h30 ; ils peuvent s'entretenir avec leur avocat pendant que les autres comparaissent.

Il a été signalé aux contrôleurs que l'audience commençait souvent en retard sans que le CHS en ait été averti, ce qui entraînait des longues attentes des patients et du personnel les accompagnant ; ceci est générateur de stress et de déstabilisation pour les patients.

Les patients sont accompagnés par deux soignants depuis leur unité jusqu'à la salle d'audience. Si le protocole prévoit que le « *personnel soignant restera à proximité* » de la salle d'audience, les contrôleurs ont pu observer, lors de l'audience du jeudi 9 avril, qu'il était présent dans la salle ; il a même été indiqué que les soignants pouvaient intervenir à l'audience si le magistrat les interrogeait.

A la demande du directeur de l'établissement, les patients détenus sont, depuis le mois de novembre 2013, en plus de deux soignants de sexe masculin, escortés par des policiers du commissariat de Dijon, depuis leur sortie de la chambre d'isolement jusqu'à leur retour dans ce lieu à l'issue de leur comparution. Selon les témoignages recueillis, l'escorte policière est généralement composée de trois agents mais peut parfois en compter cinq, les patients sont souvent menottés pendant les trajets, peuvent parfois le rester pendant l'audience et les fonctionnaires de police assistent à l'audience. Dans sa réponse, le directeur déclare : « *Dans le protocole de sécurité en milieu hospitalier, signé en juin 2014 par le préfet, le procureur de la République, le commandant de gendarmerie de région, le directeur général de l'ARS et le directeur du CH La Chartreuse, il est inscrit à l'article 3a page 10 : "L'assistance d'une escorte policière est accordée de manière générale et systématique pour tout transfert d'une personne détenue entre l'unité de soins et la salle d'audience". Par ailleurs, l'escorte policière pour les patients détenus lors des audiences au JLD a été mise en place pour faire cesser des contentions qui n'étaient pas thérapeutiques mais sécuritaires* ».

Le barreau de Dijon a établi une liste d'avocats commis d'office volontaires spécialisés en matière de soins sans consentement. Les avocats sont désignés par le bâtonnier, à tour de rôle, au titre de la commission d'office. Les permanences s'effectuent par jour d'audience ; la liste est communiquée par avance au greffe du JLD.

Les contrôleurs ont noté que le tableau de l'ordre des avocats au barreau de Dijon n'était affiché nulle part dans l'établissement. Dans sa réponse, le directeur ajoute : « *Ni les textes réglementaires, ni le protocole de "coordination des procédures judiciaires et contrôle des mesures de soins psychiatriques sans consentement" signé par le président du TGI, le directeur de l'établissement et l'ARS, n'exigent cet affichage. Dans l'article 7 du protocole précité, "intervention obligatoire de l'avocat", il est cependant indiqué que "le directeur tiendra à la disposition des patients l'annuaire des avocats du barreau de Dijon qui lui sera transmis par le bâtonnier". Aussi, l'annuaire des avocats est désormais mis à la disposition des patients, au bureau des soins sans consentement, dans toutes les unités fermées du CH ainsi qu'auprès de la responsable des affaires juridiques chargée des relations avec les usagers* ».

Une copie de la procédure est généralement faxée à l'avocat avant l'audience mais certaines pièces peuvent ne pas être remises avant ; tel est notamment le cas pour les réquisitions et observations éventuelles du ministère public, qui ne sont parfois transmises au JLD que la veille ou le jour même de l'audience.

Les avocats volontaires suivent deux fois par an une formation organisée par le barreau de Dijon. Il a été indiqué qu'ils étaient très au fait des arcanes de la procédure et que de nombreuses mainlevées avaient été soulevées et obtenues dans les premiers mois ayant suivis l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011. Ces ordonnances de mainlevée ont incité le directeur de l'établissement à engager un avocat représentant l'hôpital, présent depuis trois ans à toutes les audiences du JLD dès lors qu'un patient en SPDDE y est convoqué. Cette décision a été prise « *afin d'équilibrer le débat et d'apaiser les tensions. L'avocat peut répondre aux questions du juge qui s'interroge sur le fonctionnement de l'hôpital* ». Les contrôleurs ont pu observer qu'à l'audience cet avocat ne se contentait pas de répondre aux questions éventuelles du magistrat mais qu'il plaidait chaque dossier avant l'avocat du patient, donnant ainsi aux débats une connotation contentieuse peu compatible avec l'esprit de la loi du 5 juillet 2011.

Dans sa réponse, le directeur déclare : « *La loi du 11 juillet 2011 n'a pas créé qu'une simple audience devant le JLD mais bien une audition au cours de laquelle tous les moyens de droits peuvent être évoqués aux fins d'annulation d'une décision. Aussi, dans le cadre du contentieux devant le JLD, le CH La Chartreuse est tout à fait justifié à se faire représenter à l'audience pour défendre ses droits. En effet, conformément à l'article 19 du code de procédure civile, "les parties choisissent librement leur défenseur soit pour se faire représenter, soit pour se faire assister suivant ce que la loi permet ou ordonne". A noter qu'en 2014, sur 545 mesures d'admissions en soins sans consentement (SDDE et SDRE), seules 2 % des mesures ont été levées* ».

Une demande d'aide juridictionnelle est systématiquement établie après chaque audience par l'avocat commis d'office et transmise au bureau d'aide juridictionnelle accompagnée d'une « attestation relative aux déclarations faites à l'audience par la personne hospitalisée sous contrainte sur sa situation familiale et économique ». Cette attestation est remplie par le greffier au cours de l'audience en fonction des réponses apportées par les patients aux questions posées par le magistrat. La décision du bureau d'aide juridictionnelle intervient généralement deux mois après l'audience ; selon les informations fournies, plusieurs patients dont le niveau de ressources était supérieur au plafond se sont vus adresser des notes d'honoraires alors même qu'ils ne souhaitaient pas être assistés à l'audience mais que la loi le leur impose. Le bâtonnier n'ayant pas donné suite aux sollicitations des contrôleurs, ceux-ci n'ont pu obtenir de précisions sur ce point pas plus que sur le fonctionnement du barreau de Dijon relatif aux audiences devant le JLD.

Le parquet n'est jamais représenté à l'audience ; il se contente de réquisitions écrites

jointes aux dossiers. Pour autant, un magistrat est spécialement affecté à ce type de dossiers.

Les relations entre l'hôpital – personnels administratifs et médecins –, d'une part, et la juridiction, d'autre part, sont jugées de bonne qualité. Depuis 2013, une journée d'échanges « psychiatrie et justice » est organisée chaque année au sein du CHS.

3.10.2.2 Les locaux

Les audiences du juge des libertés et de la détention se tiennent au sein de l'hôpital, dans une salle réservée à cet effet située au rez-de-chaussée d'un pavillon du secteur 7. Cette salle est fléchée depuis l'entrée de l'établissement.

La salle d'audience est signalée au moyen d'une plaque fixée au mur dans le couloir. On y accède en traversant la salle d'attente, de 20 m², équipée de huit chaises et dont les murs blancs sont nus à l'exception des délégations de signatures de l'établissement et du CHU de Dijon, scotchées sur un des murs.

La salle d'audience, d'une surface de 33 m², est lumineuse, éclairée notamment par trois grandes fenêtres. Elle est meublée d'une grande table rectangulaire destinée au juge et au greffier.

Le local de 8 m² réservé aux avocats est accessible depuis la salle d'audience après avoir franchi une porte équipée d'un fenestron carré. Cette pièce est aveugle mais bien éclairée au moyen d'un plafonnier ; elle est meublée d'une table rectangulaire et de trois chaises.

La salle des délibérés ouvre sur la salle d'audience ; d'une surface de 13 m², elle est dotée de trois tables, de quatre chaises et d'une armoire. Elle est équipée d'un ordinateur, d'un téléphone et d'un fax.

3.10.2.3 Les mainlevées

Une dizaine de mainlevées sont prononcées tous les ans ; dix en 2012, neuf en 2013, dix en 2014 et une en 2015 au moment du contrôle.

Les contrôleurs ont entendu un certain nombre de propos, tenus tant par la direction de l'hôpital que par les magistrats, laissant penser que le contrôle du juge était unanimement perçu comme un simple contrôle de la régularité à l'exclusion de tout contrôle du bien-fondé de la mesure, et que le rôle de chacun (administration, psychiatre, juge) n'était pas nécessairement clairement établi. *« Au début ; les juges étaient tentés de lever l'hospitalisation après l'audition des patients mais ils ne le sont plus maintenant » ; « on est là pour vérifier que la situation décrite dans les certificats médicaux colle avec l'état de la personne ; et dans 98% des cas ça colle, le reste du temps c'est que le dernier certificat est ancien par rapport à la date d'audience » ; « il n'y a pas de maintien ou de retenue sans fondement, les psychiatres savent ce qu'ils font ; on lève uniquement pour des motifs procéduraux ».*

Les contrôleurs ont obtenu communication de dix ordonnances de mainlevées prononcées par le JLD de Dijon entre le 19 mars 2014 et le 15 février 2015 : les huit prononcées pour des raisons procédurales sont à effet immédiat ; les deux autres ont un effet différé, c'est-à-dire qu'elles prennent *« effet dans un délai maximum de 24 heures afin qu'un programme de soins puisse le cas échéant être établi ».*

Ces mainlevées ont été ordonnées pour les raisons suivantes :

- à huit reprises pour des questions d'ordre procédural :
 - dans cinq cas, la mainlevée est justifiée par des irrégularités dans la procédure de notification des droits, qu'elle soit intervenue trop tardivement (trois cas) ou que l'acte de notification ne comporte pas la signature du patient ;
 - dans le sixième cas, la procédure est entachée par une irrégularité affectant la

- demande du tiers qui ne justifie pas de relations antérieures à la demande de soins lui donnant qualité pour agir dans son intérêt ;
- dans le septième cas, le JLD n'a pas été saisi dans le délai de huit jours imposé par la loi ;
 - dans le dernier cas, le patient était admis sur décision du représentant de l'Etat. Le psychiatre participant à la prise en charge avait préconisé la mainlevée de la mesure que le préfet n'a pas suivie, l'estimant trop prématurée. L'ordonnance précise : *« attendu que la réponse négative exprimée par Monsieur le Préfet de la Côte-d'Or à la proposition formulée par le docteur X et notifiée au centre hospitalier la Chartreuse le 11 juillet dernier au soir aurait dû entraîner une demande immédiate faite par le Directeur de l'établissement d'examen de la patiente par un deuxième médecin, devant se prononcer à son tour sur la nécessité de l'hospitalisation complète, dans un délai maximal de 72 heures, à compter de la décision du représentant de l'Etat (...) il n'appartient nullement à l'autorité administrative et notamment au directeur de l'établissement d'accueil d'apprécier s'il devait ou non saisir un second médecin psychiatre pour avis sur cette question »* ; l'absence de désignation d'un second médecin a entraîné la mainlevée de la mesure ;
- à deux reprises, parce que le maintien en hospitalisation sans consentement n'était pas justifié :
- ainsi, une mainlevée a été ordonnée, en l'absence de caractérisation de péril pour la santé du patient. En effet, *« l'existence de troubles de l'humeur, qualifiés de légers à l'admission de la patiente, n'a pas été suivie d'un diagnostic précis ni quant à leur ampleur ni quant à leur origine ; ces troubles n'empêchent en tout état de cause Madame X de poursuivre les soins à l'extérieur »* ;
 - enfin, dans le dernier cas, le patient consentait désormais aux soins. *« [...] attendu que, si l'état de santé de Monsieur X nécessite la poursuite de soins, l'hospitalisation complète n'est plus justifiée au regard de l'existence du consentement du patient à ces soins qui se traduit par l'acceptation d'une hospitalisation libre et d'une posture prochaine »*.

3.11 La visite des autorités

Les visites annuelles de la commission départementale des soins psychiatriques ainsi que celles du procureur de la République sont annoncées par avance – une dizaine de jours avant pour le magistrat. Un fax est adressé par le bureau des soins sans consentement aux unités, qui se chargent d'informer les patients.

Les demandes de rendez-vous sont possibles.

Selon les informations fournies, le JLD n'a jamais visité les unités d'hospitalisation, et le président du TGI ne se déplace jamais à l'établissement, *« faute de temps »*, a-t-il été précisé.

Les différentes visites relevées sont les suivantes :

- 21 janvier 2015 : visite de la CDSP ;
- 27 novembre 2014 : visite du vice-procureur.

3.12 Le contrôle de la commission départementale des soins psychiatriques

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) est composée de six membres :

- deux psychiatres ;
- un magistrat ;
- deux représentants d'associations agréées ;
- un médecin généraliste.

La commission a prévu de se réunir cinq fois au cours de l'année 2015. Elle se rend deux fois par an au CHS. Elle visite les unités fermées, examine le registre de la loi, les certificats médicaux initiaux et ceux de plus d'un an.

Globalement, les membres de la commission n'ont pas relevé de dysfonctionnement au niveau de la tenue du registre de la loi et des dossiers administratifs ; ils relèvent pour 2014 que « *certaines notifications des décisions du directeur ne sont pas signées par les patients* ».

Une de ses dernières observations concerne la situation d'un patient suivi en programme de soins, pour lequel le psychiatre référent a demandé, à plusieurs reprises, une mainlevée de la mesure. En l'absence de mise en œuvre par le directeur de l'examen du patient par un second psychiatre, la mesure de soins reste maintenue. Afin de dénouer la situation, la commission préconise qu'un autre psychiatre, du service ou hors service, soit requis pour constater l'état de santé du patient (Cf. *supra* chap. 3.10).

Les patients sont toujours informés préalablement du passage des membres de la commission. Pourtant, il a été précisé que, depuis 2011 et l'intervention du JLD au sein du CHS, leurs demandes d'entretien étaient en nombre très réduit (aucune en 2014).

3.13 La traçabilité sur le registre de la loi du respect de la procédure

Les agents du bureau des soins sans consentement tiennent deux types de registres ¹¹: l'un pour les admissions en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE), l'autre pour celles effectuées sur décision du directeur (SPDDE), c'est-à-dire les admissions à la demande d'un tiers, demandes en urgence et procédures dites de péril imminent.

3.13.1 Le registre recensant les mesures d'admission en SPDRE

Les contrôleurs ont examiné plus précisément le registre sur lequel il est indiqué au marqueur noir « SPDRE, 1277 à » ; la date d'ouverture de ce registre n'est pas précisée sur la première page mais la première mesure enregistrée concerne une admission du 8 novembre 2014. Le 10 avril 2015, jour de la visite, ce registre était renseigné des folios 1 à 27 inclus, la dernière admission enregistrée datant du 7 avril.

11 « Dans chaque établissement mentionné à l'article L. 3222-1 est tenu un registre sur lequel sont transcrits ou reproduits dans les vingt-quatre heures :

1° Les nom, prénoms, profession, âge et domicile des personnes faisant l'objet de soins en application du présent chapitre ;

2° La date de l'admission en soins psychiatriques ;

3° Les nom, prénoms, profession et domicile de la personne ayant demandé les soins ou une mention précisant que l'admission en soins a été prononcée en application du 2° du II de l'article L. 3212-1 ou de l'article L. 3212-3 ;

4° Les dates de délivrance des informations mentionnées aux a et b de l'article L. 3211-3 ;

5° Le cas échéant, la mention de la décision de mise sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice ;

6° Les avis et les certificats médicaux ainsi que les attestations mentionnés au présent chapitre ;

7° La date et le dispositif des décisions rendues par le juge des libertés et de la détention en application des articles L. 3211-12 et L. 3211-12-1 ;

8° Les levées des mesures de soins psychiatriques autres que celles mentionnées au 7° ;

9° Les décès ».

Au titre des visas des autorités, il est mentionné :

- celui du vice-procureur, le 27 novembre 2014, qui n'a fait aucune observation ;
- celui du président de la CDSP, en date du 21 janvier 2015, qui a simplement précisé « RAS ». Or, le 30 janvier, dans sa lettre de compte-rendu de visite adressée au directeur de l'établissement, le président de la CDSP précise « *s'agissant des registres de la loi mis à notre disposition, si ceux-ci sont bien tenus, la commission attire votre attention sur les renseignements à inscrire sur la 1ère page de chaque folio, dans le cadre prévu, pour une meilleure clarté dans la consultation des registres (date de la levée de la mesure, mesures de protection, interventions JLD : date et dispositif...)* ».

Outre les manquements signalés dans ce courrier, d'autres indications prescrites par les dispositions de la loi du 5 juillet 2011 n'apparaissent pas sur le registre :

- les dates des notifications des décisions d'admission et de maintien ainsi que celles relatives à la situation, aux droits et voies de recours ne sont jamais indiquées dans aucun des deux registres. Les bordereaux de notification ne sont pas collés sur les pages du folio comme les contrôleurs le constatent souvent ;
- sur la première page de chaque folio, côté gauche, l'identité et les coordonnées du patient sont bien précisées mais rarement sa profession. Dans sa réponse, le directeur signale : « *La profession du patient n'est pas toujours connue et difficile à obtenir* ».

Par ailleurs, il est difficile d'identifier le cas particulier des personnes détenues, dès cette première page ; aucune indication (comme les références de l'article D. 398 du code de procédure pénale) n'est portée. Dans sa réponse, le directeur déclare : « *Dès lors qu'un patient est un détenu, l'information "actuellement patient détenu maison d'arrêt" est systématiquement tracée sur le premier folio du registre pour chaque patient concerné et l'adresse de la maison d'arrêt est inscrite dans le registre* ». Ce n'est pas ce qu'ont constaté les contrôleurs.

Les arrêtés municipaux et préfectoraux ainsi que les différents certificats médicaux sont collés sur les pages suivantes du folio. La présentation en est claire et lisible.

3.13.2 Le registre recensant les mesures d'admission en SPDDE

Les contrôleurs ont également examiné le registre en cours « SDDE 29934 à » ; la première admission enregistrée date du 10 février 2015 ; le registre était renseigné – au jour de la visite – jusqu'au folio n° 97 inclus.

In fine, l'index est renseigné et précise le type de mesure d'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers :

- cinquante-huit selon la procédure normale ;
- treize en procédure dite d'urgence ;
- vingt-six selon la procédure dite du péril imminent.

Dans sa lettre citée plus haut, le président de la CDSP regrette que « *certaines décisions du directeur relatives aux mesures SDDE péril imminent ne précise pas les démarches entreprises afin de rechercher un tiers* ». A la suite de ces remarques, l'hôpital a élaboré un nouveau document joint à la procédure précisant les démarches effectuées pour rechercher et informer les proches.

Comme dans le registre relatif aux admissions en SPDRE, il n'existe aucune information relative aux mesures de protection juridique.

3.14 Les sorties

3.14.1 Les sorties dans l'enceinte de l'établissement

Le protocole relatif aux soins sur décision du représentant de l'Etat – élaboré par le bureau des soins sans consentement et la juriste de l'établissement après l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011 – précise que « *l'autorisation de sortie dans l'enceinte de l'établissement doit être autorisée par le directeur. Elle nécessite obligatoirement l'accompagnement de deux soignants ou, cas exceptionnel dûment circonstancié, par un seul soignant. Elle est demandée par un certificat médical adressé au directeur* ». Ce paragraphe est écrit en rouge dans le protocole.

Ces exigences, qui ne reposent sur aucune prescription légale, ont été posées par le directeur de l'établissement pour des raisons sécuritaires ; l'ouverture du parc sur l'extérieur et donc le risque de fugue sont invoqués pour justifier ces consignes. Il en résulte l'impossibilité absolue pour les patients hospitalisés sur décision du représentant de l'Etat de sortir seuls dans le parc quand bien même leur état de santé l'autoriserait selon l'avis du psychiatre participant à la prise en charge. Par ailleurs, il a été indiqué par des soignants que ces exigences étaient préjudiciables à la prise en charge thérapeutique des patients, les offres de soins pratiquées en dehors de l'unité étant considérablement limitées par la nécessité de détacher deux soignants à l'accompagnement du patient. « *Plus de souplesse et plus de confiance amélioreraient les projets thérapeutiques de nos patients* ».

De surcroît, selon les témoignages recueillis, le directeur de l'établissement ferait preuve de la plus grande frilosité pour autoriser ces sorties accompagnées et de nombreuses demandes resteraient sans réponse de la direction malgré les relances des médecins.

Dans sa réponse, le directeur signale : « *Les sorties dans le parc sont adaptées aux demandes et aux besoins des patients. Afin de réduire la stigmatisation, le parc de l'établissement est volontairement ouvert sur la cité ce qui complique la nécessité d'une certaine prudence dans le respect des règles d'accompagnement des patients en soins sans consentement, notamment les patients SDRE. Il est cependant à noter que les demandes de sorties dans l'enceinte de l'établissement pour les SDRE sont très rares (une ou deux dans l'année)* ».

3.14.2 Les sorties des patients en SPDRE en dehors de l'établissement

Les autorisations de sortie accompagnées de moins de 12 heures et de sorties non accompagnées d'une durée maximale de 48 heures sont consignées sur des formulaires actualisés après la loi du 27 septembre 2013. A l'exception de leurs titres, ces deux formulaires de décision du directeur sont identiques ; ils comportent le même article 2 qui précise : « *la sortie doit se réaliser dans les conditions indiquées dans le certificat médical, et notamment les conditions de l'accompagnement prescrit doivent être respectées* » alors même que les sorties d'une durée maximale de 48 heures sont non accompagnées. Dans sa réponse, le directeur indique : « *Le formulaire comportait effectivement des inexactitudes ; il a été rectifié depuis sous forme d'un nouveau formulaire. Notre décision de sortie non accompagnée précise désormais dans l'article 2 : "La sortie doit se réaliser dans les conditions indiquées dans le certificat médical"* ».

Lorsque le patient a été admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat, l'établissement transmet à la préfecture les éléments d'information relatifs à la demande d'autorisation ; sauf opposition écrite du préfet, la sortie peut avoir lieu.

Il peut se déduire du texte de l'article L.3211-11-1 du code de la santé publique que le préfet ne peut imposer à l'établissement de conditions supplémentaires : « *Le représentant de l'Etat ne peut imposer aucune mesure complémentaire* ». Or, selon les informations fournies, la préfecture impose une progressivité des conditions d'accompagnement pour les sorties de moins de 12 heures, autorisant d'abord celles encadrées par deux soignants puis un seul et enfin par un membre de la famille. Par ailleurs, il a été précisé que le représentant de l'Etat s'opposait parfois à une sortie de moins de 48 heures la jugeant prématurée.

3.14.3 Exemple d'une situation justifiant une adaptation

Après une hospitalisation prolongée au cours de laquelle elle était restée un an en UMD, une personne est suivie en SPDRE avec un programme de soins à domicile ; ce programme de soins doit être maintenu dans la durée pour réduire les risques de rupture thérapeutique. De plus, du fait de la décompensation d'une pathologie associée, elle est hospitalisée en unité fermée, conservant le statut de SPDRE alors même qu'elle est demandeuse des soins hospitaliers et que cet épisode en lui-même ne justifierait pas une hospitalisation sans consentement.

Dans ce contexte, l'hospitalisation ne pouvant se faire que sous le statut de SPDRE, il apparaît que les contraintes imposées à la personne ne sont pas adaptées à la réalité clinique.

4 LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION

4.1 Les conditions matérielles de vie communes à tous les secteurs

4.1.1 La restauration

Les repas sont fabriqués dans une cuisine centrale au sein de l'établissement. Ils sont livrés en liaison chaude au self du lundi au vendredi et en liaison froide aux unités de soins, à l'exception des potages livrés en container isotherme. Il est servi environ 600 repas à midi et 450 le soir et les jours fériés. Le coût « matière » par repas est de 2,35 euros. Le personnel, représentant 26 ETP, travaille à la cuisine sur une plage horaire différente selon les postes de travail mais comprise entre 6 h et 16 h du lundi au vendredi.

Les menus sont réalisés en lien avec les deux diététiciennes de l'établissement, sur chacune des quatre saisons. Dix-huit menus différents sont ainsi réalisés prenant en compte les prescriptions médicales, les restrictions culturelles et les goûts des patients. En effet, les patients hospitalisés sont invités à faire connaître, au début de leur hospitalisation, le ou les aliments qu'ils n'aiment pas ; un produit de même famille alimentaire viendra en substitution au moment de son apparition dans le menu du jour.

La distribution des repas se fait de façon variable selon les unités d'hospitalisation, le plus souvent servis dans une assiette avec une attention plus ou moins importante pour la présentation et parfois laissés dans la barquette individuelle.

Globalement, la satisfaction des patients et des personnels est plutôt bonne sur la qualité des repas, comme l'indiquent les questionnaires de sortie ou les échanges avec quelques patients.

4.1.2 L'hygiène

4.1.2.1 L'entretien des locaux

Le nettoyage des unités est assuré par les agents des services hospitaliers (ASH).

L'entretien et le nettoyage des parties communes, des bureaux des médecins et des bâtiments administratifs sont assurés par le service central de nettoyage et d'hygiène (SCNH). Le responsable du SCNH supervise une équipe de dix-sept agents présents du lundi au vendredi de 6h30 à 13h36. L'hôpital est réparti en quatre blocs ; trois agents assurent quotidiennement l'entretien d'un bloc. Outre l'entretien quotidien des locaux, les agents réalisent un bio-nettoyage dans le bloc médical, permettant ainsi de réduire, voire de supprimer, les micro-organismes afin d'éviter des contaminations ou des infections par des maladies nosocomiales.

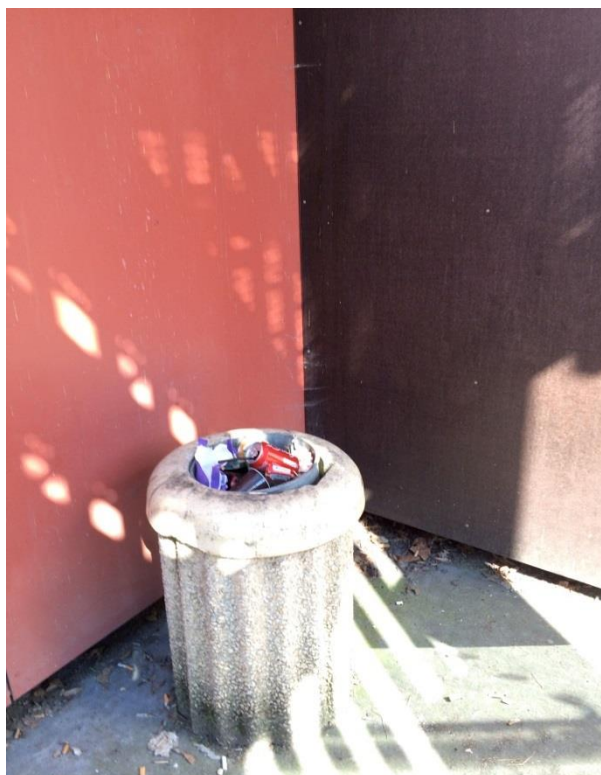
Lors de leur visite, les contrôleurs ont constaté que l'entrée et les baies vitrées de certaines unités étaient dans un état de saleté déplorable. Le responsable du SNCH, qui a repris ce poste récemment, a expliqué que la société extérieure en charge de l'entretien des baies vitrées n'était pas intervenue depuis plus de trois ans. Aujourd'hui, cette société n'est plus opérationnelle et aucune entreprise n'a pu prendre la relève.

Dans sa réponse, le directeur déclare :

« Concernant l'état des vitres : tous les vitrages accessibles au personnel de l'établissement sont entretenus par ces derniers, ASH ou personnel du service central de nettoyage (SCNH). Les vitres qui sont très hautes et ne sont accessibles que par nacelle sont prises en charge par une société privée qui, à l'occasion de son passage, nettoie en outre la totalité des vitrages de l'établissement. Les contrôleurs relèvent que celle-ci n'intervient plus depuis trois ans : cette information n'est valable que pour une toute petite partie des surfaces vitrées hautes concernées (verrières du bâtiment CEP7, vitrages coulissants du centre de documentation etc...). Suite au rachat du fournisseur, titulaire du marché, par une deuxième société, celle-ci a refusé d'intervenir, jugeant le marché insuffisamment rentable et, suite à une mise en demeure datant de mai 2015, le travail de nettoyage non réalisé est en cours de réalisation progressive et se terminera le 31 août.

Concernant l'état de propreté des entrées de service : les poubelles et cendriers équipant les entrées des services sont vidés trois fois par semaine et les menus déchets et mégots aux abords des pavillons sont ramassés selon la même fréquence. Entre deux passages, il semble normal qu'un certain nombre de déchets soient présents dans et autour des réceptacles prévus à cet effet ».

Les contrôleurs réfutent cet argument et précisent qu'il convient de prévoir, s'agissant d'un lieu de soins, les modalités permettant de garantir la propreté des locaux et de leurs abords.



L'entrée d'une unité de soins

4.1.2.2 L'entretien du linge

L'entretien du linge hôtelier et professionnel est pris en charge par le CHU de Dijon.

L'entretien du linge des patients est assuré par les proches (Cf. livret d'accueil). Pour les patients isolés, il est effectué au sein de la buanderie du CHS. Quatre agents, dont un responsable, sont présents du lundi au vendredi de 7h30 à 16h.

La laverie est constituée de quatre locaux :

- une pièce dédiée à la réception des sacs de linge sale ;
- un sas doté d'un lavabo, où on accède depuis la partie sale et où sont positionnées deux machines à laver, d'une capacité de 13 kg chacune, encastrées dans un mur permettant ainsi de récupérer le linge nettoyé dans la partie propre ;
- une pièce de réception du linge propre, comprenant deux tables de tri ainsi que des tables de pliage et deux séchoirs ;
- une pièce de tri du linge propre dans laquelle se trouve également le matériel informatique.

Le linge sale est déposé par les aides-soignants des unités, par les agents des services de transport et de logistique ou par les familles et les tuteurs. Il est nettoyé dans les 48 à 72 heures. L'entretien est gratuit.

Le linge déposé pour la première fois à la buanderie est étiqueté par les agents. Selon les propos recueillis, « *ce processus est chronophage, d'autant plus que certains patients dont la durée de séjour est courte, ne font nettoyer leur linge qu'une seule fois* ».

Il a été indiqué également que le personnel soignant n'effectuait pas le tri entre le linge à étiqueter et le linge qui nécessite d'être lavé. Les agents affectés à la buanderie ne disposent pas de temps suffisant pour réaliser cette opération. En conséquence, le linge est parfois égaré. A terme, il est prévu que la buanderie ne prenne en charge que le linge en provenance des unités spécialisées et les unités de long séjour.

200 kg de linge sont nettoyés chaque jour ; le linge des unités tels que les bandeaux de lavage et les pyjamas appartenant à l'hôpital est également traité à la buanderie.

Certaines unités disposent de lave-linge, dont il a été dit aux contrôleurs que la pérennité n'était pas garantie ; dès à présent, toute machine en panne n'est pas remplacée. Dans sa réponse, le directeur précise : « *Il existe encore une dizaine d'unités qui possèdent un lave-linge ; ceux-ci sont réparés le plus souvent par les services techniques* ».

La buanderie ne dispose pas de réserve de linge destinée aux personnes sans ressources ; il a été précisé que chaque unité possédait son propre stock. Dans sa réponse, le directeur signale : « *Il existe une importante réserve de linge à la laverie. Il peut s'agir notamment de vêtements de résidents ou de patients, retrouvés sans identification dans le circuit interne du linge par les personnels de la laverie, ou encore de dons. Ces vêtements sont stockés dans des chariots à la laverie, à disposition des services* ».

4.1.3 La communication avec l'extérieur

4.1.3.1 Le téléphone

Le livret d'accueil du CHS remis aux patients indique : « *une cabine téléphonique est accessible au public en face du Puits de Moïse. La plupart des chambres sont équipées de téléphone ; un code d'accès peut vous être attribué au bureau des admissions. Les communications sont à votre charge. Pour l'ouverture d'une ligne, adressez-vous au Bureau des admissions du lundi au vendredi de 8h à 18h. L'utilisation de votre téléphone portable est réglementée : il convient de vous reporter aux règles de vie de votre unité* »

En pratique, les téléphones portables sont autorisés dans toutes les unités sous deux réserves : ne pas utiliser l'appareil pour prendre des photos, ne pas avoir d'interdiction pour raison médicale prescrite par le médecin.

Les chambres disposent en règle générale d'un téléphone fixe ou d'une prise permettant d'en brancher un. Si les appels sortants sont payants et nécessitent l'ouverture de la ligne comme indiqué *supra*, le personnel soignant est en général bienveillant avec les patients sans ressources suffisantes et accepte de leur passer les appels entrants, voire des communications vers l'extérieur.

4.1.3.2 Le courrier

Le service du courrier est assuré deux fois par jour dans chaque unité par le vaguemestre de l'établissement.

Aucune boîte aux lettres n'est accessible aux patients en soins sans consentement, qui doivent remettre leurs courriers au personnel soignant. Dans sa réponse, le directeur précise : « *Une boîte aux lettres est disponible aux deux entrées de l'établissement (une, boulevard Chanoine Kir et une, rue du Faubourg Raines), à moins de 500 m des abords de l'établissement. Elles sont disponibles pour les patients en hospitalisation libre* ». Le constat des contrôleurs concerne évidemment le cas des personnes en soins sans consentement qui ne sont pas autorisées à sortir de l'enceinte de l'établissement.

Cartes postales, papier à lettre et timbres peuvent être achetés au niveau de la cafétéria.

Le personnel fournit, si besoin ponctuellement, papier à lettre et enveloppes aux personnes démunies, l'affranchissement étant assuré gracieusement par l'établissement.

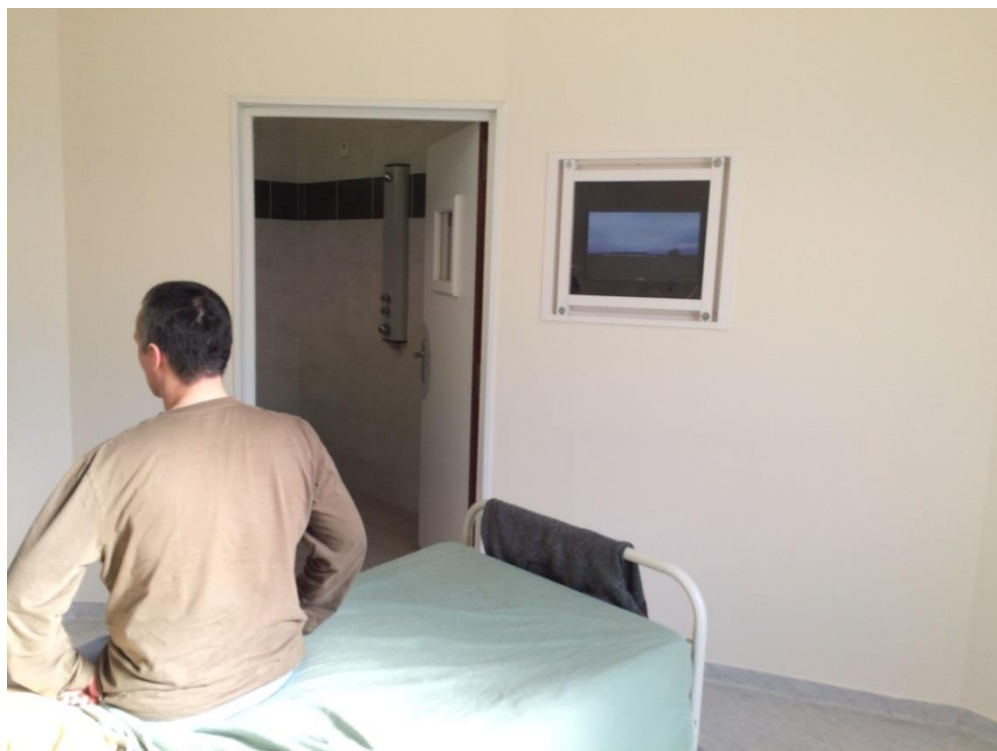
4.1.3.3 La télévision

Les téléviseurs personnels ne sont pas autorisés et il n'est pas possible d'en louer. Cependant, toutes les unités disposent d'une ou deux salles de télévision équipées.

Chaque unité fixe dans son règlement de vie les horaires et modalités de fonctionnement de ces salles. En règle générale, l'accès est autorisé jusqu'à 22h ; des exceptions peuvent être autorisées en cas de programme particulier.

Les patients peuvent choisir eux même le programme regardé, une télécommande étant à leur disposition.

Les chambres d'isolement rénovées disposent d'un téléviseur protégé.



Une chambre d'isolement et son téléviseur

4.1.3.4 L'informatique et l'accès à internet

Aucun accès internet « collectif » n'est prévu. Exceptionnellement, sous leur responsabilité, particulièrement pour usage professionnel et après accord du médecin, les patients peuvent utiliser leur ordinateur personnel.

En pratique beaucoup de patients utilisent leur téléphone portable pour se connecter à internet.

4.1.3.5 Les visites

Sauf contre-indication médicale, les visites sont autorisées tous les jours de 14h à 18h – en pratique, jusqu'à l'heure des repas, soit 18h45. Selon les unités, les patients peuvent recevoir leurs visiteurs dans leur chambre ou dans des salons spécialement prévus à cet effet à l'entrée de leur unité, voire dans un bureau exceptionnellement mis à disposition.

Il est regrettable que les horaires de visite ne soient pas clairement précisés pour l'ensemble des unités et que des informations soient discordantes selon les sources d'informations et / ou les unités ; voir par exemple l'affichage devant les deux unités du secteur 5 (Cf. *infra* chap. 4.2.1.3.3).

Les mineurs ne sont pas acceptés dans les unités mais le sont dans les salons lorsqu'ils existent ou à la cafétéria.

4.1.4 L'argent des patients

La régie de l'établissement, gérée par le service de protection juridique, est une délégation du trésorier principal de la trésorerie des hôpitaux située au CHU de Dijon. La régie est ouverte aux patients le lundi de 14h à 16h, le mercredi de 9h30 à 11h30 et le vendredi de 14h à 16h.

Seules les personnes hospitalisées à l'établissement et bénéficiant d'une mesure de protection juridique par l'hôpital peuvent y déposer leur argent et venir le retirer.

L'argent des autres patients – sans mesure de protection ou sous mesure de protection d'un organisme extérieur – peut y être temporairement déposé dans l'attente d'être transféré par la régisseuse à la trésorerie du CHU, où des retraits d'espèces peuvent être effectués. Ces patients peuvent également conserver leur argent avec eux ou le confier aux équipes soignantes, selon des procédures propres à chaque unité.

Des chèques de retraits sont disponibles dans les unités d'hospitalisation ; remplis par le personnel soignant et signés par le cadre de santé et le patient, ils permettent à ce dernier de venir retirer des espèces à la régie du service des tutelles. Lors du versement, une pièce comptable attestant de la remise des espèces est signée par le patient ou la personne désignée sur le chèque pour procéder au retrait.

Au début de l'année 2014, une régie itinérante a été mise en place afin d'apporter directement leur argent aux majeurs protégés dans l'incapacité de sortir de leurs unités. La régisseuse en titre se déplace tous les mardis matin dans les unités.

Les unités d'hospitalisation adressent par fax, au plus tard le lundi soir, une « commande d'espèces auprès du service de protection juridique pour la régie itinérante » qui précise notamment le montant de la commande et la cause de la demande (trois items peuvent être cochés au choix : patient hospitalisé sous contrainte, empêchement physique ou particulière vulnérabilité). Si le patient ne peut recevoir directement son argent de la régie itinérante il est alors remis au cadre de l'unité.

Le mardi 7 avril 2015, la régie itinérante a délivré des espèces à vingt-six patients.

4.1.5 L'accès aux lieux collectifs

Les lieux collectifs sont le parc, la cafétéria, le gymnase et le terrain de football.

Dans sa réponse, le directeur indique : « *Un projet de création d'un centre intersectoriel d'activités à médiations multiples (CIAMM) est à l'étude depuis le deuxième semestre 2014 pour une mise en œuvre en 2015 afin de diversifier l'offre d'activités* ».

Les patients qui sont autorisés, accompagnés ou non par un soignant, à sortir de leur bâtiment d'hébergement se rendent principalement à la cafétéria. La gestion de cette dernière est exercée par quatre agents hospitaliers qualifiés qui assurent une ouverture 7 jours sur 7, 365 jours par an. Ces professionnels sont assistés par des patients – quatorze au cours de la semaine de contrôle – qui participent à l'animation du bar.

La cafétéria est ouverte de 9h à 11h45 et de 13h30 à 17h45 aux patients autorisés, à leur famille, aux professionnels de l'établissement mais aussi à toute personne extérieure. Elle constitue un lieu d'échanges et de convivialité particulièrement apprécié par les patients.

Les prix pratiqués sont : petit café (40 centimes), grand café (50 centimes), sirop (35c), diabolo (55c), sodas de 33cl (1 euro), gâteaux et friandises (à partir de 80c).



La cafétéria

L'accès au gymnase et au terrain de football est organisé par l'équipe des « activités physiques et sportives adaptées » (APSA), pilotée par un cadre supérieur de santé et un infirmier. Au gré des départs et des arrivées des soignants, l'équipe de sport adapté compte en moyenne chaque année trente encadrants pour les activités sportives.

Ces dernières comportent :

- un éveil corporel ;
- des randonnées ;
- des jeux de raquettes ;
- des rencontres « *autour d'un ballon de football* » ;
- des activités aquatiques ;
- des activités d'escalade sur un mur artificiel.

La finalité de ces activités est de « *développer sa condition physique, éprouver du plaisir, se valoriser, tisser des liens sociaux et apprendre à gérer sa frustration et ses émotions* ».

Au regard de leur charge de travail, les soignants rencontrent des difficultés à se détacher des unités de soins pour accompagner les patients aux activités sportives : trente-cinq séances ont dû être annulées en 2013 par manque d'encadrants disponibles. Cependant, 2 497 prises en charge ont été réalisées en 2013.

4.1.6 La sécurité

L'établissement ne dispose pas de système de vidéosurveillance ni d'équipe de sécurité ; il a été signalé aux contrôleurs que des caméras, qui existaient aux entrées, ne fonctionnaient plus depuis plusieurs années. Au moment de la visite, un cahier des charges pour la mise en place d'un dispositif de vidéosurveillance avait été rédigé. « *Des caméras seront installées au niveau de chaque entrée ainsi qu'au niveau du service des tutelles, dès l'automne 2015* ».

« *Le CHS étant classé "établissement recevant du public" (ERP) de 4ème catégorie, l'équipe de sécurité n'est pas obligatoire* ». La nuit, des rondes sont réalisées par une société de vigiles.

L'équipe du standard, composée de six personnes, assure une permanence 24h/24 dans un bureau situé à l'entrée principale du CHS.

Le parc est entouré d'une enceinte constituée par endroits de murs ou de bâtiments, ailleurs, d'une simple clôture facile à franchir et, à l'extrémité Sud, par la rivière « l'Ouche », « qui déborde régulièrement, détruisant les murs d'enceinte qui avaient été montés à cet endroit ». Deux entrées sont possibles en voiture ; une est fermée la nuit et l'autre, l'entrée principale, est équipée d'une barrière commandée par la personne assurant la permanence au standard. Les grilles des deux entrées sont fermées dès 22h. La grille de l'entrée principale est également équipée d'un interphone.

« Les pompiers sont à 5 minutes de l'établissement en voiture » ; le standard reçoit les alarmes incendie de l'ensemble du CHS et dispose d'un téléphone en lien direct avec les pompiers. Chaque unité dispose d'un système d'alerte « agression » qui permet de déclencher une alarme dans les deux ou trois unités les plus proches. Par ailleurs, un numéro simple (#1) permet d'alerter le standard, qui voit automatiquement l'origine de l'appel et contacte les unités voisines.

4.1.7 Les transports

L'établissement dispose d'un pool de véhicules (« Kangoo », « Clio », breaks 7 et 9 places) qui sont notamment utilisés lors des déplacements de patients pour des activités à l'extérieur.

Par ailleurs, le bloc médical gère une ambulance, ainsi qu'un minibus et deux « Kangoo » qui peuvent également être utilisés pour les activités à l'extérieur du CHS.

4.2 Les conditions propres à chaque unité

4.2.1 Le pôle A, pôle dijonnais de psychiatrie générale

4.2.1.1 L'unité médicale d'accueil et d'orientation

L'unité médicale d'accueil et d'orientation (UMAO) assure différentes missions :

- un accueil téléphonique 24h/24 pour toute demande ayant un rapport avec la psychiatrie y compris des soutiens psychologiques pour des patients et leurs familles qui connaissent déjà le centre hospitalier et apprécient de pouvoir être entendus par des soignants qui constituent pour eux une référence ;
- une coordination avec les centres médico-psychologiques, les services d'urgence du centre hospitalier universitaire de Dijon, de l'hôpital de Beaune, de la clinique de Chenôve et les médecins libéraux ;
- un premier accueil physique des patients, qui seront ensuite orientés vers les différentes unités – pour 85 % d'entre eux vers les unités des pôles A et B.

Le personnel permanent est composé de :

- un cadre de santé ;
- neuf infirmier(e)s ;
- une assistante médico-administrative ;
- deux agents des services hospitaliers (ASH) qualifiés et une personne en contrat d'insertion.

La nuit, deux infirmiers et un interne sont présents en permanence.

Le personnel est stable : les patients qui ont été déjà admis les reconnaissent et sont rapidement rassurés dès leur admission. Ils acceptent, dans leur grande majorité – 83 % – les soins qui leur sont proposés. Il a été précisé qu’après leur sortie de l’hôpital, des patients téléphonaient régulièrement pour donner de leurs nouvelles et bénéficier d’un échange avec un soignant. Les contrôleurs, qui sont intervenus dans cette unité de jour comme de nuit, ont pu constater la sérénité et la bienveillance qui s’en dégagent malgré un nombre élevé d’admissions.

Chaque patient bénéficie de trois entretiens à son arrivée : un entretien par un infirmier et deux entretiens – l’un psychiatrique et l’autre somatique – par un médecin senior ou par un interne. Au cours de l’entretien infirmier, le professionnel constitue le dossier administratif du patient sur support papier et électronique : certificats médicaux, coordonnées du patient, immatriculation à la sécurité sociale, à une mutuelle, ...

Modes d’arrivée à l’UMAO en 2014 ¹²	Nombre de patients	Pourcentage
De lui-même	594	18,6 %
Amené par l’entourage	492	15,4 %
SAMU 21 (SMUR, Pompiers)	330	10,3 %
Urgences du CHU, du CH de Beaune ou autres	793	24,8 %
Services de médecine, chirurgie, obstétrique	18	0,6 %
Médecins généralistes	459	14,4 %
Psychiatres libéraux	50	1,6 %
Centres médico-psychologiques	293	9,2 %
Hébergement personnes âgées	14	0,4 %
Centres d’hébergement et de réinsertion sociale	25	0,8 %
Autres	129	4 %
TOTAL	3 197	100 %

Au cours de l’année 2014, 3 197 personnes ont été reçues dans l’unité : 32 soit 1 % ont été orientées vers le service d’accueil d’urgence du CHU de Dijon, 674 soit 21 % sont retournées à leur domicile après avoir bénéficié d’une consultation et 2 491 soit 78 % ont été hospitalisées dans l’ensemble des unités d’admission. La grande majorité, 2 069 soit 83 %, ont été admis en soins libres.

En moyenne, 8,75 patients sont accueillis chaque jour, week-ends et jours fériés compris, mais le flux peut-être très irrégulier d’un jour à l’autre et d’un mois à l’autre : 306 passages au mois de janvier et 199 en février 2015. Le taux d’occupation est de 136 %. Des lits d’appoint sont régulièrement installés dans les chambres pour faire face à la sur occupation. Des prises en charge jusqu’à onze patients au cours de la même nuit peuvent être constatées.

La durée du séjour varie entre 2 et 48 heures : à son issue, le patient est accompagné, de jour comme de nuit, dans sa nouvelle unité. Cependant, après minuit, le patient reste à l’UMAO jusqu’au matin afin de ne pas réveiller les patients de sa future structure.

L’unité dispose de trois chambres de 18 m² chacune avec lavabo et WC mais sans douche.

¹² Source : Document de présentation de l’UMAO

En plus des trois chambres, l'unité dispose d'une chambre de soins intensifs qui présente des risques tant pour les professionnels que pour les patients :

- au cours du deuxième trimestre 2014, un patient s'est introduit dans le faux plafond composé de plaques facilement démontables ; il a pu atteindre les fils électriques avec lesquels il a tenté de se blesser ;
- le 4 mars 2015, une patiente a escaladé la porte des toilettes et s'est aussi glissée dans le faux plafond de la chambre en commençant à défaire l'installation électrique ;
- le 13 mars 2015, une patiente a démonté la crémone de la fenêtre et a réussi à enlever une des deux tiges assurant la fermeture ;
- de plus, cette chambre d'isolement ne dispose pas de sas d'entrée : les soignants doivent entrer directement dans la pièce qui ne dispose que d'une seule entrée.

Dans sa réponse, le directeur indique : « *La conformation des lieux ne permet pas de transférer le mode de chambre d'isolement des unités de psychiatrie générale vers l'UMAO. Seule la pose d'un faux plafond non démontable avec luminaires encastrés permettra d'améliorer la sécurité. La sécurisation de cette chambre est prévue dans le plan de travaux et sera effectuée courant 2015* ».

4.2.1.2 Les unités sectorielles du secteur 2

4.2.1.2.1 Présentation générale

L'unité "Van Gogh", unité d'admission fermée des patients domiciliés sur le 2^{ème} secteur de psychiatrie générale, connaît une progression régulière et significative d'activité :

	2012	2013	2014	2014/2013	
Patients admis sans consentement	86	109	124	+ 15	+ 13,76%

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 37,68 jours en 2013 contre 34,7 en 2012.

Depuis deux ans, cette unité connaît une sur-occupation quasi permanente nécessitant d'utiliser de plus en plus fréquemment une salle d'activité – local inadapté à l'hospitalisation – comme chambre (cf. *infra* chap. 4.2.1.2.1.1).

4.2.1.2.1.1 Les locaux

L'unité comporte sept chambres individuelles, six chambres à deux lits, une chambre de soins intensifs et une « cellule ». Cette dernière présente les mêmes caractéristiques que l'autre chambre de soins intensifs avec en plus un sas d'accès et une ouverture sur une petite cour de promenade grillagée, de 15 m² environ, permettant au patient de respirer à l'air libre et de fumer. Les deux chambres de soins intensifs sont équipées chacune d'un téléviseur encastré et protégé. Elles ne disposent pas d'une horloge permettant au patient de se repérer dans le temps.

Toutes les chambres bénéficient d'un cabinet de toilette avec lavabo, douche et WC. Elles sont parfaitement entretenues. L'unité dispose d'une vaste salle de bains.

Une salle d'activité a été transformée en chambre ne comportant ni lavabo, ni douche, ni wc. Cette pièce comporte pour tout équipement un lit pliant, une chaise et une poubelle. Une porte-fenêtre donnant sur la cour des patients expose l'occupant au regard des autres sauf à descendre partiellement le volet roulant et à vivre dans la pénombre. La dernière patiente à l'avoir occupée, récemment sortie, y est restée tout le temps de son hospitalisation (cf. *supra* chap. 3.1.5).



La salle d'activité transformée en chambre

4.2.1.2.1.2 Le personnel

Le pôle A, dont l'unité Van Gogh fait partie, comporte quinze praticiens hospitaliers qui interviennent sur une ou plusieurs unités. Il en est de même pour le cadre supérieur de santé, les dix psychologues, les assistants de service social (2,2 ETP), trois ergothérapeutes et l'adjoint administratif.

Chaque matin et chaque après-midi, un médecin, le cadre de santé, trois infirmières et une aide-soignante sont présents. Mais très vite les différents accompagnements – le suivi d'une patiente à la maternité, l'accompagnement d'un patient à l'extérieur – réduisent l'effectif des soignants. Ainsi, le 10 avril à partir de 10h50, il ne restait plus dans la structure qu'une infirmière et une aide-soignante ; dans ces conditions, le cadre de santé exerçait principalement des fonctions infirmières.

Les patients rencontrés par les contrôleurs ont indiqué voir leur médecin référent régulièrement, une fois par semaine et parfois plus.

4.2.1.2.1.3 Les patients

Au cours de la période de contrôle, vingt-deux patients étaient hospitalisés : quatorze étaient en soins sans consentement et huit en soins libres ; ces derniers avaient donné leur accord par écrit pour rester dans cette unité où ils étaient arrivés alors qu'ils avaient été admis initialement en soins psychiatriques sans consentement.

Le patient arrivé le plus récemment était arrivé depuis cinq jours.

Le plus ancien était hospitalisé depuis trente-deux mois et revenait d'un séjour de deux jours en Belgique accompagné par un infirmier et l'assistante sociale pour visiter un foyer. Il espérait une réponse positive de cet établissement, qui organise de nombreuses activités. L'éloignement géographique ne présentait pas pour lui une contrainte car il n'avait plus de relations familiales.

Quatre autres patients étaient « *médicalement sortants* » mais en attente de la réponse d'une structure adaptée – en général un foyer médicalisé – ou d'une décision de la « maison départementale des personnes handicapées » (MDPH), dont le délai d'orientation est de six mois en moyenne.

Un autre patient, hospitalisé depuis vingt mois, avait été transféré de la prison à l'hôpital sur décision du préfet. Il a indiqué aux contrôleurs qu'il préférerait la prison à l'hôpital, « *parce qu'en prison on a une date de libération ; ici je ne sais pas quand je vais sortir* ». La mesure de soins psychiatriques est maintenue par le préfet au regard des conclusions du rapport d'un expert mandaté par le juge des libertés et de la détention. Le plus difficile pour lui était de voir les autres patients arriver et partir régulièrement sans qu'il puisse se projeter dans l'avenir.

Une patiente qui venait d'accoucher était provisoirement accueillie au CHU : un infirmier était en permanence détaché de l'unité pour compléter sa prise en charge au sein de la maternité, éviter une fugue et observer les relations mère-enfant.

4.2.1.2.2 L'admission dans le bâtiment

Les patients proviennent, pour 85 % d'entre eux, de l'UMAO. Un soignant de cette unité accompagne le patient jusqu'à l'unité "Van Gogh" afin de faire le lien et les présentations.

Le patient est accueilli par un infirmier, parfois deux, qui lui font visiter l'unité et dressent un inventaire de ses objets et valeurs. Ses droits lui sont notifiés par le cadre de santé ou l'infirmier ; en cas de difficultés, il est fait appel à la juriste de l'établissement, qui se déplace pour rencontrer le patient. Le patient arrivant n'est pas hébergé systématiquement dans une chambre de soins intensifs mais majoritairement dans une chambre de soins ordinaires. Il n'est obligé de rester en pyjama les premiers jours que lorsqu'il est placé en chambre de soins intensifs.

Pendant la période de contrôle, tous les patients avaient désigné une personne de confiance.

4.2.1.2.3 Le fonctionnement

4.2.1.2.3.1 La vie quotidienne

Le rythme de la journée est essentiellement marqué par les repas, qui sont très attendus par les patients et dont ils se disent satisfaits.

Le petit déjeuner se déroule entre 8h et 8h45 – 9h le week-end. Le déjeuner suivi d'un café a lieu entre 12h et 13h et le dîner entre 19h et 20h. Les patients peuvent choisir leur place ; le menu de la semaine est affiché dans la salle de restauration. Une tisane avec collation est proposée aux environs de 21h30. Le coucher a lieu à 23h au plus tard.

Le linge doit être lavé par l'entourage mais nombre de patients sont isolés. Un vestiaire particulièrement fourni leur permet de changer de vêtements. Le lavage de leur linge est assuré à l'intérieur de l'unité, qui dispose d'un lave-linge et d'un sèche-linge.

Les portes d'accès à l'unité restent fermées en permanence. De 7h à 23h, les patients ont accès à la cour de l'unité, qui dispose de tables en bois avec des bancs. Les patients, dont la majorité gère librement leur consommation de tabac, peuvent y fumer ; seul le tabac de quelques personnes vulnérables est géré par les soignants dans un souci de protection.

Les relations sexuelles sont interdites à l'intérieur de l'unité mais aucun document n'y fait référence : les patients masculins ne doivent pas pénétrer dans les chambres des femmes et réciproquement. Les chambres des patients restent ouvertes en permanence et ne peuvent être fermées par leurs occupants.

4.2.1.2.3.2 Les communications avec l'extérieur

Les visites ont lieu tous les après-midi : l'unité dispose de deux salles d'entretien pour les familles et les proches des patients. La moitié d'entre eux reçoivent des visites ; les autres n'ont plus de relation avec leur famille. Un des patients qui avaient reçu la visite de ses jeunes enfants souhaiterait que les salles de visite disposent de jeux pour les petits.

Les patients peuvent conserver leurs téléphones portables : ils peuvent aussi demander l'installation d'un poste téléphonique dans leur chambre, qui est câblée à cet effet. Un code d'accès est attribué par le bureau des admissions ; le coût des communications est facturé.

La télévision est accessible aux patients dans une salle dédiée à cet effet. Une radio est à disposition dans une salle d'activité.

Les patients n'ont pas accès à internet sauf à titre exceptionnel ; par exemple, pour consulter son compte bancaire, un patient a pu le faire au bureau du cadre.

Le courrier est expédié et reçu librement.

4.2.1.2.3.3 Les activités

A l'intérieur de l'unité, les patients disposent d'un baby-foot, d'une table de ping-pong et de trois jeux de société. Un petit meuble de bibliothèque comporte onze livres dont un dictionnaire et des hebdomadaires qui ne sont plus d'actualité. Les patients n'ont pas accès à la presse. Une bibliothécaire intervient une fois par semaine au sein de l'unité pour proposer des livres aux patients. L'unité est abonnée au quotidien local « Le Bien Public », comme toutes les unités de l'établissement.

Pendant la semaine de contrôle, cinq personnes sur vingt-deux pouvaient sortir dans le parc. Le lundi, cinq patients avaient bénéficié d'une activité sportive et, les autres jours de la semaine, deux patients seulement. Tous les patients rencontrés ont regretté que le programme des activités ne soit pas plus développé : « *ce sont les repas qui rythment l'activité* ».

4.2.1.2.4 Les soins

Les patients consultés ont indiqué qu'ils voyaient leur psychiatre une fois par semaine et quotidiennement en chambre de soins intensifs.

Le nombre de jours d'isolement est tracé et saisi sur informatique :

Année	2010	2011	2012	2013
Nombre de jours d'isolement	377	317	149	185

La contention reste exceptionnelle : elle a été pratiquée une seule fois depuis le début de l'année 2015.

4.2.1.3 Les unités du secteur 5

Le secteur 5 dispose de six psychiatres : trois praticiens hospitaliers, un assistant et deux médecins à temps partiel dont un exerce plus spécifiquement à l'unité de gérontopsychiatrie.

Les deux unités dites d'admission du secteur 5 sont situées au rez-de-chaussée pour l'unité fermée "Altair" et à l'étage pour l'unité "Cassiopée". En 2014, elles ont accueilli respectivement 155 et 271 patients avec une durée moyenne d'hospitalisation de 46 et 26 jours, ce qui reflète la différence de recrutement de ces deux unités. Les patients relevant du secteur sont parfois hospitalisés dans d'autres unités de soins faute de place dans celles-ci. C'est le cas de quatre patients au jour du contrôle.

4.2.1.3.1 Les locaux

L'architecture assez proche des deux unités est conçue dans un espace rectangulaire le long duquel deux couloirs permettent de séparer trois espaces : deux espaces latéraux où sont positionnés les bureaux dont les deux bureaux médicaux et le bureau du cadre, dans la partie proche de l'entrée et les chambres dans la partie distale, et, au centre de l'unité entre les deux couloirs, le bureau infirmier, les salles de soins infirmiers, puis après un couloir traversant, les espaces de jour, la salle télévision, les sanitaires et la salle de bain, la lingerie, le local avec le matériel d'entretien, la buanderie avec – à "Altaïr" – lave-linge et sèche-linge. Un escalier de secours et un ascenseur desservent les deux unités dans la partie distale donnant accès à un quai de livraison.

Le bureau infirmier est une salle spacieuse, largement vitrée, positionnée à l'entrée de chacune des deux unités. Trois pièces en enfilade sont dédiées à la pharmacie, aux prélèvements ou injection et aux soins.



Salle d'activités "Altaïr" avec puits de jour

La grande salle d'activité "d'Altaïr", de 40 m², bénéficie d'un puits de jour.

Les chambres sont spacieuses et lumineuses ; chaque chambre dispose d'un cabinet de toilette avec douche et sanitaire. Elles sont équipées de téléphone mais pas de télévision.

4.2.1.3.2 Le personnel

L'unité "Cassiopée" dispose d'une équipe de 10,6 ETP d'infirmiers de jour, et de trois infirmiers et deux aides-soignants la nuit, garantissant la présence de deux soignants chaque nuit. Le jour du contrôle, trois infirmiers étaient présents le matin et trois autres l'après-midi plus un infirmier présent toute la journée – il commence à 9h et finit à 16h30.

L'équipe soignante de l'unité "Altaïr" est composée de dix-sept infirmiers, sans aucun aide-soignant, qui couvrent les 24 heures. Le jour du contrôle trois infirmiers étaient présents dans l'unité.

Les deux unités disposent de plus de quatre ASH.

Une art-thérapeute intervient à mi-temps et une musicothérapeute le lundi matin, dans les deux unités.

4.2.1.3.3 Le fonctionnement

Ces deux unités ont un fonctionnement globalement comparable pour ce qui concerne les principales règles de vie. A l'admission, un livret d'accueil est systématiquement remis ainsi que le document précisant les « Règles de vie dans l'unité », qui est spécifique à chaque unité – celui du pavillon fermé est en cours de révision. Si l'on comprend que le caractère fermé de l'une et ouvert de l'autre induit des règles différentes sur certains aspects, il est étonnant que des points comme, par exemple, les horaires de visite ne soient pas cohérents entre les deux unités alors même que l'on peut être hospitalisé successivement dans l'une puis l'autre.

La liberté de recevoir des visites est la règle sauf pour les détenus et sur prescription médicale explicite dans le dossier; les visites se déroulent soit dans un des salons dédiés à cet usage à l'entrée de l'unité "Altair" ou à l'étage pour "Cassiopée", soit à l'extérieur de l'unité sous réserve que la personne ne soit pas contrainte de rester dans l'unité du fait de sa situation médico-administrative, l'autorisation pour sortir dans le parc étant très difficile à avoir pour les patients en soins sans consentement. Si les modalités de visite sont comparables il est étonnant de constater que les panneaux signalétiques indiquant leurs horaires sur la porte des deux unités sont légèrement différents : 14h à 18h30 pour "Cassiopée" et 14h à 19h pour "Altair". Les visiteurs ne pénètrent donc pas, sauf situation tout à fait exceptionnelle, dans ces deux unités de soins.

Le port des vêtements personnels est privilégié sauf pour les patients en chambre de soins intensifs. Aucune personne hospitalisée n'était en pyjama pendant le déroulement du contrôle.

L'usage du téléphone portable est libre sauf pour les personnes détenues, avec clairement énoncée la règle de l'interdiction de prendre des photos pour éviter toute diffusion d'image d'autres personnes hospitalisées. Il est explicité que les téléphones doivent être éteints pendant les temps de repas et les temps d'activités thérapeutiques à "Cassiopée" et pendant les repas et la nuit à "Altair".

L'utilisation d'un ordinateur portable n'est possible qu'après accord du médecin et exclusivement dans la chambre. Il n'y a d'accès à internet ni pour les patients ni pour les soignants, mais il est possible pour le cadre, les médecins et les assistants sociaux.

Chacune des deux unités dispose d'une salle de télévision, qui est fermée à 23h.

Un affichage précise dans chaque unité, pour chaque demi-journée, quels sont les médecins présents. Leurs noms, comme ceux du cadre de l'unité, des psychologues et des assistants sociaux, figurent dans le document « Règles de vie ».

La répartition des suivis de patients se fait, entre les psychiatres, selon deux critères : patient déjà connu d'un médecin et, si ce n'est pas le cas, affectation à tour de rôle. Les patients hospitalisés sont vus par un psychiatre au moins une fois par semaine et le cas échéant à la demande des infirmiers ou du patient.

Des activités de musicothérapie et d'art-thérapie sont accessibles pour les patients des deux unités sur la base du volontariat ; le cas échéant, elles font l'objet d'une recommandation lors de la synthèse hebdomadaire. Les activités de sport adapté font l'objet d'une prescription formalisée.

Les patients sont examinés sur le plan somatique le premier jour à l'arrivée dans l'unité ; par la suite, ils sont vus régulièrement à leur demande ou à celle des infirmiers ou en fonction de résultats d'examen par l'interne ou le senior qui passent quotidiennement.

Le suivi des projets de soins est fait en synthèse de façon hebdomadaire et il n'y a pas à proprement parler de réunion institutionnelle ; les médecins du service se réunissent entre eux une fois par mois et avec les cadres, les psychologues et les assistantes sociales également une fois par mois.

Les objets personnels de valeur qui sont mis au coffre aux services des tutelles sont transférés au CHU au bout de quelques jours.

4.2.1.3.4 L'unité "Altair"

Il s'agit de l'unité fermée du secteur 5.

Elle dispose de dix-neuf lits répartis dans cinq chambres à deux lits et neuf chambres individuelles classiques ; de plus, elle dispose d'une chambre de soins intensifs ainsi que d'une chambre sécurisée destinée notamment à accueillir les détenus – qui, par principe, ne sont jamais hospitalisés dans une autre chambre – et respectivement nommées dans l'unité, chambre d'isolement et cellule. La chambre de soins intensifs ne dispose d'aucun sas d'entrée et n'est pas équipée de téléviseur. Au contraire la chambre sécurisée est équipée d'un téléviseur placé derrière une vitre sécurisée ; le cabinet de toilette est accessible depuis le sas et depuis la chambre. Ces deux chambres sont le plus souvent occupées et, le jour du contrôle, la chambre dite sécurisée était occupée par un patient en soins libres.

L'unité dispose de deux salons destinés aux visiteurs, accessibles depuis le sas d'entrée du pavillon. Une musique d'ambiance diffuse dans l'unité.

Les locaux apparaissent globalement propres mais la salle à manger nécessiterait un entretien plus approfondi. Certains mobiliers, comme les fauteuils, apparaissent dégradés.



Cour et salle à manger de l'unité Altair

Vingt-et-un patients étaient présents au moment du contrôle dont six patients en soins sans consentement : cinq en SPDT (quatre hommes et une femme) et une femme en SPDRE, suivie depuis longtemps en programme de soins et réadmise le 28 février 2015. Quinze patients étaient donc en soins libres ; ils avaient tous formalisé leur accord pour être dans une unité fermée et disaient en accepter les règles de vie. Toutefois il est apparu qu'un patient qui souhaitait être accueilli en unité ouverte et ne pouvait être transféré à "Cassiopée", y connaissant à titre privé un médecin, poursuivait son hospitalisation en unité fermée sans qu'une alternative fut proposée malgré ses demandes itératives.

Dans sa réponse, le directeur précise : « *Un transfert vers un autre pôle a pu être organisé dès lors qu'une place s'est libérée* ». Les contrôleurs maintiennent cependant leur remarque : l'alternative à l'hospitalisation en service ouvert n'a pas été une priorité et le transfert, si il a

été réalisé – ce qui n’a pas été le cas pendant toute la semaine du contrôle – n’a pas été fait aussitôt que possible.

Sauf cas particulier validé en synthèse, les sorties de l’unité ne sont possibles que l’après-midi, même pour les patients en soins libres.

Toute prescription d’isolement est revue au minimum toutes les 24 heures ; d’après les informations enregistrées, pendant l’année 2014, dix-neuf patients ont été « isolés » pour un total de 205 jours. Si toute mesure de contention est bien tracée dans le dossier de la personne, il n’existe pas de traçabilité globale des mesures de contention au niveau de l’unité. Les prescriptions d’isolement et / ou de contention ne font pas l’objet d’un travail systématique de revue de dossier. Le matériel de contention peut rester sur le lit alors même que son usage n’est pas requis depuis plusieurs jours.



Matériel de contention resté fixé au lit

Les contrôleurs ont rencontré un patient en SPDT qui était toujours hébergé en chambre d’isolement alors qu’après une phase d’isolement effectif, son état de santé s’était nettement amélioré ; il n’y disposait pas de prise électrique, rendant impossible l’écoute de son appareil à musique alors même que c’était une de ses activités de prédilection. Dans sa réponse, le directeur indique : « *Le patient était effectivement en chambre d’isolement car son état de santé était fluctuant et, de fait, il avait besoin de temps à autres d’être isolé pour faire baisser les phases maniaques. Par ailleurs, aucune autre chambre n’étant disponible à ce moment-là, le patient est donc resté dans cette chambre* ».

4.2.1.3.5 L’unité “Cassiopée”

Cette unité dispose de douze chambres à un lit, quatre chambres à deux lits et une chambre à un lit avec un lit d’appoint en permanence, ce qui signifie en clair une chambre à deux lits avec un cabinet de toilette prévu pour une chambre seule.

L’unité est dotée de deux terrasses fermées de part et d’autre de l’aile : une est localisée au-dessus de la salle à manger de l’unité “Altaïr” ; l’autre surplombe pour partie la cour de cette même unité et est le plus souvent fermée pour éviter les communications et projections vers la cour sous-jacente. La terrasse ouverte ne l’est que jusqu’à 23h comme stipulé dans les règles de vie mais peut être ouverte à la demande, ce qui ne favorise pas l’autonomie des patients.



Terrasse et espace de convivialité de l'unité Cassiopée

Au-delà des locaux décrits ci-dessus, "Cassiopée" dispose d'une salle d'activité, d'une salle de relaxation et d'une salle polyvalente, dans l'autre aile du bâtiment, contigüe à la salle à manger que "Cassiopée" partage avec l'unité "Camille Claudel" ; conçue initialement pour développer l'autonomie des patients avec un service sous forme de self, en l'absence d'appropriation de ce projet intéressant par les équipes, cette salle regroupe les patients des deux unités pour un service de repas classique ; cette organisation est perçue comme une contrainte par certains personnels et sans intérêt par certains patients.

Bien que cette unité soit « ouverte » et n'accueille que des personnes en soins libres, la porte de l'unité n'est ouverte qu'à 9 h et est fermée à compter de 18h45. Elle est par ailleurs fermée entre 12h et 14h.

Elle accueille vingt-et-un patients en hospitalisation libre ; aucune contention n'a été utilisée depuis plusieurs années.

Le document « Règles de vie » mentionne pour la cafeteria exclusivement les horaires d'ouverture de l'après-midi – de 14h à 17h30 – sans indiquer ceux du matin alors même que les sorties dans le parc sont autorisées matin et après-midi. Dans sa réponse, le directeur précise : « *Nous avons procédé à la réactualisation de nos règles de vie et indiqué les horaires d'ouverture de la cafétéria le matin* ».

L'unité a participé activement à la manifestation « Itinéraire Singulier » sur le thème de l'écrit.

4.2.1.4 L'unité de gérontopsychiatrie

4.2.1.4.1 Présentation générale

Les deux secteurs dijonnais ont mutualisé leurs ressources pour développer un projet spécifique de réponse aux besoins de prise en charge psychiatrique des personnes âgées tant en ambulatoire que dans la prise en charge hospitalière.

C'est une unité d'admission fermée de court séjour, de dix-huit lits, pour personnes âgées de plus de 65 ans, présentant des troubles psychiatriques.

De fait, le jour du contrôle, elle disposait de dix-neuf lits, dont un dit supplémentaire, répartis dans treize chambres :

- six chambres individuelles avec douche et sanitaire, dont une, spacieuse, est devenue une chambre à deux lits du fait du lit supplémentaire ;
- deux chambres individuelles avec douche et sanitaires en commun ;
- cinq chambres à deux lits avec sanitaire et deux lavabos.

En 2014, elle a accueilli 154 patients.

4.2.1.4.2 Les locaux

L'unité est située au rez-de-chaussée d'un bâtiment implanté entre l'UMAO et les unités du secteur 5.

Globalement l'unité présente la forme d'un "L" orienté Nord-Sud :

- les chambres se répartissent le long d'un couloir sur la petite barre du "L";
- l'autre barre du "L", plus large, héberge ;
 - o en son centre : le séjour ;
 - o sur la face Est : successivement le bureau infirmier, la salle de soins, le bureau médical, le bureau du cadre ;
 - o sur la face Ouest, une véranda, sur toute la longueur du bâtiment, qui est dédiée, pour sa partie proximale, à l'unité d'hospitalisation –utilisée comme salle de détente – et, pour l'autre partie, à l'hôpital de jour "Le Cantou", installé dans la partie distale du bâtiment tout en communiquant aisément avec l'unité d'hospitalisation.



Salle de séjour et salle à manger de l'unité de gérontopsychiatrie

La partie commune à ces deux ailes accueille l'espace ouvert – constitué par le séjour, un petit séjour et la salle à manger qui donne accès à la cour –, ainsi que la cuisine, un local technique, la lingerie et un sanitaire. On y accède par deux entrées munies de sas, chacune disposant d'une sonnette.

Une des entrées donne sur la salle de séjour principale, pièce pivot de l'unité de près de 100 m², qui communique directement avec la salle à manger et le couloir desservant les chambres, et sur laquelle donne le poste infirmier – très largement vitré – et les locaux de soins. Ce séjour est meublé principalement par de nombreux fauteuils et quelques tables basses ; le téléviseur y est le plus souvent allumé ; s'y trouve également une fontaine à eau. C'est un lieu de vie où se retrouvent souvent les patients. De cette pièce très ouverte et lumineuse, on accède aisément à la cour de l'unité en traversant la salle à manger. Ainsi, la configuration architecturale, avec des fenêtres donnant vers le sud et vers l'ouest, garantit la luminosité de ces espaces de jour, la contrepartie étant une température très élevée en période estivale.



La cour de l'unité de gérontopsychiatrie

La cour, arborée, est fréquentée y compris au moment des visites.

La cuisine, qui communique naturellement avec la salle à manger, est investie au moins une fois par semaine pour un atelier cuisine.

Les chambres sont spacieuses et dotées pour chacun des patients d'un lit, surmonté d'un éclairage, avec à proximité immédiate un système d'appel accessible, d'une table de nuit, d'un fauteuil et d'un placard qui ferme à clé – la clé est conservée par la personne hospitalisée. Les fenêtres disposent de volets électriques actionnables par les personnes âgées. Si le vasistas peut être ouvert à la demande, les fenêtres ne sont jamais ouvertes quand la chambre est accessible ; elles sont ouvertes au moment du ménage matinal, période pendant laquelle les chambres ne sont pas accessibles. Les personnes hospitalisées ne disposent pas des clés des chambres. Les salles de bain se ferment grâce à un verrou intérieur.

Globalement le mobilier est en bon état mais certains sont abimés et une plus grande réactivité serait nécessaire pour y remédier – par exemple absence de tiroir pour une table de nuit (Cf. photo ci-dessous).



Chambres à deux lits de l'unité de gérontopsychiatrie et un sanitaire avec deux lavabos

Le repérage spatial et temporel des personnes hospitalisées est facilité par une décoration des portes des chambres avec des images différentes représentant des animaux (coccinelle, chat...) et une horloge bien visible dans le couloir.



Le lit d'appoint dans la salle de détente

Pour des raisons conjoncturelles, pour une nuit, au moment du contrôle, le lit d'appoint n'a pas été positionné dans une chambre seule mais dans la salle de détente, qui communique avec l'hôpital de jour et n'offre pas les commodités notamment en matière de sanitaire.

L'unité dispose d'une salle de bains et d'une pièce où sont entreposés un lave-linge, un sèche-linge et des vêtements susceptibles d'être donnés aux patients qui en sont démunis.



L'entrepôt des vêtements disponibles pour les patients démunis

Un matelas à air à pression alternée a été loué pour répondre aux besoins spécifiques d'une patiente hospitalisée.

Dans le séjour, un panneau d'affichage vitré surmonte la fontaine à eau. Y sont apposés :

- la charte de la personne hospitalisée ;
- une fiche précisant les modalités d'hospitalisation dans le service ;
- les horaires de la cafétéria ;
- les interlocuteurs auxquels on peut s'adresser dans l'établissement avec les modalités pour adresser une réclamation et plus spécifiquement les noms des médecins, du cadre infirmier et de l'assistante sociale qui peuvent être joints dans l'unité.

Un second panneau indique, outre les règles de vie de l'unité, les coordonnées de l'aumônerie, de la maison des usagers, et invite à se rendre au café Alzheimer.

4.2.1.4.3 Le personnel

Deux médecins psychiatres, un médecin somaticien qui dépend du bloc médical et un interne assurent le suivi médical des patients hospitalisés dans cette unité.

En outre l'équipe de jour est composée d'un cadre infirmier, de neuf infirmiers, de quatre aides-soignants et de quatre agents de services hospitaliers ; elle bénéficie régulièrement de la présence des infirmiers du pool de remplacement quand ces derniers ne sont pas sollicités par ailleurs. Deux assistantes sociales et un psychologue interviennent également dans l'unité.

Les plannings de l'équipe de jour sont faits avec trois mois d'avance et garantissent la présence minimale dans l'unité de deux infirmiers et un aide-soignant de jour. La nuit deux agents sont présents dont au moins un infirmier.

Des soins de kinésithérapie sont aisément accessibles pour ces patients au sein de l'unité de soins de longue durée (USLD) implantée sur le site hospitalier.

4.2.1.4.4 Les patients

A la date du contrôle, dix-sept patients étaient hospitalisés, tous en soins libres ; il peut arriver que des hospitalisations sans consentement se déroulent dans cette unité et c'est le cadre de santé, ou l'infirmier en son absence, qui explicite ses droits au patient concerné.

La majorité des séjours sont de l'ordre de trois semaines à un mois, pour des adaptations de traitement ou des séjours de rupture ; certains patients restent plus longtemps notamment quand leur hospitalisation correspond à la fin du maintien à domicile et qu'une alternative doit être trouvée en matière d'hébergement. A titre exceptionnel, au moment de la visite, une patiente était hospitalisée depuis cinq ans. Au total la durée moyenne d'hospitalisation est de 42 jours.

La moyenne d'âge des patients sur l'année est de 79 ans ; à titre exceptionnel un patient dépendant de 48 ans était hospitalisé depuis le 12 février 2015 en attente d'un hébergement adapté dans une structure médico-sociale.

4.2.1.4.5 Le fonctionnement

Une check-list d'entrée précise l'ensemble des éléments d'information à donner –livret d'accueil, règlement intérieur de l'unité qui doit être signé par le patient – et à demander à la personne qui arrive dans l'unité. Une gommette apposée sur le tableau récapitulatif des patients présents permet d'identifier ceux qui sont hospitalisés sans leur consentement.

Il a pu être vérifié que la démarche prévue de désignation de la personne de confiance était bien faite.

Après inventaire, les affaires personnelles que le patient ne souhaite pas conserver dans sa chambre sont déposées dans le coffre de l'unité ou dans un casier personnel situé dans le

bureau des soignants. Les sacs à main sont déposés au-dessus d'un placard dans ce même bureau.

Conformément au règlement intérieur de l'unité, elle est fermée, mais les patients peuvent théoriquement sortir à la demande, des restrictions pouvant être apportées explicitement dans le projet de soins du fait principalement de troubles cognitifs importants ou d'éléments suicidaires. En pratique, les patients ne peuvent souvent pas quitter le pavillon seuls. Les familles sont éventuellement incitées à proposer des sorties dans le parc et les professionnels proposent parfois aux patients de les accompagner dans leurs déplacements à la cuisine centrale ou à la pharmacie par exemple.

Les chambres ne sont pas équipées de téléphone. Les patients qui disposent d'un téléphone portable peuvent le conserver ; au moment de la visite, un patient demandait aux infirmiers à le remettre chaque soir dans son casier. Toutefois, la majorité des patients ne disposent pas d'un portable et utilisent gratuitement le téléphone sans fil du service, qui dispose de deux postes et deux lignes sans compter celui du bureau médical et celui du cadre.

La journée est organisée à partir de 6h30 en cas de soins ou de prélèvements biologiques et de 7h45 en cas de soins de nursing. Les repas sont servis dans la salle à manger entre 9h et 9h30 pour le petit déjeuner, à midi et à 18 h45. Un goûter avec une boisson est servi vers 16h et une tisane est servie à la demande dans les chambres vers 21h.

L'entretien du linge personnel est principalement réalisé par les familles. Après marquage du linge, cela peut être assuré par la lingerie de l'hôpital ; de plus, cette unité est équipée du matériel pour laver et sécher le linge ce qui permet d'être réactif aux besoins des personnes hospitalisées et apparait tout à fait pertinent.

Les visites sont possibles de 14h à 18h mais les contraintes des visiteurs sont prises en compte ; si globalement il est dit que tous ont des visites, une analyse plus fine montre que huit des dix-sept patients, soit la moitié, n'en avaient pas au moment du contrôle.

Le suivi psychiatrique des patients est assuré par les deux médecins psychiatres, chacun assurant plus spécifiquement la prise en charge régulière de la moitié de la patientèle ; ils garantissent la continuité des suivis. Le suivi somatique est fait par un médecin du bloc médical, qui intervient quotidiennement dans l'unité et examine systématiquement tous les patients à leur admission. L'équipe médicale est complétée d'un interne. Les consultations médicales se font le plus souvent en présence de l'infirmier. La personne est vue par les médecins qui vont la suivre dans le service le jour de son admission puis à la demande des infirmiers ou des patients voire de façon programmée. Les médecins sont facilement accessibles aux familles.

Une réunion de synthèse hebdomadaire en présence de la psychologue, de l'assistante sociale et avec les deux psychiatres permet de faire un suivi rapproché de l'avancée des projets de soins. Si les prescriptions médicales sont informatisées depuis longtemps, le dossier infirmier ne l'est que depuis le début du mois de mars 2015.

Sur prescription, certains patients peuvent accéder aux activités de jour mises en place dans les locaux contigus du "Cantou" et, selon les situations, dans des logiques récréatives, de stimulation cognitive ou d'évaluation des capacités avant un retour à domicile. Aucun patient n'était concerné par cette activité au moment du contrôle. Par ailleurs, diverses activités sont proposées, comme le scrabble ou des activités manuelles, et, au moins une fois par semaine, un atelier cuisine avec la possibilité d'adapter les repas en lien avec la cuisine centrale dans le cadre d'un projet sur l'alimentation.

Comme c'est la règle dans le service, il est précisé que tout patient avec une contention

au lit est dans une chambre dont la porte est fermée par les soignants.

4.2.2 Le pôle B, pôle Côte-d'Or Sud de psychiatrie générale

4.2.2.1 Les unités du secteur 4

Le secteur 4 comprend deux unités d'hospitalisation, "Schotte" et "Bellevue".

L'unité "Bellevue" est une unité ouverte de vingt-et-un lits, qui n'accueille que des patients en hospitalisation libre, ne dispose pas de chambre de soins intensifs ni de chambre d'isolement et au sein de laquelle aucune mesure de contention n'est pratiquée. Il a été indiqué que, lorsque l'état d'un patient nécessitait le recours à une mesure de contrainte, il était alors transféré au sein de l'unité "Schotte" ou dans une autre unité fermée en cas d'absence de place.

Pour ces raisons, l'unité "Bellevue" n'a pas été visitée par les contrôleurs.

"Schotte" est l'unité fermée du secteur susceptible d'accueillir des patients en soins sans consentement. La porte d'accès principale au pavillon est munie d'un interphone relié au bureau infirmier ; son ouverture nécessite l'intervention d'un membre du personnel, tout comme celle de la seconde porte, située quelques mètres plus loin dans le couloir d'accès au reste de l'unité. L'unité est hébergée au rez-de-chaussée d'un pavillon de deux niveaux ; les locaux du premier étage, en travaux au moment de la visite, hébergent habituellement l'unité "Bellevue".

4.2.2.1.1 Les locaux

La capacité théorique de l'unité "Schotte" est de dix-neuf lits répartis dans cinq chambres individuelles et sept chambres doubles, auxquels il faut ajouter une chambre d'isolement et une chambre dite « sécurisée ». Les locaux sont propres, dans un état d'usure modérée ; la décoration est minimaliste, seules quelques rares reproductions agrémentent couloirs et salles communes.

4.2.2.1.1.1 Les chambres

Les chambres individuelles, toutes situées dans la même aile, ont une surface variant de 11 à 15 m². Leur mobilier est constitué d'un lit, un placard dont les patients peuvent conserver la clé, un fauteuil – ou une chaise – et une table de chevet ou un bureau. Les lits sont surmontés d'une liseuse, à l'exception de la chambre 231 dans laquelle il a été arraché. Les vitres des fenêtres qui donnent sur les allées de l'hôpital sont dépolies, afin de préserver l'intimité des patients, et verrouillées ; au-dessus de chaque fenêtre, un vasistas peut être ouvert par les soignants pour permettre l'aération. Les fenêtres de toutes les chambres sont munies de volets roulants actionnables par les soignants.

La chambre dite « sécurisée » est exclusivement équipée d'un lit scellé et d'un placard ; sa porte est percée d'un œillette. La porte de la chambre voisine a été équipée d'un fenestron pouvant être obstrué par un volet en bois.

La chambre d'isolement, de 12 m², précédée d'un sas, est située dans l'aile abritant les chambres doubles. Elle est uniquement équipée d'un lit scellé ; une armoire mobile peut y être installée lorsque la chambre n'est pas occupée par un patient détenu. La fenêtre, donnant sur le jardin de l'unité, est barreaudé, verrouillée et ses vitres dépolies. Des sanitaires ouvrant sur la chambre et sur le sas sont équipés d'une douche, de wc et d'un lavabo surmonté d'un miroir. Dans l'unité "Schotte" le terme « cellule » n'est pas employé.

Les chambres à deux lits ont une surface de 20 m². Leurs fenêtres dotées de voilages donnent toutes sur le jardin de l'unité ; elles peuvent s'ouvrir entièrement, leurs vitres ne sont

pas dépolies. Les chambres sont équipées du même mobilier que les chambres individuelles mais doublé ; cependant, il n'existe qu'un seul bureau pour deux patients.

Aucune des portes des chambres de l'unité ne peut être verrouillée de l'intérieur par les patients.

Les chambres sont toutes équipées de trois boutons d'appel – un près de la porte d'entrée, un à proximité du lit et un dans la salle de douche – reliés au bureau infirmier et aux récepteurs portatifs des soignants.

4.2.2.1.1.2 Les sanitaires

Toutes les chambres sont équipées de sanitaires comportant une douche, un lavabo avec miroir et tablette (doublé dans les chambres à deux lits), et un wc. Leurs portes sont munies d'un verrou. L'accès aux sanitaires est libre tout au long de la journée.

L'unité dispose également d'une salle de bains – équipée d'une baignoire, d'une cabine de douche, d'un lavabo et d'un wc – à laquelle les patients peuvent avoir accès à tout moment après en avoir sollicité l'ouverture auprès d'un membre du personnel.

4.2.2.1.1.3 Les espaces communs

Les espaces communs destinés aux patients sont les suivants :

- deux salles de visite des familles, de 18 m² chacune, sont situées à l'entrée de l'unité ; elles sont communicantes et accessibles depuis le tronçon de couloir placé entre les deux portes d'accès à l'unité fermées à clé. Les visiteurs ne pénètrent donc jamais à l'intérieur de l'unité. La première est meublée de plusieurs fauteuils et d'une table basse, la seconde de chaises et d'une grande table ; cette pièce sert également de salle de réunion. Ces deux salles de visite ne sont pas décorées et manquent de convivialité. De l'autre côté du couloir, des sanitaires sont réservés aux visiteurs ;
- une salle de jeux et d'activité, de 30 m², comporte un baby-foot, une table ronde, deux tables rectangulaires, trois chaises, deux fauteuils dont un de relaxation et un meuble contenant des jeux de société ;
- une salle à manger, de 60 m²) comporte six tables dont une ronde, vingt-cinq chaises, un buffet et une commode ; l'office communique avec la salle à manger par une porte. La salle à manger ouvre sur la cour ;
- une salle de télévision, de 20 m², comporte, en plus du poste, une console Wii – hors d'usage depuis deux mois au moment de la visite – dix fauteuils et deux tables basses ;
- une salle de sport, de 20 m², comporte une table de ping-pong, deux vélos d'appartement et une fontaine à eau ;
- une salle de massage est équipée d'une table de massage et d'une chaise de massage assis ;
- une salle d'ergothérapie, de 20 m², est dotée d'un lavabo, de deux tables, de trois meubles de rangement, d'un porte manteau et de fournitures d'art plastique.

4.2.2.1.1.4 La cour

La cour est un espace clos de grillages d'une surface de 900 m², arboré et en partie engazonné. Y sont disposés deux tables de pique-nique équipées de bancs, un kiosque et un cendrier.

L'accès à la cour est libre de 6h30 à 23h.

4.2.2.1.1.5 Les locaux du personnel

Le personnel dispose d'un bureau pour le cadre, de deux bureaux médicaux, d'un bureau infirmier, d'une pharmacie, de deux vestiaires avec douche et wc, l'un réservé aux hommes et l'autre aux femmes. L'unité comporte également divers locaux : une réserve de linge propre, une remise de linge sale, un local de stockage du matériel réservé aux ASH et une pièce abritant le lave-linge des patients.

4.2.2.1.2 Le personnel

4.2.2.1.2.1 Le personnel non médical

L'équipe de jour est ainsi composée :

- un cadre de santé ;
- douze infirmiers ;
- un aide-soignant ;
- six agents des services hospitaliers (ASH) ;
- une assistante sociale à mi-temps ;
- une ergothérapeute à 0,2 ETP ;
- deux psychologues.

L'équipe de nuit est ainsi composée :

- quatre infirmiers ;
- un aide-soignant.

Le personnel présent est, à minima, matin et après-midi, de quatre agents : trois infirmiers, dont au moins un homme, et un ASH. L'aide-soignant, en service à la journée, est présent cinq jours par semaine. L'équipe présente la nuit est composée au minimum de deux agents dont un infirmier.

4.2.2.1.2.2 Le personnel médical

L'équipe médicale est ainsi composée :

- un praticien hospitalier psychiatre à mi-temps ;
- un assistant à mi-temps ;
- un interne ;
- un interne somaticien à mi-temps.

Le médecin psychiatre référent est présent dans l'unité les lundi, mardi et mercredi matins et les jeudi et vendredi après-midi. L'assistant est présent les autres demi-journées. Au moment du contrôle, un second praticien hospitalier était en arrêt longue maladie depuis trois ans.

Un interne consulte cinq jours pleins par semaine.

L'interne somaticien passe matin et après-midi dans l'unité.

Le planning de présence des médecins n'est pas affiché dans l'unité. Dans sa réponse, le directeur indique : « *Nous proposerons de généraliser l'affichage des plannings médicaux et horaires de consultations* ».

Selon les informations fournies, les patients sont reçus en entretien par le psychiatre une fois par semaine sauf les patients au long cours, qui ne sont reçus qu'une fois toutes les deux semaines en moyenne. Un infirmier est toujours présent lors de ces entretiens. Par ailleurs, certains infirmiers conduisent des entretiens formels avec les patients, le plus souvent à la demande de ces derniers.

Les patients ont un psychiatre référent ; il a été indiqué que le changement de médecin était possible mais que les demandes en ce sens étaient très rares. Aucun système d'infirmier référent n'est institué mais, de facto, les compétences ou formations spécifiques de chacun les conduisent à prendre plus spécifiquement en charge certains patients.

Les transmissions journalières se tiennent entre 6h15 et 6h30, entre 13h30 et 14h et entre 20h30 et 21h.

Le lundi, une réunion de synthèse hebdomadaire est organisée entre les médecins de l'unité, la cadre de santé, l'assistante sociale, l'ergothérapeute, les psychologues, le cadre extrahospitalier et un infirmier de l'unité. Elle permet une évaluation collégiale et pluridisciplinaire de prise en charge de chaque patient.

Une réunion de fonctionnement et d'organisation du secteur se tient trimestriellement ; elle rassemble l'équipe médicale et les cadres de santé du secteur.

4.2.2.1.3 Les patients

Au jour de la visite, l'unité comptait vingt-et-un patients dont un patient détenu placé en chambre d'isolement et un patient hébergé dans la chambre dite « sécurisée » :

- seize personnes en hospitalisation libre ;
- une en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE) ;
- deux en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT) ;
- une en soins psychiatriques à la demande d'un tiers, procédure d'urgence (SPDTU) ;
- une en soins psychiatriques en procédure de péril imminent (SPPI).

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

Douze patients avaient désigné une personne de confiance.

4.2.2.1.4 Le fonctionnement de l'unité

Les règles de vie au sein de l'unité sont théoriquement affichées sur la porte des chambres mais, au moment du contrôle, la plupart des exemplaires avaient été arrachés par les patients.

Lors de son arrivée dans l'unité, le patient se voit remettre un exemplaire du livret d'accueil.

4.2.2.1.4.1 L'ouverture et la fermeture de l'unité et des chambres

Ainsi qu'il a été indiqué plus haut, l'unité "Schotte" est une unité fermée. Les patients souhaitant sortir de l'unité doivent faire appel à un personnel soignant pour ouvrir la porte.

Un patient en hospitalisation libre admis dans l'unité doit signer un protocole dans lequel il précise : « *je reconnais avoir été informé(e) et accepte mon hospitalisation en unité fermée, tout en sachant que je conserve les droits attachés à l'hospitalisation libre et que j'accepte les règles de vie de l'unité* ». Selon les informations fournies, les patients doivent respecter les horaires des repas et ne peuvent quitter l'unité après 19h ; outre ces deux limites, la fréquence et la durée des sorties peuvent être contraintes sur prescription médicale dans le cadre du contrat thérapeutique établi oralement entre le patient et son médecin.

Les patients en SPDT peuvent être autorisés à sortir seuls dans l'enceinte de

l'établissement. Tel était le cas, au moment du contrôle, pour le patient en SPDT et celui en SPDTU.

4.2.2.1.4.2 Les biens personnels

Lors de son arrivée, le patient est accueilli par un infirmier, qui procède à la vérification de ses effets personnels. A ce stade, aucun inventaire écrit et contradictoire n'est établi. Les patients peuvent conserver dans leur chambre tous types d'objets à l'exception de ceux qui pourraient se révéler dangereux, lesquels sont alors déposés dans des casiers individuels situés dans le bureau infirmier. Il n'existe pas de vestiaire commun permettant d'entreposer les effets personnels des patients.

Au moment de l'accueil, les patients sont invités à signer un document d'information « *sur les biens déposés dans l'établissement par les malades reçus en hospitalisation complète* » qui précise que les sommes d'argent, titres, valeurs, objets précieux, ... peuvent être déposés auprès du comptable de l'établissement par l'intermédiaire du régisseur du centre hospitalier. Les soignants invitent les patients à remettre ce type de bien à leur famille, à la trésorerie ou à les remettre – uniquement l'argent liquide et les cartes bancaires – à l'infirmier, qui les confiera à la cadre de santé de l'unité. Cette dernière conserve dans son bureau, dans un coffre portatif placé dans une armoire fermant à clé, l'argent et les cartes bancaires – dans une pochette plastique nominative – remis par les patients. L'inventaire non contradictoire de ces biens confiés à la cadre est inscrit dans le dossier de soins infirmiers. Par la suite, les patients peuvent venir retirer de l'argent auprès de la cadre, qui tient à jour un répertoire des dépôts et mouvements sur les « comptes » de chaque patient.

4.2.2.1.4.3 L'hygiène

L'accès aux sanitaires est libre tout au long de la journée. Les rasoirs sont conservés par les soignants et mis à disposition au moment du rasage.

L'entretien du linge personnel des patients peut être assuré par les familles ; à défaut, le linge est entretenu par le personnel soignant dans l'unité, qui est équipée d'un lave-linge. Il a été précisé que le personnel préférerait éviter de confier le linge des patients au service de blanchisserie de l'hôpital en raison des risques de perte. Les majeurs protégés hospitalisés au long cours peuvent bénéficier, avec l'accord du service des tutelles, des prestations de blanchisserie de la société dijonnaise de l'assistance par le travail (SDAT), qui passe une fois par semaine ramasser le linge sale des patients et rapporter le linge propre.

Les ASH assurent pluri quotidiennement le nettoyage des chambres et de l'ensemble des locaux de l'unité.

4.2.2.1.4.4 Les repas

Les repas sont pris en commun dans la salle à manger.

Le petit déjeuner est servi entre 8h15 et 8h45, le déjeuner entre 12h et 12h45 et le dîner entre 18h45 et 19h30. Un café est servi à la fin du déjeuner. Un goûter est proposé uniquement les week-end et jours fériés.

Les menus, « régime normal » et « régime musulman », sont affichés sur la paroi vitrée du bureau infirmier.

Les médicaments sont dispensés dans la salle à manger au moment des repas.

4.2.2.1.4.5 Les relations avec l'extérieur

Les visites ont lieu tous les jours entre 14h et 18h30. Elles peuvent se dérouler dans les salles de visite, à la cafétéria ou dans le parc selon les autorisations de sortie de l'unité. Les visites des enfants sont autorisées sans limite d'âge. Au moment du contrôle, tous les patients pouvaient recevoir des visites.

Les patients conservent avec eux leur téléphone portable sauf prescription médicale le contraindiquant. Des prises téléphoniques sont installées au chevet des lits ; les patients peuvent ouvrir une ligne en s'adressant au bureau des admissions. Cependant, selon les informations fournies, la plupart des prises ne fonctionnent pas. Les patients peuvent également recevoir ou émettre des appels depuis le téléphone sans fil du poste infirmier et s'isoler dans leur chambre afin de préserver la confidentialité de leurs conversations téléphoniques.

Le courrier est libre. Il a été indiqué que papier et enveloppes pouvaient être remis à la demande mais que les patients devaient affranchir leurs correspondances. Le vagemestre passe deux fois par jour dans l'unité déposer et relever le courrier.

4.2.2.1.4.6 Les media, les ordinateurs

Un téléviseur est à la disposition des patients dans la salle de télévision. Les patients peuvent regarder les programmes de début de soirée ; ils doivent avoir regagné leur chambre vers 23h.

La possession d'un ordinateur portable, d'un poste de radio et de matériel pour écouter de la musique est autorisée.

L'unité est abonnée au quotidien local « Le Bien Public », comme toutes les unités de l'établissement.

4.2.2.1.4.7 Le tabac

Conformément à la loi, l'hôpital étant un lieu public, les patients ne sont autorisés à fumer que dans la cour. Les patients conservent leur tabac et leur briquet « *sauf en cas de consommation effrénée* ». Au moment de la visite, deux patients devaient confier leur tabac à l'équipe soignante, qui se chargeait de gérer leur consommation.

Par exception, les patients placés en chambre d'isolement ne conservent pas leurs cigarettes ; ils peuvent fumer dans la chambre après chaque repas et à chaque intervention d'un personnel soignant dans la chambre.

4.2.2.1.4.8 Les activités

Plusieurs activités thérapeutiques et occupationnelles spécifiques à l'unité sont proposées aux patients, sur prescription médicale pour la plupart d'entre elles :

- ergothérapie : deux fois par semaine en séances collectives et individuelles ; deux patients concernés au moment de la visite ;
- cynothérapie : une séance tous les quinze jours ; deux patients concernés au moment de la visite ;
- activité pâtisserie : le dimanche une à deux fois par mois ; activité ouverte à tous les patients, quatre à cinq étant présents habituellement ;
- activité jardin : du printemps à l'automne selon la disponibilité des soignants ; activité ouverte à tous les patients.

Par ailleurs, des jeux de société sont proposés aux patients l'après-midi et des sorties

thérapeutiques – marche, cinéma, restaurant, bowling, musée, achat de vêtements, ... – sont organisées ponctuellement selon les possibilités de service.

Les patients en SPDRE, devant être accompagné par deux soignants pour toute sortie de l'unité, ne peuvent pratiquer aucune activité extérieure à celle-ci par manque de disponibilité du personnel.

4.2.2.1.4.9 L'isolement et la contention

Selon les informations fournies, la mise en chambre d'isolement et la contention s'effectuent toujours sur prescription médicale préalable. Les mesures de contrainte sont réévaluées toutes les vingt-quatre heures.

4.2.2.2 Les unités du secteur 6

Le secteur 6 est l'un des trois secteurs de psychiatrie générale du pôle B prenant en charge la banlieue sud de Dijon et le sud Côte-d'Or. Ce secteur comporte deux unités : une « unité de psychiatrie générale » (UPG), unité fermée et une « unité de la dépression » (UD), unité ouverte. Est associée par ailleurs au secteur 6 une unité de sismothérapie et de recherche sur le sommeil.

4.2.2.2.1 L'unité de psychiatrie générale

4.2.2.2.1.1 Présentation générale

L'unité de psychiatrie générale (UPG) est une unité fermée comportant neuf chambres à un lit, deux chambres d'isolement, cinq chambres à deux lits et une chambre comportant un lit dit « d'appoint ». L'UPG accueille à la fois des patients en hospitalisation libre et des patients sous contrainte. Les admissions directes restent exceptionnelles ; les patients passent, comme c'est la règle pour l'ensemble de l'établissement, par l'UMAO.

4.2.2.2.1.2 Les locaux

L'unité est située au rez-de-chaussée d'un bâtiment accueillant au premier étage l'unité de la dépression. L'accès s'effectue par une porte fenêtrée fermée à clé. Une sonnette permet d'alerter les soignants.

L'entrée s'effectue par un couloir central desservant sur la gauche une salle de séjour comportant un poste de télévision puis une salle à manger et un office, sur la droite deux bureaux. Ce couloir dessert ensuite un hall dans lequel sont positionnés un babyfoot, des chauffeuses avec une petite table et un présentoir avec revues et journaux. Le hall fait office d'agora dans lequel se regroupent et échangent les patients. Un tableau d'affichage y est positionné, sur lequel on note le règlement de vie de l'unité ainsi que diverses informations pratiques. Dans l'un des angles droits du hall se situe un poste infirmier vitré permettant de visualiser le hall et ses accès.

Passé le hall, un premier couloir dessert à gauche une salle de séjour équipée d'un poste de télévision, puis six chambres individuelles – dont une dite « d'appoint » –, une salle de bains et deux locaux de service. Dans le prolongement du couloir d'accès à l'unité, un second couloir dessert dans sa partie droite, outre le poste infirmier indiqué *supra*, une salle de soins, trois chambres individuelles, une chambre double, deux blocs wc. Dans sa partie gauche, ce couloir dessert le bureau de la cadre infirmière, deux chambres d'isolement, quatre chambres doubles, deux salles de bains.

L'ensemble des locaux est bien entretenu, clair et spacieux ; les murs sont peints avec des couleurs apaisantes. Un fond musical est diffusé dans les couloirs et le hall.

Les chambres individuelles sont spacieuses – 15m² –, bien éclairées par une fenêtre, équipées d'un lit de 85 cm de large, d'une table, de deux fauteuils, d'une table de nuit, d'un grand placard encastré. Une « liseuse » est positionnée au-dessus du lit. Chaque chambre dispose d'un cabinet de toilette individuel avec wc et lavabo comportant une tablette et un miroir.

Les chambres doubles sont à l'identique des chambres à un lit mais comportent simplement une surface double – 30m² –, deux fenêtres, deux placards, deux tables de nuit, une table et deux fauteuils.

Les chambres d'isolements, positionnées en début de couloir à proximité du poste de soins infirmiers, d'une surface de 11m², comportent deux entrées faisant sas, une salle de douche avec lavabo, miroir incassable et wc, et une cour de promenade individuelle grillagée. Chaque chambre d'isolement dispose d'un téléviseur protégé. Le lit est fixé au sol ; il n'y a ni table ni siège. Une sonnette permet d'appeler des soignants.

4.2.2.1.3 Le personnel

Outre le médecin psychiatre à temps plein, référent de l'unité, qui assure par ailleurs une consultation hebdomadaire au CMP/CATTP de Beaune, l'équipe est composée de :

- un cadre infirmier ;
- sept infirmiers et sept infirmières;
- une aide-soignante ;
- quatre agents des services hospitaliers.

En journée, trois agents sont présents le matin et trois l'après-midi sur des horaires 6h15-13h51 et 13h15-20h51. Chaque équipe comporte au moins un homme. L'effectif minimum présent est de deux agents.

La nuit est assurée par des équipes dédiées « nuit » composées de deux agents par nuit dont obligatoirement un infirmier (-ière) et un homme. Ce sont les soignants de nuit qui préparent les traitements individuels nominatifs des patients de l'unité pour la journée du lendemain à partir de dotation acheminée en containers par la pharmacie de l'établissement.

4.2.2.1.4 Les patients

A la date de la visite, vingt-et-un patients étaient hospitalisés : onze hommes et dix femmes. Deux patients – un homme et une femme – étaient hospitalisés à la demande d'un tiers, les autres étaient en hospitalisation libre. Aucun patient n'était en chambre d'isolement ; aucun patient n'était sous contention ni « confiné » dans sa chambre.

Le patient le plus âgé, qui avait 78ans était en soins libres ; le patient le plus jeune, qui avait 19 ans, était également en soins libres.

Une patiente âgée de 48 ans était hospitalisée dans l'unité depuis 6 ans, 9 mois et 23 jours en attente de place *ad-hoc* pour sa sortie. Etiquetée « pyromane », aucun établissement d'accueil spécialisé français ne souhaitait l'héberger. Une négociation était en cours avec un établissement en Belgique.

La durée moyenne d'hospitalisation dans l'UPG est de 22,4 jours et la file active de l'année 2014 est 274 patients.

Selon les informations fournies, un nombre non négligeable de lits est régulièrement occupé par des patients justifiant d'une unité ouverte, faute de place disponible sur les unités ouvertes de l'établissement. Dans ces cas, leur consentement pour être hébergé en unité fermée est recueilli sur un document qu'ils signent.

L'UPG peut accueillir des patients détenus, qui sont alors hébergés dans l'une des deux chambres d'isolement, dénommée « cellule ». Lors de la visite des contrôleurs, aucun patient détenu n'était hospitalisé à l'UPG ; il a été indiqué aux contrôleurs que l'UPG n'en avait accueilli aucun au cours des deux mois précédents. Ces patients sont préférentiellement orientés vers l'UHSA de Lyon.

4.2.2.2.1.5 Le fonctionnement

Lors de l'arrivée d'un patient, le règlement de vie, par ailleurs affiché dans le hall de l'unité, lui est remis. Un inventaire contradictoire de ses biens, dont copie lui est remise, est effectué en présence de deux soignants. Les objets de valeurs sont remis à la famille ou peuvent être déposés au service des tutelles.

En cas d'hospitalisation sans consentement, les notifications légales et réglementaires sont effectuées par la cadre de santé de l'unité ou par une infirmière en son absence. Les soignants se disent mal à l'aise et insuffisamment formés pour cette mission. Dans sa réponse, le directeur déclare : « *Des formations aux droits des patients ont été mises en place pour l'ensemble du personnel. Par ailleurs, une réunion d'information a été organisée à l'automne 2014 avec les cadres de santé des unités fermées pour échanger sur le dispositif de notifications, qui a été approuvée par l'ensemble du personnel* ».

Les mises à l'isolement semblent rares ; quatorze patients en 2014 pour un total de trente-quatre jours. La mise à l'isolement ne dépasse pas 48 heures sauf exception – jamais plus de 72 heures. Elle se fait sur prescription médicale exclusivement selon un protocole écrit et validé dont un exemplaire est au dossier patient.

Les moyens de contraintes, dont l'utilisation est protocolisée et fait l'objet systématiquement d'une prescription médicale incluse ainsi que la surveillance au dossier du patient, sont rares – trois utilisation depuis le premier janvier – et toujours pour des durées inférieures à 24 heures. Le registre consulté indique une durée de 4 h 45 mn, une de 15 h 40 mn et une de 24 heures.

Le dossier infirmier est informatisé, alors que le dossier médical est sur support papier.

Les repas sont servis à 8h, 12h et 19h. Une boisson est proposée en matinée, vers 16h et vers 21h. Les repas sont pris, sauf pour l'isolement, dans la salle à manger en présence des soignants, qui surveillent mais ne partagent pas le repas avec les patients : il n'y a pas de repas « thérapeutiques ». Trois patients rencontrés s'estiment satisfaits de la qualité des repas.

Aucune activité thérapeutique n'est proposée. Seule est accessible une activité intersectorielle de sport adapté, qui suppose pour les patients de l'UPG d'avoir une autorisation de sortie et de pouvoir être accompagnés par des soignants.

Il est totalement interdit de fumer dans l'unité. Les fumeurs doivent être autorisés à sortir de l'unité.

L'unité étant par définition fermée, toute sortie nécessite une autorisation médicale et, selon chaque patient, d'être ou non accompagné par un ou deux soignants. Les sorties accompagnées sont donc dépendantes de la disponibilité des soignants. Il a été rapporté aux contrôleurs que les règles de sécurité imposées par la direction étaient vécues comme pesantes et de nature à limiter le soin, notamment les sorties thérapeutiques. Il a été indiqué par contre que les patients hospitalisés à l'UPG faute de place en unité ouverte pouvaient sortir librement en demandant aux soignants. Le jour de la visite, sur vingt-et-un patients présents dont deux en SPDT, treize bénéficiaient d'une autorisation de sortie seuls et huit – dont six en soins libres – d'une autorisation de sortie accompagnée.

Les visites suivent la réglementation générale de l'établissement quant aux horaires : de 14h à 18h. L'UPG ne disposant pas de salon dédié, les visites se font dans la chambre du patient ou exceptionnellement dans un bureau mis à disposition près de l'entrée de l'unité. Les mineurs ne sont pas admis. Dans sa réponse, le directeur précise : « *Cette demande de salle de visite fait partie du tableau de suivi des recommandations de la CRUQPC* ».

La problématique des relations sexuelles est pudiquement occultée, tant par les médecins que par les soignants rencontrés. Il ne semble pas y avoir de réflexion institutionnelle sur le sujet.

Une patiente dont le retour à domicile était prévu l'après-midi a souhaité rencontrer les contrôleurs. Elle a indiqué avoir déjà effectué plusieurs séjours à l'UPG depuis juillet 2014. Elle s'estimait satisfaite des conditions de prise en charge et des soins prodigués. Elle regrettait cependant le peu de disponibilité des soignants, « *souvent peu nombreux et occupés à des tâches administratives trop prenantes* ». Lors des visites de l'unité, les contrôleurs ont pu effectivement constater à plusieurs reprises le désœuvrement apparent de patients qui déambulaient, et des soignants occupés dans le poste de soins (voir au chapitre 4.1.5 *supra* la réponse du directeur concernant le projet de création d'un CIAMM).

Une visite de nuit a été effectuée vers 21h45. Deux soignants étaient présents sur l'unité, et conversaient dans le hall avec trois patients non encore couchés. L'unité était calme. Le personnel présent assurait exclusivement le service de nuit pour convenances personnelles. Ils sont toujours deux dont un homme, qui, en cas d'urgence peut être appelé en renfort sur une autre unité pour gérer une situation de « crise ». Ils ont indiqué qu'en règle générale les nuits étaient plutôt calmes et que l'ambiance du service était agréable. Un temps d'échange avec les équipes de jour, dit « temps de relève institutionnel », est prévu en début et fin de service.

4.2.2.3 Les unités du secteur 7

Le bâtiment regroupant les unités "Buffon" et "Rameau" est situé à droite du bâtiment principal du secteur 7.

Une entrée principale, accessible aux personnes à mobilité réduite, dessert à droite les deux unités du secteur 6 puis à gauche, l'unité "Buffon", située au rez-de-chaussée du bâtiment, et l'unité "Rameau", positionnée au premier étage.

4.2.2.3.1 L'unité "Buffon"

L'unité "Buffon" est une unité d'admission fermée accueillant en principe des patients pour des courts séjours. Un bouton d'appel positionné à droite de la double porte permet de se signaler.

4.2.2.3.1.1 Les locaux

L'unité comprend vingt lits répartis dans six chambres individuelles et dans sept chambres doubles.

L'unité compte également une chambre d'isolement, occupée par un patient SPDRE le jour du contrôle ; la mesure de placement en chambre d'isolement venait d'être levée mais, faute de lit disponible, le patient était contraint de demeurer dans cette chambre ; cependant, il était autorisé à circuler librement dans le service.

Les chambres d'hébergement sont réparties sur deux ailes. La chambre d'isolement est située à l'extrémité d'une des deux ailes.

L'unité a été réaménagée en 1996 ; l'ensemble présente un aspect vétuste. Le linoléum, recouvrant le sol des couloirs et des parties communes, présente de nombreuses traces d'usure

et de saleté indélébiles. Le papier peint mural est endommagé en de multiples endroits. Dans sa réponse, le directeur précise : « *La réfection de l'unité "Buffon" est planifiée au plan de travaux 2016* ».

L'unité comprend un hall d'accueil équipé de deux bancs en fer et d'un baby-foot. Lors de la visite des contrôleurs, les bancs étaient régulièrement occupés par les patients ; en revanche, personne ne jouait au baby-foot. Ce hall dessert à droite un espace télévision, une salle à manger et un office; à gauche, il dessert les trois salons réservés aux visiteurs. Le bureau du personnel soignant est situé en face de l'entrée principale; sa paroi vitrée permet une vision directe sur l'ensemble du hall. Le poste de soins est adjacent à ce bureau.

L'unité dispose également de deux bureaux médicaux.

Les chambres individuelles sont d'une surface de 12 m². Les murs sont décorés d'un papier peint bleu ciel défraîchi ; le sol, recouvert de linoléum, est endommagé en de nombreux endroits. Les chambres sont meublées d'un lit médicalisé, d'une table, d'une chaise et d'une double armoire fermant à clé. En revanche, toutes ne disposent pas d'une table de chevet. Un bouton d'appel et un interrupteur relié au plafonnier sont positionnés au-dessus du lit ; les chambres sont également équipées d'une prise de courant murale.

L'éclairage naturel est assuré par une fenêtre positionnée à mi-hauteur et dotée d'un volet roulant. Il est impossible d'ouvrir la fenêtre ; seul le vasistas situé sur la partie supérieure permet de laisser échapper un mince filet d'air.

La porte d'entrée est une porte pleine ; cependant, les patients ne peuvent pas s'enfermer à clés.

L'espace sanitaire adjacent à la chambre est entièrement carrelé. Il comprend un wc et un lavabo. La porte des sanitaires ferme à clé.

Le lavabo, en émail blanc, est surmonté d'une tablette et d'un miroir. Une prise de courant est encastrée au-dessus du miroir ; un porte-serviette est positionné à proximité du lavabo.

Le wc consiste en une cuvette en émail blanc dépourvue d'abattant. Un bouton d'appel est situé à côté de la cuvette.

Parmi ces chambres individuelles, deux ont été aménagées pour des patients hospitalisés dans l'unité depuis de nombreuses années. L'un, au comportement auto agressif, dispose d'une chambre dont le mobilier – la table de chevet, les étagères murales et la table –est scellé au mur et dont les bouts sont arrondis. Le second patient est hébergé dans une chambre dont le lit est fixé au sol ; la porte de la chambre est équipée d'un fenestron dont le volet se ferme à clé. Il a été indiqué aux contrôleurs que ce patient pouvait adopter un comportement agressif ; ce fenestron permet au personnel soignant de pénétrer dans la chambre en sécurité.

Les chambres doubles mesurent 17 m² ; leur superficie n'offre pas la possibilité aux patients de disposer de deux tables. Ces chambres sont équipées de deux tables de chevet, accolées l'une à l'autre entre les deux lits. Les patients disposent chacun d'un placard qu'ils peuvent fermer à clé.

Tout comme les chambres individuelles, ces chambres sont dotées d'un bouton d'appel et d'un interrupteur relié au plafonnier. L'éclairage naturel est également assuré par une fenêtre équipée d'un vasistas et d'un volet roulant.

L'espace sanitaire est de configuration identique ; il est équipé de deux porte-serviettes. En revanche, les patients doivent se partager l'unique tablette du lavabo.

La chambre d'isolement était occupée lors de la visite des contrôleurs ; il n'a donc pas été possible de la visiter. Cependant, les contrôleurs ont pu pénétrer dans le sas donnant accès, à la fois, à la chambre et à l'espace sanitaire. Le sas est équipé d'un bouton d'appel, d'une alarme coup de poing et d'un interrupteur permettant d'actionner l'éclairage de la chambre. La porte donnant accès à la chambre est dotée d'un fenestron tandis que la porte réservée à l'espace sanitaire est une porte pleine. Cet espace dispose d'une douche italienne munie d'un bouton de type poussoir, d'un wc anglais et d'un lavabo surmonté d'une tablette et d'un miroir incassable.

L'unité dispose de **deux salles de douches**, l'une étant réservée aux hommes et l'autre aux femmes, comprenant respectivement deux douches aménagées dans des espaces fermés. Une des douches est équipée d'une poignée murale ; sa superficie permet d'installer un siège pour les personnes à mobilité réduite. Les portes de chaque espace-douche ferment à clé. Ces salles de douches, entièrement carrelées, disposent d'un lavabo encastré surmonté d'un miroir, de deux prises murales et de deux patères. Cependant, le système d'aération étant vétuste, les plafonds et les sols présentent de nombreuses traces de moisissure.

L'unité est également équipée d'une salle de bain, entièrement carrelée, dotée d'une baignoire, d'un lavabo surmonté d'une tablette et d'un miroir. Il a été indiqué qu'elle était accessible à tous.

4.2.2.3.1.2 Le personnel

L'équipe comprend :

- un cadre de santé en poste dans l'unité depuis neuf ans ;
- seize infirmiers – six hommes et dix femmes –totalisant 12,4 ETP, dont un des membres de l'équipe est titulaire du diplôme d'infirmiers soins psychiatriques ;
- deux aides-soignants hommes ;
- quatre agents des services hospitaliers (ASH).

Les équipes du matin et de l'après-midi sont au nombre de trois au minimum et de deux durant la nuit. Il a été indiqué qu'un soignant de sexe masculin était toujours présent. Par ailleurs, les équipes de trois sont toujours composées de deux infirmiers ; les aides-soignants sont présents les matins, pour l'aide à la toilette de certains patients, ainsi que la nuit. Le jour du contrôle, un personnel soignant bénéficiait d'un mi-temps thérapeutique ; un agent contractuel le remplaçait le reste du temps.

L'équipe médicale est composée de deux praticiens hospitaliers psychiatres qui répartissent leur temps de présence entre l'unité d'hospitalisation, le CMP et les missions d'intérêt général consistant à intervenir dans des maisons d'accueil spécialisées. Un interne en psychiatrie est également présent au sein de l'unité.

Selon les propos recueillis, les médecins psychiatres s'organisent de manière à assurer une présence au quotidien dans l'unité hormis le mercredi matin. Les patients rencontrés dans l'unité ont indiqué qu'ils bénéficiaient d'un entretien avec le médecin une à plusieurs fois par semaine.

4.2.2.3.1.3 Les patients

Au jour de la visite, l'unité "Buffon" comptait vingt-et-un patients :

- treize personnes étaient en soins libres ;
- quatre personnes étaient en soins à la demande d'un tiers (SPDT) : un homme et trois femmes ;
- deux personnes avaient été admises en péril imminent : une femme et un homme ;
- deux hommes étaient en soins sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE).

Le patient le plus jeune était âgé de vingt ans et le plus âgé de soixante-sept ans.

La durée d'hospitalisation la plus longue concerne un patient admis en soins libres, présent dans le service depuis neuf ans. Il s'agit du patient dont la chambre a été aménagée (Cf. *supra* chap. 4.2.2.3.1.1). Selon les propos du personnel soignant, ce patient relève d'une prise en charge dans une structure spécialisée. Lors du contrôle, une demande de placement dans un établissement en Belgique était en cours, faute de places dans les structures en France. Ce patient n'est pas autorisé à sortir seul ; selon les propos du personnel soignant, il nécessite une surveillance constante du fait de ses comportements inadaptés vis à vis des autres patients.

Il a été indiqué que trois autres patients relevaient également d'une prise en charge au long cours dans une structure adaptée.

Un des patients admis en SPDRE, dont la porte de la chambre est équipée d'un fenestron (cf. *supra* chap.4.2.2.3.1.1), est hospitalisé depuis deux ans. Après avoir séjourné durant deux ans dans une unité pour malade difficile (UMD) ce patient fut réadmis dans son établissement d'origine. D'après les propos recueillis « *ce patient a ses repères dans le service* », la famille a émis le souhait que sa prise en charge se poursuivît dans l'unité. Ce patient reste constamment dans sa chambre, où il y prend également ses repas. Souffrant d'une hypersensibilité au bruit, le contact avec autrui génère chez cet homme un comportement agressif. Il bénéficie d'une sortie dans le parc, en présence de deux soignants, d'une durée de dix minutes à un rythme de quatre fois par semaine.

4.2.2.3.1.4 L'admission dans le bâtiment

Selon les propos recueillis, 98 % des patients transitent par l'UMAO, où ils bénéficient d'une première évaluation psychiatrique et d'un examen somatique. Dès lors que l'état psychique du patient est incompatible avec la pratique d'un examen somatique – patient très agité qui refuse l'examen –, ce dernier sera examiné ultérieurement dans l'unité par le médecin somaticien.

La notification des droits au patient est systématiquement réalisée par le cadre de santé de l'unité. En son absence, le personnel infirmier prend le relais. Il a indiqué que chaque membre de l'équipe avait été formé par ses soins ; cependant il évite, dans la mesure du possible, que cette responsabilité incombe au personnel soignant. En outre, l'équipe de soins infirmiers a émis des réserves à assumer ce rôle craignant que l'alliance thérapeutique soit mise à mal.

Lors de la notification des droits, le cadre de santé explicite au patient la notion de soins sans consentement et leur application dans la vie quotidienne. Outre l'information sur les droits et le recours à l'avocat, le cadre explique également en quoi consiste l'audience devant le juge des libertés et de la détention (JLD). Il a pour habitude d'omettre volontairement le terme détention afin « *d'éviter au patient de cristalliser* ». Il a indiqué aux contrôleurs que l'explication autour de l'audience représentait bien souvent « *un moment crucial où l'enjeu est de faire comprendre au patient qu'il ne s'agit en aucun cas d'un jugement ou d'un procès mais bien d'un*

droit octroyé au patient ».

Les coordonnées du JLD et du barreau des avocats ne sont pas affichées dans l'unité. Dans sa réponse, le directeur déclare : « *S'agissant de l'affichage des coordonnées du JLD, il n'y a pas d'obligation réglementaire d'affichage. Cependant, ces informations sont inscrites sur toutes les notifications données aux patients* ». S'agissant de l'affichage des coordonnées du barreau des avocats, voir *supra* la réponse du directeur au chapitre 3.10.2.1.

Suite à la notification des droits, le patient est pris en charge par le personnel infirmier.

Les patients conservent leur tenue de ville, le pyjama étant uniquement imposé aux patients placés en chambre d'isolement.

Le personnel soignant réalise un inventaire des effets personnels en présence du patient. Si ce dernier n'est pas en capacité de procéder à cet inventaire, le personnel infirmier dispose les effets personnels dans le placard, fermé à clé, de sa chambre. L'inventaire est alors réalisé ultérieurement. Il a été indiqué aux contrôleurs que les patients pouvaient conserver leurs valeurs dans leur placard. Lorsque les sommes d'argent sont élevées – il n'existe pas de règle précise définissant un montant maximum –, l'argent est déposé à la régie de l'hôpital. En revanche, les objets tranchants et les produits d'hygiène contenant de l'alcool sont confisqués et déposés dans une armoire, contenant des casiers, située dans le poste de soins. Pour les patients présentant un risque de passage à l'acte suicidaire élevé, le cordon de leur téléphone portable ainsi que leur ceinture leur sont également retirés.

Le personnel infirmier se charge également de la procédure de désignation d'une personne de confiance. Le jour du contrôle, parmi les vingt-et-un patients, quinze avaient désigné une personne de confiance ; quatre patients étaient sous tutelle et deux autres avaient opposé leur refus.

Concernant l'attribution des chambres, le personnel prend en compte dans la mesure du possible les pathologies, l'âge et la durée d'hospitalisation des patients. Les hommes et les femmes ne partagent jamais la même chambre. Le cadre de santé a indiqué que la présence de chambres doubles était extrêmement contraignante pour les patients, qui étaient parfois invités à déménager au cours de leur hospitalisation.

4.2.2.3.1.5 Le fonctionnement de l'unité

4.2.2.3.1.5.1 La vie quotidienne

Lorsque l'état psychique du patient le permet, le personnel infirmier lui présente l'unité et les règles de fonctionnement. L'unité dispose d'un document intitulé « Règles de vie et informations pendant votre séjour à "Buffon" » qui est affiché dans le hall d'entrée mais également au dos des portes des chambres. Il précise que l'unité est fermée. Lors de la visite des contrôleurs, les patients en soins libres relevaient d'une indication de prise en charge en unité fermée.

Les salles de bain et de douches sont accessibles de 7h30 à 21h comme indiqué dans le règlement. Les patients ont la possibilité d'utiliser leur rasoir ; certains d'entre eux se rasent en présence du personnel soignant. Les patients sont autorisés à prendre leur douche après le petit déjeuner, qui est servi dans la salle de restauration à 8h30. En revanche, il leur est demandé de revêtir une tenue de ville pour se rendre dans la salle de restauration.

L'unité ne dispose pas de lave-linge, les patients étant, dans leur majorité, hospitalisés sur des durées très courtes. Cependant, l'hôpital dispose d'une buanderie (cf. chap. 4.1.2) à laquelle les patients peuvent avoir accès. Le personnel soignant se charge de déposer le linge des patients qui ne sont pas autorisés à sortir. L'unité dispose d'un stock de vêtements, de produits

d'hygiène et de serviettes réservés aux plus démunis. Une partie de la population relevant de ce secteur est issue d'un milieu social défavorisé.

L'entretien des locaux est assuré par les ASH qui sont au nombre d'un agent le matin et un l'après-midi. Le jour de la visite des contrôleurs, les lieux étaient entretenus correctement hormis les baies vitrées (cf. chap. 4.1.2).

Les repas sont servis dans la salle de restauration à 12h et à 19h ; le placement est libre. Les menus sont affichés dans le hall d'entrée.

La salle de détente et la salle de restauration sont situées dans le même espace, la cloison ayant été abattue. Cependant, la superficie de la salle de restauration, 20 m², ne permet pas d'y installer les six tables à manger. En conséquence, deux tables sont disposées dans l'espace détente, de 28 m², qui est équipé d'un placard dans lequel est encastré le téléviseur, protégé d'une paroi incassable. De nombreux jeux de société sont également mis à la disposition des patients. Quatre fauteuils sont placés face au téléviseur. Malgré l'aspect vétuste des lieux, cet espace offre une atmosphère accueillante et familiale. A cet égard, les contrôleurs ont constaté qu'il était régulièrement occupé par les patients en dehors des heures de repas.

L'office, où sont apportés les repas, est adjacent à la salle de restauration. Le jour du contrôle, il présentait un aspect propre et bien entretenu.

Le jour du contrôle, les patients étaient autorisés à conserver leur tabac et leur briquet, hormis deux patients, qui n'étaient pas en capacité de gérer leur consommation. Une cour intérieure est utilisée à cet effet ; comme il est précisé dans le règlement, elle est accessible de 6h30 à 23h. Cette cour est grillagée de part et d'autre ; elle est équipée de trois bancs, de deux tables autour desquelles sont également disposés deux bancs. Une rotonde, placée au centre de la cour, permet de s'abriter en cas d'intempérie et de se protéger du soleil ; cependant, elle ne dispose pas de sièges.

Lors de la visite de nuit, les contrôleurs ont pu constater que le personnel soignant faisait preuve de souplesse et autorisait l'accès à la cour après 23h. En outre, il existe une tolérance vis à vis des patients souhaitant fumer exceptionnellement une cigarette durant la nuit.

Le personnel soignant se charge de l'approvisionnement en tabac des patients qui ne sont pas autorisés à sortir.

Une seconde cour, de plus petite taille, située à proximité de la chambre d'isolement et des deux chambres aménagées, est réservée aux patients placés en chambre d'isolement ou dont l'état psychique est instable. Elle est également grillagée de part et d'autre ; en revanche, elle ne dispose pas d'un abri.

Il a été indiqué aux contrôleurs que **les relations sexuelles** n'étaient pas tolérées, « *l'hôpital n'étant pas un lieu approprié* » ; « *les patients peuvent éventuellement aller à l'extérieur* ». Il semble qu'aucune réflexion n'a été engagée à ce sujet au sein de l'équipe soignante. Les préservatifs ne sont pas mis à la disposition des patients, ils doivent en faire la demande. Les femmes se voient proposer une consultation au bloc médical en vue d'une prescription d'un dispositif contraceptif notamment pour celles ayant « *des relations disparates* ».

Selon les propos recueillis, les incidents survenant au sein de l'unité ont trait aux marques d'incivilités entre les patients. D'autres incidents sont en lien avec la consommation de produits stupéfiants. Ils sont systématiquement repris avec le patient. Le personnel infirmier évoque également les effets néfastes de ces produits sur l'organisme et rappelle qu'il s'agit d'une infraction à la loi. Les produits illicites sont remis à la pharmacie.

4.2.2.3.1.5.2 Les communications avec l'extérieur

Parmi les treize patients en soins libres, huit d'entre eux étaient autorisés à sortir accompagnés, cinq autres patients pouvaient sortir seuls. Les patients souhaitant sortir à l'extérieur de l'hôpital doivent en faire la demande auprès du médecin.

Un patient autorisé à sortir dans l'enceinte de l'hôpital a déploré que la durée de sortie autorisée soit limitée à une heure, évoquant « *les journées qui n'en finissent pas* ». Ce patient n'avait pas osé demander à pouvoir bénéficier de sorties plus longues.

Parmi le personnel infirmier, certains s'interrogent sur les interdictions de sortie et sur les durées de sortie limitées imposées aux patients en soins libres.

Le jour de la visite des contrôleurs, le patient en soins libres hospitalisé depuis neuf ans a demandé aux infirmiers de sortir dans le parc. Ceux-ci ont opposé un refus et ont expliqué aux contrôleurs qu'ils n'étaient pas en nombre suffisant – trois infirmiers étaient présents dans le service –, les effectifs requis pour organiser des sorties devant comptabiliser quatre soignants.

Parmi les huit patients en soins sans consentement, seul le patient hospitalisé depuis deux ans était autorisé à sortir dans le parc accompagné par le personnel soignant.

S'agissant des demandes d'autorisation de sortie à l'extérieur de l'établissement, il a été indiqué que le personnel médical était soumis au « *syndrome du parapluie : cela consiste à demander au préalable au préfet une autorisation de sortie en présence du personnel soignant afin de montrer patte blanche. Si cette première tentative s'avère concluante, alors il sera demandé une autorisation de sortie en famille* ». Dans sa réponse, le directeur indique : « *Ce dispositif de sortie de patients SDRE mis en place par le préfet impose des mesures restrictives et progressives d'accompagnement des sorties à l'extérieur de l'établissement* ».

Les visites ont lieu tous les jours de 14h à 18h45 dans un des trois locaux prévus à cet effet. D'une surface de 12 m², ils sont équipés d'une table basse et de sièges. Ces pièces situées à proximité de l'entrée principale offrent la possibilité aux patients de profiter de la visite de leurs enfants sans que ces derniers ne soient amenés à croiser d'autres patients.

Le jour du contrôle, aucun patient ne faisait l'objet d'une prescription médicale interdisant les visites.

Tous les patients en possession d'un téléphone portable pouvaient en faire usage le jour du contrôle. A cet égard, il est précisé dans le règlement que la prise de photos et l'utilisation de vidéos sont interdites. L'unité est également équipée d'un point-phone situé dans une des deux ailes ; cependant il n'est pas doté d'un isolement et ne permet donc pas d'assurer la confidentialité des conversations. Les patients ont également la possibilité d'avoir accès à une ligne téléphonique dans leur chambre. Les conditions d'accès sont explicitées dans le règlement de l'unité. Le jour du contrôle, huit patients avaient à leur disposition un poste téléphonique. Les autres patients n'en avaient pas fait la demande où n'étaient pas en capacité d'en faire un bon usage.

La **Wifi** n'est pas accessible au sein de l'établissement.

4.2.2.3.1.5.3 Les activités

L'unité dispose d'une salle d'activités permettant d'accueillir environ six patients. Un ergothérapeute du secteur intervient chaque mercredi après-midi de 14h à 16h30. L'inscription s'effectue sur prescription médicale. Le jour du contrôle, quatre patients étaient inscrits. Des activités d'arts plastiques sont proposées aux patients à partir de matériaux divers – carton, bois, morceaux de grillage – ; elles se poursuivent éventuellement le dimanche sous la supervision d'un personnel infirmier.

Le vendredi matin, un infirmier anime un atelier d'expression artistique regroupant entre deux et quatre patients. Cette activité permet aux patients présentant des difficultés à verbaliser de s'exprimer au moyen d'autres supports tels que l'écriture, les photos ou le dessin.

Les contrôleurs ont noté que, hormis un petit groupe de jeunes patients se réunissant régulièrement pour partager des activités – jeux de société, dessins – dans l'espace détente, les patients déambulaient dans le couloir ; ceux rencontrés par les contrôleurs ont fait part de leur ennui et « *des journées qui se répètent indéfiniment* ».

4.2.2.3.1.6 Les soins

Lors de la visite des contrôleurs, aucun patient ne bénéficiait d'un programme de soins. Il a été précisé que le recours au programme de soins était rare, les médecins privilégiant l'obtention du consentement aux soins afin de lever la mesure de soins sans consentement le plus rapidement possible.

Lors de l'admission d'un patient en soins sans consentement au sein de l'unité, le recours à l'isolement n'est pas systématique; son état psychique est réévalué automatiquement à l'issue de son passage à l'UMAO. En revanche, dès lors qu'il existe « *un historique d'hospitalisation difficile* » il se produit « *un effet boomerang* » se traduisant par un recours à l'isolement systématisé.

Les traitements par voie orale sont dispensés au moment des repas ; si un patient s'oppose à la prise de son traitement, le personnel infirmier va négocier avec ce dernier dans le poste de soins infirmiers. Les patients nécessitant un suivi particulier ou une évaluation thérapeutique en rapport avec leur traitement sont invités également à le prendre dans la salle de soins. Les hypnotiques sont donnés vers 21h30 ou ultérieurement si les patients souhaitent veiller un peu plus tard, comme ont pu le constater les contrôleurs au cours de leur visite de nuit.

Les patients n'ont pas le choix de leur médecin ; selon les propos recueillis, ils n'ont pas non plus la possibilité d'en changer.

Dans sa réponse, le directeur déclare : « *La demande des patients est toujours entendue et écoutée. Il n'est cependant pas toujours possible de donner suite pour des raisons organisationnelles* ». Les contrôleurs maintiennent leur constat, les témoignages recueillis provenant du personnel médical de l'unité.

Le personnel infirmier assiste aux consultations réalisées par le médecin psychiatre ; l'accord du patient est systématiquement recherché. Les infirmiers ne mènent pas d'entretien de façon régulière, la durée de séjour étant relativement courte. Ces entretiens sont donc effectués à la demande ou selon l'état psychique du patient.

Une synthèse pluridisciplinaire, réunissant l'ensemble des professionnels de santé, se déroule tous les lundis ; tous les patients sont passés en revue. Environ une fois par mois, se tient une réunion portant sur le cas d'un patient dont la prise en charge nécessite d'être réexaminée. Cette réunion, qui se déroule en présence du médecin référent, a lieu pendant le temps de transmissions, permettant ainsi de rassembler un maximum d'infirmiers.

4.2.2.3.2 L'unité "Rameau"

L'unité "Rameau" est unité ouverte accueillant uniquement des patients en soins libres. Elle dispose d'une « chambre protégée », prévue pour des placements en isolement, aménagée dans les années 90 et utilisée uniquement comme chambre d'hospitalisation. Elle possède la particularité d'être équipée d'un lit fixé au sol, placé sur une estrade au centre de la chambre. Cependant, elle a l'avantage de disposer d'une douche, de la climatisation et il est possible d'ouvrir la fenêtre grâce à la présence des barreaux. En conséquence, elle est appréciée par certains patients. Le jour de la visite des contrôleurs, elle était occupée par une patiente qui en avait fait la demande.

Au cours de l'année 2014, cette chambre n'a été utilisée qu'une seule fois comme chambre d'isolement, pour un patient ayant consommé de l'alcool à l'extérieur. Ce patient, au comportement agressif, partageait une chambre double ; il fut donc placé quelques heures dans cette chambre.

S'agissant des patients dont l'état psychique se détériore et qui relèvent d'une prise en charge dans une unité fermée, l'unité est alors fermée le temps qu'une chambre dans une unité adaptée soit disponible. Les patients sont informés oralement de ces nouvelles dispositions ; une note explicative est également affichée au mur. Selon les propos recueillis, les portes restent fermées durant deux jours au maximum. Les patients doivent solliciter le personnel soignant pour pouvoir sortir de l'unité.

4.2.3 Les unités de soins de la fédération interpolaire de psychiatrie générale

La création d'une « fédération interpolaire de psychiatrie générale » (FIPG) a permis de mettre en place trois structures sanitaires intersectorielles spécialisées : une « unité de soins et d'accompagnement long personnalisé » (USALP) et deux unités de soins à temps complet – "Oasis" et "Arc-en-Ciel" – constituant un « service des patients déficients mentaux profonds » (SEDEP).

Faisant partie d'une fédération, ces unités ne bénéficient pas de temps dédié médical mais d'une mise à disposition de médecins du CHS en charge d'unités sectorielles ; ceux-ci participent aux réunions de synthèse hebdomadaires. Chaque unité bénéficie de l'intervention d'un médecin somaticien dès que le personnel soignant la demande. Sous la direction du cadre supérieur de santé en charge de l'ensemble de la fédération, l'USALP et le SEDEP disposent chacun d'un cadre de santé à temps plein et d'une équipe de personnel soignant. Au moment de la visite des contrôleurs, à la suite du départ du cadre de santé de l'USALP et dans l'attente d'un recrutement imminent, l'intérim était assuré par le cadre de santé du SEDEP.

En général, le personnel soignant n'est pas volontaire à priori ; les infirmiers et aides-soignants qui postulent pour venir travailler au CHS se voient proposer de commencer par une affectation de quelques années dans une des trois unités de soins de la FIPG. Il arrive que le postulant démissionne au bout de quelques temps, « *mais c'est très rare* ». Au cours de leur visite, les contrôleurs ont régulièrement entendu le terme de « surveillant » employé pour désigner le personnel soignant.

Ces unités n'ont pas vocation à recevoir des patients hospitalisés sans consentement.

Cependant, en raison de leur état de santé psychique, ils sont pris en charge dans des conditions qui ne sont pas assimilables à des soins libres : unités fermées, placements réguliers en pièces ou chambres d'isolement, pose régulières de moyens de contention physique, prescriptions de traitements de contention chimique¹³. Au moment de la visite des contrôleurs, aucun patient – ni aucun tuteur – n'avait formalisé un accord pour être placé dans une des unités fermées constituant l'USALP et le SEDEP.

4.2.3.1 L'USALP

L'USALP est un service fermé pour patients en hospitalisation libre, la plupart sous tutelle. L'unité comporte trente lits en chambres individuelles plus un lit en « chambre d'isolement » ; cette chambre est rarement utilisée : *« parfois, les patients demandent à être enfermés dans leur propre chambre, cela les rassure »*.

Chaque chambre dispose d'un cabinet de toilette avec lavabo, douche et wc, et est équipée d'un téléphone permettant d'appeler à l'extérieur du CHS ; si l'état du patient le nécessite, il peut arriver que le téléphone soit retiré.

Une salle de bains permet aux patients le souhaitant de prendre un bain dans une baignoire.

Une courette située contre le bureau des infirmiers est ouverte 24h/24 en particulier au profit des fumeurs.

L'équipe soignante est composée de neuf infirmiers (quatre hommes et cinq femmes), huit aides-soignants (deux hommes et six femmes dont une à 0,8 ETP), une ergothérapeute et sept agents des services hospitaliers (ASH, toutes des femmes). Le service minimum est de quatre personnes dont deux infirmiers la journée et trois personnes dont au moins un infirmier la nuit. Au moment de la visite des contrôleurs, un étudiant en médecine faisait partie de l'équipe de nuit.

Selon les déclarations faites aux contrôleurs, les contentions sont rares ; *« en général, elles concernent des patients qui déambulent la nuit et risquent de tomber »*.

La durée des sorties est limitée à une heure *« par habitude ; il faudrait conduire une réflexion collective sur le sujet »*. Dans sa réponse, le directeur déclare : *« Les patients peuvent sortir comme ils le souhaitent de l'unité puisque les portes sont ouvertes de 10h à 12h et de 14h à 18h30. Seuls deux patients ont un protocole médical avec une limite de sortie d'une heure par jour, liée à leur pathologie et à leur vulnérabilité. Par ailleurs, un autre patient est systématiquement accompagné »*. Cette réponse du directeur n'est pas conforme à la réalité constatée par les contrôleurs.

Les activités sont rares. Parfois des patients sortent en ville accompagnés par du personnel soignant. Ainsi, le jour de la visite des contrôleurs, une patiente rentrait d'une sortie au marché qu'elle avait particulièrement appréciée, ayant distribué aux passants des exemplaires du premier numéro de « La gazette de la Chartreuse », journal réalisé par des patients avec le soutien d'un journaliste professionnel.

Au moment de la visite des contrôleurs, vingt-neuf lits étaient occupés.

Le patient le plus âgé avait 66 ans, le plus jeune avait 31 ans.

L'admission la plus récente datait du 20 août 2012 ; il s'agissait d'un patient arrivant

¹³ Le recours à l'isolement et à la contention est traité au chapitre 7.4

d'une autre unité du CHS. La sortie la plus récente datait du 7 avril 2015 ; il s'agissait d'un décès.

Onze patients avaient désigné une personne de confiance.

4.2.3.2 Le SEDEP

Les deux unités du SEDEP sont relativement similaires même si "Oasis" a vocation à prendre en charge les patients les plus âgés.

Le dernier rapport médical du SEDEP définit ainsi « *quelques caractéristiques et singularités de la population accueillie* :

- *le parcours social erratique des patients fait de ruptures, d'exclusions de structures médico-sociales en raison de troubles du comportement : hétéro-agressivité, PICA¹⁴, potomanie, automutilations, ... autant de troubles qui mettent en difficulté ces structures médico-sociales qui sont dépourvues de moyens thérapeutiques psychiatriques : entraide d'autres unités en cas de violence, mise en contention, présences médicales et infirmières pour mettre en œuvre ces thérapeutiques ;*
- *la nécessité de prévenir les troubles du comportement par la réalisation d'un travail thérapeutique pour apaiser les souffrances. Ce travail passe par l'emploi de différentes médiations : médiation corporelle au moment des soins de nursing, balnéothérapie, musicothérapie, art-thérapie, activités qui permettent aux personnes de trouver des voies d'expression ».*

Dès 2009, un projet de restructuration des unités du SEDEP a été élaboré. Il est poursuivi et fait partie du projet médical 2013-2017 du CHS.

Il n'existe pas de règles de vie affichées dans les unités ; « *les patients ne sont pas en mesure de les lire* ». Des livrets d'accueil sont essentiellement remis aux familles.

Au moment de la visite des contrôleurs, seuls deux patients recevaient du courrier, qui leur était lu et commenté par le personnel. Quelques patients font des dessins, aidés par des soignants, qui sont envoyés à leurs proches. Les sorties des unités sont rares et se limitent généralement à la cafétéria ou au parc du CHS, en compagnie de personnel soignant.

Les diététiciennes du CHS rencontrent l'équipe du SEDEP deux fois par an pour faire le point sur les problèmes d'alimentation et assurent les changements de régime.

Les kinésithérapeutes interviennent à la demande.

Un pédicure vient tous les mois.

Les équipes soignantes ont été récemment renforcées par la présence d'un éducateur spécialisé, qui organise deux fois par semaine des séances d'éveil corporel au gymnase, alternativement au profit de patients de l'une ou l'autre des deux unités.

Une assistante sociale vient dans les unités pendant les réunions de synthèse et à la demande.

Seule l'équipe de l'unité "Arc-en-Ciel" bénéficie de séances mensuelles « d'évaluation cognitive », réalisées par une psychologue.

¹⁴ PICA : trouble du comportement alimentaire caractérisé par l'ingestion durable de substances non nutritives : terre, craie, sable, papier, ...

Selon le rapport médical du SEDEP, « *les nuits, les effectifs sont encore trop insuffisants avec souvent juste trois soignants pour assurer les soins et la sécurité des patients des deux unités* ».

Il a été rapporté aux contrôleurs un sentiment du personnel d'être stigmatisé au sein du CHS : les travaux de rénovation de ces unités sont souvent reportés car non prioritaires au motif qu'une réflexion est en cours sur le devenir de ce service ; les équipes des autres unités leur font des réflexions révélant que leur travail n'est pas considéré. Ainsi, des collègues leur ont reproché d'avoir réanimé un patient qui s'étouffait.

La file active pour les deux unités du SEDEP était de vingt-quatre patients en 2012 et vingt-cinq patients en 2013.

En 2014, ils étaient vingt-cinq patients, tous atteints de « retards mentaux », dont deux patients déclarés violents et dangereux :

	Hommes	Femmes	Total
15 - 24 ans	1	0	1
25 - 44 ans	8	4	12
45 - 64 ans	9	2	11
65 - 84 ans	1	0	1
Total	19	6	25

4.2.3.2.1 L'unité "Oasis"

L'unité comporte quatorze lits : une chambre individuelle, deux chambres à deux lits et trois chambres à trois lits.

Les chambres, très rudimentaires, ne disposent d'aucun interrupteur, ni de sonnette d'alarme, ni d'aucune décoration ou personnalisation, ce qui est très regrettable tant en termes de droits fondamentaux des personnes, fussent-elles très déficitaires, que sur le plan « thérapeutique ». A quelques rares exceptions près – une table de chevet, une peluche, un siège –, elles sont vides de tout mobilier ; les effets personnels sont enfermés dans des placards dont les clés sont conservées par le personnel soignant.



Chambres à un, deux et trois lits

Aucune chambre ne dispose de cabinet de toilette.

Quatre wc sont à la disposition des patients.

Dans la salle commune, outre quelques canapés et fauteuils, quelques matelas sont placés au sol, à la disposition des patients. Un téléviseur n'est branché que sur de rares créneaux précis et ciblés.

L'unité dispose également d'une « salle d'isolement » sans lit – avec un matelas au sol –, d'une « salle de musique » avec une banquette et d'une « chambre relais » avec un lit de contention.

Ces trois pièces sont fermées par des portes comportant des fenestrons non obturables, ce que le personnel soignant a déploré auprès des contrôleurs – *« Cela permet aux autres patients de regarder ceux qui y sont enfermés »* –, même si, dans sa réponse, le directeur déclare : *« Ces trois pièces sont situées dans un couloir où seuls les soignants passent. Si des patients sont amenés à emprunter ce couloir, ils sont toujours accompagnés d'un soignant »*.

La salle d'isolement et la salle de musique, qui sont parfois refermées pour isoler un patient, ne disposent pas d'un bouton d'appel ni d'un interrupteur permettant d'allumer ou d'éteindre depuis l'intérieur. Dans sa réponse, le directeur déclare : *« Il n'y a pas d'interrupteur ni de bouton d'appel pour des raisons, d'une part, liées à la sécurité des patients (automutilation) et, d'autre part, parce que leur utilisation est trop complexe pour des personnes déficientes mentales profondes »*.



La salle d'isolement, la salle de musique et la chambre relais

Une grande salle d'eau carrelée comporte dans un renforcement deux douches sans séparation, peu respectueuses de l'intimité des patients ; les dimensions de cette pièce permettaient pourtant de contenir plus de douches individuelles. Dans sa réponse, le directeur indique : *« Une réflexion sur l'évolution du SEDEP sera engagée dès l'automne et des travaux seront engagés prioritairement concernant la salle de bain »*.

Un équipement de balnéothérapie est installé dans une salle de bain ; il est très apprécié des patients.



La balnéothérapie et la salle d'eau (les douches sont visibles sur la photo de droite, au fond à gauche)



Les deux douches sans séparation

Un patio entouré de bâtiments est ouvert à la demande, sous surveillance du personnel médical « *en raison de la présence de patients ayant tendance à manger n'importe quoi* ».



Le patio

L'équipe soignante est composée de cinq infirmiers – deux hommes et trois femmes –, sept aides-soignants – un homme et six femmes – et quatre agents des services hospitaliers, toutes femmes. Le service minimum est de quatre personnes dont deux infirmiers la journée et trois personnes dont au moins un infirmier la nuit.

Les visites sont rares. Au moment de la venue des contrôleurs, elles concernaient un patient toutes les semaines ; deux patients sortaient tous les quinze jours voir un proche et un autre deux fois par an.

Au moment de la visite, l'unité recevait onze patients : huit hommes et trois femmes.

La plus longue hospitalisation datait de 26 ans ; l'admission la plus récente datait de janvier 2011 ; la sortie la plus récente était un décès le 5 mars 2015.

Le patient le plus âgé avait 63 ans, le plus jeune avait 36 ans.

Un des patients était vêtu, dans un souci de protection, d'une « cotte », combinaison particulièrement solide qu'il ne pouvait pas retirer de sa propre initiative et qui permettait de fixer ses poignets au niveau de la ceinture ; cette contention lui était retirée au moment de sa toilette, de ses repas et pendant une heure qu'il passait en salle d'isolement.

Au cours du mois de mars 2015, les activités suivantes ont été organisées :

- art-thérapie : tous les lundis matin au profit de quatre patients individuellement ;
- musicothérapie : trois vendredis après-midi au profit de deux ou trois patients ;
- gymnastique : un mercredi pour trois patients ;
- sortie dans le parc : quatre fois dans le mois ;
- balnéothérapie : trois jeudis ;
- psychomotricité : deux fois dans le mois pour deux à trois patients ;
- équithérapie : trois fois dans le mois.

Les traitements sont remis aux patients au cours du repas.

4.2.3.2.2 L'unité "Arc-en-Ciel"

Cette unité comporte treize lits : sept chambres individuelles et trois chambres à deux lits, plus une « pièce de contention ». Près de la moitié des patients ne bénéficient pas d'une chambre individuelle, alors qu'ils sont voués à vivre de longues années dans cette unité.



Une chambre individuelle, une chambre à deux lits et la « pièce de contention »

Un cache a été disposé sur le fenestron de la porte de la pièce de contention « *car les patients avaient tendance à regarder en passant* ».

Trois chambres ont été sécurisées :

- une avec un lit scellé au sol ;
- une autre avec un plafond renforcé car « *le patient sautait sur son lit pour accéder au plafond et le détériorer* » ;
- une troisième chambre meublée d'un matelas identique à ceux des chambres d'isolement, d'un fauteuil lourd et d'une table de chevet particulièrement solide et scellée au sol.

Par ailleurs, quelques chambres sont équipées de lits appareillés pour pouvoir placer des contentions.

Les chambres sont quasiment vides de tout mobilier et objet personnel, à l'exception de quelques tables de chevet ou peluches. Elles ne disposent d'aucun interrupteur permettant de commander la lumière depuis l'intérieur. Une chambre individuelle est équipée d'un œillette sur la porte ; les autres chambres ont des portes pleines.

Il n'y a pas de chambre d'isolement ; une « pièce d'isolement » est équipée d'un simple canapé. Les patients y vont de leur propre initiative ou sur décision du personnel soignant, auquel cas la pièce est fermée.

Aucune chambre ne comporte de cabinet de toilette. L'unité dispose de deux salles d'eau avec lavabos et douches : une pour les hommes et une pour les femmes.



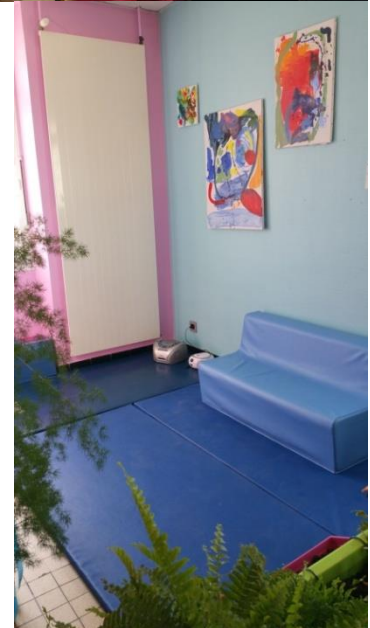
Une des deux salles d'eau

Une salle équipée d'une balnéothérapie n'est plus utilisée depuis plusieurs mois « *en raison de remontées d'eaux usées* » ; les travaux de réparations « *non prioritaires* », ne sont toujours pas programmés. Dans sa réponse, le directeur déclare : « *Les travaux de réparation pour la balnéothérapie sont irréalisables. Aussi, les patients de l'unité "Arc-en-Ciel" vont en balnéothérapie dans l'unité "Oasis"* ».

La « salle de vie », meublée de quelques fauteuils et matelas posés sur le sol, est équipée d'un téléviseur qui n'est branché que sur des créneaux précis, permettant de regarder des dessins animés en début de matinée et des jeux vers 11h30 et vers 17h ; « *les patients sont très sensibles au bruit* ».

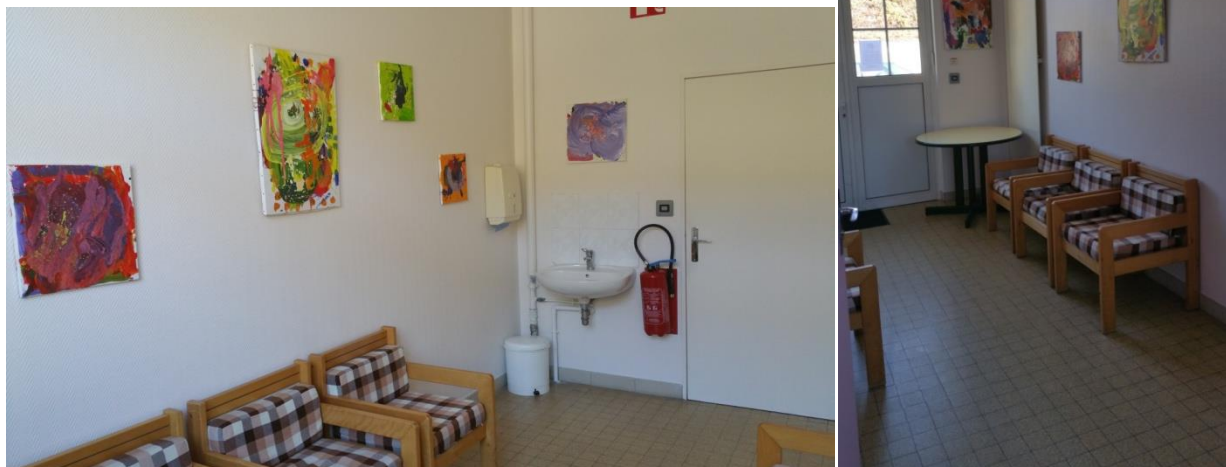
L'accès à un jardinet fermé reste très contrôlé ; il est ouvert sur demande, en fonction des disponibilités et sous surveillance permanente. Aucun patient ne fume. Un patient fumait à son arrivée ; il a été sevré car un autre patient mangeait les mégots.

Une salle d'activités est particulièrement bien décorée et équipée ; elle est divisée en quatre espaces spécifiques : maquillage, musique, relaxation – avec un fauteuil vibrant – et art-thérapie. On peut également y pratiquer de l'art-plastique.



La salle d'activités

Une salle a été aménagée et agréablement décorée pour les réceptions de familles. Elle est accessible directement depuis l'extérieur pour éviter aux familles de rentrer à l'intérieur de l'unité.



La salle d'accueil des familles

Au moment de la visite des contrôleurs, cinq patients recevaient des visites de proches : un toutes les semaines, un tous les quinze jours, deux tous les mois et un tous les six mois.

Une seule patiente téléphonait une fois par semaine à son père.

L'équipe soignante est composée de six infirmiers de jour – deux hommes et quatre femmes –, deux infirmières de nuit, sept aides-soignants dont un à 0,8 ETP – deux hommes et cinq femmes – et quatre agents des services hospitaliers – trois femmes et un homme totalisant 3,8 ETP. Le service minimum est de quatre personnes dont deux infirmiers la journée et deux personnes dont au moins un infirmier la nuit.

Le service de jour est assuré au minimum par trois personnes dont un infirmier ; au moment de la visite, l'équipe était composée de deux aides-soignants et deux infirmiers dont un provenait du « pool de remplacement ».

Le poste de psychomotricienne est vacant depuis 2002 et celui d'ergothérapeute depuis 2012. « *Les ergothérapeutes refusent de venir travailler au CHS car le salaire est insuffisant* ».

Au moment de la visite, l'unité recevait treize patients : dix hommes et trois femmes, tous en hospitalisation libre et sous tutelle ; par conséquent, aucun n'avait désigné une personne de confiance. L'hospitalisation la plus ancienne datait de 20 ans. Le patient le plus âgé avait 67 ans, le plus jeune avait 19 ans. L'admission la plus récente datait du 18 août 2014 – il s'agissait d'un retour de l'UMD de Sarreguemines – la sortie la plus récente datait d'avant 2010 ; une tentative de sortie, le 8 juin 2014, pour un placement en maison d'accueil spécialisée (MAS), avait échoué et le patient était revenu le jour même.

Quatre patients étaient vêtus de « cottes ».

La nuit, un patient était systématiquement enfermé dans sa chambre et un « *autre patient faisait l'objet d'une contention physique et chimique systématique* ».

Durant le mois de mars 2014, cinq patients avaient été placés régulièrement en isolement, dont le patient mentionné ci-dessus ; il s'agissait essentiellement « *d'isolements thérapeutiques* » pour la sieste ou la nuit, plus un cas d'isolement permanent avec des périodes

de sorties accompagnées ; dans cinq cas, des placements à l'isolement ont été pratiqués « *sur application d'un protocole devant une situation le nécessitant* ».

Dans la même période, un patient était vêtu d'une « cotte » permettant de contenir toute la journée ses poignets au niveau des hanches ; par ailleurs, six mises en contention ont été réalisées « *sur application du protocole de contention dans la salle spécifique* ».

Au cours de ce même mois, les activités suivantes ont été organisées :

- musicothérapie : tous les vendredis après-midi au profit de six patients ;
- art-thérapie : tous les mercredis après-midi au profit de cinq patients ;
- équithérapie ; une semaine sur deux les lundis, mardis et mercredi, au profit de quatre patients ;
- une visite de l'exposition florale « Florissimo » avec un repas à l'extérieur le 23 mars au profit d'un patient ;
- l'accompagnement de trois patients le 25 mars à l'exposition des « Itinéraires singuliers » en vue d'un vernissage d'œuvres auxquelles ils avaient contribué.

Des promenades dans le parc et des prises en charge individuelles avec un éducateur spécialisé, non planifiées, sont organisées selon le contexte et les effectifs.

4.3 Les soins somatiques

Les soins somatiques sont organisés autour du bloc médical, unité indépendante située au centre du dispositif d'hébergement, comportant des bureaux de consultations pour médecine générale et spécialités, une salle de radiologie numérisée et un cabinet dentaire.

4.3.1 Les soins de médecine générale

Les soins de médecine générale sont dispensés par deux médecins à temps plein, dont un interniste responsable du service, un médecin généraliste à 20 %, un assistant généraliste et quatre internes.

A l'arrivée d'un patient à l'établissement, lors de son passage à l'UMAO, un examen somatique est réalisé systématiquement conjointement à l'examen psychiatrique, de même qu'un bilan biologique préalable aux thérapeutiques à venir ainsi qu'un dépistage sérologique.

Outre le suivi à la demande des unités, un interne ou un médecin généraliste passe quotidiennement dans chaque unité de psychiatrie générale ; concernant les unités de long séjour, il intervient rapidement dès qu'il est sollicité. Chaque unité a un référent somaticien (interne ou sénior).

Un interne assure la garde chaque jour pour l'établissement. En cas de nécessité, il est fait appel au SAMU via le 15.

4.3.2 Les consultations spécialisées

Les spécialités représentées sur des temps hebdomadaire, bimensuels ou mensuels comportent l'ophtalmologie, la dermatologie, l'ORL – avec possibilité d'endoscopie –, la neurologie, la pneumologie, la gynécologie, la cardiologie et la radiologie avec présence sur place d'une manipulatrice radio. De plus, le bloc médical est équipé d'un cabinet dentaire et dispose d'un dentiste à 0,4 % de présence.

Les locaux de consultation de spécialité sont tous dotés d'équipements modernes adaptés à la spécialité concernée.

4.3.3 La pharmacie

La pharmacie est située dans les locaux historiques du CHS. Elle est dirigée par un pharmacien à temps plein secondé par un second pharmacien également à temps plein, 4,5 ETP de préparateurs en pharmacie et un interne. Les locaux sont exigus et peu fonctionnels.

Les prescriptions pharmaceutiques sont informatisées pour l'ensemble des unités d'hébergement, permettant un contrôle et une validation des prescriptions en temps quasi-réel – 90 % à moins de 2 heures. Chaque jour, les containers de médicaments relatifs aux prescriptions sont acheminés dans chaque unité. La préparation individuelle nominative de chaque patient est réalisée par les équipes de soignants de nuit pour le lendemain.

La pharmacie prépare les piluliers de dispensation hebdomadaire pour l'EHPAD et pour la fédération de gérontopsychiatrie.

Chaque unité dispose d'une dotation d'urgence et de dépannage réassortie automatiquement en fonction des prescriptions.

Une convention de partenariat a été passée avec le CHU pour assurer une garde pharmaceutique.

4.3.4 Le laboratoire

Egalement situé dans les bâtiments historiques du CHS, le laboratoire, devant fermer en fin d'année à la demande de l'ARS, n'a pas été visité. Les examens biologiques seront prochainement réalisés par convention au CHU.

4.3.5 Le comité de lutte contre la douleur

Le comité de lutte contre la douleur (CLUD) est présidé depuis cinq ans par un médecin formé et impliqué dans la prise en charge de la douleur. Le CLUD se réunit tous les deux mois associant infirmiers et médecins notamment somaticiens du « bloc médical ».

Des formations à thème – comme l'utilisation du MEOPA¹⁵ – et générales sont organisées chaque année, la dernière en avril 2015. Chaque soignant doit passer une fois par ces formations.

Des protocoles de repérage, suivi et traitement de la douleur ont été élaborés et sont mis en place dans chaque unité. La prise en charge de la douleur est tracée dans le dossier de soin informatisé.

4.4 Le recours à l'isolement et à la contention

Le CHS a mis en place un groupe de réflexion sur la mise en chambre d'isolement et la pratique de la contention, appelé « Groupe MCI Contention », animé par le praticien hospitalier chargé de l'unité médicale d'accueil et d'orientation (UMAO) ainsi que par un cadre de santé et auquel participent notamment un représentant des usagers et un infirmier de chaque unité.

Très actif, ce groupe s'est réuni dix fois en 2014 ; il a travaillé sur les axes suivants :

- la formation du personnel ;
- la conformité des fiches de prescription avec notamment la diffusion d'un courrier de sensibilisation et de rappel de bonnes pratiques aux médecins ;
- l'harmonisation du matériel ;
- la demande par l'unité d'addictologie EOLE d'équipement de matériel de contention,

¹⁵ Mélange gazeux analgésiant à concentration fixe.

- qui a été rejetée par le groupe ;
- la mise à disposition d'un jeu de contention pédiatrique destiné aux patients de petite taille ;
- la réécriture de la procédure d'accueil des patients détenus, sur le constat que seules 25 % des prescriptions de contention de ces patients étaient pertinentes au regard de leur état clinique ;
- une étude des chiffres de l'isolement.

Pour l'année 2015, les axes de travail sont :

- le suivi de la révision de la procédure concernant la prise en charge des patients détenus ;
- la réalisation d'un audit prospectif ;
- l'informatisation de la fiche de surveillance ;
- le suivi de l'état d'avancement au niveau de l'identito-vigilance¹⁶ ;
- l'amélioration de la surveillance somatique en lien avec les médecins du bloc médical ;
- le suivi du programme de formation ;
- l'amélioration de la saisie des données liées à l'isolement sur le logiciel Cristal Link.

Ce dernier point pose en effet un problème : le logiciel Cristal Link, partagé avec d'autres hôpitaux – dont une majorité d'hôpitaux généraux – ne permet pas de réaliser des statistiques sur les pratiques d'isolement et de contention ; faute de registre spécial, de telles statistiques nécessitent de procéder à des sorties manuelles très chronophages. Dans sa réponse, le directeur indique : « *Un groupe de travail opérationnel s'est mis en place pour réfléchir à l'élaboration d'un registre informatisé et généralisé pour l'ensemble de l'hôpital, permettant les relevés d'isolement et de contentions* ».

Une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) sur les procédures de mise en chambre d'isolement a été réalisée à partir d'une enquête conduite entre septembre 2011 et avril 2012 au sein des unités fermées à l'exclusion des unités de la FIGP – USALP et SEDEP. Il a été tiré au sort 206 fiches de prescription sur la période en question ; elles concernaient cinquante-trois patients dont seize détenus. Les résultats ont été les suivants :

Mise à l'isolement : points forts (> 70 %) /faibles (< 70 %)		2012	2009	2006
Durée	Déterminée et inférieure à 24 heures	88 %	36 %	35 %
Traçabilité	Fiche de prescription entièrement renseignée	22 %		
	Début de l'heure d'isolement notée	78 %		
	Fin de l'heure d'isolement notée	50 %		
Identito-vigilance	Etiquette collée sur la fiche de prescription	63 %		
Accompagnement et suivi du patient	Deux visites médicales par jour	33 %	21 %	9 %
	Sorties de courte durée réalisées une fois prescrites	74 %	15 %	9 %
Surveillance du patient	Prescrite	58 %		
	Réalisée	43 %		
Documents en vigueur	Utilisation de la dernière fiche de prescription en vigueur	86 %		

Une procédure, intitulée « Mise en chambre d'isolement » mais traitant également de la contention lors du placement en isolement, est régulièrement mise à jour. Sa dernière version date du 13 mars 2012. En revanche, il n'existe pas de procédure sur la contention pratiquée

16 « L'identito-vigilance se définit comme l'obligation pour l'établissement de santé de mettre en place un système permettant une identification fiable et unique du patient à toutes les étapes de sa prise en charge et à chaque venue » (Source : compte-rendu de la séance du 11 mars 2015 de la CRUQPC).

ailleurs qu'en chambre d'isolement : soit dans une chambre ordinaire, soit directement sur la personne par le biais de vêtements spéciaux, le patient restant alors libre de se déplacer dans l'unité.

Dans les deux unités du SEDEP – “Oasis” et “Arc-en-Ciel” –, des patients se voient prescrire des mises à l'isolement, avec ou sans contention, systématiques, à des créneaux précis de la journée, auxquelles s'ajoutent souvent des procédures « si besoin » ; de plus, des patients sont systématiquement contenus dans leurs lits pendant toute ou une partie de la nuit. Il a été expliqué aux contrôleurs que le médecin n'était pas informé des placements en isolement et des procédures de contention dans l'heure qui suivait la décision – contrairement à ce que prescrit la procédure – mais par le rapport quotidien qui lui était envoyé en fin de journée par message électronique. Par ailleurs, les prescriptions sont réalisées avec une durée de validité d'un mois – donc supérieure aux 24 heures prescrites dans la procédure – et sont renouvelées à l'occasion des réunions de synthèse sans que le médecin voie nécessairement le patient concerné.

Ainsi, au cours du 1^{er} trimestre 2015, au sein de l'unité “Oasis”, chaque nuit, deux patients étaient enfermés dans leurs chambres, un patient avait des contentions aux poignets et aux chevilles, un autre à une cheville, et des barrières étaient placées sur le lit d'un patient ; un sixième patient a fait l'objet de contentions six nuits et environ un jour sur quatre pendant des périodes ne dépassant pas deux heures. Le patient qui avait une contention à une cheville la nuit portait dans la journée une « cotte » avec une contention quasi permanente des deux poignets au niveau des hanches.

De même, un patient de l'unité “Arc-en-Ciel” était vêtu avec une cotte qui bloquait ses deux poignets 24h/24 sauf au moment de sa douche ; deux autres patients faisaient l'objet d'une contention parfois dans la journée pendant des périodes ne dépassant pas deux heures.

Dans sa réponse, le directeur précise : « *Notons que les patients des deux unités du SEDEP constituent une population très particulière de patients déficients profonds. Pour ces patients, les contentions font l'objet de programmes individualisés afin d'éviter certains comportements auto et hétéro-agressifs, dangereux et répétitifs* ».

4.4.1 L'isolement

Selon les unités visitées, les pièces où pouvaient être isolés des patients portaient des dénominations différentes sans que la distinction apparaisse clairement : « chambre d'isolement », « pièce d'isolement », « chambre sécurisée », « chambre d'apaisement » ; le terme « chambre de soins intensifs » n'a jamais été employé par le personnel soignant.

Le terme « chambre sécurisée », voire « cellule » – dénomination souvent utilisée par le personnel au cours de la visite des contrôleurs –, désigne les chambres destinées à recevoir les patients détenus pendant toute la durée de leur hospitalisation. Dans certaines unités, ces chambres sont identiques aux « chambres d'isolement » et reçoivent également des patients non détenus « *par défaut de lits ailleurs* ». Dans sa réponse, le directeur déclare : « *Suite à la visite, cette question de dénomination va être retravaillée* ».

Il a été remis aux contrôleurs les données suivantes :

Pôle	Secteur	Unité	Type de chambre			
			Isolement	Détenu	Apaisement	Total
A	2	UMAO	1	0	0	1
		"Van Gogh"	1	1	0	2
	5	"Altaïr"	1	1	0	2
B	4	"Schotte"	1	1	0	2
	6	UPG	1	1	0	2
		Unité de la dépression	1	0	0	1
	7	"Buffon"	1	1	0	2
		"Rameau"	1	0	0	1
FIPG	SEDEP	"Arc-en-Ciel"	1	0	0	1
		"Oasis"	1	0	1	2
	USALP		2	0	2	4
Total			12	5	3	20

Ce tableau ne reflète pas la réalité qu'ont constatée les contrôleurs : les unités "Schotte" et "Buffon" disposent chacune d'une chambre d'isolement, dans laquelle sont notamment placés les patients détenus ; l'unité de la dépression n'a pas de chambre d'isolement. Dans sa réponse, le directeur indique : « *Il existe bien une chambre configurée comme une chambre d'isolement à l'unité de la dépression, avec un sas et un lit scellé au sol. Cependant, cette chambre n'est pas utilisée comme chambre d'isolement puisqu'il n'existe jamais d'isolement de patient à l'unité de la dépression* ». Dans ces conditions, on peut s'interroger sur les raisons de maintenir dans cette chambre un équipement destiné à une chambre d'isolement, notamment un lit scellé au sol.

Il a été expliqué aux contrôleurs que, lorsque le placement à l'isolement d'un patient hospitalisé en soins libres était envisagé, son accord était recherché. A défaut, son statut d'hospitalisation était modifié : sur décision du directeur de l'établissement, il était placé en soins à la demande d'un tiers ou, en l'absence de tiers, en soins pour péril imminent. Pour un total sur l'établissement de 786 jours avec un isolement, Cependant, il a été précisé aux contrôleurs que « *la réglementation autorisait à isoler pendant quelques heures un patient non consentant* » ; cette déclaration faisait référence à la « Circulaire Veil » de 1993¹⁷, qui précise que les malades en hospitalisation libre « *ne peuvent en aucun cas être installés dans des services fermés à clé ni a fortiori dans des chambres verrouillées. [...] Toutefois, en cas d'urgence, il peut être possible d'isoler pour des raisons tenant à sa sécurité un malade quelques heures en attendant, soit la résolution de la situation d'urgence, soit la transformation de son régime d'hospitalisation en un régime d'hospitalisation sans consentement [...]* ».

17 Circulaire n° 48 DGS/SP3 du 19 juillet 1993 (Circulaire Veil) portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux (Bulletin officiel du ministère chargé de la santé n° 93/35 p. 51-52)

Selon l'état quantitatif remis aux contrôleurs, sur un total pour l'établissement de 786 jours avec un isolement, le nombre de jours d'isolement cumulés par patient durant le 1^{er} trimestre 2015 a été le suivant :

Nb de jours cumulés par patient	1 jour	2 jours	3 jours	4 jours	5 jours	6 jours	7 jours	10 jours	12 jours	14 jours	19 jours	27 jours	60 jours	86 jours	90 jours	120 jours	Nb total de patients isolés
Nombre de patients concernés																	
UMAO	8	5															13
"V. Gogh"	2	1	2		2			1									8
"Altair"	2		2		3				1								8
Gérontopsy								1								1	2
"Schotte"	1	1	1	1	1					1		1					7
UPG	3	3	1														7
"Buffon"	1	1	2	1		4		1									10
USALP		1	2	1		1					1		2				8
"Oasis"	2		1				1							1	2		7
"Arc-en-Ciel"	2		1	2	2												7
Nb total de patients isolés	21	12	12	5	8	5	1	3	1	1	1	1	2	1	2	1	77

Le tableau ci-dessous présente, sur l'ensemble de l'année 2014, le nombre de jours d'isolement par unité¹⁸ :

	Nombre de patients concernés	Nombre de jours d'isolement			
		Par unité	Par patient isolé		
			Mini	Maxi	Moyenne
"Van Gogh"	45	218	1	23	4,8
"Altaïr"	19	205	1	107	10,8
"Jacques Schotte"	22	442	1	199	20,1
UPG	14	34	1	7	2,4
"Buffon"	47	205	1	24	4,4
"Arc-en-Ciel"	11	365	2	133	33,2
"Oasis"	8	1 061	3	282	132,6
"Bellevue"	1	1	1	1	1
Gérontopsychiatrie	1	11	11	11	11
"Rameau"	1	1	1	1	1
UMAO	40	63	1	2	1,6
USALP	19	733	1	362	38,6
Total	228	3 339	1	362	14,6

4.4.2 La contention

Il a été déclaré aux contrôleurs que des contentions pouvaient être prescrites hors des pièces spécifiques faute de place ou pour des personnes âgées afin de prévenir les chutes.

La question de la « contention chimique » a été abordée avec plusieurs médecins et personnels soignants. Les réactions ont été diverses : cette notion a été parfois rejetée par les médecins, alors que des personnels soignants ont indiqué qu'il arrivait que de tels traitements fussent prescrits, parfois « si besoin » notamment à l'USALP et au SEDEP.

Une patiente en soins libres, hospitalisée depuis cinq années et connue dans l'hôpital depuis 1960, avait depuis quinze jours, un protocole de soins d'isolement quotidien dans sa chambre matin et après-midi, de 10h30 à 12h et de 14h à 15h30. La prescription précise « *isolement plus contention éventuellement. Si agitation entre ces deux plages horaires l'isoler sans la coucher. Pas de contention la nuit sauf si nécessité* ». Le projet de soins prévoit une consultation psychiatrique chaque semaine et une prise en charge psychologique, et de favoriser les soins esthétiques et une association de neuroleptique, régulateur de l'humeur et anxiolytique. La patiente revendique souvent une contention ventrale au moment de l'endormissement, qui est ôtée après celui-ci par les deux soignants, comme les contrôleurs ont pu le constater lors de la visite nocturne.

¹⁸Source DIM

4.5 L'admission en soins psychiatriques des personnes détenues

Les modalités de prise en charge des patients détenus sont spécifiées dans un « protocole de sécurité en milieu hospitalier » signé le 25 juin 2014 par le préfet de région, le procureur de la République, le directeur départemental de la sécurité publique, le directeur de la maison d'arrêt, les directeurs des centres hospitaliers de Dijon, le directeur de l'ARS et le commandant du groupement de gendarmerie.

L'hôpital est informé dans la journée de la décision d'admission d'un patient détenu en provenance la maison d'arrêt de Dijon. L'arrêté préfectoral est reçu en fin d'après-midi ou le plus souvent en soirée. Trois infirmiers vont, en ambulance, chercher le patient au sein de l'établissement pénitentiaire, munis de l'arrêté notifiant les soins sur décision du représentant de l'Etat et du matériel de contention. Le transport est réalisé « *dans une ambulance, transport allongé sur brancard avec contention* ».

A l'arrivée, le patient est hospitalisé dans une chambre de soins intensifs dénommée « cellule » par une partie des professionnels : il y reste tout le temps de son hospitalisation quelle que soit l'évolution de son état de santé.

A l'UPG et à "Van Gogh", cette chambre est équipée d'un téléviseur et donne accès à un espace extérieur d'une surface de 15 m² environ permettant au patient de « prendre l'air » et de fumer.

La prise en charge des personnes détenues n'est pas adaptée à leur situation clinique mais à leur situation pénitentiaire. Un médecin a déclaré aux contrôleurs : « *l'isolement en chambre de soins intensifs est une prescription médicale, l'isolement du détenu en chambre sécurisée est une prescription administrative. S'ils viennent au CHS, c'est parce qu'ils ont refusé les soins en prison, qu'ils sont dans un état suicidaire ou tout simplement qu'ils veulent sortir de la prison; c'est donc normal qu'ils soient davantage privés de liberté qu'en prison* ».

Selon les termes employés par un cadre, « *Se pose la question des rôles respectifs : l'infirmier est en porte à faux. Il ne faut pas faire de "contention-menotte". Il faudrait organiser des réunions avec la direction de la maison d'arrêt. Le patient détenu qui arrive en SPDRE quelques jours avant la fin de sa peine pose problème au moment de sa libération ; en général, il passe alors en SPDDE. Par analogie aux chambres de sécurité des CHU, un patient détenu devrait faire l'objet d'une surveillance policière et ne devrait pas rester dans un CHS plus de 48 heures* ».

Le protocole susvisé précise que « *le patient détenu ne pourra pas accéder au téléphone en raison de l'absence de contrôle* ». Le patient peut écrire ou recevoir du courrier mais « *toute correspondance transitera obligatoirement, pour contrôle, par la maison d'arrêt* ». Cependant, les courriers destinés au directeur du CHS peuvent lui être adressés directement ; de même, le personnel hospitalier peut remettre directement au patient détenu les courriers émanant de l'autorité judiciaire et de son avocat.

L'administration pénitentiaire précise, à l'occasion de l'hospitalisation de chaque détenu, si celui-ci est autorisé à recevoir des visites. Sous réserve de l'accord de l'administration pénitentiaire, les visites sont autorisées sauf contre-indication médicale. L'avocat peut librement rencontrer son client et la confidentialité de l'entretien est assurée.

L'accès aux cigarettes est restreint pour les détenus, en application du protocole de l'établissement : « *le patient détenu ne pourra pas fumer durant son séjour. Des aménagements de ce principe pourront être étudiés au cas par cas sur prescription médicale, un traitement nicotinique substitutif pourra lui être proposé* ». A titre d'exemple, dans l'unité "Altair", il est

limité à trois cigarettes par jour.

Les patients détenus sont accompagnés par une escorte policière pour se rendre de leur unité jusqu'au bâtiment de la salle d'audience du JLD.

Les hospitalisations au CHS sont en général de courte durée et correspondent à des situations d'urgence en attente d'une hospitalisation à l'UHSA ou un retour à la maison d'arrêt. Ce dernier est assuré par l'administration pénitentiaire.

Des personnels soignants ont fait part aux contrôleurs de leur indignation concernant les conditions d'hospitalisation des patients détenus. Interrogé sur ce point, le personnel médical a évoqué la notion de « *double statut du patient détenu* » et a déclaré que « *l'établissement n'était pas en capacité de fournir les mêmes prestations de sécurité qu'un établissement pénitentiaire* ». Dans sa réponse, le directeur précise : « *Ce point est retravaillé dans le cadre du groupe de travail précité relatif à la révision du protocole de prise en charge des détenus* ».

L'évaluation des pratiques professionnelles réalisée en 2012 (Cf. *supra* chap. 4.4) sur les placements à l'isolement a donné les résultats suivants concernant le contexte comportemental des patients détenus qui faisaient partie de l'échantillon analysé :

Contexte comportemental	Nombre	Taux
Absence d'éléments cliniques justifiant l'isolement	16	24%
Statut administratif du patient : « Détenu »	16	24%
Agressivité et/ou agression physique envers lui-même	11	17%
Patient calme	10	15%
Prévention des risques	4	6%
Agressivité et/ou agression physique envers autrui	2	3%
Ne présente plus de risque suicidaire	2	3%
Agitation psychomotrice	2	3%
Rien de marqué dans le dossier	1	2%
Agressivité et/ou agression envers les objets, les locaux	1	2%
Etat clinique du patient	1	2%
Observation du comportement	1	2%

Les hospitalisations de personnes détenues sont en nombre décroissant, particulièrement depuis la mise en service de l'UHSA de Lyon :

Année	2011	2012	2013	2014
Nombre de patients	44	32	25	19

GLOSSAIRE

APSA	: activités physiques et sportives adaptées
ARS	: agence régionale de santé
ASH	: agent des services hospitaliers
CATTP	: centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CDSP	: commission départementale des soins psychiatriques
CHS	: centre hospitalier spécialisé
CHST	: comité d'hygiène et de santé au travail
CIAMM	: centre intersectoriel d'activités à médiations multiples
CLUD	: comité de lutte contre la douleur
CME	: commission médicale de l'établissement
CRIAVS	: centre ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violence sexuelle
CRPV	: comité de réflexion et de prévention sur la violence
CRU	: chargée des relations avec les usagers
CRUQPC	: commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
CSAPA	: centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
DIM	: département d'information médicale
EHPAD	: établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
ELIPSES	: équipe de lien et d'interface psychiques au service des exclus du soin
EPP	: évaluation des pratiques professionnelles
ERP	: établissement recevant du public
ETP	: équivalent temps plein
FIPG	: fédération interpolaire de psychiatrie générale
ISCO	: intersecteur Sud Côte-d'Or
JLD	: juge des libertés et de la détention
MDPH	: maison départementale des personnes handicapées
SAMSAH	: service d'accompagnement médico-social de personnes adultes handicapées
SCNH	: service central de nettoyage et d'hygiène
SEDEP	: service des patients déficients mentaux profonds
SMPR	: service médico-psychologique régional
S(P)DDE	: soins (psychiatriques) sur décision du directeur de l'établissement
S(P)DRE	: soins (psychiatriques) sur décision du représentant de l'Etat
S(P)DT(U)	: soins (psychiatriques) à la demande d'un tiers (en urgence)
SPPI	: soins psychiatriques pour péril imminent
TGI	: tribunal de grande instance
UD	: unité de la dépression
UDAF	: union départementale des associations familiales
UHSA	: unité hospitalière spécialement aménagée
UMAO	: unité médicale d'accueil et d'orientation
UMD	: unité pour malades difficiles
UNAFAM	: union nationale des familles et amis de personnes malades psychiques
UPG	: unité de psychiatrie générale
USALP	: unité de soins et d'accompagnement long personnalisé
USLD	: unité de soins de longue durée