



**Rapport de visite
Centre Hospitalier Barthélémy Durand
Etampes (Essonne)
du 18 au 21 août 2009**

Contrôleurs :

M. Olivier Obrecht, chef de mission ;

M. Bertrand Lory ;

M. Cédric de Torcy.

En application de la loi du 30 octobre 2007 instituant le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, trois contrôleurs, qui étaient accompagnés dans cette mission par Mlle Elodie Brault, élève avocat, stagiaire au sein du contrôle général, ont effectué une visite du centre hospitalier Barthélémy Durand du mardi 18 au vendredi 21 août 2009. Le chef d'établissement avait été informé le 11 août par le Contrôleur général.

1 LES CONDITIONS DE LA VISITE

La visite s'est déroulée du mardi 18 août à 10h30 jusqu'au vendredi 21 août à 15h30.

Dans tous les secteurs visités les contrôleurs ont reçu un bon accueil et la direction de l'établissement s'est efforcée de faciliter la mission tout au long de son déroulement.

A leur arrivée, les contrôleurs ont participé à une réunion de présentation de la mission, associant une trentaine de personnes, avec la directrice-adjointe de l'établissement (en l'absence du directeur en congé), entourée de l'équipe de direction, du directeur des soins, de médecins et de soignants des différents secteurs d'hospitalisation adultes ainsi que du médecin responsable du département d'information médicale (DIM).

Par la suite ils ont pu rencontrer :

- le président de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP) ;
- des représentants du comité d'hygiène sécurité et conditions de travail (CHSCT) ;
- l'aumônier de l'établissement.

Des contacts téléphoniques ont également été pris avec des représentants des associations d'usagers (UNAFAM) ainsi qu'avec le pôle santé de la DDASS en charge de la CDHP de l'Essonne.

Au cours de leur visite dans les différents secteurs, les contrôleurs ont pu s'entretenir en toute confidentialité tant avec des personnels qu'avec une quarantaine de patients ayant émis le souhait de les rencontrer, suite à l'annonce faite avant leur arrivée. Plusieurs agents de l'établissement ont également souhaité être entendus individuellement par les contrôleurs au cours du contrôle.

Tous les pavillons d'hospitalisation accueillant des malades hospitalisés sous contrainte et tous les lieux collectifs qu'ils fréquentent ont été visités.

A l'issue du contrôle, un rapport de constat a été adressé au directeur de l'établissement le 22 octobre 2009. L'établissement a fait connaître ses remarques en réponse par courrier en date du 17 novembre. Le présent rapport de visite en tient compte.

2 PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

L'hôpital Barthélémy Durand est un établissement public spécialisé en santé mentale, sis sur le territoire de la commune d'Etampes, dans le département de l'Essonne.

Situé au cœur de la ville, sa desserte par les transports en commun est bonne, avec la gare d'Etampes à dix minutes à pied environ (moins d'un kilomètre). Il bénéficie également d'une bonne signalisation à partir des accès routiers de la ville.

L'établissement a ouvert en 1963, inspiré du concept d'« hôpital village », sous la forme d'une construction neuve pavillonnaire dans un espace boisé de quatre-vingt six hectares. Il assure une grande partie de la couverture psychiatrique de l'Essonne, étant le siège de neuf secteurs de psychiatrie générale (91G01 à 91G09) ainsi que de trois inter-secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (91I01, 91I02 et 91I05)¹. Il dessert une population d'environ 600.000 habitants.

L'activité est dispensée au sein des différents services, chaque secteur correspondant à un service. Quelques structures d'hospitalisation intersectorielle existent en psychiatrie d'adultes : deux foyers de post-cure (à Sainte-Geneviève des Bois et Etampes), un hôpital de jour (à Sainte-Geneviève des Bois) et un centre de crise (à Longjumeau) ; aucune d'elles n'héberge de malades sous contrainte. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'il existait peu d'échanges professionnels intersectoriels, plusieurs intervenants parlant même de « *neuf hôpitaux dans un* » ou de « *neuf politiques de service qui cohabitent* ». Les contrôleurs ont pu constater dans leurs entretiens une grande méconnaissance de la part des soignants des activités ou pratiques des secteurs auxquels ils n'appartiennent pas. L'hôpital dans sa réponse précise « *qu'en revanche il existe une entraide intersectorielle permanente au niveau de l'accueil des patients lorsque se pose un problème de manque de place dans un pavillon donné à un instant donné* ».

Les inter-secteurs de pédopsychiatrie n'ont pour leur part aucun lit d'hospitalisation à temps complet ; toutes leurs activités sont ambulatoires. De ce fait, leurs responsables n'ont pas été rencontrés pendant le contrôle. Lorsqu'un enfant fait l'objet d'une ordonnance de placement judiciaire ou d'une hospitalisation d'office (exceptionnel), il est alors hospitalisé en

¹ Les autres secteurs et inter-secteurs du département sont rattachés à deux hôpitaux généraux : les centres hospitaliers d'Orsay et Sud-Francilien d'Evry.

chambre individuelle dans un service d'adultes et suivi par les pédopsychiatres de l'inter-secteur dont il dépend².

Les activités thérapeutiques se déroulent soit au sein des services, soit à l'extérieur de l'établissement par des sorties régulièrement organisées.

Des activités intersectorielles prennent place dans un espace commun situé au cœur de l'établissement et regroupant trois structures : un centre social, une vaste salle multisports, et un bâtiment appelé « ateliers centraux » qui permet la tenue d'activités artistiques de création.

Sur le plan de l'activité, en 2008, 2.406 malades ont été hospitalisés à temps complet. La tendance actuelle est à l'augmentation lente et régulière des admissions, voisine de 1% par an, 2.373 en 2007 et 1.256 au premier semestre 2009³. Compte tenu des ré-hospitalisations de nombreux patients (en moyenne 1,6 hospitalisation par an et par malade), ces séjours correspondent à 1.777 malades différents suivis, pour une durée moyenne de présence par séjour voisine de 30 jours, mais une durée annuelle totale d'hospitalisation de 50 jours.

Le taux d'occupation des différents secteurs était de 82% en 2008, créant des tensions sur la gestion des admissions, avec de fréquents transferts de malades vers d'autres secteurs, en l'absence de lit disponible, au départ, dans le pavillon d'hospitalisation correspondant à leur secteur géographique de rattachement. Il n'y a en revanche, d'après les indications données, jamais de transfert en direction d'autres établissements faute de place.

Concernant les hospitalisations sous contrainte, 608 malades ont été admis en 2008, soit 104 en hospitalisation d'office (HO), dont 10 détenus, et 504 en hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT). Ces chiffres sont en diminution d'environ 5% par rapport à l'année précédente : respectivement 638 au total, 110 HO (dont 10 détenus) et 528 HDT. La tendance se poursuit en 2009 pour les HDT, avec 238 admissions du 1^{er} janvier au 30 juin, mais pas pour les HO, avec 58 admissions, dont 6 détenus, sur la même période. En part des admissions, les HO en représentent environ 4%, les HDT 21% et les hospitalisations libres (HL) 75%. Les professionnels entendus ont cependant exprimé une impression d'augmentation des mesures de contrainte depuis plusieurs années. Le système d'information de l'hôpital ne permet pas quant à lui d'analyse des séjours des malades en HO et en HDT, distincte de l'analyse de l'ensemble des séjours.

A l'arrivée de la mission le 18 août, parmi les malades présents, 32 étaient en HO, 64 en HDT et 142 en HL ; 40% des malades hospitalisés étaient donc sous contrainte.

² Le département de l'Essonne ne comporte plus aucun lit d'hospitalisation à temps complet en pédopsychiatrie. Les enfants les plus gravement malades nécessitant une hospitalisation prolongée doivent être adressés en dehors du département.

³ Soit 2512 sur l'année, si le flux durant le second semestre était équivalent (+ 5,8% 2007).

Les soins somatiques sont assurés par un praticien de médecine générale à temps partiel (sept demi-journées hebdomadaires) ainsi que par plusieurs spécialistes dans un local de consultation dédié, dénommé bloc technique.

La permanence des soins repose sur une garde médicale sur place la nuit, le week-end et les jours fériés ainsi que sur une astreinte de psychiatre à domicile, lorsque le statut du médecin de garde nécessite qu'il soit doublé par un praticien senior.

L'hôpital est siège d'une pharmacie. Les examens de biologie, en l'absence de laboratoire sur place, sont réalisés en convention avec l'hôpital général d'Etampes.

Aucune structure médico-sociale n'est actuellement implantée sur le site de l'EPSM.

3 HOSPITALISATIONS SANS CONSENTEMENT ET EXERCICE DES DROITS

3.1 Modalités d'arrivée des patients

L'hôpital a mis en place depuis plusieurs années une unité d'accueil et d'orientation (UAO), située à l'entrée de l'établissement et active 24 heures sur 24. Elle est tenue par un cadre de santé, qui est l'interlocuteur obligatoire de tous les intervenants extérieurs pour l'admission des malades. La nuit, deux infirmiers accompagnent le cadre. L'UAO fonctionne en liaison avec le bureau des admissions, qui établit le dossier administratif d'admission.

Dans tous les cas où une hospitalisation est demandée, c'est l'UAO qui valide préalablement à l'arrivée des malades les formalités nécessaires et ensuite les oriente dans un pavillon d'hospitalisation, en fonction des capacités disponibles des services. Ces-dernières sont transmises tous les matins à l'UAO par les cadres de soins des services, avec l'état des effectifs soignants présents, en distinguant les personnels masculins et féminins. C'est également l'UAO qui tient à jour en permanence l'état d'occupation des huit chambres d'isolement implantées dans les différents services.

Pour les HO, l'UAO est habituellement informée des demandes par les commissariats, plus rarement par les urgences des hôpitaux généraux ; elle réceptionne les documents nécessaires, le certificat médical et l'arrêté municipal provisoire, voire directement l'arrêté préfectoral, avant d'accepter l'admission et d'envoyer une ambulance de l'hôpital pour aller chercher le patient avec du personnel infirmier de l'établissement. A son arrivée, celui-ci est directement admis dans un bâtiment d'hospitalisation, en principe celui de son secteur (cf. §4.3).

Pour les HDT, le principe est le même, les demandeurs étant en général les services d'urgences des hôpitaux généraux implantés dans les zones géographiques de desserte de l'EPSM ; il s'agit principalement des hôpitaux d'Etampes, de Longjumeau et d'Evry-Corbeil, mais aussi de Dourdan, d'Arpajon et de Juvisy-sur-Orge. Les patients arrivent à l'hôpital par le biais d'ambulances privées, ou parfois conduits par leurs proches. L'hôpital n'a pas de convention particulière avec des compagnies d'ambulance pour les malades en HDT, mais en

pratique ce sont principalement deux compagnies qui sont sollicitées, avec une expérience importante du transport des malades psychiatriques. L'une d'elles, implantée à Paris, a assuré à son personnel une formation spécifique au transport des malades en HO, ce qui évite dans certains cas à l'hôpital d'envoyer ses propres équipes, en particulier pour les malades résidant au nord du département, zone la plus éloignée de l'hôpital.

Pour les HL, l'information préalable de l'UAO est également requise, quel que soit le demandeur, urgences hospitalières, médecin traitant, y compris s'il s'agit d'une structure ambulatoire extérieure de l'EPSM (centre médico-psychologique par exemple). En cas de sur-occupation des services, c'est en effet l'UAO qui affecte le malade dans un autre secteur que son secteur d'appartenance (cf. §4.3).

Des malades arrivant seuls à l'UAO sont également susceptibles d'y être accueillis ; en fonction de la situation, un médecin soit de permanence, soit du secteur concerné, est appelé pour venir voir en consultation sur place la personne, avant toute décision quant à son orientation.

Le service des admissions est informé quotidiennement de l'ensemble de ces mouvements, afin de procéder aux différentes formalités administratives requises, selon les situations. Tous les documents reçus préalablement aux admissions par l'UAO pour les malades en HO et en HDT lui sont transmis.

Le « bureau des admissions » ne reçoit pas les patients à leur arrivée. En revanche, ceux-ci peuvent s'y rendre à tout moment pendant leur hospitalisation, pour y demander des informations sur leur prise en charge. Ils s'y rendent également avant leur sortie, pour y recevoir leur bulletin d'hospitalisation et leur facture le cas échéant.

3.2 Informations données au malade arrivant 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. Il en va de même pour les personnes hospitalisées sur demande d'un tiers (HDT), le bureau des admissions transmet le certificat d'hospitalisation à l'unité de soins.

Le service est alors chargé de notifier ses droits aux patients. La pratique diffère selon les secteurs. Le patient reçoit notification des droits soit par le médecin, soit par le cadre supérieur de santé, soit par les infirmiers. Le patient reçoit copie de son arrêté en cas d'HO. Est communiquée au patient, en sus de l'arrêté, la décision d'admission d'office ou sur demande d'un tiers, portant visa des dispositions légales et précisant les voies de recours et délais. Le patient signe également un document attestant qu'il s'est vu communiquer l'information sur les voies de recours. Si le patient refuse ou est dans l'incapacité de signer, il est pris acte de ce refus ; l'attestation est alors signée par deux soignants, nominativement identifiés. Une grande majorité des attestations est signée par le patient, selon le bureau des admissions. L'attestation et l'arrêté sont ensuite communiqués au bureau des admissions, qui, au besoin, relance les unités de soins pour les obtenir.

L'entretien d'admission destiné à informer le patient de ses droits et en principe à lui remettre le livret d'accueil peut être différé - jusqu'à une semaine - selon l'état de lucidité du patient. Dans certains secteurs, les documents sont remis au patient sans explication détaillée, celui-ci est invité à venir poser des questions s'il n'a pas tout compris.

Pendant cet entretien, il est demandé au patient de désigner une personne de confiance. Selon les avis recueillis, les patients sont, de prime abord, hostiles à cette idée, étant en général en situation de méfiance envers leur entourage. Cependant, une fois que les soignants ont expliqué le rôle de cette personne, la majorité des patients la désigne ; il s'agit parfois d'un personnel soignant qui a suivi le patient antérieurement, ou d'un autre patient avec lequel il s'est lié d'amitié. Sur l'ensemble des pavillons visités et du personnel rencontré, il n'est jamais fait appel à cette personne de confiance, sauf à ce qu'elle soit aussi le tiers à contacter. La désignation de la personne de confiance se fait au travers d'un formulaire rappelant brièvement son rôle. Il précise également la possibilité de révoquer à tout moment cette décision. Ce document est joint au dossier médical du patient et copie est envoyée au bureau d'admission.

Le personnel ne reçoit aucune formation particulière sur la notification des droits. Il existe bien une formation « droits et dignité du patient » mais peu de soignants rencontrés l'ont suivie. Ils se réfèrent, par conséquent, aux notes de service ou à l'encadrement.

L'accueil du patient s'accompagne également de la remise d'un livret d'accueil. L'usage de ce livret diffère selon les pavillons visités. Certains ne le remettent pas, il peut alors être obtenu à la demande du patient, soit auprès du bureau des infirmiers, s'ils en ont à disposition, soit auprès des admissions. Certains pavillons le distribuent de façon systématique, concomitamment à la notification de l'arrêté. Certains patients ont indiqué aux contrôleurs avoir découvert l'existence du livret d'accueil plusieurs semaines après leur admission.

Le livret d'accueil apporte quelques précisions sur les droits des patients : le droit de prendre contact avec un avocat ou un médecin, le droit de vote et d'activités religieuses, le droit à la confidentialité, le droit d'information sur son dossier, et de recevoir et d'envoyer du courrier. Il ne présente pas les spécificités de chaque secteur (coordonnées du médecin responsable, visites, règlement intérieur, ...). Il comporte également des imprécisions sur les modalités d'exercice des cultes, l'adresse de la CRUQ, l'identification des différentes catégories professionnelles, le coût des soins. Le sommaire prévoit que chaque service y ajoute une fiche spécifique, mais peu le font. Les règles d'usage du téléphone ne sont pas spécifiées.

Le volet « Droits et devoirs des patients » du livret d'accueil précise les coordonnées des juridictions à saisir : le préfet, le président du tribunal de grande instance, le procureur de la République et le juge des tutelles (les adresses de ce dernier ne sont pas précisées). Il mentionne également la commission départementale des hospitalisations psychiatriques, la commission régionale de conciliation et d'indemnisation, et les représentants des usagers auprès de l'établissement.

Le personnel répond facilement à toute sollicitation sur les modalités de saisine et pour rédiger une demande de mainlevée d'une hospitalisation sous contrainte. De plus, la responsable des admissions reçoit tout patient qui souhaite la rencontrer ; un patient peut ainsi s'informer des modalités de recours auprès du bureau des admissions, sous réserve qu'il ait connaissance de cette possibilité.

La direction de l'hospitalisation et des relations avec les usagers a indiqué aux contrôleurs avoir pour projet de mettre en place des visites au sein de chaque unité afin de renseigner les soignants sur le schéma de notification des droits du patient et d'améliorer la transmission des certificats et informations au bureau des admissions. Une réunion de ce type a déjà eu lieu au jour de la visite des contrôleurs.

La charte du patient hospitalisé est affichée dans chaque unité. Toutes les unités n'ont pas formalisé leur règlement intérieur spécifique. Celles qui en possèdent l'affichent mais il n'est pas systématiquement remis au patient. Les règles relatives à l'usage des téléphones portables n'y figurent pas, on y trouve les règles de vie telles l'heure des repas, des visites et de l'usage des « points phones ».

La liste des avocats inscrits au tableau de l'ordre du barreau de l'Essonne est affichée au bureau des admissions. Elle n'est pas affichée dans les unités de soins.

En 2008, il a été formé vingt-huit recours par des patients hospitalisés d'office ou sur demande d'un tiers ; aucun n'a abouti. En 2009, au jour de la visite, il a été formé dix-sept recours sans aucune réponse favorable. En 2007, deux mainlevées avaient été accordées par le juge.

Les contrôleurs ont également relevé que les malades en HL se voient remettre un document d'information écrit sur leur liberté d'aller et venir dans l'établissement, en lien avec leur statut. Celui-ci s'accompagne de la signature par le patient d'une attestation de remise.

3.3 Registre de la loi

Le bureau des admissions tient à jour deux registres : un pour les HDT et un pour les HO. Il n'est pas différencié selon le sexe des patients ni selon le statut mineur ou majeur.

Au premier jour de la visite, comme il a été dit, trente-deux patients hospitalisés d'office sont présents, soit 13% des patients présents. Deux sont en fugue (l'un depuis le 7 octobre 2008, il a été fait une demande de levée de la mesure d'hospitalisation par ses médecins, non accordée ; le second depuis le 7 mai 2009). De plus, six d'entre eux sont hospitalisés d'office au titre des dispositions de l'article 122-1 du Code pénal.

Le plus ancien patient hospitalisé d'office a été admis le 27 décembre 1994 ; l'article 122-1 du Code pénal a motivé son hospitalisation.

Soixante-quatre patients hospitalisés sur demande d'un tiers sont présents au premier jour de la visite, soit 26 % des patients présents. Le plus ancien patient hospitalisé sur demande d'un tiers a été admis en hospitalisation libre le 10 octobre 1986, transformée en hospitalisation sur demande d'un tiers le 26 août 1993.

Sur l'année 2008, quarante personnes ont fait l'objet d'une HDT d'urgence (patients en hospitalisation libre transformée en hospitalisation sur demande d'un tiers). Cinq d'entre eux sont toujours hospitalisés au jour de la visite.

Pour l'année 2009, trente-et-un patients ont fait l'objet d'une HDT d'urgence, treize patients sont toujours hospitalisés et trois ont réintégré le régime de l'hospitalisation libre.

Depuis l'année 2009, il n'est plus procédé aux admissions d'HO de notoriété publique. Selon les informations transmises par le bureau des admissions, en 2007, il n'a été procédé qu'à une seule HO de notoriété publique, à la demande de la mairie de Briis-sous-Forges, et une seule en 2008, à la demande de la mairie de Linas.

En 2008, la durée moyenne de prise en charge des patients a été de trente-sept jours pour les patients en HDT et de quatre-vingt quatre jours pour les patients en HO.

Sur le registre des HDT en cours, un seul visa est apposé : le 22 juillet 2009 pour la visite du juge des tutelles près du tribunal d'instance d'Etampes, sans remarque particulière.

Sur le registre des HO en cours, plusieurs visas sont apposés :

- le 19 novembre 2008 : visite d'un juge du tribunal d'instance d'Etampes ;
- le 26 mars 2009 :
 - visite du vice-Procureur près le tribunal de grande instance d'Evry, qui rappelle de « *bien noter le numéro de folio et de registre lorsqu'une personne passe du statut d'HO à HDT d'urgence* » ;
 - visite du juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance d'Evry ;
- le 22 juillet 2009 : visite du juge des tutelles du tribunal d'instance d'Etampes.

3.4 Information donnée aux familles et confidentialité de l'hospitalisation

Le livret d'accueil informe le patient qu'il peut demander la confidentialité totale de son hospitalisation. A cette fin, le patient doit indiquer le nom des personnes autorisées à connaître de sa présence au sein de l'établissement.

Il y est précisé, pour les mineurs, que parents et titulaires de l'autorité parentale ont un droit d'accès aux informations médicales le concernant, sauf opposition du mineur.

En pratique, les appels des tiers sont centralisés auprès de l'unité d'accueil de l'établissement. Celle-ci prend note des coordonnées de l'appelant, sans renseigner sur la présence de la personne au sein de l'établissement, et l'appelant est invité à reprendre contact ultérieurement. L'accueil appelle ensuite le bureau des admissions afin de connaître les personnes autorisées à être renseignées sur la présence du patient. Si la personne est autorisée à connaître de la présence du patient, elle est alors redirigée vers l'unité de soins et l'appel sera, dans ces conditions, reçu dans le bureau des infirmiers. Dans le cas contraire,

l'hôpital dans sa réponse a indiqué qu'il « *est répondu [à l'appelant] que, si la personne est hospitalisée, les coordonnées de l'interlocuteur lui seront transmises* » et que « *cela est répondu aussi si la personne recherchée n'est pas dans l'établissement* ».

La plupart des soignants rencontrés dans les différentes unités indiquent qu'il est donné quelques informations sur l'état général du patient aux proches, notamment s'ils connaissent l'appelant. Certains services indiquent aux contrôleurs que le soignant qui réceptionne l'appel demande au patient s'il souhaite que des informations soient communiquées. Les soignants invitent alors l'appelant à reprendre contact ultérieurement. Quelques informations d'ordre général sont données, sinon il est conseillé aux proches de prendre rendez-vous avec le médecin en charge du dossier ; le patient est alors habituellement présent lors de cet entretien.

Dans une seule unité de soins il a été déclaré par les soignants qu'ils donnaient des informations sur l'état des patients, que la famille soit connue ou non du personnel.

De plus, les familles peuvent appeler les téléphones installés sous forme de « points phones » ; selon les soignants, il se trouve toujours une personne à proximité, patient ou soignant, pour prendre l'appel. Le patient est appelé à prendre la communication, sauf instructions contraires du médecin. Il est libre alors de renseigner ses proches.

3.5 Accès au dossier médical par le patient

Les patients peuvent accéder à leur dossier médical selon une procédure de saisine du directeur de l'établissement, bien expliquée dans le livret d'accueil.

D'après les indications recueillies et les données de synthèse fournies par l'hôpital pour les trois dernières années, aucune difficulté particulière n'est rencontrée lorsque le demandeur est le patient lui-même. Au total ce sont trente-trois, quarante-huit et trente demandes qui ont été reçues respectivement au titre des exercices 2006, 2007 et 2008. Environ la moitié de celles-ci émanent de patients étant ou ayant été hospitalisés en HO ou en HDT.

Les malades hospitalisés (sous contrainte) sont reçus par les médecins du service concerné lorsqu'ils demandent à consulter leur dossier. Lorsqu'il est, éventuellement, demandé au patient après sa sortie de désigner un médecin de son choix pour l'accompagner dans la consultation de son dossier, il n'y a dans la majorité des cas aucune difficulté. Le recours à la CDHP en cas de désaccord est rarement nécessaire ; les données fournies relatent deux saisines au cours des trois dernières années, sans contentieux ultérieur.

Depuis le début de l'année 2009, un recours à la CDHP a été nécessaire, avant que le patient ne donne finalement son accord pour consulter son dossier avec un médecin, comme le lui avait proposé l'hôpital.

3.6 Communication avec l'extérieur

3.6.1 Courrier

La communication par courrier est libre (sous réserve des dispositions particulières s'appliquant aux personnes détenues). Les patients disposent d'une boîte aux lettres dans chaque secteur. Le courrier est relevé et distribué deux fois par jour, tous les jours, sauf le week-end et les jours fériés. Dans certains services, les colis reçus par les patients sont ouverts en présence d'un personnel soignant.

3.6.2 Visites

Les patients peuvent indiquer aux cadres de santé les noms des personnes dont ils ne souhaitent pas recevoir les visites.

Dans chaque service, les médecins reçoivent les familles des patients : le médecin peut aménager, limiter ou interdire temporairement les visites par nécessité de service ou pour contre-indication médicale. Certains services interdisent les visites à tous les patients arrivant en hospitalisation sans consentement pendant les tout premiers jours.

Les visites sont autorisées en principe tous les jours entre 13 h et 19 h 30. Elles sont interdites dans les chambres et ont lieu dans la salle d'accueil des familles, dans les salles de télévision ou dans le parc.

Tous les visiteurs doivent laisser une pièce d'identité à la porte de l'hôpital, en l'échange de laquelle ils se voient remettre un badge pendant le temps de leur présence dans l'établissement. L'unité d'accueil (UAO), située à proximité immédiate, les reçoit ensuite, vérifie les autorisations de visites accordées par les médecins pour le malade concerné, contrôle sommairement les colis ou affaires personnelles destinés aux patients, en demandant l'ouverture des paquets, de manière à écarter tout objet dangereux (couteau, objets en verre) ou interdit (alcool essentiellement), avant d'orienter vers les secteurs d'hospitalisation.

Les visites des personnes détenues sont autorisées pour les personnes titulaires d'un permis de visite délivré par l'autorité judiciaire. Celui-ci est transmis par télécopie à l'établissement, par la prison, au moment de l'hospitalisation.

3.6.3 Téléphone

Des « points phones » sont installés dans chaque service de l'établissement. Leur condition d'installation varie considérablement d'un bâtiment à un autre : dans une pièce réservée à cet effet assurant une parfaite confidentialité, dans la salle d'accueil des familles, à côté d'une cage d'escalier ou dans un lieu de passage et de stationnement.

Les règles de détention et d'usage du téléphone portable diffèrent aussi selon les secteurs : il peut être laissé librement au patient, remis au personnel soignant avec une utilisation contrôlée, ou confisqué dès l'admission. L'accès aux communications téléphoniques peut être provisoirement limité sur prescription médicale.

L'usage du téléphone peut être facilité par le personnel pour les patients démunis, en autorisant l'accès ponctuel à une ligne téléphonique du service.

Plusieurs secteurs interdisent l'usage du téléphone aux patients en HDT et en HO pendant les premières 48 heures, période d'observation et d'adaptation.

3.6.4 Informatique

Les unités ne disposent pas d'accès à internet à l'usage des malades. Les ordinateurs personnels ne sont pas laissés aux patients, en raison des risques de vol ou de détérioration.

Dans certains services, des ordinateurs sont à la disposition des malades dans une salle d'activité.

3.7 Informations sur les visites des autorités

Les contrôleurs ont pu constater que leur visite avait été annoncée la semaine précédente. Une note d'information était affichée au format A3 dans tous les services ; dans certains secteurs, les personnels rencontrés ont dit que la visite avait été annoncée aux malades lors d'une réunion ; des patients ont manifesté le souhait de rencontrer les contrôleurs dans tous les services. Selon les interlocuteurs, les visites de la CDHP et du Procureur donnent lieu aux mêmes informations.

Le préfet a visité l'établissement une fois en 2006 et une autre fois en 2008. Le président du tribunal d'instance d'Etampes s'est déplacé une fois en 2006, et le juge des tutelles une fois en 2008 ; le président du tribunal de grande instance est venu une fois en 2008 et une fois en 2009 ; le procureur de la République a visité le site une fois par an entre 2006 et 2008 ; le maire d'Etampes est venu une fois en 2006.

3.8 Permissions de sortie et sorties d'essai

Au moment de la visite :

- Dix-huit HO (soit 36% des HO suivis à cette date) sont en congé d'essai, dont sept pour des longues durées sans interruption (le début du congé varie entre janvier 2002 et septembre 2008) et trois réintègrent régulièrement l'établissement pour quelques jours avant de repartir (début de congé entre février 2003 et juin 2007) ;
- Quarante-trois HDT (soit 41% des HDT suivis à cette date) sont en congés d'essai, dont huit pour des longues durées sans interruption (début du congé entre août 2007 et mai 2009), et quatre réintègrent régulièrement l'établissement pour quelques jours avant de repartir (début de congé entre mai 2007 et août 2008).

En 2008, l'ensemble de l'établissement a accordé 3.719 congés d'essai à des HDT, et 769 à des HO ; ce nombre prend en compte tous les types de sortie autorisée, quelle que soit leur durée, de quelques heures à l'année entière. Rapportés aux 608 hospitalisations sous contrainte comptabilisées la même année, ce sont donc en moyenne plus de sept congés d'essai qui sont accordés à un malade hospitalisé sous contrainte.

3.9 Commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP)

La CDHP est arrivée en fin de mandat à la fin 2008. Faute de désignation d'un magistrat, elle n'a pas pu être reconstituée avant le mois de juin 2009.

Elle se réunit dix fois par an, alternativement dans les bureaux de la DDASS et dans un des trois établissements dont elle a la charge (Orsay, Evry-Corbeil et Etampes).

Les visites d'établissement sont annoncées quinze jours à l'avance, et une note d'information est affichée dans les services programmés pour la visite. La dernière visite à Etampes date du 7 avril 2008 ; à cette occasion, le secteur G01 a été visité et un patient y a été rencontré.

Les réunions à la DDASS, tous les deux mois en moyenne, sont l'occasion de traiter les demandes de recours, qui sont en général au nombre d'une demi-douzaine à chaque fois.

En 2008, elle a suivi à deux occasions l'avis défavorable de la préfecture à une levée d'HO, pour des raisons sécuritaires.

Elle s'inquiète du nombre important de demandes de sorties d'essai ou de mainlevée pour des HO qui sont refusées par la préfecture, même si une amélioration de la situation est observée depuis quelques mois.

Les contrôleurs ont également été saisis par les médecins de l'établissement sur ce point. Plusieurs cas ont été rapportés ; ainsi par exemple le 27 janvier 2009, le préfet a refusé de lever une HO et demandé une sortie d'essai de longue durée à la place, pour un malade ayant déjà bénéficié de plusieurs sorties d'essai, sans incident signalé. Dans un autre cas, le médecin a déclaré avoir été « invité » par la préfecture à refaire un certificat afin de maintenir une HO alors qu'une mainlevée était demandée.

3.10 Traitement des plaintes et des réclamations

Depuis le début 2009, la direction de l'hospitalisation et des relations avec les usagers (DHRU), individualisée en 2008, assure une permanence d'accueil des patients désireux d'émettre un avis sur leur situation à l'hôpital. Les personnes sont reçues par le directeur adjoint et/ou par la responsable du service des admissions. La fréquence moyenne de visite de patients est de l'ordre d'un par jour, dont des malades hospitalisés sous contrainte ; ces entretiens ne font actuellement l'objet d'aucune traçabilité des thèmes et des réponses apportées⁴. Il s'agit toutefois essentiellement de demandes d'information ou de souhaits d'exprimer un avis, d'après les renseignements communiqués, et non pas de plaintes.

La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQ) est peu saisie par les usagers : cinq fois en 2006, jamais en 2007, trois fois en 2008 et

⁴ L'hôpital a indiqué que, postérieurement à la visite, un registre, tenu au service des admissions, retrace les entretiens des patients qui s'adressent à la DHRU, les thèmes abordés et les réponses données.

une seule fois depuis le début de l'année 2009. Les patients comprennent, semble-t-il, difficilement la différence entre le directeur, supposé être l'autorité compétente en cas de réclamation, et la CRUQ, dont les missions sont bien définies et une composition pluridisciplinaire voulue pour prendre en compte les doléances exprimées, hors contentieux. Les contrôleurs ont cependant constaté une information très large au sein des services, par voie d'affichage, des possibilités offertes de saisir cette instance.

De ce fait, lorsqu'un patient écrit une lettre de réclamation au directeur, le directeur adjoint chargé de l'hospitalisation et des relations avec les usagers suggère au demandeur d'adresser une requête à la CRUQ. Selon lui, environ 50% des patients seulement suivent ce conseil. Par ailleurs, la direction a pris la décision en 2008 d'informer la CRUQ de toutes les saisines lui parvenant relatives à son objet, afin de la tenir au courant des réponses apportées, quand bien même celle-ci n'avait pas été saisie directement.

Une doléance fréquemment exprimée concerne l'information des familles en cas d'hospitalisation. Les représentants des usagers rapportent qu'ils rencontrent régulièrement des familles qui se plaignent d'être tenues à l'écart et de ne pas recevoir d'information sur la maladie ou le projet thérapeutique de leurs proches, en particulier avant la sortie d'hospitalisation, pas toujours annoncée à ceux qui vont recevoir le malade. La situation, plusieurs fois évoquée au sein de la CRUQ, a conduit l'hôpital à mettre en place en 2009, avec les soignants et les usagers, un groupe de travail sur le thème « relations patients-familles-services de soins », notamment s'agissant des projets de sortie d'hospitalisation.

Une autre difficulté rapportée par les usagers concerne le respect de l'intimité en chambre, des patients se plaignant de l'intrusion d'autres malades dans leur chambre, en particulier des malades chroniques qui n'ont que peu de conscience de la notion d'espace privatif, sans volonté *a priori* de nuire. Le problème est inhérent à la structure des pavillons d'hospitalisation, avec un mélange de plusieurs catégories de malades. L'établissement a pris en compte cette problématique dans un groupe de réflexion éthique qui a conclu en 2008 à la possibilité pour les malades qui en sont capables et qui sont hospitalisés en chambre individuelle de fermer leur chambre de l'intérieur, les soignants gardant néanmoins la possibilité d'accéder à la chambre. Les contrôleurs ont constaté le déploiement encore inégal de cette mesure au niveau des secteurs.

4 CONDITIONS D'HOSPITALISATION

4.1 Conditions matérielles d'hospitalisation

L'ensemble des bâtiments offre une impression de luminosité et de propreté. Les pavillons devant rester sur le site d'Etampes ont été réhabilités, les unités d'hospitalisation des secteurs G05 à G09, qui doivent être implantées à Sainte-Geneviève-des-Bois dans le cadre du rapprochement du dispositif de soins du domicile des patients, ont été plus sommairement rénovées.

Chaque bâtiment est composé de deux étages sans ascenseur ; le monte-charge du secteur G09 était hors service.

Toutes les unités de soins sont en entrée et sortie libres dans la journée, sauf le secteur G05 au sein duquel les patients doivent demander à un soignant d'ouvrir la porte à chaque sortie.

- Les chambres individuelles

La surface des chambres varie entre 9 et 16 m² et sont meublées à l'identique : un lit, une table de nuit, une petite table et une chaise. Le mobilier était incomplet dans de nombreuses chambres visitées. Le patient dispose d'un placard individuel qui peut être fermé à clef au moyen d'un cadenas.

Dans les unités réhabilitées, les chambres individuelles mesurent 16 m² environ et disposent d'une salle d'eau avec douche, WC et lavabo.

Dans les autres unités, les patients disposent au rez-de-chaussée et au premier étage d'une salle d'eau commune comportant des douches individuelles fermées (parfois sans patère ni chaise pour poser les vêtements) et des lavabos.

Les fenêtres des chambres sont pourvues de vitres de sécurité : elles peuvent être ouvertes sur quelques centimètres pour l'aération de la pièce. Certaines d'entre elles sont encore munies de barreaux.

Les patients pourraient éventuellement fermer leur porte à clef si le dispositif prévu à cet effet n'avait pas été retiré dans la majorité des chambres. Les chambres sont claires et propres mais dépourvues de décoration ou d'éléments personnels.

Les chambres ne possèdent pas de dispositif d'appel.

- Les chambres collectives

Tous les bâtiments disposent en plus des chambres individuelles, de chambres collectives à deux ou trois lits, exceptionnellement à quatre lits (secteur G02). Le nombre de patients résidant en chambre collective est souvent supérieur au nombre de patients disposant de chambre individuelle mais cette proportion varie suivant les secteurs. Par exemple, le secteur G02, non encore rénové, avec neuf patients en chambre individuelle pour vingt-deux patients en chambre collective.

Les chambres individuelles et collectives sont fermées pour le ménage, dans des créneaux horaires variables. Dans un secteur, les chambres sont inaccessibles à ce titre de 10h à 12h30 et de 16h30 à 19h30. Les patients doivent alors pendant ces temps demeurer dans les espaces collectifs des bâtiments.

Les patients n'ont pas le choix de la chambre qu'ils occupent mais le personnel a indiqué veiller à la compatibilité d'humeur des personnes qui y résident.

- Les chambres d'isolement

Chaque secteur dispose d'une chambre d'isolement thérapeutique, à l'exception du secteur G05. Aucune ne possède de dispositif d'appel ; les patients doivent frapper sur la porte pour se signaler. Les chambres d'isolement sont accessibles par un sas, muni d'une baie vitrée : le lit, unique pièce de mobilier, est composé d'un bloc de mousse très épais, anti-feu et anti-destruction, au milieu de la pièce.

Un programme de rénovation des chambres d'isolement est actuellement mené par l'hôpital, visant à créer des espaces d'isolement comprenant, outre la chambre proprement dite, une petite pièce attenante dans laquelle le patient est susceptible de prendre ses repas et de se détendre en présence d'un personnel soignant. Toutes les chambres sont équipées d'un WC et ont un accès direct à une douche. Le cadran d'une horloge est accessible au patient. Les chambres sont climatisées, la fenêtre ne s'ouvrant pas.

La chambre d'isolement du secteur G06 est actuellement située au premier étage. Des travaux sont en cours pour la remplacer par un espace d'isolement au rez-de-chaussée.

Dans le secteur G05, une ancienne chambre d'isolement déclassée, située à l'étage, éloignée du poste infirmier situé au rez-de-chaussée, est dénommée chambre de réflexion. Son aménagement est celui d'une chambre d'isolement et il n'existe aucune traçabilité des malades qui y sont transitoirement placés.

- Restauration

Tous les bâtiments disposent d'une salle de restauration décorée, ouvrant parfois sur un jardin et fonctionnant sous la forme d'un self-service ou d'un service à table.

Le petit déjeuner est servi à 8h30, le déjeuner à 12h, le goûter à 16h, le dîner à 18h30, 18h45 ou 19h selon les secteurs.

Les patients disposent de plusieurs types de menu : normal, végétarien, halal, adapté aux personnes édentées, aux personnes diabétiques, sans sel ou régimes spéciaux.

Les patients entendus par les contrôleurs n'ont pas exprimé de grief concernant la qualité ou la quantité de la nourriture, mais certains ont indiqué ne pas disposer d'assez de temps pour se restaurer.

- Habillement

Le linge hôtelier est fourni et entretenu par l'hôpital. Une distribution de linge a lieu tous les soirs et si besoin le matin.

Les patients doivent être munis de leur linge personnel et de leur nécessaire de toilette. Leurs proches peuvent apporter du linge et le renouveler. Des possibilités de nettoyage sont offertes par l'hôpital.

L'établissement répond aux situations d'urgence pour la fourniture de vêtements et de produits d'hygiène.

Des professionnels et des patients ont signalé aux contrôleurs la fourniture, au cours de l'hiver dernier, de couvertures et de pyjamas trop petits, inadaptés à la dimension des lits et à la taille des patients, problème résolu au moment du contrôle.

- Locaux d'activités

Chaque unité dispose, en plus des bureaux des personnels soignants et de la salle de restauration, d'une ou deux salles de télévision, d'une ou plusieurs salles d'activité et d'une salle de réception des familles.

Les pièces de vie commune mesurent 50 m² en moyenne, donnent accès à un jardin et peuvent disposer, en plus de la télévision, d'un espace réservé à un bar, au baby-foot ou aux activités de jeux de société.

Il n'y a pas de possibilité pour les malades d'avoir un poste de télévision dans leur chambre.

- Tabac

Il est interdit de fumer en dehors des espaces extérieurs. La plupart des jardins disposent d'un abri destiné à protéger les fumeurs des intempéries. Une proposition de soins est faite aux patients dépendant de l'usage du tabac. Les patients isolés fumeurs peuvent bénéficier d'une sortie accompagnée ; il arrive que ceux-ci soient autorisés à fumer dans l'espace attenant à la chambre d'isolement.

Il a été indiqué aux contrôleurs que l'interdiction de fumer dans les chambres n'était pas toujours respectée, en particulier la nuit.

Les patients fumeurs ne recevant pas de visite et ne pouvant pas se faire apporter de tabac s'adressent aux personnels, qui acceptent en général de leur acheter des cigarettes à l'extérieur de l'établissement. On rappelle en effet que l'hôpital n'a pas le droit de vendre de tabac, y compris au centre social.

- Conservation des valeurs

A l'arrivée du patient dans le service, l'équipe soignante effectue un inventaire des effets et valeurs personnels, avec établissement d'un descriptif détaillé signé par le patient. Les objets de valeur sont ensuite déposés à la trésorerie d'Etampes. Ce système a fait l'objet de nombreuses critiques auprès des contrôleurs. En effet, les patients sortant de l'établissement doivent se rendre sur place pour récupérer leurs biens, munis de l'inventaire initial, et pendant les heures d'ouverture de la trésorerie. Ceci poserait des difficultés, notamment pour les patients sortant en fin d'après-midi ou le week-end ; ils n'ont alors aucun moyen de récupérer les valeurs déposées. Ils doivent revenir dans un second temps à Etampes, alors même que leur lieu de résidence est parfois éloigné, au nord du département.

De petites sommes d'argent peuvent être conservées dans des locaux réservés au personnel, afin d'éviter les vols et de faciliter l'accès des patients à la boutique et au bar, d'après les informations recueillies.

Dans sa réponse, l'établissement précise que « *l'argent nécessaire aux patients hospitalisés, lorsqu'ils ne peuvent ou ne veulent le conserver sur eux, est déposé et mis à leur disposition à la régie-banque thérapeutique qui se trouve sur le site étampois, dans l'un des bâtiments du centre social. Aucun dépôt d'argent n'est autorisé hors du cadre légal* ».

- Accès aux cultes

Un aumônier catholique est présent tous les matins dans l'établissement. Il reçoit en moyenne 150 à 200 patients par mois et célèbre quatre messes chaque semaine.

Dans un secteur les noms et les coordonnées de représentants d'autres confessions sont affichés, mais ils n'interviennent pas régulièrement au sein de l'hôpital. Les patients qui le souhaitent peuvent être accompagnés à la mosquée d'Etampes.

- Activités sociales et sportives

Un centre social est accessible à l'ensemble des patients. Mis en place en 1968, il est ouvert toute la journée, sauf le dimanche matin. Ce centre met à la disposition des patients les services suivants à un prix modique:

- ✓ une boutique avec articles d'hygiène, friandises, magazines, papeterie, chaussures légères, lunettes de soleil, cartes postales, montres, etc. fréquentée par soixante-quinze patients par jour en moyenne;
- ✓ un bar offrant café, thé, boissons fraîches, viennoiseries, situé dans une vaste salle permettant d'organiser des spectacles et disposant d'un baby-foot, d'un simulateur de conduite automobile et d'un jeu électronique, fréquenté par 150 patients par jour environ ;
- ✓ d'un salon de coiffure ouvert tous les matins et proposant des possibilités de soins esthétiques.

Toutes les activités payantes sont animées par des professionnels et gérées par l'intermédiaire de « l'Association d'entraide et de réhabilitation » adhérant à la Croix Marine. Cette association est subventionnée par l'hôpital et la mairie d'Etampes.

Le centre social met aussi à la disposition des patients :

- ✓ une vaste bibliothèque accessible l'après-midi, possédant de nombreux ouvrages et offrant la possibilité de projection vidéo ou d'écoute musicale ;
- ✓ des ateliers d'arts plastiques, de poterie, d'activité musicale, de cuisine thérapeutique et d'art-thérapie, sous la conduite de professionnels ;
- ✓ un gymnase avec salle de musculation, jouxtant un court de tennis et un terrain de football, permettant d'organiser régulièrement des activités sportives sous la conduite d'un infirmier et accessible à l'ensemble des patients, quel que soit leur statut juridique.

Des concerts ou des projections de film sont également organisés à l'intérieur de la chapelle.

Lors de la visite, les contrôleurs ont pu constater la présence en nombre important de malades au bar, certains accompagnés de familles et/ou de soignants. Les activités sportives étaient quant à elles suspendues jusqu'en septembre en raison de l'absence pour congés du soignant référent.

4.2 Projet thérapeutique

Aucun pavillon n'est fermé, à l'exception d'un secteur (G05) au moment de la visite. En revanche, ils peuvent tous être clos lorsqu'un malade particulièrement instable et à risque de fugue y est admis. Les malades en HL ont la possibilité d'en sortir en demandant l'ouverture de la porte. Le secteur G05 est fermé depuis avril 2009, en réaction à trois fugues simultanées de malades qui ont paru relever d'un défaut de surveillance, d'après les informations recueillies. Lors de la visite, les contrôleurs ont constaté que certaines unités ouvertes étaient fermées au moment des repas, pour faciliter la surveillance des accès a-t-il été indiqué. Cette politique d'ouverture est revendiquée par les secteurs concernés, considérant d'une part que les murs et les portes fermées ne doivent pas se substituer à la surveillance humaine et d'autre part que l'adhésion du malade à un contrat de soins négocié est plus efficace que des barrières physiques qui restent de toute façon franchissables.

Les malades conservent leurs effets personnels et ne sont en pyjama que dans des circonstances individualisées, au cas par cas. Il n'existe cependant pas de règle générale en la matière dans les différents services, celle-ci étant définie par les chefs de service. Dans plusieurs secteurs, tous les arrivants en HO et HDT sont mis en pyjama pendant 48 heures, avant une évaluation et ce, afin de marquer une rupture avec l'extérieur et de « *poser le statut de malade nécessitant des soins* ». Les contrôleurs ont constaté que très peu de patients étaient en pyjama, pas nécessairement ceux entrés le plus récemment en HO ou HDT de surcroît.

Chaque patient a un médecin référent de sa prise en charge. Des réunions de synthèse hebdomadaires des soignants pour évoquer les situations individuelles des patients sont en place dans tous les secteurs. Il existe en principe un infirmier référent par patient dans tous les services. La désignation de ce dernier peut toutefois varier au cours de l'hospitalisation, en fonction des mouvements d'entrée-sortie des patients et des affinités électives de certains malades pour des soignants particuliers.

Il existe des réunions soignants-soignés, systématiques ou ponctuelles selon les unités. Leur fréquence varie d'hebdomadaire à moins d'une fois par mois. Dans un secteur, leur fréquence est dictée par l'actualité de la vie du pavillon : elles se tiennent en cas de thème qui pose problème, aux soignants ou aux malades.

Il n'existe pas de repas thérapeutique pris avec les malades au sein des unités, hormis au sein de l'une d'elles, à raison d'une fois par semaine avec un groupe de patients qui varie à chaque fois. Il arrive en revanche que les soignants accompagnent des malades lors de leur repas, qui est alors un temps thérapeutique en soi.

La règle édictée dans l'hôpital pour s'adresser aux patients est le vouvoiement avec usage éventuel du prénom pour certains malades connus. Les contrôleurs ont constaté un respect dans les relations entre les soignants et les soignés lors de leurs visites des services, avec cependant une pratique large du tutoiement avec usage des prénoms, mais sans aucune remarque ou doléance reçue à ce sujet de la part des malades. Dans plusieurs secteurs, le tutoiement des soignants par les malades a aussi été observé.

La dispensation des traitements aux malades se fait selon deux modalités dans les services : soit au moment des repas, soit à la porte de la pharmacie des services, avant les repas, avec appel des patients par interphonie dans l'un des secteurs (G07). Les contrôleurs ont assisté aux deux modalités et constaté que la seconde conduit à voir des patients en groupes ou en file indienne dans les couloirs. Il a été indiqué que cette seconde modalité aurait été introduite afin de faciliter la traçabilité du circuit du médicament au sein de l'hôpital. Un secteur a déclaré l'avoir mise en place puis abandonnée rapidement devant la « *négation de l'individualisation du soin que celle-ci représente* ». L'hôpital dans sa réponse a précisé que « *l'utilité [du système d'interphonie] est discutée et doit faire l'objet d'une évaluation* » et qu'il est attendu « *de l'informatisation en cours la suppression d'une file d'attente lors de la distribution des médicaments* ».

Plusieurs malades ont exprimé leur insatisfaction quant à leur traitement, qui les rendrait hagards ou somnolents. Ils ont dans plusieurs cas évoqué la difficulté d'en parler aux médecins et aux soignants, toute protestation un peu forte entraînant d'après certains le recours immédiat à des injections forcées sans dialogue.

Il existe au sein des services des salles permettant d'effectuer des activités thérapeutiques ou occupationnelles (jeux). Il a été indiqué que ces dernières, non planifiables, étaient organisées par les soignants sur place en fonction de leur disponibilité. Les contrôleurs en ont vu se dérouler au sein de deux services au cours du contrôle. Dans un seul secteur, le planning des activités était affiché. Dans un secteur, un soignant est détaché deux journées par semaine pour animer ces activités.

De nombreux patients se sont plaints de s'ennuyer, circonstance qui a aussi été reprise par les familles de malades. A titre d'exemple, une patiente hospitalisée depuis janvier 2009, non autorisée à sortir de son pavillon pour aller au centre social, a déclaré n'avoir eu pour toute activité que quelques séances de jeux de cartes et de dés : « *je suis dans un lieu d'attente, un asile, pas un lieu de soins* ».

Concrètement, ceux qui sont autorisés à sortir seuls vont au centre social ; les autres sont dans la salle de télévision ou dans l'espace extérieur lorsqu'il est accessible, ou bien encore dans leur chambre.

Il existe aussi des lieux où les patients peuvent se rendre pour faire des activités à l'intérieur de l'établissement (cf. §4.1). Les personnels disent qu'ils n'ont plus toujours le temps d'effectuer ces activités ou d'accompagner les patients qui ne peuvent s'y rendre seuls. Il n'a pas été possible de fournir aux contrôleurs de données sur le nombre de patients en HO et en HDT ayant participé à de telles activités.

Des sorties à l'extérieur sont également organisées de façon régulière, afin de favoriser le maintien d'une insertion sociale pour les patients. Il s'agit soit de séjours thérapeutiques, trente-deux en 2007, d'une durée de deux à sept jours, soit de sorties d'une journée, 178 en 2007. Ces dernières sont en diminution de 13% par rapport à 2006. Ce sont au total 582 malades adultes hospitalisés qui ont bénéficié de ces sorties ou séjours en 2007. Il n'est en revanche pas possible de savoir combien de malades hospitalisés sous contrainte parmi eux ont pu bénéficier de telles sorties accompagnées.

4.3 Sur-occupation et transferts

De façon fréquente, des patients doivent être hospitalisés initialement dans les lits d'un secteur qui n'est pas le leur, soit par manque de lit disponible dans leur unité de secteur, soit faute de chambre d'isolement libre, si une telle mesure est nécessaire. Ce second motif est cependant peu fréquent, d'après les indications données par l'UAO, en l'absence de recueil statistique sur ce point.

L'équipe médicale qui a normalement en charge le patient le suit dans son affectation transitoire, jusqu'à ce qu'il puisse être transféré dans un lit de son secteur. Au début de la visite, trois patients étaient dans cette situation. Malgré la période d'été, 22 patients admis depuis le 1^{er} août sur 99 l'avaient été dans un secteur différent de leur secteur de rattachement.

Le phénomène est constant et tend à augmenter au cours du temps. Les patients initialement admis dans un autre secteur que le leur sont les suivants:

- 2007 : 492, soit 21,6% ;
- 2008 : 610, soit 28,7% ;
- 2009 : 401, soit 32% (deux premiers trimestres).

L'analyse des données fournies montre que trois secteurs (G01, G04 et G05) sont particulièrement concernés et dépendants vis-à-vis des autres pour accueillir leurs malades et qu'à contrario trois secteurs accueillent de nombreux patients pour le compte des autres, jusqu'à un tiers de leurs entrées totales (G02, G03 et G06). Ces disparités ne peuvent s'expliquer uniquement par des populations desservies quantitativement différentes au sein des secteurs.

Les patients concernés attendent ensuite en moyenne 3,7 jours avant de pouvoir être transférés dans leur secteur de rattachement, et même 5 jours lorsqu'ils dépendent du secteur le plus en difficulté sur le plan de la gestion des lits (G01).

5 SOINS SOMATIQUES

Les soins somatiques sont assurés dans l'établissement par un service central de consultations spécialisées, auquel sont adressés par les psychiatres des secteurs les patients ayant un problème de santé non psychiatrique. Il n'y a, hors urgence, aucune intervention de spécialistes ou d'un médecin généraliste au sein des pavillons d'hospitalisation.

Lors de l'admission, un bilan biologique d'entrée est en général pratiqué ainsi que la réalisation d'un électrocardiogramme ; seuls les psychiatres prennent connaissance des résultats.

Le service de consultations dispose des spécialités suivantes : médecine générale, cardiologie, gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, infectiologie, ORL, soins dentaires. En 2007, ce sont au total 1.860 consultations qui y ont été dispensées. Un podologue intervient également ; 413 malades ont été vus à ce titre en 2007.

Le service central assure l'interface de l'établissement avec le laboratoire de biologie du centre hospitalier général partenaire.

En cas de problème médical aigu, notamment la nuit, le week-end et les jours fériés, un médecin de garde, présent dans l'établissement, est appelé. Il peut décider, de jour comme de nuit, le transfert du malade au centre hospitalier général d'Etampes pour une consultation ou un avis spécialisé. Il n'a pas été possible de fournir aux contrôleurs le nombre de ces interventions.

En 2008, dix malades hospitalisés sous contrainte ont été hospitalisés à l'hôpital général en cours de séjour ; il peut arriver alors qu'un soignant de l'EPSM soit détaché à l'hôpital général pendant son hospitalisation pour l'accompagner.

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. Il est parfois recouru à des traitements retard ou à d'autres modalités (implants, stérilets). Une consultation interne de gynécologie est demandée au besoin.

6 RECOURS A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION

Huit secteurs sur neuf disposent d'une chambre d'isolement : pendant la période de contrôle, elles étaient majoritairement occupées. L'UAO dispose d'un tableau récapitulatif de la disponibilité et de l'occupation des chambres.

Le processus de mise à l'isolement est formalisé par une note de service validée par la commission médicale d'établissement. Il n'existe aucun protocole de recours à la contention.

Tout acte de soins pouvant conduire à un isolement doit découler d'une prescription médicale écrite, datée et signée sur le formulaire de l'établissement dénommé « Protocole de soins intensifs isolement thérapeutique ». Dans tous les bâtiments visités, ce formulaire était accompagné d'une « Fiche journalière de surveillance infirmière de l'isolement thérapeutique ». Ces fiches sont renouvelées quotidiennement par les médecins. Les infirmiers surveillent les patients toutes les heures ou toutes les deux heures. En l'absence de tout dispositif d'appel à la disposition des malades, ceux-ci ne peuvent alerter le personnel qu'en criant ou frappant que la porte. Pour la chambre d'isolement du secteur G06, située au premier étage, loin des postes de soins situés au rez-de-chaussée, ce mécanisme est aléatoire.

Deux audits concernant l'isolement ont été réalisés par l'établissement en 2007 et 2009 et font apparaître un taux d'occupation moyen de 70%. Ils recommandent d'élaborer un protocole pour l'utilisation de moyens de contention et de réfléchir à une organisation rendant possible la visite médicale dans les deux heures qui suivent la mise à l'isolement, avec un bénéfice de deux visites médicales au moins par jour pour chaque patient.

Un patient s'est plaint auprès des contrôleurs que le temps de promenade inclus dans une mise à l'isolement, une heure le matin et une heure l'après-midi, fixé par le médecin, avait été réduit à cinq minutes par l'infirmier le matin.

Hormis les deux documents désignés ci-dessus utilisés dans chaque secteur, il n'existe pas de registre ou de relevé mettant en évidence le nombre et la durée des périodes d'isolement tant au niveau des secteurs que du département d'information médicale (DIM).

L'outil « suivi des chambres d'isolement » du logiciel CORTEXTE en usage dans l'établissement n'est pas activé.

Un relevé d'activité établi à la demande des contrôleurs dans le secteur G08 fait apparaître pour la période du 1^{er} janvier au 19 août 2009 :

- 17 jours d'occupation pour le mois de janvier ;
- 14 jours pour le mois de février ;
- 0 pour les mois de mars et avril, qui correspondaient à une période de travaux ;
- 18 jours pour le mois de juin ;
- 3 jours pour le mois d'août.

Dans ce décompte, les durées moyennes des périodes d'isolement ont été d'une journée pour les patients admis en HL, de trois jours et demi pour les patients en HDT, de sept jours pour les patients en HO et de vingt jours pour les trois patients détenus qui ont été admis pendant cette période.

Plusieurs membres du personnel ont indiqué aux contrôleurs que les médecins de permanence le week-end évitaient de prendre des initiatives pour modifier ou adapter les prescriptions et préféraient attendre le retour du médecin référent le lundi. Il s'ensuit habituellement qu'un malade placé à l'isolement le vendredi reste en chambre d'isolement jusqu'au lundi, et ce, quel que soit son état.

La contention physique semble utilisée de manière très exceptionnelle, essentiellement dans le véhicule de l'établissement lors des transferts des commissariats à l'hôpital. Cependant, il n'existe aucune fiche ou relevé qui permettrait une traçabilité de la contention physique. Lors de leur visite, les contrôleurs ont constaté que seul un service disposait d'un matériel de contention sur place. C'est la pharmacie de l'hôpital qui stocke le matériel, à la disposition des services en cas de besoin. Aucun des malades entendus n'a déclaré avoir été maintenu au cours de son séjour, alors qu'ils sont plusieurs à s'être plaints de la pratique d'injections contre leur gré.

Il a été indiqué aux contrôleurs que des protocoles de recours à la contention physique avaient été élaborés, mais qu'il demeurerait un débat interne quant à l'opportunité de leur diffusion ; une crainte existe en effet de voir se développer cette pratique, aujourd'hui exceptionnelle et contraire à « l'esprit de l'établissement ». L'alternative représentée par la sédation médicamenteuse ne fait toutefois l'objet d'aucune traçabilité à ce jour.

7 HOSPITALISATION DES DETENUS

D'une façon générale, les patients détenus, dits « D.398 », sont assujettis aux règles des patients du service à propos du courrier, des visites et du téléphone, à moins que l'administration pénitentiaire n'ait donné des directives contraires et sous réserve des prescriptions individuelles du médecin référent. Les visites des personnes titulaires d'un permis de visite sont possibles ; elles ont alors lieu dans le salon de visite des bâtiments, comme pour les autres malades. Le courrier est remis après contrôle des services pénitentiaires. L'accès au téléphone est variable, en fonction des instructions de l'établissement pénitentiaire et compte tenu du fait que l'hôpital ne peut assurer d'écoute.

Ces malades sont souvent placés en chambre d'isolement, au moins pour les premiers jours, parfois pour l'ensemble du séjour. Le motif souvent invoqué est l'angoisse que la présence d'un détenu peut provoquer chez les autres patients. Les directives sur le sujet ne sont pas les mêmes entre les secteurs. Dans certains secteurs, le patient détenu reste en pyjama les premiers jours de son hospitalisation, en observation.

Les personnels rencontrés réagissent différemment face au patient détenu, selon les secteurs. Certains déclarent ne pas faire de différence avec un autre patient, d'autres manifestent une certaine réserve, voire une appréhension.

A l'issue de la période initiale, les patients sont en général placés dans une chambre seule, fermée. Ils en sortent pour des promenades accompagnées, parfois également pour les repas pris avec les autres malades et pour regarder la télévision à certains moments prédéfinis. Les patients fumeurs sont accompagnés à l'extérieur pour fumer.

Depuis le début de l'année, l'établissement a accueilli neuf patients détenus, dans cinq des neuf secteurs, dont un a bénéficié d'une levée d'écrou en cours d'hospitalisation (il est encore resté en hospitalisation d'office onze jours). En 2008, il en avait accueilli dix dans sept secteurs, et en 2007, huit dans six secteurs, dont deux ont bénéficié d'une levée d'écrou durant leur hospitalisation (l'un est encore resté en hospitalisation libre plus de deux mois, l'autre plus de six mois) ; sur la période 2007-2009, la durée de séjour varie entre 8 et 168 jours, avec une durée moyenne de 45 jours en 2007, 25 jours en 2008 et 19 jours en 2009 (pour mémoire, en 2008, la durée moyenne de séjour de l'ensemble des HO était de 84 jours).

Au moment de la visite, aucun détenu n'était hospitalisé dans l'établissement.

8 RAPPORTS AVEC LES PERSONNELS

Les patients sont appelés par leur prénom et appellent les personnels soignants par leur prénom également ; le tutoiement est courant.

Pour la consultation avec les médecins, les patients sont appelés par leur nom de famille, précédé de « madame » ou « monsieur ».

Lors des entretiens, il n'a pas été formulé de doléances à l'encontre du personnel soignant, mis à part quelques infirmiers ou infirmières rapportés aux contrôleurs comme particulièrement « brusques ». Ils ont été signalés nominativement par les contrôleurs à la direction des soins et à celle des ressources humaines. Deux procédures disciplinaires ont été engagées pour des faits de violences à l'encontre de patients: en 2007, un agent a été mis à la retraite d'office après enquête, et en 2008, un agent du service technique a été exclu temporairement pour deux ans.

Des entretiens avec les patients, il ressort une impression générale de délaissement du personnel soignant envers les malades, ainsi qu'un manque d'écoute et de réponse à leurs sollicitations. Cette impression a été ressentie dans la quasi-totalité des unités de soins.

Ce sentiment est renforcé par le manque d'activités proposées aux patients, spécifiquement pendant la période de vacances d'été. Deux unités seulement mettent l'accent sur les activités.

Cependant, il a été noté la grande motivation d'un petit nombre d'infirmiers ou d'aides-soignants déterminés. Le personnel soignant peut aussi prêter ou donner de petites sommes d'argent aux patients indigents pour l'achat de tabac ou d'une carte téléphonique. Dans une unité, il a été observé que les agents font don d'objets personnels (vêtements, ordinateur) pour améliorer la qualité de vie des patients.

Le comportement du personnel vis-à-vis des patients hospitalisés d'office ou sur demande d'un tiers est égal à celui vis-à-vis de patients en hospitalisation libre, mis à part les spécificités dues à leur état de santé. Hormis les prescriptions médicales déterminées par les médecins, la liberté d'aller et venir des patients hospitalisés sous contrainte est la même que celle offerte aux patients en hospitalisation libre. Ils sont par exemple autorisés à se rendre seuls au centre social à partir du moment où leur état de santé le permet, sur autorisation médicale expresse.

Cette distinction entre l'hospitalisation sous contrainte et la restriction de la liberté est fortement ancrée dans la culture de l'établissement. L'un des secteurs a même affiché le texte de l'article L.3211.3 du code de la santé publique⁵.

9 CONDITIONS DE VIE AU TRAVAIL

Les contrôleurs ont pu s'entretenir avec des agents mais aussi avec le CHSCT, où étaient présents des représentants des syndicats SUD et CGT.

Le personnel a conscience de la difficulté de concilier les impératifs de sécurité et les obligations de santé.

Cependant, les représentants du personnel, ainsi que les personnels bénéficiant d'une grande ancienneté, regrettent le manque de spécialisation des nouveaux arrivants. Le diplôme d'infirmier en psychiatrie ayant été supprimé, la « nouvelle génération » a une formation généraliste, insuffisante pour faire face aux spécificités de cette discipline.

Se pose donc la problématique de l'accueil des nouveaux arrivants : le tutorat prévu par la direction est mal perçu et peine à se mettre en place.

Une journée d'accueil est organisée une fois par an. Cette journée n'est pas personnalisée, tous les nouveaux arrivants y sont conviés. La direction des ressources humaines a, par ailleurs, mis en place un système de référents pour les infirmiers : trois infirmiers par secteur sont formés au tutorat, cependant cette mesure s'est révélée impopulaire auprès des agents ; sur trois formations, il a dû être procédé à une désignation d'office dans l'une d'elles compte tenu du manque d'initiative des agents. De plus, il existe une formation réservée aux infirmiers « approfondissement des savoirs en psychiatrie pour les nouveaux infirmiers », proposée une fois par an.

⁵ « Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux est hospitalisée sans son consentement [...], les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement. » L.3211.3 CSP

Un livret d'accueil du personnel a été élaboré en juin 2009 ; à la reproduction au moment du contrôle, il n'avait pas encore été distribué. Il comprend un volet « projet d'établissement », un volet « ressources humaines » informant notamment sur les droits et devoirs du personnel et sur la formation continue, et un volet « action sociale ».

Les personnels rencontrés ont dit aux contrôleurs que les « anciens » accompagnent les « nouveaux » ; le personnel expérimenté est disponible et répond aux interrogations des nouveaux agents.

Par ailleurs, les agents ont droit à douze jours de formation par an. Le personnel a un libre choix pour les formations et en est informé par notes de service. Certaines sont consacrées aux droits du patient telles « droit et dignité du patient », « cultures et croyances », « la responsabilité de l'infirmier ». Parmi les agents rencontrés par les contrôleurs, peu avaient suivi ces formations.

Aucune formation n'est prévue sur la prise en charge d'un patient-détenu.

Au total, l'établissement présente une moyenne de 7,5 jours par agent consacrés à la formation.

Il a été déclaré 161 évènements indésirables sur l'année 2008. 112, soit 69 %, concernent la sécurité des personnes et des biens, dont 38 des agressions physiques et verbales envers le personnel.

La direction des ressources humaines propose des formations pour aider l'agent à la gestion de la violence, via une formation « la violence en psychiatrie » proposée aux soignants (deux par an) et aux non soignants (une par an). De plus, suite à un épisode de violence, l'agent peut avoir recours à un psychologue extérieur à l'établissement, saisi par la direction des soins pour les agents qui en ressentent le besoin. Cependant en pratique, il a été dit aux contrôleurs que la direction des ressources humaines incite les agents à y avoir recours pour ceux qui hésitent. L'agent peut avoir deux rendez vous. Un compte rendu est ensuite envoyé à la direction des ressources humaines, il s'agit de recommandations afin que soient prises, au besoin, des mesures pour accompagner l'agent dans sa reprise de travail.

En service, les agents disposent d'un dispositif d'alarme portable ou d'une possibilité d'appel à des bornes, permettant l'intervention d'agents de tous les secteurs dans un temps très rapide (quelques minutes). De plus, une équipe de renfort a été créée en 2007 afin de prévenir ou contenir les épisodes de violence. Cette équipe est composée d'agents de sécurité, non soignants. En 2008, l'équipe de sécurité a effectué 2.199 renforts, dont 110 en urgence. La grande majorité des interventions est donc programmée ; il s'agit d'appels des services demandant la présence des agents de sécurité lors de certains soins, essentiellement des interventions en chambre d'isolement. C'est l'UAO qui assure la programmation de ces présences. Il a été déclaré aux contrôleurs que le recours à ces personnels était d'autant plus fréquent que les personnels soignants des bâtiments étaient jeunes, avec peu d'expérience en psychiatrie.

Les contrôleurs ont observé une absence de mobilité importante du personnel. En effet, les agents rencontrés sont, pour beaucoup, dans le même service depuis leur arrivée dans l'établissement, plus de trente ans pour certains. Le taux de mobilité est de l'ordre de 10 à 12%. Sur un effectif total de 1.215 agents, en 2007, 101 agents ont changé d'affectation et 106 en 2008. La direction des ressources humaines n'impose aucune obligation de mobilité interne mais a conscience de cette problématique et incite les agents à la mobilité. Les contrôleurs n'ont pas perçu de politique analogue au niveau de la direction des soins.

Il n'existe pas d'effectif de nuit, les agents assurent ce service par roulement. Le planning est fait au niveau des unités de soins par le cadre supérieur. La moyenne est de trois nuits mensuelles par agent. Huit agents sont affectés, à leur demande, exclusivement au service de nuit.

La féminisation des soignants pose quelques difficultés. Il est fait appel plus souvent aux hommes pour certaines missions, notamment pour les transferts. Sur l'ensemble de l'effectif, la proportion de femmes est de 73%. Cette proportion est sensiblement la même depuis 2006. Parallèlement, le personnel rajeunit : 34% des agents ont moins de 40 ans et 76% de ces derniers sont des femmes. Du point de vue général, cette féminisation et ce rajeunissement ne facilitent pas la gestion des comportements violents inhérents à la psychiatrie.

Le taux de *turnover* de l'établissement varie de 10 à 12%. L'établissement bénéficie de l'attractivité de la présence de l'institut de formation en soins infirmiers dans son enceinte. Il est proposé une bourse mensuelle de 535 euros dès la deuxième année pour les élèves qui souhaitent intégrer l'EPSM Barthélémy Durand.

Environ 30 postes sont vacants sur l'ensemble de l'établissement, dont 25 sont des postes infirmiers ; ce nombre varie peu selon les informations recueillies.

En 2008, le taux d'absentéisme global est de 27 jours par agent, soit 13,2%. Les justifications de cet absentéisme sont les absences médicales qui représentent 19 jours par agent, dont 7, 3 jours pour maternité. Le second motif est la formation.

Enfin, il a été déclaré 71 accidents de travail pour l'année 2008, dont la première cause est le « contact avec patient agité » dans 25 cas.

10 CONCLUSIONS

A l'issue de la visite du centre hospitalier Barthélémy Durand d'Etampes, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté formule les observations et remarques qui suivent.

1. Il est nécessaire d'homogénéiser entre les différents services les procédures d'information des malades s'agissant de leurs modalités d'hospitalisation, et en particulier des possibilités de recours qui leur sont ouvertes. La formation en conséquence des personnels serait à renforcer et l'initiative récente de la direction de l'hospitalisation et des relations avec les usagers (DHRU) en ce domaine est à développer.
2. De même, la remise aux patients, accompagnée par les soignants, du livret d'accueil, doit être généralisée, d'autant plus que ce dernier comporte une information claire et bien construite sur les différents droits des malades hospitalisés.
3. La préoccupation du centre hospitalier d'assurer, au besoin, la confidentialité des hospitalisations est à saluer. Les procédures, pour être un peu lourdes avec des vérifications systématiques d'identité des visiteurs venant dans l'établissement, sont aussi de nature à respecter au mieux les droits des personnes hospitalisées. Ces procédures permettent également aux détenus hospitalisés de recevoir la visite des personnes autorisées à les voir.
4. S'agissant de l'utilisation des téléphones portables, il convient d'harmoniser les différentes pratiques observées entre les services, actuellement très variables. Ce point est d'autant plus nécessaire que de nombreux malades admis dans l'établissement, plus d'un sur quatre, le sont d'abord dans un service différent de celui correspondant à leur secteur et connaissent donc des règles variables au cours d'une même hospitalisation.
5. La possibilité pour les malades hospitalisés en chambre seule de fermer celle-ci de l'intérieur est remarquable, en réponse aux doléances exprimées par certains d'entre eux, dérangés par d'autres patients ; l'exercice effectif de cette possibilité doit cependant être assuré dans l'ensemble des services.
6. Un équipement permettant aux personnes placées en chambre d'isolement d'appeler mériterait d'être installé.
7. Le recours aux congés d'essai est largement utilisé à l'hôpital Barthélémy Durand dans les schémas thérapeutiques. Ceux-ci constituent une véritable obligation de soins ambulatoire pour certains patients, qui en bénéficient depuis plusieurs années, en l'absence de mécanisme réglementaire adapté, en contradiction toutefois avec l'esprit des sorties d'essai. A cet égard, la réticence

des autorités préfectorales du département à lever des mesures d'hospitalisation d'office, au profit de sorties d'essai, est susceptible de renforcer une utilisation non conforme de ces dispositions.

8. Une réflexion sur les activités proposées aux malades hospitalisés non autorisés à sortir seuls des services devrait être conduite. En effet, les ressources du centre social ne leur sont pas accessibles et un grand désœuvrement est constaté pour eux.
9. Le suivi somatique des patients doit être renforcé par une visite systématique, et non pas seulement en cas d'urgence, d'un médecin de médecine polyvalente dans les services.
10. Les modalités de distribution des médicaments ne permettent pas dans tous les services une réelle individualisation du soin, par une dispensation « à la chaîne » des traitements. Des adaptations doivent être envisagées.
11. Une traçabilité des mesures d'isolement est à mettre en place, de même qu'une traçabilité du recours à la sédation forcée (contention chimique), d'autant plus que la contention physique est décrite comme exceptionnelle au niveau de l'établissement, sans protocole prévu à cet effet. Une évaluation de l'utilisation de ces mesures serait importante à mettre en œuvre à l'échelle du centre hospitalier.
12. Le recours quotidien et programmé à une « équipe de renfort », composée d'agents de sécurité, pour permettre aux soignants d'effectuer certains actes, en dehors de tout contexte de crise ou d'urgence, en chambre d'isolement notamment, constitue une organisation très atypique. Celle-ci doit être évaluée au regard de la préoccupation de sécurisation des soignants en situation habituelle de soins.
13. Il convient de souligner les efforts faits dans la plupart des cas pour assurer aux détenus en HO des conditions d'hospitalisation évitant leur placement systématique en chambre d'isolement pendant toute la durée de leur séjour. De même, la possibilité qui leur est donnée, en cas d'accord des autorités judiciaires, de recevoir des visites et de pouvoir téléphoner, est conforme aux droits des personnes détenues, mais doit néanmoins être saluée à l'hôpital Barthélémy Durand.

Table des matières

1	les conditions de la visite	2
2	présentation générale de l'établissement	3
3	Hospitalisations sans consentement et exercice des droits	5
3.1	Modalités d'arrivée des patients	5
3.2	Informations données au malade arrivant et possibilités de recours	6
3.3	Registre de la loi	8
3.4	Information donnée aux familles et confidentialité de l'hospitalisation	9
3.5	Accès au dossier médical par le patient	10
3.6	Communication avec l'extérieur	11
3.6.1	Courrier	11
3.6.2	Visites	11
3.6.3	Téléphone	11
3.6.4	Informatique.....	12
3.7	Informations sur les visites des autorités	12
3.8	Permissions de sortie et sorties d'essai	12
3.9	Commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP)	13
3.10	Traitement des plaintes et des réclamations	13
4	Conditions d'hospitalisation	14
4.1	Conditions matérielles d'hospitalisation	14
4.2	Projet thérapeutique	19
4.3	Sur-occupation et transferts	21
5	Soins somatiques	22
6	Recours à l'isolement et à la contention	22
7	Hospitalisation des détenus	24
8	Rapports avec les personnels	25
9	Conditions de vie au travail	26