



**Centre hospitalier spécialisé
de DOLE
(Jura)**

Du 5 au 8 octobre 2010

Contrôleurs :

- Martine Clément, contrôleur, chef de mission ;
- Khadoudja Chemlal, contrôleur ;
- Alain Marcault-Derouard, contrôleur ;

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, trois contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier spécialisé du Jura du 5 au 8 octobre 2010.

CONDITIONS DE VISITE.

Les contrôleurs sont arrivés au centre hospitalier spécialisé du Jura (CHSJ) situé 120, route Nationale à Dole (39), le mardi 5 octobre à 9h30. Ils en sont repartis le vendredi 8 octobre à 13 heures.

Le directeur du CHSJ avait été préalablement informé de la visite en date du 30 septembre 2010.

Une réunion de début de visite s'est tenue en présence du directeur de l'établissement, du président et du vice-président de la commission médicale d'établissement (CME), de la directrice coordinatrice générale des soins, de la directrice adjointe des finances et des services économiques, du directeur adjoint de la communication et du patrimoine, du directeur adjoint des ressources humaines, du responsable du bureau des entrées, de la présidente de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP), de l'ingénieur qualité, gestionnaire des risques.

Une réunion de fin de visite s'est tenue avec le directeur

L'affichette annonçant la visite des contrôleurs a été apposée dans toutes les unités de soins ; certains personnels de soins ont très opportunément informé oralement les patients du sens de la visite des contrôleurs.

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

L'ensemble des documents demandés avait été préparé, déposé dans une salle mise à leur disposition ; une voiture leur a été attribuée afin de faciliter leurs déplacements sur le site ainsi qu'un badge de circulation leur permettant d'entrer sans difficulté dans tous les bâtiments.

La qualité de l'accueil de l'ensemble des personnels et de la bonne préparation de la visite, en amont, par la direction doit être soulignée.

Un rapport de constat a été adressé au directeur le 10 août 2011 qui a fait connaître ses observations en retour le 21 août. Le présent rapport de visite a intégré celles-ci soit directement, soit en insérant une note de bas de page reprenant l'observation sans modification du constat des contrôleurs.

PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

Le centre hospitalier spécialisé du département du Jura est situé à Dole Saint-Ylie, à trois kilomètres du centre-ville.

La particularité de son implantation géographique, à l'extrémité nord du département du Jura, éloigné de Saint-Claude (deux heures de route) s'explique par la proximité du département du Doubs qui, jusqu'en 1968, orientait ses patients vers le CHS de Dole, en l'absence d'une structure propre ; il avait été choisi un lieu d'implantation du CHS desservant au mieux les deux départements.

Deux autres particularités de contexte géographique sont significatives, d'une part, une faible densité de population dans le Jura – 51 habitants au km² alors que la moyenne nationale est de 111 habitants au km² -, d'autre part, une offre de soins psychiatriques qui couvre un territoire de 1200 km² alors que la moyenne nationale est de 770 km²

A ces spécificités, s'ajoute une prise en charge de la santé mentale qui repose entièrement sur le CHS ; En effet, il n'existe pas d'autre établissement spécialisé privé et le secteur libéral en psychiatrie est quasi inexistant.

Dans ce contexte, afin de mieux répondre aux besoins en soins psychiatriques de la population, le département est subdivisé en pôles dont cinq concernent les soins dispensés aux adultes et deux aux enfants :

1. Pôle adulte Dolois ;
2. Pôle adulte du Triangle d'Or
3. Pôle adulte du Haut Jura
4. Pôle adulte Lédonien¹ ;
5. Pôle géro-psycho-geriatrique
6. Deux pôles infanto-juvéniles Nord et Sud

Cette subdivision en quatre pôles pour les adultes correspond aux quatre secteurs de psychiatrie ; le pôle géro-psycho-geriatrique est ouvert à l'ensemble de la population du département du Jura.

Les sept pôles médicaux sont soutenus par quatre autres pôles : management, médico-technique, communication et patrimoine et logistique.

¹ C'est-à-dire de Lons-le-Saunier.

Plus de 9 000 personnes sur les 255 000 habitants du département (3,5%) sont prises en charge dans les structures de psychiatrie en hospitalisation ou en ambulatoire ; ces dernières sont réparties sur le périmètre géographique des pôles.

En 2009, 2 236 patients ont été hospitalisés en hospitalisation libre (HL) ; 501 en hospitalisation à la demande d'un tiers ; trente-huit en hospitalisation d'office (HO)². Il est indiqué que trois personnes détenues ont été hospitalisées en 2009, aucune en 2008. Le patient le plus ancien présent dans l'établissement a été admis le 11 juillet 1964 en HO; Il est actuellement hospitalisé dans l'unité des Mimosas en HL; cinq décès ont eu lieu en 2009, seize en 2008.

Au 4 octobre 2010, la veille de la visite des contrôleurs, cinquante-trois patients étaient en HDT et sept en HO.

La situation financière du CHS est décrite comme fragile compte tenu des travaux de rénovation entrepris même si ceux-ci ont été moins importants en 2010; **les bâtiments datant de 1838 ne correspondent plus aux besoins** ; ils nécessitent une maintenance coûteuse ; certains bâtiments ont été abandonnés au profit de nouvelles constructions.

La dernière visite d'accréditation de la Haute Autorité de Santé a eu lieu du 19 au 23 janvier 2009 ; parmi les douze observations formulées, deux concernaient la restriction d'aller et venir des patients en HL et le manque de respect des bonnes pratiques de contention et d'isolement thérapeutique.

LES UNITES D'HOSPITALISATION

Les quatre unités d'admission

Elles se situent dans un même bâtiment datant de 2008, construit en longueur sur deux étages; ce sont toutes des unités mixtes fermées, de configuration architecturale et d'aménagement initial identique ; elles sont, placées à la suite les unes des autres ; elles sont repérables pour les visiteurs empruntant le couloir principal de circulation par la couleur de leurs murs d'enceinte ; elles portent des noms d'arbres ou de plantes : les Peupliers, les Bruyères, les Acacias, les Mélèzes ; chacune des unités comprend vingt-cinq chambres individuelles et une chambre d'isolement ; chacune d'elles dépend d'un pôle de soins.

Le terme « admission » est inapproprié car certains patients peuvent y séjourner plusieurs mois. Les séjours sont parfois entrecoupés par quelques périodes de retours à domicile.

Les patients peuvent être accueillis en urgence soit dans les services d'admission, soit dans les services d'accueil et d'urgence psychiatrique (SAUP) gérés par le CHS et situés dans les services des urgences des hôpitaux généraux de Dôle et de Lons-le-Saunier.

² L'hospitalisation sans consentement représente donc 19,4% des entrées.

Les unités reçoivent des mineurs à partir de 16 ans et des majeurs jusqu'à 65 ans pour des hospitalisations de courte durée, libre, à la demande d'un tiers (HDT) ou d'office (HO).

Les locaux :

Au rez-de-chaussée, se trouve la salle de soins infirmiers, pièce centrale, vitrée à mi-hauteur des murs de cloisons ; elle donne vue sur la petite cour et sur le couloir de circulation des patients.

Ce dernier dessert, généralement pour chaque unité :

1. une salle d'activité qui comprend cinq tables et seize chaises, une bibliothèque ; des jeux y sont entreposés (puzzle, cartes). La pièce s'ouvre sur une porte-fenêtre fermée à clef ;

2. une deuxième salle d'activité comprend une grande table, deux grandes armoires, treize chaises. La pièce dispose d'un four et de matériel nécessaire à des activités de sculpture et de peinture ;

3. la salle de télévision du rez-de-chaussée comprend deux tables basses, un fauteuil relax, 15 fauteuils. La pièce s'ouvre sur le patio par une large porte-fenêtre ;

4. la salle à manger commune est équipée de huit tables rectangulaires de quatre places chacune, un des murs est formé de deux grandes baies vitrées qui ne peuvent être ouvertes

5. une pièce dédiée à la pharmacie est attenante au poste de soins ; elle permet de recevoir le patient pour ses soins ou en entretien.

A l'étage, desservi par un ascenseur, sont situées les vingt-cinq chambres individuelles, la chambre d'isolement, la salle de veille de nuit, les locaux d'entretien et un salon de télévision.

Les chambres sont pourvues de salles de bains ; elles sont équipées d'un lit, d'une table de chevet avec un tiroir, d'une **armoire fermée par un cadenas**, d'une chaise et d'un plan de travail sous la fenêtre. Cette dernière est coulissante et s'ouvre par une poignée sur 20 cm.

La salle d'eau comprend un espace de douche avec un pommeau au mur et une autre arrivée d'eau permettant d'adapter un flexible, un WC, une barre d'appui, un plan de travail avec lavabo, mitigeur et miroir et un radiateur porte-serviettes. La température de l'eau est limitée. L'espace est éclairé d'un plafonnier.

Il n'existe d'interrupteurs d'appel ni dans les chambres, ni dans les salles de bains.

La chambre d'isolement, située à l'étage **est loin de la salle de veille de nuit et du poste infirmier du rez-de-chaussée, ce qui en complique la surveillance en journée** ; elle est équipée d'un chevet et d'un lit en mousse surmonté d'un matelas avec drap et couverture. La salle d'eau est accessible du sas d'entrée et est équipée d'un lavabo, d'un WC en inox et d'un espace douche. Les placards à vêtements sont également dans le sas. Les commandes de lumière, chauffage et stores sont situées à côté de la porte d'accès de la chambre qui est munie d'un hublot. Les volets sont électriques.

Le salon est équipé d'une table basse, de cinq fauteuils en arc de cercle, d'un téléviseur posé sur un meuble bas, d'une bibliothèque et d'un grand tableau effaçable sur pied ;

Le chauffage des couloirs de circulation et des chambres d'isolement est assuré par le biais de la climatisation réversible et celui des chambres par le réseau du chauffage du CHS.

Deux cours intérieures permettent aux patients un accès à l'air libre. Une cour dite « petite cour » généralement accessible pendant deux créneaux horaires le matin et le soir, mais toutefois variables en fonction de l'unité. Une « grande cour » est en général accessible pendant une plage continue, l'après-midi.

Une cabine téléphonique au rez-de-chaussée, aménagée d'une chaise, est installée dans chaque unité ; elle **garantit la confidentialité** des communications. **Ce sont les patients eux-mêmes qui répondent au téléphone lorsque celui-ci sonne** ; ils s'arrangent entre eux pour appeler la personne concernée. Les cartes téléphoniques sont en vente à la cafétéria.

La vie quotidienne et le règlement intérieur :

Le règlement intérieur de chaque unité est élaboré en fonction de son propre projet de service ; les contrôleurs ont constaté **des différences plus que sensibles dans les quatre règlements** : promenades, accès aux chambres, sorties dans le périmètre du centre etc. ; dans aucun des règlements n'est évoquée la liberté de culte.

L'entretien du linge personnel peut être pris en charge :

- Par la famille du patient à l'extérieur ;
- Par le patient avec l'aide de l'équipe paramédicale dans une des buanderies collectives dédiées à cet usage ;
- Par la blanchisserie centrale si le linge est identifié.

Pour les patients démunis, du linge de rechange essentiellement fourni par la blanchisserie centrale est à disposition.

Les personnels :

Chaque pôle comprend une équipe de soins qui est composée *a minima* d'un praticien psychiatre hospitalier, chef de pôle, souvent d'un deuxième psychiatre, d'un psychologue clinicien et d'un interne.

Un assistant social est présent dans chaque unité.

Un cadre de santé est en poste dans chacune des unités ; quatre infirmiers exercent le matin, quatre infirmiers, l'après-midi, **deux ou trois infirmiers la nuit**.

L'équipe d'infirmiers de nuit est spécifique ; elle est composée de personnels volontaires pour travailler de nuit.

Pour toutes les unités, les transmissions entre les équipes d'infirmiers ont lieu le matin de 5h45 à 6h (transmissions nuit/jour), de 13h15 à 13h45 (transmissions jour/après-midi) et de 21h à 21h15 (transmissions jour/nuit).

Il n'y a pas d'aide-soignant.

Deux agents de service hospitalier (ASH) sont présents le matin, un ou deux l'après-midi. Le week-end, un agent est présent le matin et un l'après-midi.

Le regroupement des unités au sein d'un seul bâtiment ne fait pas l'unanimité des soignants ; ceux-ci craignent qu'à plus ou moins long terme, la mutualisation des personnels soit imposée. Certains ont précisé toutefois que cette disposition facilitait les échanges entre collègues en particulier sur les pratiques de soins.

Visites de chacune des unités

Les Peupliers - pôle adulte Dolois -

Le jour du contrôle, vingt-cinq patients étaient hospitalisés dont dix-sept hommes et huit femmes. Trois hommes étaient en HO, quatre patients en HDT (deux hommes et deux femmes). Dix patients étaient en sortie d'essai. Deux patients avaient été admis l'après-midi et une sortie avait eu lieu. Une patiente de l'unité venait d'être hospitalisée au centre hospitalier général Louis Pasteur de Dôle après examens radiologiques ; les pathologies les plus fréquemment rencontrées sont les pathologies liées à l'alcool, les « conjugopathies », les schizophrénies, et les addictions aux opiacés.

Un patient en HDT est hospitalisé depuis dix mois.

Le patient le plus âgé a 59 ans et le plus jeune a 25 ans.

La chambre d'isolement est inoccupée.

En 2009, 477 patients ont été admis : 322 en HL, 145 en HDT et neuf en HO³ ; la **durée moyenne du séjour était de 17,70 jours** pour 8843 journées d'hospitalisation ; le nombre d'entrées représente une file active de 359 patients (146 femmes, 213 hommes). Les patients proviennent du pôle adulte dolois pour 71% d'entre eux, d'autres secteurs pour 25% et d'autres départements pour 4%.

Trois infirmières en congé de maternité ne sont pas remplacées. Aucun poste n'est vacant.

La vie quotidienne et le règlement intérieur

L'unité étant fermée, les patients ne peuvent sortir que sur prescription médicale. Les sorties autorisées dans le périmètre du CHS ont lieu l'après-midi de 14h à 18h. L'ouverture de la porte de l'unité est faite par l'infirmier à la demande du patient selon les consignes médicales.

Les départs en permission s'effectuent à partir de 9h, le patient doit être au plus tard de retour à 18h.

Les chambres sont ouvertes et accessibles toute la journée. Les placards des chambres des patients sont fermés à l'aide d'un cadenas (qu'ils doivent fournir), dont **les patients possèdent la clef**, sauf exception (patient confus ou non autonome par exemple, dans ce cas ce sont les soignants qui gardent la clef).

³ Soit 32% des admissions.

La dernière utilisation de la chambre d'isolement a eu lieu quinze jours avant la visite des contrôleurs, pour un patient de 35 ans, du samedi au lundi matin. Initialement en HL, ce patient a été placé en HDT au titre du péril imminent.

Il existe un document d'accueil spécifique de l'unité pour les patients intitulé « Règles de vie des peupliers » daté de décembre 2008. Dans ce document figurent les règles relatives au respect des autres patients et du matériel ; il indique les modalités de fonctionnement concernant le téléphone, le tabac, les horaires des repas, les sorties, les permissions, les prises de rendez-vous avec l'assistante sociale, le psychologue et les médecins.

Le réveil a lieu vers 7h30. Le petit déjeuner a lieu de 8 h 30 à 9h, le déjeuner à midi et le dîner à 18 heures 45. Une collation est servie à 16 heures et une tisane vers 22h.
Dans la salle à manger, le placement est libre.

L'accès au téléphone portable est réglementé: les patients peuvent utiliser leur téléphone de 11 heures à 11 h 30 et de 22 heures à 22 h 30 (consultation de la messagerie et appels). Il a été précisé aux contrôleurs que les patients de cette unité habitaient tous à proximité de Dôle ou aux environs et que **la prise de photographies via les téléphones portables pouvait nuire à l'intérêt des patients.** Dans les casiers individuels (identifiés par les numéros de chambre) situés dans le poste infirmier, sont rangés les clés et les porte-clés, les cigarettes et les briquets, certains papiers administratifs (carte Vitale) et les téléphones portables. Les rasoirs et parfums sont rangés quant à eux, dans des casiers situés au premier étage.

La cabine téléphonique est fermée aux heures des repas et la nuit à partir de 22h jusqu'au lendemain matin 9h.

Il n'y a **pas de restriction relative au courrier.** Les patients remettent celui-ci aux infirmiers qui transmettent au vaguemestre. **Seuls les colis sont ouverts** en présence des patients et les objets interdits sont retirés. En cas d'indigence, il existe une cagnotte du personnel, qui permet de « dépanner » les patients. L'association « Croix marine » peut également remettre des bons d'achat.

Les deux cours permettent aux patients de s'aérer et de fumer car il est interdit de fumer dans les locaux. Elles **sont en accès libre** ; la « petite cour » ou « patio » est ouverte de 9 heures à midi, et de 19 heures à 23 heures. La « grande cour » est ouverte de 14 heures à 19 heures. Ces horaires donnés par le personnel soignant ne correspondent pas à ceux précisés dans le document d'accueil (dans lequel il est noté que la grande cour est ouverte de 9h à 19h et le patio de 5h à 8h30 et de 19h30 à 23h).

L'achat du tabac a fait l'objet d'une discussion de service en 2009. En effet, le personnel soignant a eu le sentiment de se trouver dans l'obligation d'acheter du tabac pour les patients ce qui les mettait dans une position paradoxale. Il a été décidé de solliciter les familles et les tuteurs en première intention.

L'organisation des soins et activités :

Une **réunion pluridisciplinaire** d'études de cas et de fonctionnement de service a lieu **tous les jeudis matin.**

Un entretien infirmier est réalisé sur prescription médicale, à la demande du patient et à l'initiative de l'infirmier.

Deux rencontres avec des membres de l'union départementale des associations familiales (UDAF) ont été organisées en mai et juin 2009 pour discuter des modalités de collaboration.

Un certain nombre d'activités sont proposées, thérapeutiques ou occupationnelles. Il a été précisé aux contrôleurs que **les sorties étaient de plus en plus rares faute d'effectif suffisant** en personnel soignant. Par exemple, une sortie pique-nique prévue il y a deux semaines a dû être annulée.

En fonction des disponibilités des personnels soignants ont lieu des ateliers de jeux de société et des parties de pétanques pour un à deux patients. Une fois par semaine, pour quatre à cinq patients sont proposés des jeux de fléchettes et de sarbacane. Une activité pâte à sel est proposée le vendredi matin, une activité revue de presse le lundi matin, un atelier de photos langage et d'écoute musicale a lieu le mercredi après-midi. Des activités « Window Color » et « mandalas » (coloriages) sont également proposés. Elles ont lieu en moyenne une fois par semaine, réunissent cinq patients et sont animés par un soignant dans la salle d'activités. Une activité « Wii » est organisée le week-end pour deux patients. La préparation du goûter a lieu une fois par mois et concerne quatre à cinq patients. Un repas thérapeutique est proposé une fois par mois pour quatre à cinq patients. Du lundi au vendredi de 10 heures à midi, un patient en HO participe à **l'atelier d'imprimerie situé à l'extérieur de l'unité et ouvert à toutes les unités**. Enfin, un ou deux patients participent à un atelier du « médicament » dans le cadre de l'éducation à la santé et organisé par le service de pharmacie une fois par mois.

Dix sorties thérapeutiques ont été réalisées en 2009 réunissant au total quarante patients.

À titre d'exemple, du 20 septembre au 5 octobre, les activités proposées et le nombre de patients participants sont les suivants :

1. 20/09 - Activité - Arts décoratifs - un participant
2. 21/09 - Activité – Mandalas - trois participants
1. 23/09 - Activité – Badminton – un participant
2. 27/09 - Activité - Revue de presse - cinq participants
3. 28/09 - Activité – Babyfoot - un participant
4. 29/09 - Activité – Bois - un participant
5. 30/09 - Activité - Tournoi de football – dix participants
6. Même jour - Activité - Jeu de Boccia - un participant
7. 04/10 - Activité - Revue de presse - cinq participants
8. 05/10 - Atelier « Médicament » - un participant

Les Bruyères - pôle adulte triangle d'or -.

Au jour de la visite, vingt-cinq patients étaient hospitalisés dont seize hommes et neuf femmes ; huit avaient été hospitalisés en HDT (cinq hommes et trois femmes) et un homme en HO. Trois patients étaient en sortie d'essai d'HDT, deux patients étaient en permission ; le patient le plus âgé a 85 ans, le plus jeune 24 ans ; deux patients sont admis dans cette unité hors pôle ; la chambre d'isolement est inoccupée.

En 2009, 623 entrées ont été réalisées, totalisant 12719 journées d'hospitalisation. Le taux d'occupation a été de 87,12%. La **durée moyenne de séjour est de 20,41 jours**.

La vie quotidienne et le règlement intérieur

Un livret d'accueil est remis à chaque patient à son arrivée ; une fiche récapitulative des points essentiels du règlement est également donnée. L'utilisation de pictogrammes en facilite la lecture. Elle comprend des informations sur :

1. **L'autorisation de l'usage des téléphones portables** sauf utilisation intempestive ; le numéro de la cabine téléphonique y figure ;
2. Les horaires des visites de 14 h à 18 h 30 ;
3. Les horaires des repas ;
4. La possibilité d'utiliser une machine à laver et un sèche-linge ; sans indication plus précise ;
5. L'interdiction de fumer dans les unités ;
6. L'accès aux salles de télévision jusqu'à 23 heures ;
7. **Les sorties possibles dans l'enceinte de l'hôpital** car l'unité est ouverte de 14 h à 16 heures ; les départs sont à signaler au personnel soignant
8. La mise à disposition des clefs des véhicules personnels auprès de l'équipe des infirmiers ;
9. **La présence d'un atelier d'ergothérapie** ; un programme des activités hebdomadaires affiché dans la salle télévision ;
10. **Les télévisions et ordinateurs portables sont interdits** ;
11. Les chambres ne sont pas équipées de réfrigérateurs ; les denrées périssables sont déconseillées ; pour éviter des vols, les placards des chambres **peuvent** recevoir un cadenas ; il n'est pas précisé si la clef est gardée par le patient ;

L'organisation des soins et les activités

Seule cette unité s'ouvre partiellement et librement sur le périmètre du CHS entre 14 h et 16 h ; une réflexion a posé comme **principe que tout patient accueilli bénéficie de la liberté d'aller et venir hormis les contraintes légales et les nécessités thérapeutiques** pour limiter cette liberté. Ce projet d'ouverture a débuté en janvier 2010, seuls deux patients ont fugué quelques heures et sont ensuite revenus d'eux-mêmes au CHS (un en HDT, un en HL). **Les patients doivent être de retour à l'unité à l'heure du goûter** et la présence des patients est alors vérifiée.

Un questionnaire a été remis aux patients sortants et aux personnels pour recueillir le degré de satisfaction de cette ouverture ; **la majorité des patients sont satisfaits** de pouvoir circuler, moins d'attente et plus de responsabilisation et de liberté ; parmi les points négatifs, sont indiqués par les soignants le **surcroît de surveillance** afin d'éviter les entrées « indésirables » et la **mise en chambre fermée des patients « à risques » (HO) durant ces deux heures.**

Les soignants étaient réticents au projet d'ouverture des portes de l'unité car ils craignaient qu'en cas de fugue, leur responsabilité ne soit engagée ; le directeur leur a expliqué que leur responsabilité était la même que lorsqu'ils ouvraient la porte à un patient de l'unité vers l'extérieur.

Les portes des chambres sont ouvertes et les patients peuvent les regagner à leur gré. Cette modalité ne figure pas dans le règlement intérieur remis aux patients.

Il est indiqué aux contrôleurs que cette unité est la plus calme des quatre unités ; la petite cour reste ouverte toute la nuit et **la possibilité de garder son portable rend les patients détendus.**

Cette unité est la seule à posséder un « babyfoot ». La pièce dédiée à l'ergothérapie est utilisée car une infirmière a été formée à cette discipline.

Les Acacias - pôle adulte Lédonien -.

Cette unité d'admission mixte fermée accueille la population adulte de Lons-le-Saunier et de sa région.

Au jour de la visite, vingt-cinq patients étaient présents soit seize hospitalisés en HL, sept en HDT (cinq hommes et deux femmes) et deux hommes en HO. Quatre patients étaient en sortie d'essais d'HDT, deux patients étaient en permission.

Le patient le plus âgé a 59 ans, le plus jeune, 19 ans. Un patient est sous tutelle renforcée, cinq sont sous curatelle et un sous sauvegarde de justice. La durée la plus longue d'hospitalisation est de 949 jours (hospitalisation sous contrainte). **Deux patients sont hospitalisés hors secteur, le pôle dont ils relèvent pouvant les accueillir faute de lit.**

En 2009, 398 entrées ont été réalisées dans l'unité, totalisant 18711 journées d'hospitalisation. Le taux d'occupation est de 93,10 %. **La durée moyenne de séjour et de 25,48 jours.** L'unité a accueilli 279 patients correspondant à 398 séjours dont 15 en HO, 201 en HDT et 182 en HL⁴.

La vie quotidienne et le règlement intérieur

Il est remis au patient un livret d'accueil qui comprend les règles de vie de l'unité.

L'hospitalisation comprend une période d'observation de 48h, au cours de laquelle les sorties ne se font que sur prescription médicale.

Il a été précisé que **la chambre d'isolement permettait l'accueil d'un patient lorsque toutes les chambres étaient occupées** ; que cette situation n'est pas rare. Ainsi, il a été précisé au contrôleur, qu'un patient de 80 ans, avait été installé dans cette chambre, par le directeur de garde, faute de place.

⁴ Soit 54,3% de séjours consécutifs à des hospitalisations sans consentement.

Le lever se situe aux environs de 7h30. Le petit déjeuner est servi dans la **salle à manger commune où le placement est libre**. Il est demandé aux patients d'aider à débarrasser les tables. Les horaires des repas sont les suivants :

1. petit déjeuner de à 8 h 30,
2. déjeuner à midi,
3. dîner à 19 heures.

Par ailleurs, un goûter est servi vers 16 heures et une tisane vers 21 h 30.

La salle à manger reste ouverte en permanence en raison de la présence de la fontaine à eau. Il n'y a pas de possibilité pour un patient de déjeuner au self. En revanche, la famille peut bénéficier d'un repas payant mais il a été précisé aux contrôleurs que le prix du repas pouvait être dissuasif pour les familles.

Les visites des familles ont lieu tous les jours de 14 heures à 19 heures, mais compte tenu de l'éloignement géographique, certaines familles ont la possibilité de voir leur proche jusqu'à 21 heures. Pendant la présence des contrôleurs, il a été précisé que **trois personnes ne recevaient pas de visite**.

Il est interdit de fumer dans l'unité de soins mais les deux cours ouvertes à tour de rôle permettent au patient de fumer à l'extérieur. En effet, **une grande cour est ouverte toute la journée, l'autre cour plus petite, donnant sur le poste de soins, est ouverte toute la nuit**. Parfois, ces deux cours sont ouvertes en même temps, en particulier lorsque il est souhaitable de séparer des patients ou pour faire diminuer la tension. Le jour de la visite des contrôleurs, les deux cours étaient ouvertes.

L'usage du téléphone portable est permis sous conditions, mais les chargeurs sont rangés dans les casiers fermés à clé situés dans le poste de soins infirmiers. L'utilisation de ces téléphones portables est possible un quart d'heure le matin et un quart d'heure dans l'après-midi. **Une cabine téléphonique** à carte située dans un local fermé du rez-de-chaussée **garantissant la confidentialité** permet de passer et de recevoir des appels. Le numéro de téléphone de la cabine est inscrit sur le mur. Une chaise est à disposition. Il est également possible de recevoir des appels *via* un poste téléphonique situé dans la salle de soins.

Les patients ont la possibilité d'écrire comme ils le souhaitent. Un casier servant de boîte aux lettres permet de déposer le courrier, transmis au secrétariat. Celui-ci est acheminé au vagemestre quotidiennement le matin. **Seuls les paquets sont ouverts en présence des patients**, et les objets non autorisés sont retirés et rangés dans les casiers personnels situés dans le poste de soins.

Dans ces casiers personnels situés dans le poste de soins et numérotés de un à 25, sont conservés les ciseaux, les coupe-ongles, les flacons de parfum, les cigarettes, les briquets et tout autre objet dont l'usage serait limité Certains médicaments personnels à l'entrée peuvent être également stockés dans ce casier. Il n'y a **pas de liste écrite d'inventaire**. Les placards personnels situés dans les chambres des patients sont fermés à clé ; ils sont ouverts par les infirmiers sur demande des patients.

L'usage d'un lecteur de DVD personnel est possible, mais le patient doit rendre l'appareil après visionnage. Il a été précisé aux contrôleurs qu'il était contrôlé que les patients ne regardent pas des films à l'excès.

Les patients conservent leurs vêtements personnels. Exceptionnellement, si le risque de fuite est important par exemple, il sera donné un pyjama. **Dans la chambre d'isolement, le patient porte une chemise hospitalière.**

L'organisation des soins et les activités

Les admissions se font tous les jours y compris le week-end. Cette situation est d'autant plus fréquente, que le nombre de sorties le vendredi dans cette unité est important. Les patients proviennent soit des urgences psychiatriques du secteur, des autres structures extra hospitalières, du domicile et plus rarement des autres unités du centre hospitalier.

L'affectation dans les chambres se fait en fonction des disponibilités.

Il est proposé un certain nombre d'activités. Ces activités sont de nature diverse, et comprennent des ateliers d'activités manuelles, des sorties à la piscine, des ateliers médias. Des activités sportives sont également proposées par le service des sports de l'hôpital (voir *infra*). , Des séances de relaxation sont également proposées ainsi que des ateliers de cuisine. Il a été précisé aux contrôleurs que la bonne tenue de ses activités dépendait de l'effectif infirmier et que **les sorties à l'extérieur étaient difficiles à mettre en œuvre.**

Le planning des activités sportives pour la semaine du 4 au 8 octobre 2010 était le suivant :

1. lundi de 14 heures à 15 heures : tir à l'arc ;
2. mardi de 9 heures à 10 heures ; footing et de 15 heures à 17 heures, boxe ;
3. jeudi de 9h à 10 heures : sport dans l'unité, remise en forme de 10 heures à midi et volley-ball de 14 heures à 15 heures.

Pour la période du 22 septembre au 6 octobre 2010, les activités et les sorties proposées aux patients ainsi que l'effectif des patients y ayant participé sont les suivants :

1. 23/09 - Activité – Relaxation - deux participants
2. 23/09 – Activité - Ecoute musicale - quatre participants
3. 24/09 - Activité - Soins a domicile - non déterminé
4. 25/09 - Activité – Cafétéria - quatre participants dont un en HO
5. 27/09 - Activité sportive - non déterminé
6. 30/09 - Activité - Tournoi de Foot - un participant hospitalisé avec des patients suivis en externe
7. 30/09 - Activité - Achat de vêtements - un participant
8. 30/09 - Activité – Sortie à domicile et liaison infirmière - non déterminé
9. 05/10 - Activité - Hôpital de jour Lons-le-Saunier - un participant

Une activité collective avec un support vidéo, a eu lieu le 26 septembre 2010 pour trois patients, et pour quatre patients le 6 octobre suivant.

Des sorties à la cafétéria sont par ailleurs organisées par petits groupes en semaine et le week-end, mais ne sont pas quantifiées.

Des déplacements pour des consultations somatiques au CHG de Dole ont nécessité un accompagnement le 22 septembre (néphrologie), le 30 septembre (pneumologie), le 1^{er} octobre (IRM), et le 6 octobre (scanner).

Un accompagnement au bloc médical pour réalisation d'un électroencéphalogramme a été effectué le 28 septembre.

Le mardi après-midi, une **réunion hebdomadaire** réunit les médecins, le cadre de santé, les infirmiers, les assistantes sociales, les élèves infirmiers, les psychologues. Au cours de cette réunion, sont essentiellement discutés des dossiers des patients nouvellement admis et les projets thérapeutiques pour ceux qui sont déjà présents dans l'unité.

Les Mélèzes – pôle adulte du Haut Jura -.

Au jour de la visite, 23 patients étaient hospitalisés ; sept avaient été hospitalisés en HDT et deux en HO. Trois patients étaient admis hors de leur pôle de référence ; la chambre d'isolement était inoccupée.

En 2009, 342 entrées ont été réalisées, totalisant 14622 journées d'hospitalisation. Le taux d'occupation a été de 93 ,16 %. **La durée moyenne de séjour est de 42,75 jours.**

Sur les 23 patients présents : dix perçoivent une allocation d'adulte handicapé ; trois une pension d'invalidité ; un est retraité ; six patients sont en arrêt de maladie ; douze sont sous tutelle ou curatelle

La vie quotidienne et le règlement intérieur

Il est demandé au patient de signer le règlement intérieur, une fois qu'il en a pris connaissance. Dans le dossier médical du patient figure le bon de signature.

Dans le règlement figure les conditions d'hospitalisation :

- A l'admission, un livret d'accueil contenant le questionnaire de sortie et de satisfaction est remis ; un inventaire des effets personnels est réalisé ; les valeurs peuvent être déposées à la banque de l'hôpital ; il est possible de fermer son placard à l'aide d'un cadenas ; les échanges (dons et prêts) entre patients sont déconseillés. Il est rappelé l'interdiction de fumer dans les locaux et celle concernant l'apport de substances illicites ou de boissons alcoolisées ;
- Pendant l'hospitalisation, la production de la carte vitale ou de l'attestation CMU est demandée ; l'utilisation du téléphone portable est réglementé ; les heures de repas sont communiqués ; les salles de télévision sont fermées après la fin de la première émission de la soirée ; les visites sont autorisées mais peuvent être réglementées par un avis médical ; les sorties en dehors de l'unité font l'objet d'une prescription médicale. Il est demandé de ne pas circuler dans les chambres des autres patients.

Lors de la visite, de nombreux patients ont demandé à rencontrer les contrôleurs ; ils voulaient leur faire part d'une **nouvelle décision qui consistait à réglementer l'accès aux chambres. Les patients s'étaient organisés collectivement pour signer une pétition** à l'attention du chef de service.

L'accès à l'étage était réglementé de la manière suivante :

10. Fermeture de 8h30 à 10h30 et de 12h à 13h30 pour permettre l'entretien des chambres et des passages communs ;
11. **Fermeture de 16 h jusqu'au dîner** ; cette dernière répond à deux objectifs thérapeutiques :
 1. L'une privilégiant l'organisation d'activités à visée thérapeutique ou occupationnelle ;
 2. L'autre à visée préventive pour favoriser le lien social, limitant l'isolement et les conduites de transgression (vols, consommation de tabac, alcool, violence).

Cette organisation est prévue pour une période d'essai de six mois, à l'issue de laquelle une évaluation sera réalisée auprès des patients et des personnels soignants.

Il a été indiqué aux contrôleurs que devant la protestation des patients, il serait certainement mis fin à cette disposition provisoire de fermeture.

La salle de restaurant est fermée durant la journée ; **les patients ne choisissent pas leur place pour prendre leur repas**. Ils sont placés par les soignants.

Les deux cours sont fermées la nuit. Il peut arriver que les infirmiers descendent avec un patient pour que celui puisse fumer.

Il est indiqué que les rapports sexuels entre patients sont interdits ; toutefois, il est précisé que ces questions font partie des valeurs que porte chacun des soignants ; certains patients reçoivent des préservatifs des soignants.

L'organisation des soins et les activités

Une proposition d'activités est faite aux patients chaque semaine. **Une participation financière leur est demandée**.

Des activités sont menées par les personnels de l'unité indépendamment de celles proposées pour l'ensemble des pôles.

La psychologue mène un atelier d'ergothérapie où sont confectionnés des objets en mosaïque et en terre.

Un atelier d'esthétique est conduit par des infirmiers. Un intervenant conduit une activité musique. La mise en place de jeux de société est dépendante de la disponibilité des soignants.

Parallèlement, les patients rejoignent sur prescription médicale, les lieux d'activités proposées en collaboration avec l'association Croix Marine. Ainsi, il est indiqué aux contrôleurs qu'en 2009 :

12. Entre un et cinq patients allaient à l'atelier cuisine ;

13. Entre un et quinze patients ont fréquenté les activités manuelles d'expression éducative et de créativité ;
14. Entre un et cinq, celles éducatives, maintien des acquis, socialisation ;
15. Entre un et douze, les activités culturelles et socialisation ;
16. Entre deux et douze, les activités sportives.

Les unités d'hospitalisation moyen et long séjour

Les Acanthes - pôle adulte lédonien -.

Cette unité accueille des patients semi-autonomes nécessitant une prise en charge au long cours. Elle a été entièrement rénovée en 2009. Elle dispose de trente lits pour vingt-huit places effectives. Deux lits en chambre individuelle sont réservés lorsqu'une cohabitation s'avère difficile en chambre double.

Le jour de la visite, vingt-sept patients étaient présents dont huit en HDT (quatre hommes et quatre femmes), dix-neuf en HL (onze hommes et huit femmes). Un patient était en sortie d'essai (HO). Vingt-deux patients sont sous curatelle, simples ou renforcées. Le patient le plus âgé a 60 ans, la patiente la plus jeune, 27 ans. La durée d'hospitalisation la plus longue est de douze ans et deux mois (patient en HO puis en HDT).

Il n'y a **pas d'admission directe**, les patients arrivent soit d'autres structures du pôle adulte lédonien, soit d'autres pôles : deux viennent du pôle adulte dolois, neuf du pôle adulte du triangle d'or, quatre du pôle adulte du Haut Jura (PAHJ), et douze du pôle adulte lédonien.

Le jour de la visite des contrôleurs, **une patiente a été admise**, provenant du service d'accueil des urgences psychiatriques de Lons-le-Saunier et **imposée par la direction en raison d'un manque de place au CHS**. La patiente a été installée dans une chambre double.

Le nombre d'entrées réalisées en 2009 est de 51 (39 en 2008) pour un taux d'occupation de 90,91 % en 2009. **La durée moyenne de séjour est de 125,55 jours**. Le nombre moyen de malades présents dans l'unité est de 25,45. Le nombre total de journées réalisée est de 9 291 pour l'année 2009.

Les perspectives d'orientation sont limitées. Le taux de rotation est donc faible (2.6%).

À partir de 65 ans, les patients peuvent être dirigés vers l'établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou l'unité de géronto-psychiatrie (les Cèdres). Un patient est en attente d'admission dans la maison de retraite « les Mûriers ».

Les locaux

Le bâtiment est composé d'un rez-de-chaussée et d'un étage.

Le rez-de-chaussée comprend :

1. les lieux de vies : la salle de détente des patients, la salle réservée aux visites des familles, la salle de télévision en accès libre ;

2. les lieux de soins : la salle d'attente médicale, le bureau médical, la salle réservée à la tenue des groupes de paroles et aux réunions soignants/patients, le bureau d'entretien infirmier, le local d'archives, la salle de réunion, la cuisine thérapeutique et la salle à manger.
3. deux chambres individuelles dites de « soins attentifs » situées près du poste de soins infirmiers. Ces chambres sont destinées à recevoir des patients agités devant être isolés. Il s'agit dans les faits de deux chambres d'isolement. Elles sont situées en face l'une de l'autre. L'une est directement attenante à l'unité de soins. **Une glace sans tain permet au personnel soignant de surveiller la personne** qui y est placée.

Ces chambres sont équipées d'un lit semblable à ceux existant dans les autres chambres, d'une table, d'une chaise et d'une armoire. Les personnes nécessitant une surveillance y sont placées en raison de la proximité avec le poste de soins. Cependant, **les règles d'utilisation de ces deux chambres n'apparaissent pas formalisées** alors même que leur fonctionnement se rapproche des chambres d'isolements proprement dites. Elles peuvent être utilisées soit très ponctuellement (quelques heures), soit plusieurs jours voire plusieurs semaines.

Le jour de la visite de contrôle au moment de la sieste, une patiente agitée en début d'après-midi faisait la sieste dans la chambre avoisinant le poste de soin. Dans la seconde chambre se trouvait un patient particulièrement difficile, **placé de manière habituelle dans cette chambre, sans contention**. A 14h30, la porte était fermée à clef.

L'étage est desservi par un ascenseur. Il comprend principalement des chambres : huit chambres individuelles et dix chambres doubles dont une est occupée par un seul patient. Chaque chambre dispose d'une salle de douches avec WC.

La chambre simple est agencée d'un lit, d'un chevet avec tiroir, d'une table/bureau, d'une chaise, d'une armoire demi-lingère à deux portes. La fenêtre avec poignée est composée de deux vantaux coulissants dont l'ouverture est limitée. L'éclairage est assuré par un plafonnier et par une lumière murale au-dessus du lit. La salle de bains est équipée d'une grande baignoire, d'un meuble bas, d'un bac lave-vaisselle.

Toujours à l'étage, une salle de télévision s'ouvre sur une porte semi vitrée ; la télévision murale est sous protection de verre. Elle est aménagée de chaises avec accoudoirs, d'un grand meuble-bibliothèque où une quinzaine de livres sont posés sur une étagère, les autres étant vides.

La salle de sport, dans le prolongement de la salle de télévision est équipée entre autre d'un vélo d'entraînement, de trois tapis de sol et de cerceaux.

Le nombre important de chambres doubles n'est pas sans poser de problèmes dans l'organisation des soins. Il faut en effet tenir compte des incompatibilités permanentes ou temporaires des patients entre eux et de leur état clinique ; c'est une des raisons pour laquelle le nombre de lits ne correspond pas au nombre de patients pouvant être admis. **Ces chambres doubles peuvent également accueillir un patient en**

urgence, éventuellement, imposée par l'administration. Il s'agit d'une situation fréquente comme il a été précisé aux contrôleurs⁵.

La vie quotidienne et le règlement intérieur

L'unité des Acanthes est fermée. Cependant, **depuis juin 2010, de 14 heures à 16 heures en semaine les portes d'accès du bâtiment sont ouvertes** (l'alarme est déverrouillée au niveau du poste central de sécurité), les patients autorisés à sortir peuvent le faire sans demander l'ouverture de la porte d'entrée. Durant cette période qui correspond à un temps de repos, les patients susceptibles de fuguer ou de sortir sans y être autorisés sont surveillés de manière attentive par le personnel ; éventuellement, ils sont consignés dans leur chambre qui est alors fermée à clef.

Au-delà de cette possibilité de quitter l'unité pendant les heures d'ouverture, les patients peuvent être autorisés à sortir de neuf heures à midi et de quatorze à dix-huit heures sauf restriction prescrite par le médecin sur le dossier médical informatisé.

Un livret d'accueil spécifique du service intitulé « Règle de vie des Acanthes » a été remis aux contrôleurs. Il se décline en cinq points : effets personnels, -- respect des règles de sécurité, -- visite, -- sorties, -- hébergement et restauration.

Les repas sont servis dans la salle à manger à 8 h 30 pour le petit déjeuner, à midi pour le déjeuner et à 19 heures pour le dîner. De plus, un goûter est servi à 16 heures, et un lait chaud avant le coucher vers 21 h 30 est distribué. L'heure du coucher, pour ceux qui le souhaitent, a lieu à partir de 20 heures.

Il est interdit de fumer dans l'unité mais **la cour intérieure est en libre accès toute la journée de 6 h 30 à 22 h 30 et permet aux patients d'y fumer.**

L'accès au téléphone se fait via le poste téléphonique situé dans le poste de soins infirmier. L'appel est ensuite retransmis dans la cabine téléphonique et le patient est appelé.

Il n'y a **aucune restriction relative au courrier.**

Les visites des familles ont lieu le matin de 10 h 30 à midi et l'après-midi de 14 heures à 18 heures. Les visites se déroulent au rez-de-chaussée, ou dans le jardin intérieur ou encore dans la salle de détente. La salle de télévision est toujours ouverte.

Les personnels

L'équipe médicale est composée de :

1. un praticien hospitalier psychiatre temps plein
2. un médecin généraliste vacataire, présent le lundi, le mardi et le jeudi de 16 heures à 18 heures, le mercredi de 14 heures à 16 heures et le vendredi de huit heures à 8 h 30.

L'équipe para médicale est composé de :

1. un ETP cadre de santé,

⁵ Dans sa réponse, le directeur indique que les termes de « situation fréquente » sont un peu excessifs vu le recours très marginal de ce type d'admission

2. de 16,9 ETP d'infirmiers dont quatre de nuit,
3. 6,5 ETP d'aides-soignants dont deux de nuit,
4. un ETP d'aide médico-psychologique (AMP)
5. 4,3 ETP d'agents de services hospitaliers.
6. d'une assistante sociale, présente le lundi mercredi et vendredi, et d'une psychologue.

L'organisation des soins et les activités

Une réunion clinique a lieu tous les premiers vendredis du mois dans la grande salle de réunion et rassemble le chef de pôle, le chef de service, l'interne (principalement dédié à l'unité des Acacias), la psychologue, une secrétaire médicale, une assistante sociale, l'équipe paramédicale et les élèves infirmiers le cas échéant. Les dossiers des patients y sont discutés.

Les activités thérapeutiques sont de nature et de fréquence diverses. Les activités coutures et crochets sont soutenues par l'association « Croix Marine ». Deux séjours thérapeutiques par an ont lieu en Ardèche et concernent cinq patients. Un atelier cuisine thérapeutique a été récemment mis en place après le déménagement dans les nouveaux locaux, de même que l'atelier de massage, l'atelier jardin, et l'atelier « équilibre coordination ».

Pour l'année 2009, le relevé d'activités thérapeutiques figure dans le tableau ci-dessous :

Nature	Effectif soignant	Durée	Effectif*patients
Piscine	3	1x2h30 par semaine	89
Jeux de société	3	5x1h par semaine	650
Sport	1	2 x semaines x 45mn	ND
Cuisine thérapeutique	2	10 x 5h	46
Massage	3	66 x 45mn	66
Musicothérapie	1	12 x 45mn	12
Jardin	3	1/j x 1h (mai à septembre)	414
Groupe parole	3	17 x1h	98
Lecture écriture	2	35 x1h	244
Activités manuelles	2	5/semaine x 6H	1500
Coordination équilibre	2	3 x 45mn	15

* Un patient a fait plusieurs fois la même activité.

Les patients sont également régulièrement accompagnés par les personnels soignants pour des consultations médicales ou des sorties diverses :

En 2009, les accompagnements et les sorties ont été les suivantes :

Nature	Nombre de sorties	Effectif soignant	Effectif patient
Achats et démarches	110	125	149
Soins à domicile	10	20	10
Sorties thérapeutiques	40	97	251
Séjours thérapeutiques	2	6	10
Consultations médicales extérieures	129	133	129

Les Erables – pôle géronto-psychiatrique -.

L'unité accueille le service de court séjour destiné à l'accueil, au diagnostic, au soin et à l'orientation d'hommes et de femmes âgées de plus de 65 ans et présentant des troubles psychologiques et psychiatriques. Cette unité intersectorielle comprend vingt-six lits. Il n'y a pas de chambre d'isolement. Les pathologies les plus fréquentes sont : démence et troubles du comportement, les troubles de l'humeur (syndrome dépressif, mélancolie), troubles bipolaires et psychose hallucinatoire chronique.

Au jour de la visite, vingt-six patients étaient hospitalisés dont **douze en HDT** (neuf femmes et trois hommes). Deux patients étaient en sortie d'essai d'HDT. La durée la plus longue d'hospitalisation (HL compris) est de six mois et dix jours. La durée la plus longue d'hospitalisation sous contrainte est de trois mois et douze jours. Le patient le plus âgé a 91 ans.

Un patient est sous tutelle et un sous curatelle.

En 2009, le nombre total d'entrées réalisées est de 265, représentant 8490 journées d'hospitalisation. Le taux d'occupation est de 89,4 %. **La durée moyenne de séjour est de 29,3 jours.** Le taux de rotation est de 11 %.

Les locaux

Le bâtiment est neuf et construit de plain-pied. Il a accueilli les premiers patients en janvier 2007.

Ce bâtiment a la forme d'un carré. Il communique par un couloir avec le bâtiment « les Cèdres », unité d'hospitalisation de psycho-gériatrique de longue durée.

L'entrée du service se fait par un interphone qui comprend également le bouton d'appel pour les Cèdres. L'unité s'ouvre dans un vaste hall, lieu de vie dans lequel sont installés des chaises et fauteuils. Ce hall dessert à gauche le poste de soins infirmier (23m²), la pharmacie, un local de détente pour le personnel, le salon de visite et treize chambres individuelles. À droite, un couloir dessert le secrétariat, le local d'archives, le bureau du cadre infirmier, les bureaux d'entretien de l'assistante sociale et de la psychologue. Dans le hall, se trouvent également la salle de séjour télévision (36m²), la cuisine thérapeutique qui lui est adjacente (14.32m²), puis dans un couloir de circulation, la salle d'activités (21m²), la salle de réunion (19m²), les vestiaires communs avec l'unité des Cèdres. Le jardin intérieur de 227 m² est accessible du hall. **Un bandeau lumineux dans le grand hall d'entrée donne le jour et l'heure.** Un distributeur de boissons chaudes et fraîches est à disposition (pour les patients des Erables et des Cèdres). En face de la salle de télévision, se trouve la salle à manger (32m²), s'ouvrant par une porte sur l'office alimentaire. Il donne également par un pan de mur vitré, sur un jardin minéral inaccessible aux patients. L'office alimentaire est commun avec l'unité des Cèdres et donne par une autre porte sur la salle à manger de cette dernière unité.

La salle de visite (17,41m²) est ouverte sur le jardin et est meublée de deux tables, une banquette de trois places, quatre chaises, une armoire contenant des jeux et fermée à clef, un présentoir vide et deux plantes vertes.

Les chambres sont toutes individuelles leur surface étant comprise entre 14 et 16 m². Elles sont équipées d'un lit, d'une table avec fauteuil, d'un chevet avec un tiroir et une porte et d'un grand placard intégré. Les fenêtres sont constituées de deux baies vitrées coulissantes à ouverture limitée. **Certaines** chambres sont équipées de voilages. Les chambres sont toutes équipées de sanitaires individuels qui comprennent un WC, une douche et un plan de travail avec lavabo et mitigeur et un miroir occupant une surface de 2,7 m².

La salle de bains commune (14 m²) est équipée d'une grande baignoire à bains bouillonnants et d'une table d'examen servant de table de relaxation (massage aux huiles essentielles réalisé par une infirmière formée du service). Il a été précisé aux contrôleurs que cette pièce servait assez peu. Le local est assez froid et n'incite pas véritablement à la détente.

La vie quotidienne et le règlement intérieur

Un **livret d'accueil** destiné aux patients et aux familles présente le personnel de la structure, les missions de l'unité, l'offre de soins et le fonctionnement pratique. En 2009, les patients proviennent essentiellement de maisons de retraite, long séjour et foyer logement pour 28 % d'entre eux, du domicile pour 24 %, des services d'urgence psychiatrique pour 20 % et du centre hospitalier pour 17 %.

L'affectation dans les chambres se fait en fonction des disponibilités. Les chambres sont identifiées par le prénom et les trois premières lettres du nom. Le petit déjeuner a lieu à 8 h 30, le déjeuner à partir de midi, et le dîner à partir de 18 heures 45. **Le placement est libre** mais il a été précisé aux contrôleurs que les patients changeaient exceptionnellement de place (comme en témoigne le plan de table également affiché). Le menu est affiché à chaque repas sur un tableau apposé sur l'un des murs de la salle à manger collective. Ainsi, il était proposé au menu du soir du potage, du pâté de foie, des torsades gratinées et un fruit de saison. Une collation est également proposée vers 16 heures. Les patients peuvent regagner leur chambre à partir de 19 h 30, ou choisir de regarder la télévision jusqu'à la fin de la première émission soit vers 22 h 30 environ.

Les visites des familles ont lieu tous les jours l'après-midi, dans les chambres, le patio ou dans la salle réservée à cet effet. **Il existe une cabine téléphonique**, fermée et équipée d'une chaise. Dans cette cabine, un second poste téléphonique est directement relié au poste de soins infirmiers ce qui permet de passer des communications arrivées sur le téléphone du poste de soins infirmiers vers la cabine en toute confidentialité.

Deux jours de « douche accompagnée » par semaine ont été mis en place, ainsi que des toilettes quotidiennes au lavabo pour les patients les moins autonomes. **Le linge est changé tous les jours et son entretien incombe aux familles.** Selon les témoignages recueillis par les contrôleurs, certaines familles aimeraient que le linge puisse être entretenu par l'hôpital.

Le patio est ouvert toute la journée ainsi que la nuit.

Le personnel

L'équipe médicale prend également en charge l'unité les Cèdres et est composée

1. d'un psychiatre chef de service présent le lundi toute la journée, le mardi après-midi, le jeudi et le vendredi matin ;
2. un psychiatre à temps plein, actuellement en congé de maternité, présente tous les jours sauf le lundi ;
3. d'un interne en psychiatrie (deuxième semestre) présent tous les jours.

L'équipe paramédicale est composée de

4. un cadre supérieur de santé (0,20 ETP) ;
5. un cadre de santé ;
6. 14,8 ETP d'infirmiers ;
7. 9,6 ETP d'aides-soignants ;
8. six ASH.

L'équipe comprend également une psychologue, un travailleur social, deux secrétaires médicales et une secrétaire administrative. Cet effectif est global et inclus également l'unité les Cèdres.

Les effectifs présents le jour de la visite (6 octobre) sont les suivants : trois infirmières et deux aides-soignantes le matin, deux infirmières et deux aides-soignantes

l'après-midi et une infirmière et une aide-soignante la nuit. Une aide-soignante exerce en mi-temps thérapeutique et travaille de 15 heures à 19 heures.

L'organisation des soins et les activités

Une réunion de synthèse a lieu tous les matins à 9 h 30. Le mardi à 13 heures 45 a lieu une réunion pluridisciplinaire réunissant les médecins, infirmiers, psychologue, travailleur social pour évoquer la situation des patients.

Des activités sont proposées, un atelier mémoire le mardi, un groupe de paroles le jeudi et un atelier gymnastique tous les 15 jours. Il existe également une activité cuisine thérapeutique essentiellement le week-end dans un local spécifique. La bonne tenue des ateliers se fait grâce à la mise à disposition d'une infirmière à mi-temps thérapeutique.

Les Cèdres - pôle de géro-psycho-geriatrie.

L'unité des Cèdres est une unité mixte de **long séjour** destinée à l'hospitalisation, au soin et à l'orientation d'hommes et de femmes âgées de plus de 65 ans présentant des troubles psychiatriques anciens. Il s'agit d'une unité de soins à séjour prolongé ayant accueilli ces premiers patients en janvier 2007 après la restructuration et les travaux immobiliers. Le bâtiment est fermé. Le jour de la visite, vingt-six patients occupaient les vingt-six lits de cette unité dont seize hommes et dix femmes.

Il n'y a aucun patient en HO, **Trois patients sont en HDT** (un homme, deux femmes). Le patient le plus âgé à 81 ans le patient le plus jeune à 59 ans. Une patiente était en HO depuis 1988, celle-ci ayant été levée en 2009. Le patient le plus récemment arrivé a été admis en septembre 2010. Quatre patients sont sous curatelle, et vingt patients sont sous tutelle. Les pathologies les plus fréquemment rencontrées sont des psychoses chroniques vieillissantes dont certaines sont associées à une arriération mentale de sévérité variable.

En 2009, 8640 journées d'hospitalisation ont été réalisées ; le taux d'occupation est de 91,04 % ; **la moyenne de séjour est de 160 jours** ; le taux de rotation est de 2,08 ; le nombre d'admissions a été de neuf en 2008 et 2009.

En 2008, cinq patients ont quitté l'unité pour une maison de retraite ; quatre décès sont survenus. En 2009, six patients ont été admis en maison de retraite ; trois décès sont survenus.

Les locaux

Les locaux sont neufs et identiques à ceux existant dans le pavillon « les Erables ». Ils sont en parfait état de propreté.

La salle à manger est équipée de six tables à quatre places et d'une table à deux places.

La salle de bains comprend des miroirs pour une activité de soins esthétiques.

Il n'y a pas de cuisine thérapeutique.

Le grand hall est équipé d'un distributeur de boissons.

Il existe une laverie

La salle de visite est utilisée comme salle d'activité.

La vie quotidienne et le règlement intérieur

Les règles de vie sont identiques à celles des Erables. Les chambres sont fermées le matin pendant le ménage. Toutes les chambres sont équipées d'une antenne de télévision. Ainsi quatre patients ont une télévision personnelle dans leur chambre (dont une à écran plat).

Les armoires situées dans les chambres sont fermées à clef par le personnel soignant car un patient kleptomane se trouve dans l'unité.

Les visites sont autorisées tous les jours et **le courrier n'est soumis à aucune restriction.**

Il a été précisé aux contrôleurs que quatre patients ne recevaient ni courrier ni visite.

L'entretien du linge est assuré par le service. Le linge est étiqueté et regroupé dans des filets puis remis à la blanchisserie de l'hôpital.

Le poste téléphonique est situé dans l'unité contiguë « les Erables ». En pratique, c'est surtout le téléphone situé dans le poste de soins infirmier qui est utilisé.

Le personnel

L'effectif médical comprend :

1. un praticien hospitalier psychiatre à temps plein,
2. un praticien hospitalier temps plein
3. un interne

Cette équipe est commune à l'unité des Erables.

Le personnel non médical comprend :

1. -douze infirmiers (11,2 ETP),
2. sept aides-soignants
3. une AMP (7,4 équivalents temps plein).

L'effectif quotidien est de trois infirmiers le matin plus une aide-soignante, deux infirmières et deux aides-soignants l'après-midi et un infirmier et une aide-soignante la nuit.

L'organisation des soins et les activités

L'organisation des soins est superposable à celle observée dans l'unité « les Erables ».

L'unité étant fermée, trois patients sont autorisés à sortir le matin pour faire des emplettes à la cafétéria. Une voiture peut-être réservée par les soignants pour conduire les patients à l'hypermarché, situé à proximité immédiate. L'argent nécessaire est alors retiré au niveau de la banque de l'hôpital. Un peu de monnaie peut être gardé dans le poste de soins pour le distributeur de boissons situé dans le hall des Erables. Selon le

personnel soignant, sept patients sur les vingt-six seraient capables d'aller, seuls, à la cafétéria de l'hôpital.

Deux patients passent la journée à l'extérieur avec leur famille une fois par mois pour l'une et une fois par trimestre pour l'autre. Une personne déjeune à l'extérieur en famille environ une fois par an.

Les perspectives de sorties sont très limitées comme en témoigne le nombre de mouvements annuels très faibles (peu d'entrants et de sortants).

Les activités proposées sont les activités manuelles (dessin et peinture) le groupe paroles, l'atelier esthétique (une fois par semaine en fonction de l'effectif soignant), l'atelier cuisine thérapeutique. Dans la salle de télévision, il existe un aquarium, dont l'entretien est confié à un patient (avec l'aide d'un soignant) pour un mois. Deux séjours thérapeutiques se sont déroulés en 2009 et 2010. Du lundi 11 au mercredi 13 mai 2009 inclus, cinq patients (deux hommes et trois femmes) dont un en HDT se sont rendus par minibus dans un gîte du Haut Jura. Ils ont été accompagnés par deux infirmiers et un aide-soignant.

En 2010, du lundi 26 avril au mercredi 28 avril inclus, une femme et quatre hommes se sont rendus à Annecy. Ils étaient également accompagnés de trois soignants (deux infirmiers et un aide-soignant). Tous les patients étaient en HL.

Il est prévu un séjour thérapeutique en 2011 mais qui reste à l'état de projet au jour de la visite des contrôleurs.

Les Mimosas

Ce service accueille **les patients les plus gravement atteints** par la maladie mentale. Il est situé dans un bâtiment ancien mais totalement rénové en 2009. On y accède par une seule entrée équipée d'une serrure électrique, il s'agit d'une unité mixte fermée de 22 lits.

Elle est destinée à l'hospitalisation et au soin des malades présentant des troubles psychiatriques extrêmes en **séjour prolongé**. Ainsi lors du passage des contrôleurs, certains patients restaient allongés sur le sol carrelé du couloir, d'autres dans le jardin se maculaient de terre, et les soignants procédaient à leur toilette trois fois par jour.

Vingt-deux patients étaient présents dans le service : neuf femmes et treize hommes. Dix étaient en chambre individuelle. Un patient était en HDT.

La chambre d'isolement située près du bureau infirmier est aménagée avec **un lit sans coin sanitaire. Une vitre sans tain donne sur le bureau infirmier**. Le 6 octobre, un patient a été placé en chambre d'isolement durant une demi-heure. **Les placements à l'isolement ne font pas l'objet d'un enregistrement écrit**.

Il est indiqué aux contrôleurs qu'un patient violent et potentiellement dangereux, est constamment isolé dans sa chambre et peut être mis sous contention quelques heures, en moyenne deux fois par mois. Un patient potomane est mis en contention au fauteuil dans la journée pour être en compagnie avec les autres malades ; il est enfermé dans sa chambre, sans contention la nuit.

Deux patients sont mis sous contention, la nuit.

L'équipe soignante.

Le psychiatre qui intervient exerce également aux Mélèzes. Un psychologue prend en charge deux patients. En permanence, deux infirmiers sont présents. Quatre aides-soignants sont présents le matin et trois l'après-midi car **la charge en soins de nursing est très lourde** et concerne la totalité des patients.

Une réunion du service a lieu une fois par mois.

Les locaux.

L'ensemble des locaux refaits depuis un an est en très bon état et propre.

Les quinze chambres se répartissent en deux chambres à trois lits de 31 m², trois chambres à deux lits de 30 m², dix chambres individuelles de 15 m². Les chambres collectives comportent des cabinets de toilette. Dans les chambres individuelles un lavabo est installé. Deux salles de douche, une salle avec baignoire et trois wc sont situées en dehors des chambres.

Les autres locaux sont composés d'une salle à manger collective de 88 m², d'un salon de télévision de 23 m², d'une salle de massage de 13 m², d'une salle de relaxation, d'une salle commune de 44 m², d'une salle d'activité de 21 m² et d'une cuisine thérapeutique de 31.36 m², entièrement équipée.

Pour les visiteurs, un salon de 13 m² est à disposition.

Une terrasse extérieure de 100m² avec abri fumeurs, donne sur un jardin engazonné.

Il est indiqué aux contrôleurs que le **manque d'insonorisation et d'isolation** est un vrai problème. Une température de 13° a été relevée dans la salle de soins récemment. Le bruit est un facteur de stress pour les patients et les personnels.

Les activités.

Pour les patients, des intervenants financés par la Croix marine venaient pour animer **l'atelier cuisine** ; depuis le 2 mars 2010 **cette activité est interrompue**, malgré la qualité de l'équipement.

Le nombre d'activités proposées est quasi-inexistant. Une aide-soignante anime une activité manuelle.

Deux patients sortent seuls jusqu'à la cafétéria. Aucun ne sort en ville.

La plupart des patients n'ont plus d'attache familiale ; l'équipe soignante dit aux contrôleurs « *ils n'ont plus que nous ; les jours de soleil, nous sommes ensemble dans la cour* ».

Quelques patients vont parfois rencontrer leur famille loin dans le département. Le jour de la visite des contrôleurs, une patiente très enthousiaste partait, accompagnée de soignants, voir son père en maison de retraite ; elle déjeunerait au restaurant avec lui ; ce déplacement avait fait l'objet d'une longue préparation, en amont, de la patiente.

Toutefois, **l'équipe de soignants déplore que les sorties soient souvent annulées faute de moyens et d'effectif** de soignants. En 2008, trente-et-une sorties ont été organisées ; en 2009, dix-huit, et huit en 2010.

L'unité hospitalière complète des adolescents (UHCA)

Elle comprend neuf lits d'hospitalisation pour des **enfants âgés de onze à dix-huit ans** ; sept chambres sont individuelles, une est double.

L'entrée dans l'unité se fait après avoir franchi une première porte qui débouche dans un petit sas qui donne ensuite accès directement dans le bureau du cadre infirmier et la salle de soins. Une autre porte située dans ce même bureau, dont l'ouverture est opposée à celle de l'entrée dans l'unité, permet l'accès aux trois lieux de vie collective, placés en enfilade – salle commune de restauration, salle de télévision, salle d'activités -. Les chambres sont accessibles de la salle de restauration ; elles sont toutes situées d'un seul côté du couloir qui les dessert ; l'autre côté donne sur la cour de promenade. **La conception architecturale de l'ensemble est inadaptée.** Il est indiqué aux contrôleurs qu'il est difficile d'y assurer la surveillance des adolescents.

L'équipe médicale et paramédicale est constituée d'un pédopsychiatre à 0.8 équivalent temps plein, d'un interne, d'un pédiatre, de deux psychologues, d'une assistante sociale, deux éducateurs, d'un cadre de santé et de quinze infirmiers. Ponctuellement, un psychomotricien, un plasticien et un éducateur sportif interviennent dans l'unité.

Le jour de la visite, **huit jeunes sont hospitalisés**, deux filles et six garçons. **Un enfant de neuf ans est présent.** Il est indiqué aux contrôleurs que cette situation n'est pas habituelle mais que, depuis quelque temps, de jeunes enfants arrivent en hospitalisation car il n'existe **pas de structures adaptées à leur violence.** Deux ordonnances de placement provisoire ont été prononcées par le juge des enfants. **Trois jeunes ont des prescriptions médicales d'isolement dans leur chambre qui est alors fermée à clef. Il n'existe pas de chambre d'isolement.**

Le projet de service indique que la durée de séjour ne devrait pas être supérieure à trois semaines. Actuellement, il est constaté des durées d'hospitalisation bien plus longues ; la difficulté pour autoriser la sortie réside à trouver une structure adaptée ; il est indiqué aux contrôleurs que les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP)⁶ ne veulent plus de ces jeunes ; c'est ainsi qu'un des jeunes hospitalisés fait des allers et retours entre l'ITEP et l'hôpital « *on se renvoie la balle* ».

Le tableau ci-après résume les informations relatives au profil des neuf jeunes hospitalisés, le jour de la visite des contrôleurs :

Age et conditions d'hospitalisation	Durée de l'hospitalisation	Conditions de séjour	Observations
--------------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------	---------------------

⁶structures médico-sociales qui ont pour vocation d'accueillir des enfants ou des adolescents présentant des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment les troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages.

+ de 16 ans	Entré en mai 2009	Pas d'activité scolaire ou autre du fait d'une pathologie psychiatrique lourde ; Un dimanche sur deux va en visite chez sa famille	Difficulté de trouver une structure extérieure pour le prendre en charge
16 ans - ordonnance de placement provisoire	Présent depuis trois semaines	Activités : escalade Permission de visite chez un membre de sa famille Prescription médicale d'isolement dans sa chambre lors des temps de relève infirmier	Fait des allers retours depuis quatre ans entre l'ITEP et l'unité En attente d'une place dans un centre éducatif renforcé
14 ans - ordonnance de placement provisoire	Entré le 21 mai 2010	Visite « médiatisée » (en présence d'un soignant) avec un membre de sa famille, une fois par semaine	Sortie prévue le 13 octobre 2010 – intégré dans un lieu de vie
14 ans	18 août 2010	Activité : cuisine, tir à l'arc Visite le WE chez sa mère Prescription médicale d'isolement dans sa chambre lors des temps de relève infirmier	Vient d'un ITEP – en attente d'une place de scolarisation
12 ans	1 ^{er} octobre 2010	Pas de scolarité, ni d'activités Visite de la mère prévue	L'institut médico éducatif doit le reprendre

14 ans	Décembre 2009	Prescription médicale d'isolement dans sa chambre sauf participation à une activité – repas pris seul Vacances chez ses grands parents	Pas de projet en cours
9 ans	18 septembre 2009	Va à l'école Visite le WE chez sa mère	Hospitalisation prévue de courte durée
13 ans	Avril 2010	En cours de scolarisation en classe relais	Devrait regagner un foyer – visite médiatisée du lieu, une fois par semaine

Un document d'information est remis après chaque admission à l'adolescent hospitalisé. Il indique brièvement les raisons d'une hospitalisation, les conditions de séjour et le fonctionnement de l'unité.

Les visites des familles sont autorisées le week-end, l'après-midi et les jours de la semaine, de 18 à 19 heures.

Les appels téléphoniques à la famille et aux amis se font du **poste téléphonique installé dans le sas d'entrée où il est possible d'entendre les conversations des locaux de soins**. Le jeune peut en recevoir et en passer. Le téléphone portable est interdit.

Il est interdit de fumer dans l'unité mais cela est possible lors des sorties extérieures, en dehors de la participation à des activités, après l'accord parental et médical. Le briquet est remis aux soignants.

Dans la cour de promenade, des bicyclettes sont à la disposition des jeunes qui peuvent les utiliser uniquement dans cet espace.

Les repas sont pris en présence des soignants. Les jeunes sont incités à participer aux tâches ménagères, cela fait d'ailleurs partie des activités.

La scolarité peut être poursuivie ; le jeune est alors intégré progressivement dans une structure scolaire par le biais d'accompagnements. Deux accompagnateurs sont mobilisés lorsque le jeune est placé par le juge des enfants.

Les éducateurs rattachés à l'unité proposent différentes activités à l'intérieur comme à l'extérieur : escalade, pliage de carton, réparation des vélos, musique, jeux de société.

Le plasticien anime un atelier de peinture.

Un des infirmiers organise des séances de relaxation ; un autre dirige des improvisations théâtrales ; un troisième conduit un atelier cuisine. Des soins esthétiques du visage sont proposés. Les jeunes choisissent leur infirmier pour un moment d'expression libre.

L'activité informatique se déroule à l'hôpital de jour.

L'éducateur sportif du CHS offre des créneaux horaires où il est possible de participer à l'activité tir à l'arc, aux cours de natation en piscine et aux séances de canoë.

Toute participation à une activité est inscrite sur le planning du jeune, élaboré tous les vendredis ; elle est subordonnée à une prescription médicale.

Il est indiqué aux contrôleurs que **les moyens et l'insuffisance de personnel ne permettent plus de sorties le week-end et qu'aucune activité n'est proposée ces jours-là.**

HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT

De janvier à juin 2010, le nombre de séjours, le nombre de patients et leurs caractéristiques démographiques sont résumées dans le tableau suivant

	Séjours (n)	Journées (n)	Patients (n)	séquences de sorties d'essai (n)	Age moyen	Homme (%)	provenance domicile (%)	séjours terminés (%)	Destination domicile (%)
HDT	286	9343	261	159	47.9	59.09	94	51.75	86.49
HO	23	1026	23	22	36.15	85	90	30	66.67
Placement provisoire	8	373	7	20	13.5	37.5	100	50	100
Total	314	10742	287	201	NA	NA	93.95	50.32	86.08

Les cinq premières catégories majeures de diagnostic pour les hospitalisations sans consentement ou contrainte au cours du premier semestre 2010 sont les suivantes : troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool (69 patients), schizophrénie paranoïde (60 patients), épisodes dépressifs (40 patients) et la réaction à un facteur de stress sévères et troubles de l'adaptation (24 patients).

En 2009, les hospitalisations sous contraintes se présentent ainsi :

	Hommes	Femmes	Total	Durée moyenne de séjour
HDT	280	221	501	50 jours
HO	27	11	38	92 jours

Une jeune fille de 16 ans a été hospitalisée en HO ; une personne a été placée en HO au titre de l'irresponsabilité pénale.

En 2009, **trois personnes détenues ont été hospitalisées** au titre de l'article D. 398 du code de procédure pénale ; celles-ci proviennent de la maison d'arrêt de Lons-le-Saunier. Il existe une procédure de transfert qui a été communiquée aux contrôleurs ; elle précise les modalités de préparation et d'annonce d'une hospitalisation, les modalités d'arrivée de l'ambulance à la maison d'arrêt, les règles pénitentiaires applicables dans l'unité d'hospitalisation et les modalités de sortie.

Ainsi, avant le départ de la maison d'arrêt, il est prévu que la personne détenue puisse emporter des affaires de toilette, un pyjama, des chaussons, des vêtements, un nécessaire à courrier, une carte téléphonique, et du tabac si la personne est fumeuse. L'inventaire est effectué et signé contradictoirement. **À l'arrivée de l'ambulance à la maison d'arrêt, le personnel pénitentiaire remet à l'équipe soignante les photocopies des permis de visite ainsi que les numéros de téléphone autorisés, la feuille d'inventaire et une fiche « navette » d'information. Celle-ci comprend les coordonnées des détenteurs de permis de visite, les autorisations de téléphone, et précise si ces personnes sont informées de l'hospitalisation.**

Pendant l'hospitalisation, il est prévu que ce soit **le personnel soignant qui téléphone aux personnes ayant un permis de visite pour donner des nouvelles**. En dehors de ces personnes, aucun renseignement n'est donné.

Le patient bénéficie toujours de cantines. Le personnel soignant télécopie une fois par semaine le bon de cantine signé par le patient à la maison d'arrêt. Si aucune commande n'est effectuée, il est demandé au personnel soignant de barrer la feuille, et de la télécopier systématiquement. À la levée de l'hospitalisation d'office, c'est la maison d'arrêt qui se charge du transfert de retour.

Une fiche de liaison relative à l'hospitalisation d'office d'une personne détenue, conservée dans le dossier médical, est renseignée par l'unité sanitaire de l'établissement pénitentiaire ; il y est indiqué la date de l'arrêté préfectoral portant hospitalisation d'office, les antécédents médicaux connus lors de précédentes incarcérations, la préexistence d'actes auto ou hétéro-agressif, les évasions ou tentatives d'évasion et tout autre événement méritant un signalement.

La fiche d'inventaire remis au personnel soignant est signée d'un membre de l'administration pénitentiaire (émetteur) et du nom et qualité du personnel soignant (récepteur).

Le livre de la loi

Il existe au bureau des entrées un registre pour les patients hospitalisés à la demande d'un tiers (HDT) et un registre de la loi pour les patients hospitalisés d'office (HO).

Un examen minutieux par sondage d'inscriptions de patients dans les deux registres a permis de constater le soin apporté à leur tenue et à l'absence d'irrégularité. Les dates des arrêtés préfectoraux sont inscrits et correspondent à ceux du dossier administratif du patient ; ils couvrent une période pouvant aller jusqu'à six mois ; les certificats médicaux des médecins psychiatres sont agrafés (certificat médical de 24 heures, de quinzaine ou mensuel).

Les visas des autorités

Le 10 septembre 2009, le CHS a reçu la visite du substitut du procureur et du Président du tribunal de grande instance. Ils ont tous deux signé les registres de la loi. Il est indiqué aux contrôleurs que la fermeture du TGI de Dole ne permettra plus d'entretenir avec le substitut du procureur les mêmes contacts de proximité.

Les membres de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP)⁷ ont visé ces registres à deux reprises en 2009.

La notification des droits

L'établissement ne disposant pas de service d'urgence sur le site principal, la quasi-totalité des patients sont déjà sous HDT ou sous HO à leur arrivée.

Selon les témoignages recueillis par les contrôleurs, **la notification des droits ne serait pas parfaitement faite par le service des urgences** ; la difficulté réside dans la compréhension de la mesure pour des patients souvent en état de crise ; un coupon a été rédigé par le bureau des entrées du CHS afin de recueillir du patient une signature ou un refus de signature, une fois ses droits rappelés par les infirmiers de l'unité où il est dirigé ; deux infirmiers signent également le coupon qui est retransmis au bureau des entrées.

Dans les orientations stratégiques du CHS pour 2009/2012 figurent « *l'amélioration des pratiques et l'organisation sur place pour garantir le respect des droits du patient, la délivrance d'une information claire, loyale et appropriée, sa liberté de circulation, le respect de son intimité et de sa dignité à toutes les étapes de sa prise en charge, de l'accueil à la sortie y compris les pratiques spécifiques telles que la contention et l'isolement thérapeutique* ».

Le recours à l'isolement et à la contention

La procédure de contention physique et/ou l'isolement thérapeutique est encadrée par un document datant du 5 mai 2008 ; ce dernier indique :

1. Les définitions de la contention physique et de l'isolement ;
2. Les indications et les contre-indications : parmi elles figurent la prévention de la violence, l'isolement intégré dans un programme thérapeutique, l'utilisation à titre de punition, l'utilisation pour réduire l'anxiété de l'équipe soignante ou pour son confort, l'utilisation liée au manque de personnel...
3. Les précautions d'emploi ;
4. Le matériel de contention ;
5. Les modalités d'application : une fiche de prescription initiale de contention/isolement renseignée par le médecin pour une durée maximale de 24 heures ; une fiche de surveillance.
6. L'adaptation pour des cas cliniques exceptionnels uniquement sur prescription du médecin.

⁷ Désormais CDSP, depuis la loi du 5 août 2011.

Les circuits des procédures à respecter sont matérialisés visuellement par des graphiques

7. Pratiques de contention/ou isolement thérapeutique en cas de présence du médecin dans le service ;

8. Pratiques de contention/ou isolement thérapeutique en cas d'absence du médecin dans le service ;

9. Cas clinique exceptionnel n°1 uniquement sur justification médicale (pathologies chroniques nécessitant une pratique régulière et quotidienne) ;

10. Cas clinique exceptionnel n°2 uniquement sur justification médicale (pathologies chroniques nécessitant des pratiques répétées dans la journée).

Il a été indiqué aux contrôleurs que l'utilisation des chambres d'isolement était rare mais il n'a pas été possible de quantifier le nombre de patients y ayant séjourné en l'absence de la tenue d'un registre dans les unités.

Il est néanmoins possible de tracer la **mise en isolement dans le dossier médical informatisé** (progiciel de gestion COTEXTE™) **et dans le registre du poste de sécurité** qui quantifie chaque nuit les personnes sous contention. Toutefois, **ce dernier registre n'est qu'approximatif**, car certaines unités ne communiquent pas toujours les personnes mises en isolement.

Il a été également indiqué aux contrôleurs, qu'il n'était pas toujours facile pour le médecin de l'unité de se déplacer en temps utile pour faire la prescription de la mise en isolement et de sa levée (cas des patients séjournant moins de deux heures en chambre d'isolement ou plusieurs fois au cours de la journée pour des courtes durées).

Lors de la visite des chambres d'isolement des unités d'admission, les contrôleurs ont pu constater que **les sangles de contention étaient posées sur le lit**, prêtes à être utilisées. Il leur a été indiqué qu'en cas de nécessité de contention, les sangles ainsi préparées diminuaient le temps d'agitation autour du patient. Par ailleurs, un patient avait été installé dans une chambre d'isolement, alors que son état de santé ne le nécessitait pas, faute de place dans l'unité. Il a été indiqué aux contrôleurs que cette situation n'était pas rare sans que celle-ci puisse être quantifiée.

Les unités de gériatrie psychiatrique ne comportent pas de chambre d'isolement **stricto sensu**. Les modalités d'utilisation des deux chambres de surveillance des Acanthes ne sont pas clairement formalisées et permettent l'isolement de patients.

L'unité des Mimosas possède une chambre d'isolement au rez-de-chaussée, contiguë à celle du poste de soins avec un aménagement *a minima* ; le matériel de contention n'y est pas installé ; il est indiqué aux contrôleurs que les patients agités peuvent être soustraits momentanément du groupe pour être installés dans cette chambre ; que cette exclusion momentanée suffit à stabiliser le patient. Lors de la visite des contrôleurs, un patient y a séjourné une dizaine de minutes ; ces passages ne sont pas consignés ; deux patients sont attachés à leur lit pour la nuit.

Un audit relatif aux pratiques de contention et d'isolement a été entrepris par la direction en 2009. Les résultats ont été communiqués aux personnels, en février 2010 :

Pour les Peupliers : en 2009, il a été comptabilisé vingt-quatre contentions/isolement ; la procédure en vigueur n'est que partiellement appliquée ; le temps de présence médicale est de 24 h par semaine. L'alerte du service sécurité n'est pas systématiquement faite.

Pour les Bruyères : **pas de renseignements sur le nombre de contention et d'isolement pratiqués en 2009** ; les prescriptions médicales et leur renouvellement respectent la procédure en vigueur ; la traçabilité de la surveillance infirmière est défaillante ; le temps médical est de 40 à 45 heures par semaine ; l'alerte du service sécurité n'est pas systématiquement faite.

Pour les Acacias : **pas de renseignements sur le nombre de contention et d'isolement pratiqués en 2009** ; les prescriptions sont bien renseignées et respectent la procédure en vigueur ; le temps médical est de 45 heures par semaine ; l'alerte du service sécurité n'est pas systématiquement faite.

Pour les Acanthes : **pas de renseignements sur le nombre de contention et d'isolement pratiqués en 2009** toutefois une indication informe que lors de l'audit, dix patients sur vingt-neuf étaient concernés par des mises en contention ou d'isolement ; les prescriptions de mise à l'isolement sont de sept jours ; la traçabilité de la surveillance infirmière est peu retrouvée dans les dossiers consultés et n'est pas toujours conforme aux prescriptions médicales ; il existe un classeur du suivi des contentions et d'isolement qui n'est pas à jour ; le temps de la présence médicale est de dix heures ; l'alerte du service sécurité n'est pas systématiquement faite.

Pour les Mélèzes : **pas de renseignements sur le nombre de contention et d'isolement pratiqués en 2009** ; les prescriptions sont conformes à la procédure en vigueur ; la traçabilité de la surveillance infirmière est peu retrouvée et n'est pas toujours conforme aux prescriptions médicales ; il arrive que la levée d'isolement soit réalisée par l'équipe des infirmiers sans avis médical ; le temps de la présence médicale est de quarante heures par semaine ; l'alerte du service sécurité n'est pas systématiquement faite.

Pour les Mimosas : **pas de renseignements sur le nombre de contention et d'isolement pratiqués en 2009** toutefois une indication informe que lors de l'audit dix sept patients sur vingt-deux étaient concernés par des mises en contention ou d'isolement ; Les prescriptions sont toutes de sept jours ce qui s'explique par un temps de présence médicale réduit (7 à 10 heures par semaine) ; l'équipe infirmière auditionnée a indiqué ne pas avoir la capacité de tracer quotidiennement toutes les surveillances et l'évaluation clinique du fait d'un nombre trop élevé de patients en contention ou des pratiques particulières comme la contention à la cheville ; l'alerte du service sécurité est faite par courrier et renouvelée régulièrement.

Pour les Erables : **pas de renseignements sur le nombre de contention et d'isolement pratiqués en 2009** toutefois une indication informe que neuf patients sur vingt-six étaient concernés lors de l'audit par des mises en contention ou d'isolement ; ce sont toutes des prescriptions de sept jours ; l'indication de prescription ne correspond pas à la procédure en vigueur ; aucune trace de surveillance « infirmier » des patients n'est retrouvée ; une infirmière auditionnée indique « on a laissé aller les choses depuis l'année

dernière » ; le temps de présence médicale est de quarante heures ; l'alerte du service sécurité n'est pas systématiquement faite.

Pour les Cèdres : **pas de renseignements sur le nombre de contention et d'isolement pratiqués, en 2009** toutefois une indication informe que lors de l'audit, dix patients sur vingt-six étaient concernés par des mises en contention ou d'isolement ; ce sont toutes des prescriptions de sept jours utilisées pour l'isolement mais aussi pour le maintien de la personne âgée ; aucune surveillance infirmier papier de la surveillance des patients n'est retrouvée mais partiellement identifiée sur Cortexe ; le temps de présence médicale est de quarante heures ; l'alerte du service sécurité n'est pas systématiquement faite.

Suite à cet audit, courant avril 2010, les médecins et les cadres infirmiers des unités ont édité, individuellement pour leur service, les actions relatives aux mesures correctives des pratiques médicales et infirmières, en matière de contention et d'isolement.

Un infirmier a indiqué aux contrôleurs « *que lorsqu'il a commencé sa carrière, il n'existait pas de chambre d'isolement ; que les agences régionales de santé les imposent maintenant et que ce n'allait pas dans le sens du progrès* ».

L'EXERCICE DES DROITS

Les voies de recours judiciaires

En 2008, le nombre de recours devant le TGI s'est élevé à seize ; en 2009, à cinq⁸.

Actuellement, le tribunal administratif est saisi par un patient en HO dont le Préfet refuse toute sortie thérapeutique sans que ce refus ne soit motivé ; il est indiqué que l'avocat commis d'office suit avec sérieux le dossier de ce patient. La CDHP est également intervenu auprès du Préfet.

Ce patient de 25 ans a été placé en HO au titre de l'irresponsabilité pénale ; il a séjourné en unité pour malades difficiles ; les arrêtés de placement en HO sont reconduits par la préfecture depuis le 10 mars 2009 pour des périodes de six mois ; il est indiqué aux contrôleurs que la dernière demande de sortie thérapeutique était liée à un projet d'insertion ; un déplacement accompagné vers la mission locale de Dôle est souhaitée par les soignants de manière à envisager un projet professionnel.

La commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP)⁹

La commission départementale des services psychiatriques est présidée par une représentante de l'Union Nationale des Amis et familles de malades psychiques (UNAFAM). Elle a, elle-même, été salariée pendant huit ans dans le bureau des entrées du CHS. Cette commission est composée d'un médecin généraliste, du vice-président du

⁸ On se souvient que les ordres de grandeur annuels des entrées de patients sans leur consentement sont de plusieurs centaines (539 en 2009). Le nombre de recours est donc de l'ordre de 1% à 3%.

⁹ Comme indiqué précédemment, cette commission a vu son appellation et son champ de compétences modifié par la loi du 5 août 2011.

tribunal de grande instance de Dole, d'un psychiatre libéral, d'un psychiatre du centre hospitalier, d'une représentante d'une association de personnes malades (association « Revivre Côte D'or »). Cette commission se réunit une fois par trimestre. Au cours de l'année 2009, la commission départementale des hospitalisations psychiatriques s'est réunie le 10 mars, le 2 juin, le 10 septembre, et le 3 décembre. **Elle a entendu à leur demande vingt-sept patients.**

Le nombre d'hospitalisations sur demande d'un tiers de plus de trois mois examinés par la commission est de 126. Trente dossiers d'hospitalisation d'office ont été examinés par la commission.

L'étude du dossier des patients en HO et en HDT pour l'année 2009 est résumée dans le tableau ci-dessous.

Date	10 mars	2 juin	10 Septembre	3 Décembre
HDT totale	7	9	66	75
HDT > 3 mois	2	9	31	34
HO Totale	3	1	9	7
HO > 3 mois	8	7	7	Non déterminé
Demande d'entretien de patients	0	0	2	6

Les demandes d'entretiens ont été de huit mais le nombre de patients effectivement rencontrés par la CDHP a été de vingt-sept.

Les principaux éléments discutés à la lecture des quatre procès-verbaux pour l'année 2009 sont les suivants :

1. renouvellement de sortie d'essai « trop systématique » pour les mêmes patients ;
2. meilleure information en direction des patients sur les missions de la CDHP ;
3. durée de séjour considérée comme trop longue pour les patients en unité d'admission alors même que ces unités sont des unités de « court séjour »;
4. nécessité de posséder les dossiers médicaux lors des entretiens avec les patients :
5. absence de suppléant au psychiatre de l'hôpital membre de la CDHP de manière à pouvoir discuter des dossiers sur le plan médical en séance lorsqu'il est absent ; il est indiqué aux contrôleurs que l'implication des médecins psychiatres de l'hôpital pourrait être améliorée.
6. amélioration de la rédaction des certificats médicaux.

La désignation de la personne de confiance

De manière générale, la personne de confiance n'est pas désignée lors de l'admission du patient.

En 2009, lors de la tenue de ses réunions, la commission d'auditeurs libres émanant du comité d'éthique relève à deux reprises:

1. réunion du 16 janvier 2009 : *la difficulté de déterminer la personne de confiance en surtout dans le cas d'hospitalisation sous contrainte ;*
2. réunion du 4 décembre 2009 : *des discussions autour de la personne de confiance qui reste difficile à mettre en place et dont la traçabilité dans le dossier est obligatoire.*

Il est indiqué aux contrôleurs que **deux formations des soignants sont mises en place ; elles concernent le respect du droit des patients et la désignation de la personne de confiance.**

Le traitement des plaintes et des réclamations

Trente-quatre plaintes de patients ou de familles ont été déposées depuis le début de l'année 2010 ; le directeur en est destinataire et les adresse au médecin concerné pour que des éléments d'information lui parviennent ; les réponses sont faites soit directement au patient, soit à la famille.

La réglementation prévoyant le recours à un médecin médiateur, celui-ci est saisi dès lors qu'une trop grande différence apparaît entre les données communiquées par le médecin et le contenu de la plainte du patient ou de la famille. Il est indiqué aux contrôleurs que le directeur traite le plus souvent d'affaires mineures qui sont en lien avec l'impression des patients ou des familles de ne pas être écoutés.

En 2009, aucune saisine de la commission interrégionale d'indemnisation n'a été faite ;

L'accès au dossier médical

Les procédures d'accès au dossier médical apparaissent conformes à la réglementation. Les demandes sont adressées au directeur puis transmises au bureau des entrées.

Pour les dossiers de plus de cinq ans, c'est le médecin du département d'information médicale qui organise, en lien avec le service des archives, la sortie du dossier et le courrier relatif aux documents nécessaires à la consultation du dossier par le demandeur. Le tri des éléments médicaux s'effectue par le médecin. Des copies peuvent être soit adressées par la poste, soit consultées sur place. De novembre 2005 au 6 octobre 2010, quarante-huit dossiers médicaux de plus de cinq ans ont été demandés. Les motifs en sont essentiellement des recherches généalogiques.

Les demandes d'accès des dossiers de moins de cinq ans sont transmises par le bureau des entrées au chef de service de l'unité concernée qui, en lien avec ce bureau, organise l'envoi des éléments ou la consultation du dossier sur place.

Le nombre de communications du dossier médical s'élève pour l'année 2009 à cinquante-et-un dont vingt-neuf dossiers de moins de cinq ans, et vingt-deux dossiers de plus de cinq ans.

- trente-trois dossiers sont considérés comme clos : vingt-sept dossiers ont été communiqués par voie postale et six ont été consultés sur place.

- dix dossiers sont en cours de traitement : les pièces justificatives de la part du demandeur sont en attente.

La communication d'un dossier a été refusée au motif que le demandeur souhaitait connaître le nom du tiers à l'origine de la demande d'admission. Quatre dossiers ne figuraient pas dans les archives du CHS.

En 2008, trente-huit demandes de dossiers médicaux ont été formulées dont huit toujours en cours.

Le délai moyen de communication d'un dossier médical est de huit jours pour un dossier de moins de cinq ans et trente-trois jours pour un dossier de plus de cinq ans.

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

La Commission des relations avec les usagers a été constituée le 26 avril 2005 et le règlement intérieur date de septembre 2005. Sa composition a été arrêtée par le directeur, en date du 12 décembre 2008. Elle se compose du président, également directeur de l'établissement, d'un médiateur médical titulaire, d'un médiateur médical suppléant, d'un médiateur non médical titulaire (cadre de santé), d'un médiateur non médical suppléant (infirmier), de deux représentants des usagers titulaires et de deux suppléants, et d'une secrétaire. Le responsable de la politique qualité est invité permanent.

Pour l'année 2009, la commission a été réunie à deux reprises les 21 avril et 22 décembre. La taille de l'établissement, le nombre peu élevé de plaintes, la présence des membres et des usagers dans d'autres instances et sous commissions expliquent la faible fréquence de ces réunions.

L'information des usagers concernant la CRU est assurée par le livret d'accueil et par voie d'affichage sur les tableaux de chaque lieu accueillant des patients.

L'évaluation de la qualité de la prise en charge par les usagers repose sur un ensemble de questionnaires qui sont analysés par la CRU.

Les questionnaires de sortie ont été retournés par 21,4 % des patients. Des enquêtes ponctuelles sont également réalisées sur la satisfaction de la prise en charge médicale des patients. En 2009, l'enquête a eu lieu sur trois jours. 35% des patients y ont répondu. Une satisfaction globale des patients est enregistrée : 24% « tout à fait satisfaits », 58% « satisfaits », 18% sont « peu ou pas satisfaits ».

L'établissement s'est doté d'un service sur la qualité piloté par un ingénieur « qualité », assisté d'une secrétaire à 80%. L'établissement a été accrédité après une visite de certification V.2007 par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2009.

Le service qualité mène des actions continues d'amélioration. L'établissement participe également au Réseau Qualité des Etablissements de Franche-Comté (REQUA) qui couvre les axes suivants :

3. Management,
4. Pratiques médicales et soignantes,
5. Risques et évènements indésirables,
6. Droits des patients,
7. Expertise, formations.

Est également mise en œuvre une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles, sur différents thèmes. Les pratiques concernant les sorties thérapeutiques et celles de contention et d'isolement ont été évaluées.

Les associations des amis et des familles des malades psychiques

Deux associations – l'association des représentants des usagers des cliniques, des associations et des hôpitaux (ARUCAH) et l'UNAFAM – interviennent au CHS ; leurs membres ont été cooptés dans les différentes instances de représentativité - CRUCQ, comité d'éthique, CDHP... -. Elles témoignent d'une direction réactive et soucieuse de la prise en charge des patients.

Une permanence de l'UNAFAM se tient tenue dans un local situé en dessous de la cafétéria. Des affichettes sont posées dans les bâtiments à l'attention des familles.

Les associations dénoncent le *manque criant d'activités pour les malades* dans les unités ; les restrictions de circuler sur le périmètre du CHS ajoutent à l'inoccupation des patients « *la société change, en 1968, il fallait que les malades psychiatriques sortent et soient intégrés dans des structures ordinaires ; maintenant, les soignants réclament l'enfermement ; la psychiatrie est en phase avec le besoin sécuritaire de la société* ».

L'ouverture à titre expérimental de l'unité des Bruyères est jugée positive et il est souhaité qu'elle s'étende rapidement aux autres unités d'admission.

Le comité d'éthique

Le comité d'éthique de l'établissement suit deux objectifs principaux :

1. répondre aux recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) ;
2. proposer une réflexion d'auditeurs libres sur un questionnement professionnel.

Cette commission d'auditeurs libres est présidée par le responsable de la cellule qualité ; elle se compose en outre :

1. du directeur général
2. du responsable médical du pôle adulte du haut Jura
3. du responsable médical du pôle infanto-juvénile Nord
4. un médecin du pôle infanto-juvénile Sud
5. de représentants des usagers, membres du conseil de surveillance

6. d'un psychologue du pôle infanto-juvénile Nord
7. d'un cadre de santé représentant la commission des soins
1. d'un représentant du conseil d'administration
2. d'un cadre de santé de la direction des soins
3. de l'aumônier
4. du directeur des soins

La première réunion s'est tenue le 29 septembre 2008, et trois réunions ont suivi le 16 janvier 2009, le 5 juin 2009 et le 4 décembre 2009.

Au cours de la réunion du 16 janvier 2009, les points suivants ont été abordés

1. difficulté de déterminer la personne de confiance en surtout dans le cas d'hospitalisation sous contrainte ;
2. difficulté de respecter la procédure d'isolement tel qu'il est défini faute de présence médicale suffisante car il s'avère que les prescriptions journalières sont parfois signées à l'avance pour plusieurs jours ;
3. difficultés relatives à la suspicion de trafic de substances illicites et à son signalement aux forces de l'ordre ;
4. décision de travailler en interdisciplinarité avec l'espace éthique Bourgogne Franche-Comté.

Au cours de la réunion du vendredi 25 juin 2009, les thèmes suivants ont été débattus :

1. discussions autour de la fouille vestimentaire qui est peu pratiquée au CHS ;
2. dégradation des locaux et rappels nécessaires à la loi pour les auteurs ;
3. discussions autour de la liberté d'aller et venir dans les unités d'admission pour les patients en HL ; cette liberté doit être la règle et c'est sa restriction qui doit faire l'objet d'une prescription ; il est proposé de relancer un groupe de travail à ce sujet ;
4. proposition de réalisation d'un audit auprès du personnel pour déterminer quelle est la place de l'éthique dans les pratiques soignantes et quelles représentations en ont les soignants ;
5. l'interdiction de fumer dans l'établissement doit être appliquée aux patients comme pour tout citoyen ; l'exemple de la cafétéria où les écarts sont rarissimes est souligné ;
6. proposition de trouver un juriste pour intégrer le comité d'éthique ;
7. discussions à nouveau de la fouille vestimentaire et de la dégradation des locaux ;

Au cours de la réunion du 4 décembre 2009, ont été discutés les points suivants :

1. liberté d'aider et venir, expérimentation de l'ouverture à temps partielle de l'unité des Bruyères et communications institutionnelles sur cette position ;

2. diffusion en février 2010 du questionnaire relatif à l'éthique dans l'hôpital en direction des personnels sur le modèle de celui diffusé à l'hôpital Louis Pasteur de Dole ;
3. discussions relatives à la circulation de stupéfiants dans l'établissement : il est proposé une rencontre avec un représentant des forces de police et les personnels de santé ;
4. discussions autour de la personne de confiance qui reste difficile à mettre en place et dont la traçabilité dans le dossier est obligatoire.

Les cultes

Un prêtre catholique est affecté à plein temps au CHS. Il se rend à la demande des patients dans les unités ou les rencontre à la cafétéria. Un office est célébré tous les dimanches à 9h30 dans une chapelle située près des cuisines.

Le personnel soignant avertit le prêtre lorsqu'un patient est en fin de vie.

Les autres cultes ont désigné des représentants. Un pasteur protestant de Dole peut venir. Des associations maghrébine, marocaine, turque ont indiqué des représentants pour l'imam. Deux personnes sont désignées pour la communauté juive ; le rabbin est à Dijon.

CONDITIONS DU SEJOUR HOSPITALIER

La prise en charge somatique

La prise en charge somatique des patients du CHS est assurée par **quatre médecins généralistes** de manière à assurer une présence médicale de 8 h 30 à midi trente et de 14 heures à 18 heures.

Les généralistes sont tous plus ou moins rattachés à un pôle :

1. Un généraliste est plus particulièrement attaché au pôle adultes dolois, au pôle adulte du Haut Jura, et au pôle de géro-psycho-geriatrie ;
2. Un autre médecin généraliste est particulièrement attaché au pôle adulte du triangle d'or. Il assure également une vacation en géro-psycho-geriatrie ;
3. Un médecin généraliste est plus particulièrement rattaché au pôle adulte lédonien ;
4. Le quatrième médecin généraliste assure une présence dans le pôle de géro-psycho-geriatrie.

Pendant l'heure du déjeuner, en cas d'urgence, il est fait appel au psychiatre présent dans le pôle concerné qui décide de l'orientation médicale à donner. Le soir, à partir de 18 h 30, c'est l'interne de garde, qui assure la permanence des soins. Le week-end et les jours fériés, une astreinte à domicile d'un psychiatre est organisée.

Les médecins généralistes sont joignables par l'intermédiaire du standard, sur leur téléphone portable, ou directement dans les unités.

Une **visite systématique somatique de tout arrivant** est réalisée par l'interne de psychiatrie en charge de l'unité. Ce dernier prescrit également les bilans biologiques. Ceux-ci sont acheminés avant 9 heures à la pharmacie, ils sont ensuite transportés par coursier au centre hospitalier Louis Pasteur. Les résultats sur papier arrivent entre 15h et 16h. Ils sont directement distribués dans les unités. Il n'y a pas de liaison informatique entre le CHS et le CH Louis Pasteur. En cas de résultat anormal, le laboratoire joint directement le service dans lequel le bilan a été prescrit. Lorsqu'un bilan est effectué en urgence, la pharmacie prévient un chauffeur qui transporte les bilans biologiques au laboratoire du centre hospitalier.

Il a été précisé aux contrôleurs que la pathologie somatique la plus fréquente était la constipation.

La prise en charge des fins de vie est réalisée le plus souvent dans l'hôpital. Il a été précisé aux contrôleurs que cette stratégie avait été le fruit d'une réflexion de l'établissement. Il ne semblait pas souhaitable ni pour le patient ni pour les familles, d'organiser des transferts dans d'autres services hospitaliers alors même que le patient était hospitalisé dans l'unité depuis plusieurs mois voire plusieurs années.

Un certain nombre de consultations spécialisées sont dispensées au sein de l'hôpital, dans un bâtiment dédié. Ce bâtiment comprend également les services de la médecine préventive et le bureau de consultation du médecin du personnel.

Ce **service dit « d'aide au diagnostic »** est placé sous la responsabilité du chef de pôle médico-technique. Il comprend une infirmière qui assure les électro-encéphalogrammes, les électro-cardiogrammes et une secrétaire médicale à 60 %. Celle-ci organise les différents rendez-vous sur le plateau technique (en particulier radiologique) et rédige les comptes rendus médicaux sur le logiciel « CORTEXTE™ ». Le service est composé de cinq salles de consultations spécialisées : une salle d'ophtalmologie, une salle d'oto-rhino-laryngologie, une salle de neurologie équipée d'un lit, un cabinet dentaire, un bureau de consultation de cardiologie où se trouve l'appareil à électro-cardiogramme. Il est ouvert de 8 heures à 16 heures. Les praticiens sont tous des praticiens libéraux. Le dentiste est présent le mardi matin, le cardiologue le lundi et le jeudi matin, l'ORL, le vendredi matin et l'ophtalmologiste le lundi matin. Le neurologue se déplace à la demande. Les électro-encéphalogrammes lui sont télécopiés et lus à distance. Le compte rendu de l'examen est alors retranscrit par la secrétaire sur le dossier médical informatisé. Cette procédure est également valable pour les électrocardiogrammes lorsque le cardiologue n'est pas présent. À titre d'exemple, le lundi 4 octobre, sept patients ont bénéficié d'une consultation ophtalmologie, six électrocardiogrammes ont été réalisés et un électro-encéphalogramme. Le mardi 5 octobre, neuf patients ont consulté le dentiste. Le jeudi 7 octobre était prévu la réalisation d'un électro-encéphalogramme.

Deux podologues- pédicures interviennent directement dans les unités ou dans leur cabinet libéral sur rendez-vous.

Enfin, un dermatologue se déplace à la demande, soit directement dans l'unité soit dans le service d'aide au diagnostic.

Pour l'année 2009, ont été réalisés : 339 actes de pédicure, 25 consultations de neurologie et 40 électro-encéphalogrammes, 38 consultations de dermatologie (de janvier à septembre), 30 consultations O.R.L., 143 consultations ophtalmologie, 346 consultations dentaires, 143 consultations de cardiologie. 450 actes de radiologie ont été réalisés au centre hospitalier Louis Pasteur de Dôle. Le nombre d'IRM réalisé est de 34.

Le service de pharmacie est ouvert du lundi au vendredi de 8h à midi et de 13 heures à 17 heures et le samedi de 8h à midi. L'équipe comprend deux pharmaciens à temps plein, quatre préparateurs, un agent d'entretien, un ouvrier qualifié et un adjoint administratif. Un pharmacien est d'astreinte téléphonique tous les soirs. Le week-end et les jours fériés, l'astreinte est partagée avec les pharmaciens du centre hospitalier de Dole. La prescription médicale est informatisée. La livraison du matériel et des médicaments est assurée tous les deux jours dans les bâtiments d'admission, et une à deux fois par semaine dans les unités de longue durée. Les médicaments de substitutions aux opiacés (méthadone et buprénorphine) sont disponibles. La prescription des stupéfiants suit la réglementation habituelle (carnet à souches).

Depuis 2002, il existe un travail relatif à l'éducation à la santé sous forme d'un atelier du médicament réalisé dans les unités. Chaque atelier concerne un groupe variant de quatre à dix personnes. Les participants à ces ateliers concernent les patients du CHS mais également les patients des services extrahospitaliers. En 2009, quarante ateliers ont été réalisés, concernant 208 patients. Du 1er janvier aux 30 juin 2010, seize ateliers ont été réalisés pour 108 patients.

En ce qui concerne la contraception, il n'y a pas de procédure véritablement standardisée dans les unités visitées par les contrôleurs. La prescription de contraceptifs oraux est poursuivie voire renouvelée chez les patientes déjà sous contraception. La mise à disposition de préservatifs n'est pas organisée. Il a été précisé aux contrôleurs que certains soignants donnaient des préservatifs directement aux patients. Il n'y a pas de préservatifs gratuits ou payants à la cafétéria, ni de distributeurs dans les parties communes de l'hôpital. En 2010, le service de pharmacie a commandé, 150 préservatifs.

Les activités proposées à toutes les unités

L'association Croix Marine

L'association Croix Marine intervient dans le CHS depuis de nombreuses années. Elle participe directement et par voie de convention avec le centre hospitalier à la gestion, au fonctionnement et à l'organisation des activités thérapeutiques et de loisirs en direction des patients. Le président de l'association est un ancien psychiatre de l'établissement actuellement à la retraite. Les locaux de l'association sont situés sous la salle des fêtes, à côté de la cafétéria et de la boutique de ventes.

L'association soutient des activités par pôle. Ces activités concernent l'ensemble des structures psychiatriques intra et extra-hospitalières. La population concernée par ces activités est d'environ 6 700 adultes et 2 000 enfants ou adolescents.

Cette association compte en 2009, 200 adhérents actifs et bénévoles. La cotisation annuelle est obligatoire et s'élève à 3,50 euros.

Le CHS met à la disposition de l'association, 3 ETP pour la gestion des activités de l'association (dont la responsable) et 4,5 ETP pour le fonctionnement de la cafétéria. Les locaux sont mis gracieusement à disposition par le CHS qui en assure également l'entretien. Tout le matériel est fourni par l'association y compris le mobilier.

Le comité d'animation du centre culturel est composé de soignants membres. Il organise une fois par mois une activité généraliste (par exemple tournoi de pétanque et de football, bal costumé). Une séance de cinéma mensuel a lieu à son initiative. En octobre, la séance de cinéma mensuel a réuni cent personnes.

L'exercice intra-hospitalière de Croix marine est la suivante :

1. met en œuvre l'activité d'ergothérapie prescrite par le corps médical ;
2. gère la cafétéria (voir *infra*) ;
3. gère la vente des produits créés dans les ateliers d'ergothérapie via une boutique spécifique implantée à proximité de la cafétéria ;
4. met en œuvre des activités de loisirs proposées par le cercle culturel de l'établissement (séjours thérapeutiques, sorties, activités sportives, repas et fêtes kermesse, locations de véhicules pour les excursions...) ;
5. gère la Résidence accueil ouverte en décembre 2007 accueillant quinze personnes ayant un handicap psychique ; cette action est à souligner. Le projet a été réalisé après qu'un constat montre que des personnes étaient hospitalisées au long cours alors que leur handicap psychique ne le nécessitait pas. Dans les faits, l'hospitalisation correspondait pour elles à une solution d'hébergement. L'office public des HLM a été contacté et a mis à disposition des appartements du type T1 et T2, regroupés sur plusieurs niveaux, permettant ainsi l'ouverture de la résidence. Des espaces de vie collective (cuisine, buanderie etc.) ont complété l'hébergement. L'accompagnement médical et social est fait par une structure médico-sociale qui soutient les personnes dans leur projet de vie. Il est indiqué aux contrôleurs qu'aucun échec n'est à constater pour les personnes qui sont passées d'une hospitalisation longue à la vie autonome.
6. gère le fond de solidarité et l'aide financière aux patients en difficulté ;
7. fournit au CHS tous travaux d'impression à prix coûtant majoré du coût d'amortissement du matériel et révisé chaque année ;

Croix Marine organise dans la salle des fêtes, la vente annuelle ouverte au public des produits créés par les patients. Elle organise la promotion de cet événement dans la ville de Dôle (affiches publicitaires et banderoles).

Un salon de coiffure est ouvert le mardi, mercredi et jeudi de 8h à midi et de 13 à 18h. Il est situé au niveau de la cafétéria.

La cafétéria

La cafétéria est ouverte tous les jours .Il s'agit d'un local indépendant, comprenant une terrasse extérieure avec tables rondes et chaises séparées par des claustras. Le lieu est convivial, très éclairé et chaleureux. Un bar permet de commander des boissons chaudes (hors café) et froides. La vente d'alcool n'est pas autorisée. L'espace est non fumeur mais il est possible de fumer en terrasse. Des toilettes sont également à disposition.

Une petite épicerie, dont un des murs en partie vitré s'ouvre dans la cafétéria (une affiche relative à l'UNAFAM y est apposée), avoisine le bar et permet la vente de friandises, gâteaux, bonbons, café décaféiné soluble, produits d'hygiène, cartes postales et petites peluches.

Une salle ouverte sur la cafétéria réservée aux jeux complète cet espace. Celle-ci est non-fumeur et comprend une table ronde et quatre chaises. Elle est aménagée d'un baby-foot, d'un flipper et d'une console vidéo. Un poste téléphonique mural ne permet pas la confidentialité des communications. Une tablette installée sous l'appareil téléphonique permet de prendre des notes si nécessaire.

Le « Centre ménager »

Il regroupe différentes activités. Il est ouvert du lundi au vendredi de 8h30 à 16h30. Il accueille les patients des différents pôles sur prescription médicale de neuf heures à seize heures avec une interruption à midi. Un planning hebdomadaire ventile les patients sur les activités.

Il est possible d'y faire de la cuisine, de la pâtisserie, des activités manuelles et d'expression (réalisation d'objets qui seront ensuite mis en vente par l'association « croix marine »), atelier « soie », fil, tricot, couture, bijoux, écriture, graphisme. L'encadrement de l'activité est adapté à chaque patient.

Le nombre de patients accueillis est variable. Au cours de la semaine du 11 au 15 octobre 2010, **dix- neuf personnes y pratiquaient des activités chaque jour.**

Sur les neuf premiers mois de l'année 2010, il a été répertorié : 1 906 prises en charge pour les activités manuelles et d'expression et 572 pour les activités de cuisine thérapeutique.

Au centre ménager se trouve un local servant de **bibliothèque pour tout le CHS**. Il mesure 11 m² et contient approximativement **cinq cents livres** disposés sur des étagères. Les patients peuvent emprunter trois livres mais ces emprunts ne sont pas consignés et **l'inventaire est inexistant**. Quatre petites chauffeuses permettent la lecture sur place. La bibliothèque est accessible entre 8h30 à 16h30.

Une convention signée avec la Direction Régionale des Affaires Culturelles a permis la réalisation d'un projet « écriture-cinéma ». Ainsi depuis cinq ans, un écrivain intervient à raison de douze séances de deux heures sur l'année et pour douze patients.

Les ateliers d'imprimerie et d'encadrement.

Ils sont situés dans un domaine appartenant au centre hospitalier spécialisé, de l'autre côté de la route nationale, où se trouve un bâtiment principal en partie désaffecté, et des terrains destinés à la production potagère. Ces ateliers sont installés dans des bâtiments préfabriqués, anciens et vétustes, éloignés de la cafeteria et du centre ménager. Toutes ces activités seront bientôt regroupées dans un autre bâtiment entièrement rénové.

Les deux ateliers ont une surface de 198 m² et sont reliés par un bâtiment de 110m² dans lequel est stocké le matériel et où se trouvent des sanitaires.

Ils sont ouverts de 8 heures à 16h30, et animés par trois infirmiers.

Ces ateliers accueillent dix à quinze patients, non accompagnés par les soignants de leur unité. Un patient des « Acacias » en HDT vient deux après-midi par semaine et un patient des « Peupliers » en HO vient deux heures le matin. Une personne en HDT en sortie d'essai vient tous les matins.

L'outillage et le matériel de l'atelier d'imprimerie appartiennent à l'association Croix marine : deux imprimantes laser, deux duplicopieurs, une presse Heidelberg platine typo, un massicot, une machine à emballer, une plieuse manuelle, une relieuse dos carré collé, une perceuse. Ce matériel convient pour tous travaux d'imprimerie, de reliure et de restauration de livres.

L'atelier d'encadrement réalise des cadres et l'équipement permet également d'effectuer la plastification de documents en grand format.

Les activités sportives

Elles sont pratiquées soit au rez-de-chaussée d'un bâtiment, proche de la cafeteria et de la salle des fêtes, partiellement désaffecté mais spacieux, soit dans les unités d'hébergement, soit à l'extérieur du CHS. Deux plannings sont établis, un pour l'été et un pour l'hiver. L'encadrement est assuré par un éducateur sportif, diplômé handisport, et par un infirmier qui était en congé de longue durée au moment de la visite de contrôle.

Dans le bâtiment dédié au sport se trouve :

1. des bureaux
2. une salle de musculation de 40 m² équipée de trois elliptiques, de sept vélos, d'une tour et d'un banc de musculation et de quatre espaliers.
3. une autre salle de 150 m² pour le tir à l'arc équipée de six cibles et vingt arcs,
4. un local dans lequel sont entreposés dix-neuf vélos tout terrain et trente paires de raquettes pour des randonnées hivernales.

Le matériel appartient à l'association Croix marine qui finance également des activités sportives extérieures pour deux à quatre patients (canoë et « accrobranche » par exemple).

En 2009, ont été recensées 4 822 prises en charge de patients, et pour les neuf premiers mois de 2010, 4 069 prises en charge, pour une file active de 850 patients. Les activités pratiquées sont variées et complétées par des collaborations avec des associations extérieures.

La restauration

La cuisine réalise 360 000 repas par an. Entre 1 500 et 2 000 repas sont confectionnés chaque jour. Ils sont destinés au CHS du Haut Jura, à l'EHPAD, à des services municipaux (Tavaux, Saint-Aubin) et à l'hôpital de jour.

Trente-sept agents (32 ETP) assurent l'ensemble de cette prestation.

La distribution dans les unités, ou la livraison dans les services extérieurs, est en moyenne de 700 repas le midi et 500 le soir. Des véhicules acheminent les repas vers les unités.

Datant de 1985, cette cuisine est bien conçue, les circuits des produits et des récipients respectent les normes d'hygiène. La liaison froide y est pratiquée, ainsi que des cuissons à basse température. Les plats sont collectifs pour une table de quatre personnes ou individuels pour les régimes. Ils arrivent froids dans les unités où ils sont réchauffés.

Une diététicienne recueille les volontés des patients, notamment la texture des mets. Au total les combinaisons de menus sont au nombre de soixante-dix chaque jour. Pour le mardi 12 octobre 2010, le menu normal de midi comporte : carottes à l'orange, filet de canard, pommes rôties, fruit ; le menu normal du soir : potage, omelette asiatique, haricots verts persillés, gâteau de riz. Sont également disponibles : le menu haché, le menu mouliné, le menu mixé, et les régimes sans sel, diabétique, hypocalorique, sans cholestérol, enfant, ainsi qu'un menu de remplacement (salade verte avec vinaigrette, steak haché au jus, champignons persillés, fromage, pomme api).

Tous les mardis, il est établi par les soignants dans les unités un prévisionnel pour la semaine, par transmission informatique, mais des modifications sont possibles avant 8 h 30, et même au-delà par téléphone.

Des **terrains maraîchers** situés de l'autre côté de la route nationale sont **cultivés** par des employés du CHS. **Auparavant, les patients étaient associés à cette activité.** Les légumes récoltés sont cuisinés sur place et consommés par les patients et les personnels. Des moutons qui paissent sur l'ensemble des terrains de l'établissement sont également abattus et réservés à la consommation sur place.

Suroccupation et transfert

La restructuration des services du CHS à partir de 2005, avec la construction des unités d'admission, la fermeture de bâtiments vétustes, et la construction du pôle de géro-psycho-geriatrie, s'est accompagnée d'une réduction de quatorze places d'admission sur l'ensemble de la structure intra hospitalière. Ceci n'aurait pas été sans conséquences sur la qualité de la prise en charge et l'accueil d'un patient déjà vulnérable sur le plan psychique.

Plusieurs exemples ont été ainsi donnés aux contrôleurs :

1. première admission d'une jeune femme en milieu psychiatrique arrivant dans la nuit (trois heures du matin) dans un service de géronto-psychiatrie, puis transférée le lendemain matin à neuf heures dans une unité d'admission ;
2. admission de deux patients considérés comme agressifs l'un en HO, l'autre en HDT dans un service alors même que les effectifs (un infirmier et un aide-soignant) ne permettaient pas d'assurer la sécurité;
3. patients hospitalisés dans des secteurs de court séjour dont ils ne relèvent pas (patients âgés par exemple ou présentant une pathologie chronique) ;
4. admission le jour de la visite de contrôle, dans une unité de court séjour d'un patient de 80 ans installé dans la chambre d'isolement faute de place. Cette situation a été décrite comme très fréquente par les personnels rencontrés ;
5. deux patients ont été admis en fin de journée dans l'unité de géronto-psychiatrie sur instruction de la direction ce qui nécessitait de faire des changements non préparés de chambre pour d'autres patients ;
6. patients séjournant plus de trois mois dans les unités d'admission qui sont par définition des unités de court séjour ;
7. « forçage » des admissions par le biais d'HDT plus ou moins justifiées.

CONDITIONS DE TRAVAIL DES PERSONNELS

Les formations

L'établissement consacre 3,75% du montant des charges salariales au financement d'actions de formation.

En 2009, 41 praticiens (médecins, pharmaciens, odontologistes et biologistes) **ont bénéficié de formations financées par l'établissement.**

Les principaux types de formations dispensées dans l'établissement sont les suivantes :

1. préparation aux concours et examens professionnels
1. étude promotionnelle en école débouchant sur l'accès au diplôme ou certificat du secteur santé social
2. adaptation et perfectionnement individuel et collectif.

La formation continue a permis aux professionnels de santé d'acquérir des « savoirs être » notamment dans le domaine de l'addiction, de la dépendance, de l'ethno-psychiatrie, de la gestion de l'agressivité et de la violence et de la relation d'aide ; en 2010, cent membres du personnel soignant ont pu en bénéficier ; en mai 2010, six personnes ont suivi une formation relative à la prise en charge de l'adolescent hospitalisé.

Par ailleurs, l'établissement concourt à l'intégration des nouveaux personnels diplômés en psychiatrie sur le plan régional (région pilote).

Faisant suite aux dispositions nationales relatives à la formation des infirmiers exerçant en psychiatrie¹⁰, l'établissement s'est engagé dans un processus de **tutorat**. Chaque personnel soignant arrivant dans l'établissement, est encadré sous la forme d'un compagnonnage, par des infirmiers volontaires, ayant bénéficié d'une formation spécifique à l'accompagnement.

Le groupe « violence »

Les agressions et les situations de violence à l'encontre du personnel sont prises en compte de manière précise. A chaque incident, il est adressé au service concerné une fiche modélisée permettant le descriptif de l'événement.

Le centre hospitalier a mis en place un **groupe relatif à la violence qui a débuté ses travaux en 2000**. Cette commission de travail se compose de trois cadres supérieurs de santé, d'un psychologue et d'un infirmier. Elle se réunit quatre à cinq fois dans l'année.

Cette commission a tout d'abord effectué un état des lieux, travaillé sur la mise en service des protections des travailleurs isolés (PTI) en 2006 puis à l'organisation de sessions de formations pratiques et théoriques en direction du personnel soignant en intra et extra-hospitalier. La mise en place d'un groupe d'infirmiers formateurs a été constituée et la qualification des formations organisées en 2009.

Le nombre d'agressions à l'encontre du personnel pour le premier et deuxième trimestre de 2008, 2009 et 2010 est présenté dans le tableau ci-dessous. Les violences physiques sont largement majoritaires. Ces violences envers le personnel entrent dans le cadre des événements indésirables liés aux soins qui font l'objet d'une procédure standardisée (déclaration, analyse de l'événement à l'aide d'un prestataire extérieure et mise en place et suivi de mesures correctrices).

Déclaration des agressions envers le personnel soignant pour les premiers et seconds semestres des années 2008, 2009 et 2010.

Période	2008		2009		2010	
	1er semestre	2 ^{ème} semestre	1er semestre	2 ^{ème} semestre	1er semestre	2 ^{ème} semestre
Menaces verbales	13	16	8	15	6	8
Violences physiques	31	36	12	21	42	28
Agression sexuelle	1	0	0	0	0	0
Autre	0	2	5	7	3	4
Total	45	54	25	43	51	40

Si le nombre d'agressions physiques a diminué entre 2008 et 2009, les chiffres provisoires du premier semestre 2010 ne semblent pas confirmer cette décroissance. Le

¹⁰ Circulaire du 3 juin 2004 et circulaire du 16 janvier 2006

groupe violence a programmé pour début décembre une évaluation des appels PTI, la formation de deux nouveaux groupes d'infirmiers, d'aides-soignants et d'aides médico-psychologique à la formation de la « gestion de l'agressivité et de la violence ».

Quelques exemples d'analyses de cas

1. Le 23 juillet 2010, un patient en HDT depuis dix mois plusieurs fois hospitalisés a agressé un autre patient du même service en HO judiciaire (coupure à l'aide d'une tasse cassée). Une analyse de ces événements indésirables a été effectuée au cours d'une réunion comprenant la cadre supérieure de santé, le personnel infirmier, la psychologue, les internes du service, le gestionnaire des risques et la mission d'appui. Les recommandations et mesures correctives recommandées ont été les suivantes :

- envisager une organisation qui permet d'améliorer la surveillance avec présence des infirmiers à l'étage pendant les heures d'ouverture des chambres ;
- réflexion sur l'organisation des contrôles des placards personnels ;
- réflexion médicale sur la coopération entre pôles afin de pouvoir séparer les protagonistes si nécessaire.

2. Le 27 août 2009, déclaration à l'institut de veille sanitaire d'un décès par fausse route au cours du repas chez un patient âgé de 71 ans. L'analyse de l'accident a été réalisée avec le soutien du prestataire externe en présence de l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux en charge du patient et présents le jour de l'événement. Les suites données ont été les suivantes :

- modifications de la disposition des tables de la salle à manger de manière à optimiser la surveillance des résidents ;
- acquisition d'un matériel d'aspiration mobile ;
- poursuite des formations internes du personnel à la gestion d'une fausse route ;
- formations internes de personnel à l'utilisation du nouveau matériel d'aspiration.

3. En décembre 2009, analyse des circonstances ayant amené au suicide par pendaison dans le service d'urgences hospitalières psychiatriques de l'hôpital général d'une patiente non connue des services de psychiatrie.

Par ailleurs il a été précisé aux contrôleurs qu'une infirmière de nuit avait été agressée par un patient en HO en mars 2010. La situation aurait été traitée au sein du pôle sans que les membres du groupe violence n'en soient directement informés. Bien qu'il n'y ait pas de traumatisme physique, il n'a pas été possible de savoir pour les contrôleurs si cet événement avait été considéré comme un accident du travail. Par ailleurs, ils ont noté une certaine **inquiétude de l'équipe soignante relative au retour de ce patient actuellement hospitalisé dans une unité pour malades difficiles** depuis six mois. En effet, la date de l'analyse de cet événement proposée deux mois après les faits par la direction des soins infirmiers a été jugée trop tardive par le chef de service. À la connaissance des contrôleurs, il n'y a pas eu de réunion pluridisciplinaire et institutionnelle pour mettre en place des mesures adaptées et correctives au retour de ce patient dans l'unité. Ce patient en HO bien connu du service bénéficiait de trois soirées télévision par semaine, de sorties régulières à la cafétéria, et de deux sorties par semaine

au centre ménager. Il a été précisé aux contrôleurs que la direction des soins infirmiers avait affecté un personnel supplémentaire de nuit dans cette unité.

Les événements indésirables dont ceux liés au soin

Depuis le 1er octobre 2008, les signalements des événements indésirables liés aux soins sont adressés à la direction des soins pour traitement puis au service qualité et pour enregistrement. En 2010, une nouvelle fiche de signalement des événements indésirables et risques potentiels a été mise en place. Les événements graves font l'objet d'une fiche de synthèse et d'une analyse à l'aide d'un prestataire externe.

En 2009, 1 021 événements indésirables ont été signalés. Les grandes classes d'événements signalés sont les suivants : -- risque de la vie hospitalière (dont chute, l'incendie involontaire ou volontaire, non-respect de l'interdiction de fumer, refus de soins, sortie contre avis médicale, sortie sans autorisation...), -- fugues, -- suicide de tentative de suicide, -- coordination /organisation, -- accident d'exposition au sang, -- divers, -- blessures, -- agression, -- procédures diagnostiques et thérapeutiques, -- risque infectieux, -- dommages matériels (dont dégradation des locaux dysfonctionnements et pannes).

Du 1er janvier aux 31 mars 2010, 180 signalements ont été recensés. Ils concernent pour soixante cas les risques de la vie hospitalière, un cas de fugue chez un patient sous contrainte, **trois suicides ou tentatives, 51 agressions** et 34 déclarations au titre du dommage matériel. **Du 1er avril aux 30 juin 2010**, 168 signalements ont été recensés. Ils concernent entre autres 44 déclarations relatives au risque de la vie hospitalière, une fugue d'un patient hospitalisé sous contrainte, trois suicides ou tentative de suicide, 33 déclarations relatives à la coordination organisation, quatre accidents d'exposition au sang, 40 agressions et 26 déclarations au titre des dommages matériels.

Pour l'année 2008, huit accidents d'exposition au sang ont été déclarés dont cinq en capuchonnant une aiguille.

Pour l'année de 2009, treize accidents d'exposition au sang ont été déclarés dont cinq évitables par simple respect des procédures. Aucun accident n'a nécessité de mise au traitement. Ces chiffres comprennent l'intra et l'extra-hospitalier.

La sécurité

Le service de sécurité compte treize agents. Une ou deux personnes sont présentes en journée et deux assurent le service de nuit. Tous sont formés aux premiers secours (PSC 1).

Un cahier de consignes du service de sécurité a pu être consulté par les contrôleurs.

Il comporte des transmissions diverses parmi lesquelles la localisation des patients placés à l'isolement sous contention dans les unités, pour la nuit. Ainsi le 5 octobre 2010, dans l'unité les « Mélèzes », le patient de la chambre n°15 était placé sous contention, aux « Erables », la mise sous contention concernait les chambres n° 8, 9, 18, 24, 25.

Les indications sont fournies le plus souvent par téléphone au service de sécurité, parfois sous forme de note, par les unités concernées. Comme précisé *supra*, les agents ont précisé que ces indications ne sont pas systématiques. Il n'y a donc pas de signalement formalisé et permettant une information et traçabilité des mises sous contention.

Aucun dispositif de vidéo surveillance n'est en service. Il existe une centrale d'intrusion, qui permet de détecter autour du CHS les personnes qui tenteraient de s'introduire la nuit, avec un système de renvoi au poste de sécurité sur un ordinateur¹¹.

Les interventions sont inscrites sur un registre de main courante, dont l'original se trouve dans le bureau du directeur et le double au poste de sécurité. Les contrôleurs ont pu consulter ce registre qui indiquait pour le 29 septembre 2010, « à 8h15, départ de ronde extérieure, fermeture bâtiment désaffecté Peupliers/ alarme1 aux « Mimosas » : patient pris en charge par personnel soignant (service sécurité à disposition si nécessaire) ». Le 26 septembre 2010, « 12h10 alarme PTI niveau 2 aux « Bruyères » patient faisant crise épilepsie, prise en charge par référent en renfort, puis « fausse route » prise en charge par soignants avec interne ».

Quatre-vingt-quinze dispositifs PTI sont attribués pour les différents services. Tous les services de soins en disposent à raison d'un par agent présent. La bonne marche de ces appareils est contrôlée par le service sécurité tous les jours.

Les alarmes de niveau 1 sont traitées localement dans l'unité avec le service de sécurité. Les alarmes de niveau 2 sont traitées par le personnel de l'unité ; quatre référents infirmiers en provenance des autres pavillons sont désignés « en renfort » pour intervenir avec le service sécurité, en cas de besoin.

Le service de sécurité effectue un contrôle continu, en circulant en voiture la nuit sur tout le périmètre du CHS.

Les contrôleurs ont eu connaissance du protocole établi, en cas d'incendie avec les fiches réflexes, la procédure d'appel à renfort et la procédure d'utilisation du défibrillateur semi-automatique.

NOTE D AMBIANCE

Un gros **effort pour la réhabilitation des bâtiments** a été entrepris ; seule l'unité fermée infanto-psychiatrie juvénile n'a pas bénéficié de travaux de rénovation.

Du fait de déménagements encore récents dans de nouveaux locaux pour certaines unités, l'appropriation et l'humanisation des unités n'est pas encore totale.

¹¹Dans sa réponse, le directeur précise que le dispositif d'alarme anti-intrusion ne sécurise pas le périmètre du CHS mais un certain nombre de bâtiments ou de locaux (services d'hospitalisation, local informatique, pharmacie, locaux de Croix Marine).

Toutefois, les unités sont accueillantes et moins oppressantes que dans beaucoup de lieux identiques déjà visités par les contrôleurs ; les personnels de soins sont plutôt jeunes et stables ; les relations avec les patients sont apparues respectueuses et non infantilisantes.

Les équipes de direction et de soignants sont dynamiques ; elles se sont engagées, avec l'objectif constant d'une meilleure prise en charge des patients, dans des réflexions de fonds comme la liberté de circuler pour les patients, l'harmonisation des règlements intérieurs, la traçabilité de l'utilisation des chambres d'isolement et de la contention et le traitement de la violence.

OBSERVATIONS

En préalable :

La réhabilitation des bâtiments a été entreprise. Toutefois, l'unité fermée infanto-psychiatrie juvénile n'a pas bénéficié de travaux de rénovation, ce qui reste préjudiciable à la prise en charge de patients adolescents.

A la suite des observations de la Haute Autorité de Santé concernant la restriction d'aller et venir des patients en hospitalisation libre et le manque de respect des bonnes pratiques de contention et d'isolement thérapeutique, l'hôpital s'est engagé dans des réflexions de fonds : la liberté de circuler pour les patients, l'harmonisation des règlements intérieurs, la traçabilité de l'utilisation des chambres d'isolement et de la contention et le traitement de la violence.

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

1. Seules deux unités - les Bruyères et les Acanthes - ont mis en place la liberté d'aller et venir de leurs patients. Il est à souligner que cette liberté est étendue aux personnes hospitalisées sous contrainte, sauf indication médicale contraire : entre 14h et 16h, les portes de ces deux unités s'ouvrent librement sur le périmètre du CHS (Cf.3.2.2.2 et 3.3.1.2). Il est indispensable que l'ensemble des unités harmonise leurs pratiques.

2. Le terme « admission » désignant les quatre unités d'hospitalisation porte à confusion et devrait être modifié. Ce sont des unités de courts séjours relevant de pôles différents.

3. Une harmonisation des règlements intérieurs est préconisée, en particulier pour les unités « d'admission ». En effet, des différences plus que sensibles dans les quatre règlements des unités d'admission ont été constatées : heures de promenades, accès aux chambres, sorties dans le périmètre du centre, etc. (Cf. 3.2.1.1, 3.2.2.1, 3.2.3.1, 3.2.4.1) Ces différences ne sont pas justifiées, les patients étant admis dans ces unités non pas en fonction de leur pathologie mais en fonction de leur lieu d'habitation.

4. Suite à un audit interne mené en 2009, les médecins et les cadres infirmiers de chaque unité ont mis en place, des actions relatives aux mesures correctives en matière de contention et d'isolement. Une difficulté demeure concernant les prescriptions journalières qui sont parfois signées plusieurs jours à l'avance (Cf.4.4)

Par ailleurs, l'occupation des chambres d'isolement n'est pas tracée ; il est important qu'un registre puisse rendre compte immédiatement du nombre de patients y ayant séjourné sans qu'il ne soit nécessaire de consulter les dossiers de chaque patient.

La chambre d'isolement accueille des patients qui n'en relèvent pas lorsque toutes les chambres ordinaires d'une unité sont occupées : cette situation ne peut être admise.

5. Si un certain nombre d'activités sont proposées, thérapeutiques ou occupationnelles, les sorties extérieures sont de plus en plus rares, en raison d'un effectif soignants insuffisant (Cf. . 3.2.1.1, 3.2.2.1, 3.2.3.1, 3.2.4.1).

6. Le fonctionnement de l'atelier de cuisine de l'unité des Mimosas, réservé aux patients les plus gravement atteints par la maladie mentale, doit être rétabli (Cf.3.3.4).

7. Il ne peut être accepté que les moyens et l'insuffisance de personnel ne permettent plus de sorties le week-end pour les jeunes hospitalisés en UHCA, d'autant qu'aucune activité ne leur est proposée ces jours-là (Cf. 3.4).

8. Le rôle positif de la vente annuelle de produits créés par les patients, organisée par l'association Croix Marine, ouverte au public de la ville de Dole et de ses environs, doit être souligné. Ce type de manifestation participe à la lutte contre la stigmatisation de la maladie mentale et doit être encouragé (Cf.6.2.1).

9. La signature d'une convention avec la Direction Régionale des Affaires Culturelles, permettant la réalisation d'un projet « écriture-cinéma » proposé aux patients est une initiative qu'il convient de saluer (Cf.6.2.3).

10. Les termes de « centre ménager » devraient être revus au profit d'une désignation moins désuète (Cf.6.2.3).

11. La durée de séjour des adolescents hospitalisés à l'UHCA est de plus en plus longue alors qu'initialement, elle devait se situer entre quinze jours et trois semaines. Le manque de structures adaptées et le refus des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques de les prendre en charge ne peut perdurer, au regard de la construction des projets d'avenir de ces jeunes (Cf. 3.4).

12. Le protocole relatif à la prise en charge des personnes détenues, élaboré entre la maison d'arrêt de Lons-le-Saunier et l'hôpital, devrait être étendu à d'autres lieux. Il a l'avantage d'organiser les modalités de préparation et d'annonce d'une hospitalisation, celles de l'arrivée de l'ambulance à la maison d'arrêt, les règles pénitentiaires applicables dans l'unité d'hospitalisation et les modalités de sortie. Une déclinaison de ces règles devrait être traduite dans un livret d'accueil spécifique à remettre aux patients détenus (Cf.4).

13. La personne de confiance n'est pas désignée lors de l'admission d'un patient. Les formations dispensées aux soignants dans cette thématique doivent à court terme, en favoriser l'application et la compréhension par les patients (Cf.5.3).

14. Le fonctionnement du service qualité, sa production et son suivi documentaire, ainsi que la participation au réseau qualité de Franche-Comté, méritent d'être soulignés (Cf.5.6).

15. Un groupe relatif à la « violence » permet d'analyser les cas d'agressions des patients envers les personnels et d'orienter les formations de ces derniers vers des acquisitions de « savoir-être » et de gestion de l'agressivité. Ce groupe devrait élargir ses réflexions aux violences entre patients et aux situations de maltraitance (Cf.7.2).

16. L'aide financière aux patients démunis de ressources ne peut pas reposer uniquement sur la « cagnotte » du personnel. Une réflexion doit être engagée par l'établissement. (Cf.6.2.6).

17. Il devrait être possible que, lors des visites des familles aux patients, le repas soit pris avec elles sans que cela n'entraîne une dépense trop élevée (Cf.3.2.3.1)

18. La question de la sexualité des patients atteints de maladie mentale est trop souvent esquivée et paraît dépendre des propres représentations des soignants. Il serait important que cette problématique soit traitée au niveau de l'hôpital (Cf. 3.2.4.1 et 6.1).

Sommaire

1	CONDITIONS DE VISITE.	2
2	PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT	3
3	LES UNITES D'HOSPITALISATION	4
3.1	Les quatre unités d'admission	4
3.1.1	Les locaux :	5
3.1.2	La vie quotidienne et le règlement intérieur :	6
3.1.3	Les personnels :	6
3.2	Visites de chacune des unités	7
3.2.1	Les Peupliers - pôle adulte Dolois -	7
3.2.2	Les Bruyères - pôle adulte triangle d'or -	10
3.2.3	Les Acacias - pôle adulte Lédonien -	11
3.2.4	Les Mélèzes – pôle adulte du Haut Jura -	14
3.3	Les unités d'hospitalisation moyen et long séjour	16
3.3.1	Les Acanthes - pôle adulte lédonien -	16
3.3.2	Les Erables – pôle géronto psychiatrique -	20
3.3.3	Les Cèdres - pôle de géronto-psychiatrique-	23
3.3.4	Les Mimosas	25
3.4	L'unité hospitalière complète des adolescents (UHCA)	27
4	HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT	30
4.1	Le livre de la loi	31
4.2	Les visas des autorités	32
4.3	La notification des droits	32
4.4	Le recours à l'isolement et à la contention	32
5	L'EXERCICE DES DROITS	35
5.1	Les voies de recours judiciaires	35
5.2	La commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP)	35
5.3	La désignation de la personne de confiance	37
5.4	Le traitement des plaintes et des réclamations	37
5.5	L'accès au dossier médical	37
5.6	La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC).	38
5.7	Les associations des amis et des familles des malades psychiques	39
5.8	Le comité d'éthique	39
6	CONDITIONS DU SEJOUR HOSPITALIER	41
6.1	La prise en charge somatique	41
6.2	Les activités proposées à toutes les unités	43
6.2.1	L'association croix marine	43
6.2.2	La cafétéria	45
6.2.3	Les activités sportives	Erreur ! Signet non défini.
6.3	La restauration	Erreur ! Signet non défini.
6.4	Sur occupation et transfert	47
7	CONDITIONS DE TRAVAIL DES PERSONNELS	48
7.1	Les formations	48
7.2	Le groupe violence	49
7.3	Les événements indésirables liés au soin	51
7.4	La sécurité	51
8	NOTE D AMBIANCE	52

