



**Rapport de visite
Centre Hospitalier
Spécialisé d'Auxerre
(Yonne)**

du 24 au 26 février 2009

Contrôleurs :

Xavier Dupont, chef de mission ;
Henri Argence ;
Michel Clémot ;
Olivier Obrecht.

En application de la loi du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté, quatre contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier spécialisé de l'Yonne à Auxerre et à Sens, du mardi 24 février au jeudi 26 février 2009. Le chef d'établissement avait été informé quelques jours auparavant par le contrôleur général.

1 - Les conditions de la visite.

Les contrôleurs sont arrivés mardi 24 février 2009 à 10h40 et sont repartis jeudi 26 février à 15 heures. Tous les personnels rencontrés se sont rendus disponibles pour s'entretenir avec les contrôleurs. Une note de service du directeur avait été diffusée annonçant la visite. Une salle a été mise à la disposition des contrôleurs durant le temps de la mission et l'ensemble des documents demandés ont été fournis.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir comme ils le souhaitaient, y compris en service de nuit, avec des agents de l'établissement, des représentants des instances de concertation (CHSCT), des personnes hospitalisées, le président de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques et des représentants des familles. Des contacts téléphoniques ont été pris avec la DDASS de l'Yonne.

Une réunion initiale de présentation de la mission s'est tenue dans la salle du conseil d'administration en présence du directeur et du vice-président de la commission médicale d'établissement (CME) et d'un autre médecin chef de service, le président de la CME étant en congé. A l'issue de la visite, les contrôleurs ont présenté leurs principaux constats au directeur. En réponse au rapport de constat qui lui a été adressé le 4 septembre 2009, celui-ci a fait connaître le 12 octobre ses observations. Le présent rapport en tient compte.

2 - Présentation générale de l'établissement.

Le CHS de l'Yonne est le seul établissement de santé de l'Yonne habilité à recevoir des patients hospitalisés sans leur consentement. Le département qui compte 340 000 habitants, comprend en outre deux cliniques privées psychiatriques, l'une à dominante géro-psycho-geriatrique à Appoigny, à quelques kilomètres d'Auxerre, l'autre, implantée à la limite de la Seine-et-Marne, accueillant essentiellement des patients d'Ile-de-France,.

Les unités d'hospitalisation du CHS sont implantées sur deux sites - Auxerre et Sens - accueillant au total 280 lits. Les centres médico-psychologiques (CMP) se trouvent à Auxerre, Sens, Joigny, Tonnerre, Avallon, Saint-Florentin. L'établissement gère également, à Vézelay, un foyer d'hébergement de cent places pour adultes handicapés financé par le conseil général.

L'organisation médicale repose sur :

- quatre secteurs pour adultes de trente-cinq lits d'hospitalisation chacun (vingt-cinq lits « ouverts », dix lits « fermés » ainsi que deux chambres d'isolement); la durée moyenne de séjour est de vingt jours ;
- deux inter-secteurs de psychiatrie infanto-juvénile disposant de cinquante places d'hospitalisation de jour ; il n'y a pas de lit d'hospitalisation de mineur ;
- une unité d'alcoologie de vingt-cinq lits en hospitalisation libre (HL) ;
- une unité intersectorielle destinée aux malades chroniques de quarante lits (HL),
- une unité accueillant des personnes polyhandicapées de quarante-cinq lits (HL), non transformée en maison d'accueil spécialisée.

A chaque secteur pour adultes est rattachée une activité intersectorielle : prisons/addictions, malades chroniques, liaison avec le service des urgences du centre hospitalier d'Auxerre et consultations « Alzheimer ». En particulier, le CHS intervient au centre pénitentiaire de Joux-la-Ville et à la maison d'arrêt d'Auxerre pour le suivi des détenus présentant des troubles psychiatriques. Il dispose de deux chambres d'hospitalisation de détenus sur le site d'Auxerre. Une équipe du secteur 3 y est dédiée.

Le CHS participe à un réseau de santé mentale, labellisé par l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM), qui rassemble la plupart des intervenants médicaux et sociaux du département tournés vers la prise en charge des enfants, des adultes et des personnes âgées.

L'effectif du personnel est de 745 avec un taux de féminisation de 75%. La démographie médicale commence à présenter des signes de fragilité pour la pédopsychiatrie et pour le renouvellement à venir des praticiens ; d'ores et déjà, le CHS a recruté un médecin psychiatre de nationalité roumaine.

Les unités d'hospitalisation sont installées dans des locaux neufs à Auxerre comme à Sens.

A Auxerre, l'ensemble de l'hôpital a été reconstruit en 2004/2005 sur le site historique en pleine ville, les anciens bâtiments ayant été cédés à un promoteur immobilier pour être reconvertis en logements (la vigne a été conservée). A l'entrée, se situe un vaste bâtiment de type « R + 2 » avec les locaux de consultation et les locaux administratifs. Au rez-de-chaussée se trouve un local comportant des distributeurs de boisson et de friandises pour les patients et les visiteurs, le bureau des entrées et l'accueil. Au sous-sol, sont installés des locaux techniques et des vestiaires.

Les unités sont rassemblées sur un périmètre moindre qu'auparavant, les malades ne pouvant plus accéder à un parc arboré. Tous les pavillons sont conçus sur le même principe architectural avec une zone ouverte et une partie fermée. A la faveur de la reconstruction, le mur d'enceinte a été abaissé ; l'accès principal de l'hôpital est totalement libre depuis le boulevard qui borde l'hôpital (ni barrière, ni contrôle). Un autre accès sur un côté est filtré. La nuit, une société de gardiennage assure la sécurisation du site notamment par des rondes cynophiles autour de l'établissement.

En décembre 2008, le CHS a fait face à des fugues répétées de patients, notamment à travers les grillages des cours, ce qui a donné lieu par la suite à une réunion de travail à l'initiative de la DDASS.

Les chambres sont toutes individuelles, spacieuses et équipées d'une salle d'eau et de toilettes. Leurs fenêtres n'ont pas de barreaux.

Les secrétariats médicaux des unités se trouvent dans le bâtiment principal de l'hôpital, regroupés avec l'ensemble des services communs et la direction, ce qui entraîne de nombreuses allées et venues entre les services.

Les unités intersectorielles accueillant les patients chroniques sont regroupées dans un autre bâtiment, chacune sur un niveau. Elles sont fermées et l'accès suppose de connaître un code ou d'appeler par interphone. Les patients sont tous en hospitalisation libre. Chacune des deux unités dispose d'un espace extérieur même si celui du rez-de-chaussée, visible du reste de l'hôpital, n'est plus utilisé.

On trouve aussi sur le site le restaurant du personnel et un centre de ressources « autisme ».

A Sens, l'unité a été construite au sein de l'ancien site de l'hôpital général, au centre ville ; l'accès est libre. Sa conception moderne de plain-pied crée une sensation de confort et de sérénité, appréciée des personnels. Le bâtiment, mis en service partiellement en 2004 pour vingt-cinq lits « ouverts », comporte une partie « administrative » à laquelle n'ont pas accès les patients sauf s'ils y sont amenés par un soignant, et une partie « soins » avec les chambres, le réfectoire, le patio et des salles d'activité. L'unité fermée de dix lits a été mise en service en septembre 2008.

Un système de vidéosurveillance interne (vingt-deux caméras sont installées et reliées à la pièce de surveillance du hall d'accueil) concourt à la sécurisation du site; un agent de sécurité du prestataire de service est présent chaque nuit dans le pavillon de 22 heures à 6 heures. La nuit également, chaque agent présent est équipé d'un système d'alarme portatif (PTI).

Une garde médicale est prise sur place du samedi à midi au lundi matin par l'un des praticiens du service.

3 – Constats.

L'équipe de contrôleurs s'est essentiellement intéressée au cas des personnes hospitalisées sous contrainte et a visité l'ensemble des unités où celles-ci sont accueillies, y compris l'unité de Sens. Les unités fermées accueillant les malades chroniques ainsi que les polyhandicapés ont également été prises en compte, même si les patients qui y sont hébergés sont a priori toujours en hospitalisation libre. Les constats suivants ont été faits.

3.1 - Exercice des droits des malades en HO/HDT.

3.1.1 - Informations données aux malades arrivants et possibilités de recours.

Pour les malades hospitalisés en hospitalisation d'office (HO), l'arrêté préfectoral est réceptionné par le service des admissions qui le transmet à l'unité de soins où le patient a directement été dirigé. Dans la quasi-totalité des cas, c'est d'abord un arrêté municipal qui est adressé, l'arrêté préfectoral n'étant établi qu'au vu du certificat médical des vingt-quatre heures. Seuls les détenus hospitalisés en HO bénéficient préalablement à leur transfert d'un arrêté préfectoral.

La notification de l'arrêté est effectuée au patient au sein de l'unité dans laquelle il a été admis, lors d'un entretien conduit en général en commun avec lui par un médecin et un personnel soignant.

Le patient est invité à signer un accusé de réception et il lui est remis un exemplaire de l'arrêté. Le refus ou l'impossibilité de signer la notification est attestée par la signature de deux personnels soignants, nominativement identifiés. Si l'état du patient ne lui permet pas de signer le document en toute lucidité, il lui sera remis dès qu'il sera en état de le recevoir et de le comprendre.

Ce document est rédigé en termes juridiques et présente au patient l'ensemble des voies de recours qui lui sont ouvertes à l'encontre de la décision d'hospitalisation, avec les adresses des autorités qui y figurent. Il n'est cependant en général pas laissé au malade ; une copie en est toutefois insérée dans le dossier médical. Il a été déclaré aux contrôleurs que les soignants répondent ensuite à toute sollicitation des malades qui souhaitent déposer un recours, en les aidant au besoin à le faire. Le livret d'accueil qui est remis dès l'entrée comporte également tous les renseignements nécessaires pour une éventuelle contestation de l'hospitalisation prononcée.

Le document signé est ensuite retourné au service des admissions qui le classe dans le dossier administratif du patient. L'examen des dossiers individuels de tous les patients hospitalisés sous contrainte présents au moment de la visite a permis aux contrôleurs de constater que moins de la moitié des notifications sont signées par les patients eux-mêmes. Sur cet échantillon, aucune notification n'est signée par les malades dans le secteur 4.

La procédure est identique, s'agissant des décisions d'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) prises par le directeur du centre hospitalier.

Le service des admissions suit à son niveau le retour des accusés de réception des notifications et relance les services au besoin. La consultation du registre de la loi et des dossiers administratifs individuels a permis de constater que l'arrêté d'hospitalisation est notifié au patient dans un délai moyen de **trois jours** après son arrivée.

En 2008, neuf malades ont saisi le juge des libertés et de la détention (JLD) à dix reprises (un malade hospitalisé en HO au titre de l'irresponsabilité de l'article 122.1 du code pénal a déposé deux recours dans l'année) en vue d'obtenir la mainlevée de leur HO (sept cas) ou de leur HDT (trois cas). Pour deux malades en HO, la requête a été acceptée avec une ordonnance de mainlevée. Dans deux autres cas, la requête était devenue sans objet par levée de la mesure de placement, antérieurement à l'audience. Toutes les autres saisines ont conduit à des ordonnances de rejet.

Le livret d'accueil de l'établissement est remis au malade au moment de l'arrivée dans l'unité, lors de la notification de la décision d'hospitalisation.

Tous les patients entendus par les contrôleurs ont indiqué avoir eu connaissance du livret.

Le livret d'accueil comprend une section spécifique relative aux droits et obligations des malades avec en particulier les coordonnées détaillées de toutes les instances internes et externes à l'hôpital que le malade est susceptible de contacter ou de saisir en cas de difficulté ou de contestation.

Chacune des unités dispose d'un règlement intérieur très succinct, non systématiquement remis aux malades lors de leur arrivée. Celui-ci rappelle et précise certains points contenus dans le livret d'accueil (horaires des repas et des visites, interdiction de fumer...). Les contrôleurs ont constaté dans plusieurs services qu'il n'était pas non plus affiché.

Les règles applicables en matière de téléphone portable ne sont pas formalisées : le livret d'accueil renvoie les patients à l'équipe soignante et les règlements intérieurs remis aux contrôleurs ne mentionnent que la possibilité d'appeler ou d'être appelé au moyen d'un « point phone ». Il a été constaté des pratiques hétérogènes sur ce point entre les différents services, mal comprises des malades, notamment par ceux qui ont dû changer d'unité en cours d'hospitalisation, avec des règles différentes en vigueur.

Dans aucun service, les contrôleurs n'ont constaté l'affichage du tableau de l'ordre des avocats.

La charte du patient hospitalisé est affichée dans les services, accessible aux malades et au public.

3.1.2 - Information donnée aux familles et confidentialité de l'hospitalisation.

L'hôpital donne des renseignements aux familles sous plusieurs conditions :

- si le médecin en a donné l'autorisation ;
- si le patient est majeur, son autorisation est requise pour que des informations le concernant puissent être données par l'administration de l'hôpital. Le livret d'accueil n'indique cependant à aucun moment que tout patient peut demander qu'aucune indication sur sa présence dans l'établissement ou sur son état de santé ne soit fournie à un tiers ;
- si les personnes demandant les informations ont un titre juridique pour les obtenir : parents, titulaires de l'autorité parentale, tuteurs ou curateurs.

Aucune information systématique n'est donnée au malade à son arrivée sur la possibilité de désigner par écrit une personne de confiance (parent proche, médecin, etc...) qui pourra l'accompagner dans ses démarches. Seule une mention du livret d'accueil y fait référence.

Les médecins reçoivent, avec l'accord du patient, les familles, soit sur rendez-vous, soit à l'occasion des visites.

Aucune information n'est en principe donnée par téléphone. Il est néanmoins apparu lors du contrôle que certaines nouvelles sont parfois transmises par téléphone aux proches des malades, en particulier lorsque ces derniers sont âgés et dans l'incapacité de se déplacer. Les personnes ont toutefois toujours été vues, au moins une fois, avant de procéder ainsi.

Le bulletin d'hospitalisation n'est remis par le service des admissions qu'au patient seulement.

3.1.3 - Accès au dossier médical par le patient.

Le patient peut avoir accès à son dossier médical, soit personnellement, soit par l'intermédiaire du médecin de son choix.

Le livret d'accueil de l'établissement mentionne brièvement ces différentes possibilités et renvoie les patients à une « fiche synthétique disponible sur le réseau Intranet », sans préciser cependant à qui elle doit être demandée.

Selon le mode d'hospitalisation, un avis de la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques (CDHP) peut être nécessaire. Le président de la CDHP a fait état aux contrôleurs de trois saisines en 2008 pour lesquelles la commission a statué lors de sa réunion du 25 novembre 2008. Dans deux cas, il s'agissait de patients en HDT et dans le troisième d'un

patient en HO ; des documents fournis, il ressort que les courriers destinés aux auteurs des saisines sont signés du secrétariat de la CDHP (assuré par la DDASS) et non de son président.

3.1.4 – Communication avec l'extérieur pour les malades en HO/HDT.

La possibilité de visites est soumise à l'autorisation du médecin ayant la responsabilité du patient. Il peut s'y opposer s'il estime qu'elles ne seraient pas favorables, soit pendant un temps limité en début d'hospitalisation, soit pour des périodes plus longues définies en fonction de l'évolution de l'état du patient.

Le patient, lui-même, peut indiquer qui il souhaite ou refuse de voir.

Le médecin peut, également, fixer les conditions dans lesquelles les visites autorisées peuvent avoir lieu : dans la chambre du patient, à l'intérieur du service, à la cafétéria, etc.... ainsi que la durée et les horaires possibles.

Les visites sont possibles tous les jours sans exception, généralement entre 13 heures et 18 heures 30. Les contrôleurs ont pu constater que les visites pouvaient être aussi organisées le matin en fonction des disponibilités des visiteurs. Les enfants de moins de seize ans sont en principe non admis (sauf autorisation médicale expresse). Chaque unité a des règles légèrement différentes, notamment quant à la possibilité de visite à l'intérieur des chambres.

Si le patient est placé en isolement, l'opportunité de la visite est discutée et, en général, celle-ci n'est pas souhaitée.

Le courrier des malades est libre et non contrôlé, à l'arrivée comme au départ.

Pour le courrier entrant, la règle est de le distribuer, chaque jour, dans les unités de soins. Les mandats et lettres recommandées sont distribués directement par le vagemestre.

Pour le courrier départ, les patients le confient, affranchi, au personnel infirmier du service dans lequel ils sont soignés, ou le déposent dans la boîte aux lettres située dans le hall d'entrée de l'hôpital, pour ceux qui peuvent s'y rendre.

L'hôpital met à disposition des malades un téléphone commun dans chaque unité, sous la forme d'un « point » téléphone payant.

Le téléphone est disposé dans un lieu de passage. Après autorisation médicale, les malades y ont accès selon des modalités différentes en fonction des services, plages horaires prédéfinies ou bien à la demande.

Le patient peut recevoir un appel de l'extérieur sur ce poste dont le numéro peut lui être donné à sa demande. Si un patient veut appeler l'extérieur, il doit acheter une carte à l'administration ou s'en faire apporter une. Si le patient n'a aucun moyen financier, une communication à partir du poste infirmier est possible, surtout au moment de son admission.

Les téléphones cellulaires sont parfois autorisés, parfois retirés aux malades. La pratique est variable selon les services, allant jusqu'à une libre disposition totale sans contrôle dans un service.

3.1.5 - Information sur les visites des autorités.

La visite des autorités (CDHP, juge des libertés et de la détention, procureur de la République, ...) est portée à la connaissance des patients dans chaque service, le plus souvent sur des panneaux d'affichage, afin que tous ceux qui souhaitent être entendus par ces autorités puissent le faire savoir et les rencontrer.

La même diffusion a été faite au sujet de la venue de la mission du Contrôle général ; les contrôleurs ont constaté que les patients avaient été informés de la possibilité d'être entendus.

La CDHP a effectué une seule visite en 2008, le 25 novembre. La précédente remontait au mois de mai 2005. Le président de la CDHP, qui est un médecin psychiatre exerçant en libéral, a

indiqué aux contrôleurs que la commission souffre d'un manque de participation des membres nommés alors même que l'arrêté préfectoral portant composition de la commission est incomplet. A ce jour, seuls trois membres sont assidus aux réunions de la CDHP, le président en étant à son second et dernier mandat. La CDHP a été saisie trois fois en 2008, six fois en 2007 et quatre fois en 2006. L'une des observations du président de la CDHP, en réponse à une question des contrôleurs sur le fonctionnement global du CHS, a porté sur la localisation des chambres d'isolement au sein des unités d'hospitalisation, regrettant qu'elles ne soient pas à proximité des postes infirmiers.

L'implantation des services du CHS ressort de la compétence territoriale de deux tribunaux : Auxerre et Sens. Le procureur de la République d'Auxerre a effectué une visite en 2008 (le 20 août), celui de Sens également (le 5 novembre). Un rythme de visite annuel a été relevé sur les années antérieures.

Les visas du président de la CDHP et du procureur de la République sont apposés sur les registres de la loi, aux pages correspondant aux jours des visites.

Les registres de la loi ne sont pas visés par les autres autorités habilitées.

Les registres de la loi (HO et HDT) sont tenus par le service des admissions avec une grande rigueur. Il est noté que ces registres sont uniques pour l'ensemble des services de l'établissement, bien que les malades du secteur 1 soient accueillis directement à Sens, sans passer depuis 2008 par le site d'Auxerre ; les dossiers administratifs restent tous centralisés sur le site auxerrois.

Les dossiers du service des admissions comportent l'ensemble des documents requis pour le suivi administratif des malades placés sous le régime de la loi de 1990. Les contrôleurs ont constaté que les recours éventuels faits par les malades auprès du juge des libertés et de la détention (JLD) sont mentionnés dans ces dossiers et que les ordonnances subséquentes du juge y figurent.

En 2007, dix-sept placements HO ont été effectués en ayant recours à la procédure de notoriété publique et autant en 2008, correspondant à douze personnes, soit 14,2% des HO hors hospitalisations pénitentiaires. Ces chiffres sont importants au regard d'une procédure exceptionnelle. Les placements de 2008 ont été examinés. Dans deux cas, la motivation développée dans les arrêtés municipaux est pauvre : « erre sur la voie publique » pour l'un, « trouble du comportement » pour l'autre. Dans ces deux situations, le préfet n'a pas confirmé ces placements au vu du certificat médical établi lors de l'hospitalisation. Selon les informations recueillies, cette procédure est employée car elle permet de ne pas avoir recours à un médecin.

Les dossiers des huit personnes placées en HDT montrent que la procédure d'urgence, avec un seul certificat médical et non deux, est très fréquemment employée. En 2008, 80% des admissions en HDT entraînent dans ce cadre. Par ailleurs, 25% des HDT admises ne sont pas confirmées au bout de vingt-quatre heures.

3.1.6 - Allégations de mauvais traitements.

Le livret d'accueil informe de la conduite à tenir lorsqu'un patient estime être victime d'un préjudice pendant son séjour. Il mentionne l'existence de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPEC) et précise qu'une permanence hebdomadaire existe, avec le numéro de téléphone à appeler pour prendre rendez-vous.

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

Lorsque la direction reçoit une plainte d'une personne hospitalisée, un courrier de réponse est retourné au plaignant qui est ainsi informé de la suite donnée : saisine pour recueillir

informations ou observations, propositions de rencontre avec les médiateurs, explications directement apportées...

La CRUQPEC a enregistré dix-huit plaintes en 2008, le registre est tenu au secrétariat de direction avec beaucoup de soins. La répartition des saisines a été la suivante : huit saisines émanaient de patients en HL, cinq de patients en HDT, trois de patients en HO et dans deux cas le statut n'était pas précisé. Chaque saisine fait l'objet d'une transmission au chef de service concerné et d'un accusé de réception avec proposition de rendez-vous. La commission se réunit une fois par trimestre sous la présidence du président de la CME délégué par le directeur.

3.2 – Conditions matérielles d'hospitalisation.

321 – Généralités.

Les personnes hospitalisées sous contrainte sont placées dans un des secteurs 1 à 4, selon le lieu de leur domicile. Le secteur 1 est implanté à Sens.

Un pavillon correspond à chaque secteur et porte un nom : Henri Ey (secteur 1), Marcel Aymé (secteur 2), Pierre Larousse (secteur 3) et Marie Noël (secteur 4).

Les bâtiments, de conception récente, sont accueillants. Ils se caractérisent par une grande luminosité grâce à de nombreuses ouvertures. Les murs sont de couleur claire. Dans le secteur 2, des tableaux, des dessins et des fresques donnent une touche de gaieté.

L'accès au bâtiment s'effectue par une porte ouverte pendant la journée et fermée à clé durant la nuit. Les différentes pièces et les couloirs sont spacieux. Tous les locaux sont propres.

Dans chaque secteur, une unité ouverte reçoit des malades librement hospitalisés et une unité fermée accueille notamment les malades sous contrainte. Les contrôleurs ont constaté au moment de leur visite que des patients de la première catégorie se trouvaient en nombre dans les unités fermées : huit sur onze dans celle du secteur 1 (à Sens), cinq sur onze dans celle du secteur 2, huit sur dix dans celle du secteur 3 et six sur onze dans celle du secteur 4. En revanche, un patient placé en HO se trouvait dans l'unité ouverte du secteur 2, mais ce malade, présent depuis 1990, bénéficie de permissions de sortie durant les fins de semaine.

322 – Les chambres des patients.

L'unité fermée est accessible par des portes fermées à clé. Un couloir de circulation dessert les différentes pièces.

Chaque personne dispose d'une chambre individuelle, spacieuse et propre, identique à celle des unités ouvertes, soit onze par secteur. Des hommes et des femmes y sont indistinctement hospitalisés.

Toutes les personnes rencontrées ont souligné le progrès apporté par ce type d'hébergement et l'évolution par rapport à l'ancien hôpital. Outre un meilleur confort, la qualité du sommeil des patients y a gagné et l'ambiance y est plus sereine.

Chaque chambre donne sur le couloir de circulation de l'unité fermée. La porte n'est pas fermée à clé, le malade pouvant entrer et sortir à sa guise, hors le temps nécessaire au nettoyage quotidien.

Chacune de ces pièces est équipée d'un lit médicalisé, d'une table de chevet, d'une chaise et d'une petite table pouvant servir de bureau. Une lampe est placée au mur, au dessus du lit. Un bouton d'appel, qui se trouve à la tête du lit, déclenche un voyant rouge situé au dessus de la porte de la chambre. Un détecteur de fumée est installé au plafond.

Un placard à une porte permet de ranger des affaires personnelles. Le volume y est limité. Les affaires non nécessaires ou trop volumineuses sont laissées dans une bagagerie centrale.

Une prise de télévision et une prise de courant ont été installées sur le mur faisant face au lit mais aucun poste de télévision n'est présent. Les soignants ont indiqué que les téléviseurs pourraient conduire les malades à rester dans leurs chambres et à s'isoler, alors que l'inverse est recherché. Cependant, la télévision est disponible dans les salles communes réservées à cet effet.

Une salle d'eau individuelle est accessible par une porte située dans la chambre. Elle est équipée d'un WC, d'un lavabo et d'une douche. A Sens, les différents produits d'hygiène (rasoirs, mousse à raser, shampoing, ...) sont remis aux patients puis retirés après usage chaque matin, au titre de la sécurité. Cette règle n'a pas paru être aussi strictement appliquée dans les autres secteurs, à Auxerre.

323 - Les chambres d'isolement.

Deux chambres d'isolement sont prévues dans chaque secteur fermé. Aucun registre ne permet de retracer les différents placements en chambre d'isolement mais cette information est inscrite dans le dossier du patient.

Ces deux chambres sont regroupées dans une zone dont l'accès s'effectue par une porte donnant sur le couloir de circulation. Cette zone regroupe un sas dans lequel se trouvent un fauteuil et un meuble de forme cylindrique pouvant servir de table. Au fond de cette pièce, une fenêtre laisse pénétrer la lumière du jour mais est fermée à clé.

De part et d'autre, se trouvent deux chambres identiques, à l'équipement sommaire. Une fenêtre, également verrouillée, permet de faire entrer la lumière naturelle. Les pièces sont claires et propres. Chacune dispose de deux portes d'entrée incluant un hublot vitré, les soignants pouvant ainsi voir l'intérieur avant de pénétrer dans la pièce. Un sommier épais, posé sur le sol, et un matelas sont recouverts d'une housse en matière synthétique de couleur bleue. Des attaches métalliques pour les contentions sont visibles sur le sommier. Des draps et des couvertures complètent le couchage qui constitue le seul équipement de la chambre. Aucun bouton d'appel n'est prévu mais des passages fréquents des soignants, selon un rythme fixé par le médecin, assurent une surveillance.

Une salle d'eau est affectée à chaque chambre mais elle n'est pas directement accessible. Pour que le patient y aille, les soignants doivent ouvrir la porte de la chambre et faire transiter le malade par le sas. La pièce est équipée d'un WC, d'un lavabo et d'une douche.

Lors de leur visite, les contrôleurs ont constaté que les chambres d'isolement pouvaient aussi parfois servir de chambre ordinaire, permettant d'accueillir un malade entrant, dans l'attente de la libération d'une place. Cette solution constitue un palliatif, faute d'avoir trouvé immédiatement une autre solution plus appropriée. Dans ce cas, les portes restent ouvertes et le malade peut librement circuler au sein de l'unité fermée. Tel était le cas dans le secteur 2, un patient accueilli au cours de la nuit dormait là, porte non verrouillée, durant le temps nécessaire à la remise en état d'une chambre libérée le matin même.

324 - Les repas.

La salle à manger est située dans une zone centrale de chaque unité. Elle est équipée de tables et de chaises. Cette pièce sert également à d'autres usages en dehors des heures de repas et constitue un lieu de passage très fréquenté. Cette salle donne sur une cuisine desservant les salles à manger des deux unités.

Les repas ne sont pas préparés au sein du CHS mais, tant à Sens qu'à Auxerre, le sont par une cuisine centrale. Ils sont confectionnés sous forme de barquettes individuelles, réchauffés sur place par des agents de service hospitalier. Un menu type est prévu chaque jour mais des possibilités de variantes existent. A Sens, le menu type était affiché dans la salle à manger et il a été indiqué que des choix sont offerts aux patients. Dans d'autres unités, les goûts de chaque malade sont pris en compte à son arrivée et les aménagements réalisés en fonction de ces déclarations initiales.

Des solutions sont en place pour faire face à une arrivée non prévue : des repas « tampon » sont disponibles pour assurer le premier besoin, si la commande de la journée est déjà passée.

325 - Les salles de télévision.

Des salles de télévision sont installées dans des pièces séparées. A Sens, le poste de télévision se trouvait dans la vaste pièce servant de salle à manger. Par endroit, le téléviseur était protégé dans un meuble.

326 - Les promenades.

Chaque unité (ouverte et fermée) dispose de sa propre cour de promenade. La conception de celles d'Auxerre a fait l'objet de vives critiques.

A Sens, la cour de promenade forme un patio entre les murs du bâtiment. Le couloir d'accès aux chambres la longe sur trois côtés et la salle à manger se situe sur le quatrième. Partout, des baies vitrées offrent des vues sur cette cour couverte de pelouse. Une porte permet de passer de la salle à manger à la cour. Fermée à clé, elle n'est ouverte que ponctuellement pour des sorties sous la surveillance de soignants, à heures fixes : dix créneaux sont ainsi répartis dans la journée. Les heures de début sont mentionnées sur une feuille affichée sur la porte d'accès à la cour. Les soignants ont indiqué qu'une souplesse existait pour répondre à des demandes particulières et pour fixer l'heure de fin d'ouverture. Des tables et des chaises y sont disponibles sur une terrasse. Lors de la visite, un infirmier et des patients jouaient avec un ballon en mousse.

A Auxerre, les cours de promenade sont entourées par le bâtiment sur deux à trois côtés et un grillage ferme le ou les autres côtés. Ce grillage est ainsi commun avec la cour de l'unité ouverte et donne sur les allées du CHS où circulent les personnels du centre, les patients des unités ouvertes et des visiteurs. La cour de l'unité fermée du secteur 2 offre une belle vue sur le centre d'Auxerre. Ces lieux sont paysagés, avec des allées et des zones de pelouses. Au secteur 2, ces carrés de pelouses sont entourés d'une haute bordure. Après une zone plane, chaque cour se poursuit par une zone pentue. Cette configuration ne permet pas la pratique de jeux, les boules ou les ballons risquant fortement de dévaler la pente. Aucun horaire d'ouverture n'est affiché ; les malades sortent lorsque les soignants sont disponibles pour les accompagner. Des tables et des chaises sont à la disposition des patients. Les soignants ont indiqué que les repas étaient servis dehors dès que les conditions météorologiques étaient favorables.

327 - Les possibilités de fumer.

L'interdiction de fumer s'applique dans tous les locaux ; les patients peuvent fumer dans les espaces extérieurs dont certains sont en partie couverts. Les cigarettes sont données par les soignants.

Les malades sortent dans la cour pour fumer.

A Sens, ils ne disposent ni de leur briquet, ni de leurs cigarettes qui sont conservés par les soignants. Lors de la visite, sur les onze patients accueillis dans l'unité, seuls deux étaient fumeurs.

Dans les autres unités, les cigarettes peuvent être conservées par les patients. Les malades ignorent quand ils pourront accéder à la cour de promenade pour fumer.

Lorsqu'ils sont en chambres d'isolement, les malades fument dans le sas, près de la fenêtre alors ouverte, s'ils ne sont pas en état d'être accompagnés dans la cour.

3.3 - Vie collective et vie sociale.

Chaque unité a ses règles de vie collective applicables. Elles dépendent des projets et des équipes de service. Il existe donc des variantes entre les différentes unités.

Lors des entretiens avec les représentants des familles, une personne a cité l'exemple de son fils régulièrement hospitalisé dans la même unité et perdant ses repères s'il était placé dans une autre unité.

En général, l'espace commun comprend la salle à manger, une salle de télévision, une ou plusieurs salles d'activité. L'usage de poste de radio ou de chaîne *hi-fi* est possible dans les chambres. L'utilisation de piles est privilégiée afin de limiter les risques suicidaires par usage du cordon électrique.

Les patients peuvent rester dans leur chambre (sauf pendant le ménage) mais sont invités à participer aux activités encadrées : musculation, musique, billard, atelier mémoire. Des sorties encadrées d'une journée sont organisées sur avis médical pour les HO avec information obligatoire du préfet ; pour les HDT, seul l'avis médical est requis. Des sorties plus longues sont aussi organisées dans des hébergements en gîte ou en camping. Ces dernières sont davantage encadrées que les sorties à la journée.

Il n'y a pas de véritable cafétéria, un espace situé dans l'entrée principale de l'établissement, équipé de tables, chaises et distributeurs automatiques de boissons et friandises, peut recevoir une vingtaine de personnes. Selon les personnels questionnés, un animateur devait « gérer » ce lieu. Les patients qui n'ont pas de visites et qui sont autorisés à se rendre dans ce lieu déambulent dans l'espace vitré réservé à la cafétéria et à la réception du public.

Il n'y a pas de bibliothèque.

L'accès aux cultes est possible ; le culte catholique est animé par deux bénévoles, un prêtre célèbre un office le dimanche matin. S'il y a des demandes d'autres religions, les bénévoles et /ou le prêtre contactent le référent habilité (pasteur, imam, rabbin) qui se rend sans difficulté auprès du ou des demandeurs.

Les objets de valeur sont déposés dans un coffre dans le local infirmier.

3.4 – Projet thérapeutique.

Chacun des quatre secteurs comprend plusieurs unités de soins, dont au moins une unité fermée, dans laquelle sont hospitalisés tous les malades admis sous contrainte. Deux unités supplémentaires sont également fermées, réservées à l'accueil des patients chroniques et lourdement déficitaires (polyhandicapés), *a priori* tous en hospitalisation libre. Il existe ainsi

six unités d'hospitalisation fermées pour adultes, dont quatre seulement reçoivent les malades en HO et HDT.

Les deux inter-secteurs de psychiatrie infanto-juvénile ne disposent d'aucune capacité d'hospitalisation à temps complet. Dans le cas où un mineur fait l'objet d'une mesure de placement judiciaire pour soins, celui-ci est hospitalisé dans une unité fermée d'un secteur adulte. Cette éventualité est rare.

Le projet thérapeutique dépend pour une large part des choix du médecin responsable du secteur : il n'y a pas de projet thérapeutique global à l'échelle de l'établissement.

Les constats qui suivent ne concernent que les unités fermées de l'établissement.

3.4.1 L'admission en unité fermée et le médecin référent

De manière générale, chaque patient hospitalisé est suivi par le médecin référent de l'unité dans laquelle il est hébergé. En principe deux psychiatres au moins interviennent au sein de chaque unité.

L'organisation interne des secteurs conduit cependant à avoir des médecins référents différents pour les unités fermées et pour les unités ouvertes, au sein du même service. Il a été indiqué qu'un malade hospitalisé en unité fermée sera suivi par un médecin différent s'il est ensuite admis dans l'unité ouverte du service.

De la même façon, dans trois secteurs, la possibilité d'être suivi par un médecin déterminé impose d'être hospitalisé dans l'unité correspondante : ainsi par exemple d'être hospitalisé en unité fermée avec le statut d'hospitalisé libre. Dans ce dernier cas, il est demandé au malade de consentir par écrit à son admission dans l'unité fermée.

De façon générale, de nombreux patients en hospitalisation libre sont ainsi admis dans les unités fermées de tous les secteurs. Au cours de la visite (le 26 février), sur 44 malades hospitalisés dans les quatre unités fermées sectorielles, seuls 24 relevaient d'une HO ou d'une HDT. L'admission dans ces unités se fait en principe avec l'accord signé des patients, un formulaire spécifique ayant été élaboré à cet effet. Les contrôleurs ont néanmoins rencontré des patients qui souhaitaient expressément sortir au moment où ils ont été entendus, sans que cette demande ne soit satisfaite.

L'établissement a pris en compte cette problématique et initié un programme d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) sur ce thème. Cette évaluation est née de la perception de la fragilité juridique de certaines de ces hospitalisations d'une part et de la sur-occupation chronique des lits des unités fermées d'autre part (cf. § 3.4.3).

Par ailleurs, de l'avis exprimé directement par les patients et plus allusivement par les soignants, le temps médical est perçu comme insuffisant. Plusieurs patients rencontrés ont regretté auprès des contrôleurs de ne pas avoir vu de médecin depuis plus d'une semaine.

3.4.2 Réunions de synthèse.

Il existe partout des réunions de synthèse hebdomadaires faisant le point en équipe de la situation des malades hospitalisés.

L'organisation de la continuité des soins et des transmissions semble assurée, mais l'organisation du travail de nuit sous forme de personnels fixes n'est pas de nature à favoriser l'implication de ces derniers dans les projets de service.

3.4.3 Sur-occupation.

Les malades sont admis directement dans les services dont ils dépendent, soit en provenance d'un domicile, soit en provenance des urgences.

La tension en matière d'occupation des lits est importante, notamment dans les unités fermées, et il arrive assez souvent que l'unité où un patient doit être admis en fonction de son secteur ne dispose d'aucun lit. Cette situation est d'autant plus fréquente que le taux d'occupation moyen avoisine actuellement 90%. Les contrôleurs ont ainsi constaté lors de la visite que plusieurs unités n'avaient aucun lit vacant.

Dans ce cas, le patient est hospitalisé dans une autre unité et il est transféré ensuite, lorsqu'un lit se libère, dans le secteur dont il relève. C'est alors l'équipe soignante attachée à l'unité d'accueil qui le prend en charge, jusqu'à ce qu'il puisse être transféré. C'est en revanche le médecin de son secteur qui, en principe, vient le voir et commence sa prise en charge dans l'unité où il est hébergé. En 2008, ce sont ainsi 298 admissions de malades, soit près de 11 %, qui ont dû faire l'objet de tels transferts internes en cours d'hospitalisation.

Il a été déclaré aux contrôleurs qu'il n'est en revanche jamais fait appel à d'autres établissements ; une solution locale est toujours recherchée, le cas échéant au prix d'un transfert interne d'un malade déjà présent, voire d'une sortie anticipée avec suivi ambulatoire.

A titre d'illustration, le 26 février 2009 au matin, aucun lit n'était disponible dans les unités fermées du site d'Auxerre, les trois affichant même chacune une capacité dépassée d'un lit (trente-cinq malades présents pour trente-deux lits). Ceci signifiait que trois chambres d'isolement étaient temporairement utilisées en chambres ordinaires, dans l'attente d'une place. Le même jour, les trois unités ouvertes correspondantes du site d'Auxerre étaient également complètes (soixante-neuf présents pour soixante-neuf lits installés). Seules les unités du secteur implanté à Sens avaient des lits disponibles : un dans la partie fermée et trois dans la partie ouverte.

3.4.4 Soins somatiques.

Plusieurs praticiens de médecine générale interviennent au sein des différentes unités. Il n'existe pas d'organisation centralisée des soins somatiques au sein de l'établissement, chaque secteur étant autonome à cet égard.

Un médecin généraliste intervient de façon régulière une demi-journée par semaine dans chaque service et ensuite à la demande, en fonction des besoins.

Les consultations de spécialité sont assurées au centre hospitalier général d'Auxerre (CHA), voire au CH de Sens ou au CHU de Dijon en cas de besoin.

Une garde d'interne en psychiatrie existe sur place ; en cas d'urgence grave, les malades sont transférés aux urgences voisines du CHA.

3.4.5 Mode d'administration des traitements

De manière générale, dans l'ensemble des secteurs, on s'efforce de consacrer le temps nécessaire pour convaincre les patients de prendre leur traitement par voie orale (sauf nécessité).

Le recours aux injections n'est pas une tendance observée au sein des unités fermées, en dehors des formes « retard » des traitements. En revanche, des prescriptions d'injections « en cas de besoin » sont fréquemment retrouvées ; il a été indiqué aux contrôleurs qu'elles servent peu. L'établissement a par ailleurs mis en place une EPP sur ce thème, visant à supprimer ces prescriptions pour les remplacer (si nécessaire) par des prescriptions ciblées adaptées aux situations visées : agitation, insomnie,....

Les femmes en âge de procréer bénéficient de la poursuite de leurs traitements contraceptifs pendant l'hospitalisation, en fonction de leurs habitudes antérieures et de leurs souhaits.

3.4.6 Activités thérapeutiques.

Il existe au sein des unités des salles permettant d'effectuer des activités thérapeutiques. A l'extérieur, il y a aussi des lieux où les patients peuvent se rendre pour faire des activités (ergothérapie, gymnastique, relaxation, musicothérapie,...). La difficulté pour les personnels est de dégager du temps pour accompagner ces patients qui ne peuvent se rendre seuls aux activités. De telles sorties doivent être intégrées préalablement dans les plannings des agents.

Les patients se sont plaints à plusieurs reprises de leur ennui, sentiment qui a aussi été repris par les familles de malades. Le manque d'activités fait partie des principaux motifs de doléances exprimées dans les questionnaires de sortie des malades

Concrètement, ceux qui peuvent sortir seuls vont dans le hall d'entrée, dans l'espace cafétéria ; les autres sont dans la salle de télévision ou dans l'espace extérieur lorsqu'il est accessible, ou bien encore dans leur chambre.

Lors de la semaine de leur visite, les contrôleurs ont constaté que très peu de malades sous contrainte, et uniquement ceux en HDT (à l'exception d'un malade en HO bénéficiant par ailleurs de permissions de sortie, comme il a été indiqué), étaient prévus pour participer à des activités extérieures à leur unité fermée. Les soignants ont précisé que la politique des services étant de lever les HO dès que possible, les patients maintenus en HO étaient souvent peu accessibles à des activités collectives extérieures. L'examen des registres de la loi a permis de constater que la durée moyenne des HO est en effet inférieure à trois semaines.

Il n'existe pas de repas thérapeutique pris avec les malades au sein des unités.

3.4.7 Permissions de sortie et sorties d'essai.

Des permissions de sortie sont accordées sur prescription médicale pour des durées inférieures à 12 heures, avec information préalable du préfet pour les HO. Elles sont toujours accompagnées d'un soignant.

Un certain nombre de patients bénéficient de sorties d'essai : cinq malades en HO et deux en HDT au jour de la visite. Tous les secteurs sont concernés. La pratique habituelle est de mettre fin à la sortie d'essai et donc à l'hospitalisation des patients qui respectent leur protocole thérapeutique ambulatoire. Pour quelques patients néanmoins, la sortie d'essai permet de maintenir un cadre thérapeutique ambulatoire, sans lequel ils n'adhéreraient plus à leur traitement, en l'absence d'obligation de soins ambulatoires dans la réglementation actuelle. Ainsi, trois patients en HO (sur les cinq bénéficiant de sorties d'essai) ont dû être réintégrés une ou plusieurs fois en hospitalisation complète depuis leur première sortie d'essai. Pour le plus ancien, la première sortie d'essai remonte à juin 2005.

3.4.8 Projet de sortie.

Les services disposent d'assistantes sociales qui préparent les sorties des malades, en lien avec les structures extérieures, sanitaires ou sociales, selon les cas.

3.5 Recours à l'isolement et à la contention.

Du fait de l'organisation de l'établissement avec des unités fermées, le choix a été fait d'avoir deux chambres d'isolement par unité, soit huit au total. En cas de nécessité d'isoler un malade agité, les équipes soignantes peuvent également recourir à une contention. Les malades placés à l'isolement sont systématiquement mis en pyjama.

Des protocoles de mise en œuvre d'une mesure d'isolement ou d'une contention physique sont en place au niveau de l'établissement. Ils prévoient notamment des fiches individuelles de suivi médical et infirmier, conservées dans les dossiers médicaux. Ces protocoles sont conformes aux recommandations en vigueur de la Haute Autorité de santé.

La mise à l'isolement (ou sous contention) fait l'objet d'un signalement au standard qui a ainsi la liste des isolés par service.

D'après les informations recueillies par les contrôleurs, le recours à la contention à l'occasion d'une mise en chambre d'isolement est très rare, plusieurs équipes ayant déclaré ne pas en avoir eu besoin depuis plusieurs mois.

La durée de passage en isolement est très variable, de quelques heures à plusieurs jours. Lors de la visite, aucun malade n'était placé à l'isolement.

Il n'existe pas de recueil d'information spécifique permettant d'avoir une évaluation d'ensemble qualitative des mesures d'isolement ou de contention à l'échelle de l'établissement. Certaines unités ont toutefois mis en place un recueil d'information, destiné à colliger toutes les situations de malades placés en isolement, mais les contrôleurs ont pu constater avec les équipes que celui-ci n'était pas systématiquement renseigné. Ainsi, le secteur 3 utilise une fiche « prescription et surveillance » qui retrace les indications, les facteurs de risque, le rappel des vigilances somatiques, les modalités d'isolement et de la surveillance infirmière.

Le système d'information de l'hôpital permet d'avoir une approche quantitative des mises en chambre d'isolement, par le comptage des passages et des journées dans les chambres spécifiques dédiées. En 2008, 222 séjours hospitaliers, relatifs à 187 malades (soit 10 % de ces derniers), ont eu un passage par une chambre d'isolement. Certains patients y ont été admis plusieurs fois dans l'année. En moyenne, les malades concernés y ont passé 5,4 jours. L'attention des contrôleurs a cependant été appelée sur la relative fragilité de ces données : par défaut, sur le nombre de passages car les malades qui n'y séjournent que quelques heures échappent à la déclaration s'ils n'y passent pas la nuit – ; par excès, relatif sur la durée moyenne de maintien à l'isolement qui est calculée *de facto* avec les passages les plus longs.

Une réflexion particulière sur le sujet existe au niveau de l'établissement qui a fait de la mise en chambre d'isolement et de son suivi l'un de ses thèmes d'EPP.

De même, les risques pour les malades (blessures), liés à l'utilisation de matériel de contention, font l'objet d'une EPP ; il faut noter à ce propos que celle-ci est née avant tout de la nécessité d'adapter les matériels de maintien pour les malades chroniques polyhandicapés et non pas de la constatation d'événements indésirables liés aux soins (EIS), en rapport avec l'application de contentions en chambres d'isolement.

3.6 Hospitalisation des détenus.

Le secteur 3 assure seul l'activité intersectorielle de prise en charge des détenus souffrant de troubles psychiatriques, selon les modalités suivantes:

- au sein du centre pénitentiaire (CP) de Joux-la-Ville, à cinquante kilomètres d'Auxerre, le secteur détache une équipe de six agents (deux infirmiers, deux médecins, un cadre de santé à 70% de son temps et une psychologue à 30%); le médecin-chef de secteur considère la

présence au sein du CP comme une sorte d'hôpital de jour destiné à une population spécifique ce qui explique qu'il n'existe pas de convention formalisée entre le CP et le CHS. Tout arrivant en détention est vu dans les cinq jours. Des actions de prévention du suicide sont développées ainsi qu'un suivi particulier des détenus âgés (vingt détenus ont entre soixante-cinq et quatre-vingt-quatre ans). L'hospitalisation au SMPR de Dijon paraît difficile à obtenir. Il existe un projet de télédiagnostic entre le centre pénitentiaire et le CHS en faveur duquel la CME s'est prononcée favorablement.

– l'unité d'hospitalisation du secteur comprend deux chambres destinées aux détenus, dites « chambres de carcéralité »; l'accès se fait d'abord par une grille. Les lits sont scellés au sol; il n'y a pas de poste de télévision ni de point d'eau (le cabinet de toilettes est à l'extérieur). Seule une horloge est visible depuis la chambre. La conception initiale de ces chambres s'est révélée inadaptée et elles ont été entièrement refaites dans les deux ans qui ont suivi l'ouverture. L'entrée du détenu se fait par l'accès unique du pavillon, le transport vers le CHS étant assuré par une entreprise de transport sanitaire avec laquelle le CHS a passé convention. Le détenu entre sur un brancard auquel il est maintenu par sécurité. Le retour vers le CP est assuré par l'administration pénitentiaire ; la configuration du site conduit inévitablement à ce que ces mouvements soient vus de tous ceux qui sont présents dans l'hôpital. Les détenus hospitalisés ne sont pas autorisés à recevoir de visite.

– les relations avec la maison d'arrêt d'Auxerre, toute proche de l'hôpital, sont plus limitées et, semble-t-il, moins confiantes que celles entretenues avec le CP ; des permanences de personnel soignant sont également organisées sur place.

Aucun détenu n'était présent au premier jour de la visite. Une admission a eu lieu le soir du mercredi 25 février mais les contrôleurs l'ont appris trop tard pour suivre le parcours du détenu à son arrivée.

3.7 Rapports avec les personnels.

Les patients rencontrés n'expriment pas de revendication particulière s'agissant des relations avec les personnels.

Les représentants des familles au conseil d'administration, rencontrés par les contrôleurs se sont montrés surtout préoccupés par la préparation de la sortie d'hospitalisation, regrettant à la fois le manque d'activités pendant le séjour à l'hôpital et l'accompagnement insuffisant par les CMP, une fois le malade de retour à son domicile.

La direction des soins souligne pour sa part l'accompagnement en formation, consenti par le CHS, de façon à compléter la formation initiale reçue par les infirmiers nouvellement diplômés.

Dans certains secteurs (le 3 notamment), il existe des groupes de parole soignants/soignés. Une réflexion sur une pratique analogue est souhaitée dans l'unité accueillant des malades chroniques, sachant que la prise en charge se situe au carrefour des interventions sanitaire et médico-sociale.

3.8 Conditions de vie au travail.

Les contrôleurs se sont entretenus à diverses reprises et notamment en soirée, avec des représentants des personnels ainsi qu'avec des agents, soignants ou non, lors des visites des unités à Auxerre et à Sens.

L'impression générale est celle de conditions de travail plutôt satisfaisantes, liées notamment aux conditions d'hébergement des patients ainsi qu'à la diffusion de protocoles formalisés pour beaucoup de situations ou au soutien apporté par le « service infirmier de compensation et de suppléance » (SICS) composé de trois infirmiers par demi-journée.

Il a été fait allusion à plusieurs reprises à un conflit social intervenu en décembre 2008 relatif au service informatique, qui aurait suscité une forte mobilisation de l'ensemble des catégories de personnel et se serait conclu par l'abandon d'un projet d'externalisation de tâches.

Certains aspects méritent d'être signalés:

- la sécurité: le recours au système du PTI (deux par unité) rassure les agents du site d'Auxerre, sachant que le déclenchement de l'alarme entraîne l'arrivée immédiate d'infirmiers en provenance des autres unités ; à Sens, cette solution ne peut être mise en œuvre en raison de l'isolement de l'unité. La présence d'un agent de sécurité à l'intérieur des locaux semble suffire;
- l'exigüité des cours de promenade à Auxerre et leur aménagement (pente importante, murets de délimitation de plates-bandes...) sont souvent mentionnés, à la fois parce qu'ils contrastent avec le parc qui existait au pied des anciens bâtiments et parce que la mitoyenneté entre les cours est préjudiciable au sentiment de protection de chaque patient comme à l'observance de certaines prescriptions en limitant les activités extérieures en groupe;
- les postes vacants : une quinzaine de postes d'infirmiers se trouvaient non pourvus lors de la visite faute de candidature; la direction des soins s'efforce de renforcer l'attractivité de l'hôpital en développant le tutorat lors du recrutement et en soutenant l'initiative régionale de fidélisation de jeunes diplômés (contrats « Récipro-santé ») ;
- la mobilité entre les structures de soins « aigus » et les autres: l'affectation dans les unités de patients chroniques n'est pas recherchée par les personnels tandis que les besoins en service de nuit de ces unités conduisent parfois à mobiliser des agents extérieurs;
- la « solidarité » entre les sites d'Auxerre et de Sens : l'implantation d'une unité complète à Sens correspond à une attente locale et offre des soins de proximité à un bassin de population en expansion; il est inévitable que chacun des deux sites développe sa « personnalité » propre mais l'établissement doit veiller à maintenir une communauté d'appartenance.

La prise en charge de la violence fait l'objet d'un travail spécifique à travers un observatoire de la violence qui se réunit mensuellement et examine l'ensemble des signalements transmis à la responsable « qualité » ; il est dressé un procès-verbal de chaque réunion, mis en ligne sur l'intranet de l'hôpital ; lorsque les signalements concernent les agressions subies par des membres du personnel, la direction de la qualité saisit directement les données dans le logiciel fourni par le ministère de la santé; à ce jour, aucun retour n'a été fait à l'établissement par le ministère, lui permettant de se situer par rapport aux autres.

Conclusions

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

1. L'arrêté préfectoral décidant de l'hospitalisation sous contrainte est rédigé en termes juridiques ; il présente au patient l'ensemble des voies de recours qui lui sont ouvertes à l'encontre de la décision d'hospitalisation, avec les adresses des autorités qui y figurent. Il gagnerait, au moment de sa remise, à être accompagné d'explications de nature à permettre aux patients d'en saisir la portée.
2. La consultation du registre de la loi et des dossiers administratifs individuels a permis de constater que les décisions d'hospitalisation sont notifiées au patient dans un délai moyen de trois jours après son arrivée. De plus, il apparaît que moins de la moitié des patients les signent. La notification doit être faite dès que l'état du patient lui permet d'en prendre connaissance et de la signer.
3. Chacune des unités dispose d'un règlement intérieur très succinct, non systématiquement remis aux malades lors de leur arrivée, ni toujours affiché. Il conviendrait de porter ce règlement à la connaissance des patients dès leur admission.
4. Dans aucun service, les contrôleurs n'ont constaté l'affichage du tableau de l'ordre des avocats. Il est souhaitable que les services soient en capacité d'informer les patients qui en font la demande.
5. De même, une information systématique doit être donnée au malade à son arrivée sur la possibilité de désigner par écrit une personne de confiance (parent proche, médecin, etc....) qui pourra l'accompagner dans ses démarches.
6. Des documents fournis, il ressort que les courriers destinés aux auteurs des saisines de la CDHP (commission départementale des hospitalisations psychiatriques) sont signés du secrétariat de la CDHP, assuré par la DDASS, et non de son président. Les courriers de la CDHP doivent être signés de son président.
7. En 2007, dix-sept placements HO ont été effectués en ayant recours à la procédure de notoriété publique, soit sans aucun avis médical préalable. En 2008, douze personnes, représentant dix-sept HO, soit 14,2% des HO hors hospitalisations pénitentiaires, ont été admises dans les mêmes conditions. Ces chiffres sont importants et l'attention de la préfecture est appelée sur le caractère exceptionnel que doit revêtir le recours à cette procédure.
8. Chaque unité (ouverte et fermée) dispose de sa propre cour de promenade. La conception de celles d'Auxerre fait l'objet de critiques : exigüité et caractère carcéral, absence de confidentialité au regard des tiers, aménagement inadapté pour organiser des activités avec les malades. Leur réaménagement doit être recherché.
9. En l'absence de bibliothèque, l'établissement doit organiser la possibilité pour les patients d'emprunter des ouvrages pendant leur séjour, éventuellement avec les services culturels de la ville.
10. De façon générale, de nombreux patients en hospitalisation libre sont admis dans les unités fermées de tous les secteurs. Au cours de la visite, sur quarante-quatre malades hospitalisés dans les quatre unités fermées sectorielles, vingt ne relevaient ni d'une HO,

ni d'une HDT. Même si l'admission dans ces unités se fait en principe avec l'accord signé des patients, l'hôpital doit s'efforcer de limiter ces pratiques et de mettre en conformité la situation administrative avec les modalités d'hospitalisation, à partir du moment où un désaccord est exprimé.

11. En l'absence de lit disponible, trois chambres d'isolement étaient temporairement utilisées comme chambres ordinaires. Cette pratique, bien que de nature à éviter certains transferts, contraint les malades concernés à subir des conditions d'hospitalisation inadaptées à leur état.
12. Il n'existe pas de recueil d'information spécifique permettant d'avoir une évaluation d'ensemble qualitative des mesures d'isolement ou de contention à l'échelle de l'établissement, alors même que ce sujet est pris en compte par l'établissement comme un thème d'évaluation des pratiques professionnelles. La mise en place d'un outil de suivi est nécessaire.
13. L'hospitalisation des détenus se fait dans des chambres dites « chambres de carcéralité ». Cette appellation interroge, au regard de la nécessaire primauté du soin, à partir du moment où la décision d'hospitalisation est prise. Par ailleurs, l'absence de possibilité pour les détenus hospitalisés de recevoir de visites des personnes titulaires d'un permis est contraire aux droits des personnes détenues. L'hôpital devrait également examiner les possibilités de rendre le téléphone accessible aux personnes condamnées.