



**Etablissement public de
santé mentale de l'Aube**

Brienne-le-Château

(Aube)

Du 18 au 28 juillet 2011

Contrôleurs : Betty Brahmy, chef de mission,
Michel Clémot,
Isabelle Le Bourgeois,
Louis Le Gouriérec,
Jean Letanoux.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, cinq contrôleurs ont effectué une visite de l'établissement public de santé mentale de l'Aube (EPSMA) de Brienne-le-Château (Aube) du 18 au 28 juillet 2011.

1- CONDITIONS GENERALES DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés dans l'établissement de santé, situé 3, avenue de Bauffrémont à Brienne-le-Château (Aube), le lundi 18 juillet 2011 à 14h. Ils l'ont quitté le jeudi 21 juillet à 16h15 pour y revenir le mardi 26 juillet à 14h et quitter définitivement l'hôpital le jeudi 28 juillet par une visite à la clinique psychiatrique de l'Aube à Troyes ; celle-ci s'est terminée à 16h.

Cette visite s'est déroulée avant la mise en œuvre des dispositions de la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

La visite avait été annoncée par un courrier au chef d'établissement en date du 11 juillet 2011.

Une réunion de début de visite s'est tenue avec :

- le directeur de l'établissement de santé ;
- le directeur des ressources humaines ;
- le directeur adjoint en charge des affaires générales et de la qualité ;
- la directrice des soins ;
- le praticien hospitalier responsable du pôle Ouest de psychiatrie adulte, président de la commission médicale d'établissement (CME) ;
- le praticien hospitalier responsable du pôle Nord de psychiatrie adulte ;
- les quatre cadres supérieurs de santé des pôles de psychiatrie adulte : Ouest, Nord, Sud et Est ;
- une adjointe des cadres hospitaliers responsable de la qualité ;
- la représentante départementale de l'union nationale des familles et amis de malades psychiques (UNAFAM).

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

L'affichette annonçant la visite des contrôleurs avait été diffusée dans les services de soins et les lieux collectifs.

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

Les contrôleurs ont eu un entretien avec :

- le président du conseil de surveillance, vice-président du conseil général de l'Aube ;
- le directeur de l'établissement de santé ;
- le directeur des affaires générales et de la qualité ;
- le président de la CME ;
- la directrice des soins ;
- un des adjoints du directeur des affaires financières ;
- un des médecins généralistes assurant la prise en charge somatique des patients ;
- les deux praticiens hospitaliers en pharmacie ;
- la cadre de nuit du centre hospitalier de Troyes ;
- une représentante de l'UNAFAM.

Le président de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques, approché, n'a pas répondu positivement à une demande d'entretien.

Les contrôleurs ont effectué une visite de nuit le mardi 19 juillet 2011 de 21h à 22h50 sur le site de Brienne-le Château et le mercredi 27 juillet aux urgences du centre hospitalier de Troyes de 21h10 à 23h45.

Une réunion intermédiaire de visite a eu lieu le jeudi 21 juillet avant le départ en congés du directeur de l'établissement

Un contact téléphonique a été pris avec le directeur de cabinet du préfet de l'Aube, le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) de Champagne-Ardenne, avec la présidente du tribunal de grande instance de Troyes et un juge de l'application des peines de ce même tribunal.

Un rapport de constat a été adressé au chef d'établissement le 16 avril 2012. Celui-ci a fait valoir ses observations par un courrier en date du 30 mai 2012. Elles ont été prises en considération pour la rédaction du présent rapport.

Dans sa réponse au rapport de constat le chef d'établissement souligne : « la mise en œuvre de la réforme prévue par la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge a été réussie dans le département. En effet, conformément à ce qui avait été présenté lors de la visite des contrôleurs, les audiences du juge des libertés et de la détention (JLD) se déroulent hebdomadairement sur les sites de Troyes et de Brienne-le-Château, avec déplacement du magistrat et de sa greffière sur les lieux d'hospitalisation des patients. Cette organisation limite ainsi les déplacements des patients et une mobilisation excessive des professionnels durant les transports ».

2- PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 La psychiatrie dans le département de l'Aube

La loi de 1838 imposant la création d'un « asile » dans chaque département n'a pas été suivie d'effet dans le département de l'Aube. En effet, jusqu'en 1955, les malades mentaux de ce département étaient soignés dans le centre hospitalier de Saint-Dizier situé dans la Haute-Marne.

La première implantation d'un hôpital psychiatrique départemental date de 1955 lorsque le centre psychothérapique de Brienne-le-Château a été inauguré.

Le département de l'Aube comprend quatre secteurs de psychiatrie adulte et deux de psychiatrie infanto-juvénile, tous rattachés à l'établissement public de santé mentale de l'Aube. Aucune clinique psychiatrique n'est installée dans le département. Selon les informations recueillies, il arrive que des patients aient recours à la clinique de Bois-le-roi (Seine-et-Marne) ou à des cliniques situées dans l'Yonne. Peu de psychiatres libéraux exercent dans le département.

2.2 Présentation générale de l'établissement

« Le Château », telle est l'appellation locale la plus courante pour nommer l'établissement de santé mentale installé à Brienne-le-Château. Elle est en lien avec la structure qui accueille l'ensemble des services administratifs de l'établissement, un château, dont la construction a commencé en 1770 pour s'achever en 1789. Au fil du temps, celui-ci a connu plusieurs propriétaires et occupants pour devenir la propriété du conseil général de l'Aube en mai 1950. Cet achat avait pour objectif de redonner vie à cet édifice à l'abandon depuis 1933 et, plus encore, de construire un hôpital psychiatrique sur le domaine. Le 30 mai 1955, celui-ci était inauguré.

Le château implanté au sommet d'une colline, domine les alentours, offre une large perspective sur les plaines environnantes, dans les directions Ouest et Sud. Le village de Brienne-le-Château s'inscrit dans ce champ visuel. Il est implanté au pied de ce site, de 26 ha, qui accueille le château et le parc attenant. C'est dans ce dernier qu'ont été construits les différents bâtiments de soins destinés à accueillir les malades.

L'entrée d'honneur, fermée par une grille imposante de couleur blanche, offre une vue sur la façade Ouest du château et les deux pavillons qui l'encadrent, appelés « la marquise »

et « le cardinal ». Une route droite, montante, d'une longueur de 500 m, arborée pour partie sur chacun de ses côtés complète un tableau qui ne manque pas de grandeur.

La vue inverse, du château vers l'entrée d'honneur, le village, puis la plaine, n'est pas non plus dénuée de majesté. La route qui conduit au château se révèle ainsi être une petite partie d'une ligne droite qui traverse le village et se poursuit d'une façon rectiligne à perte de vue.

La façade Est donne sur la partie plane du parc. Les allées des jardins y sont « versaillaises ». Elles sont des espaces propices aux promenades des malades dans le cadre des sorties thérapeutiques qui peuvent être organisées et le lieu également de pratiques sportives au bénéfice des patients de l'hôpital.

Les structures de soins ont été quant à elles édifiées à flanc de la colline. D'Ouest en Est, se succèdent ainsi sur le premier niveau, le plus haut, les bâtiments des Glycines, des Charmilles, des Marronniers, des Troènes et des Ormes. Le second niveau accueille un bâtiment en construction, la future clinique Dominique Florentin¹, le pavillon des Capucines et celui des Bleuets, ce dernier étant désaffecté.

Ces constructions édifiées entre les années 1950 et 1955 sont d'une conception architecturale identique. Ce sont des bâtiments dont les façades sont en pierre, ce qui leur donnent un aspect austère. Ils comportent tous un demi-étage dans lequel se trouve une partie des chambres destinées aux patients. Ils sont également dotés de terrasses, offrant des vues sur le parc, le village ou la campagne environnante, cela étant lié à leur édification à flanc de coteaux.

Les espaces verts entre les pavillons sont très présents, arbres, buissons, pelouses contribuent à offrir un cadre de vie apaisant.

Compte tenu du lieu de construction, les routes qui permettent la circulation sur l'ensemble du site serpentent entre les bâtiments et les niveaux.

A l'Est, toujours à flanc de coteau, des constructions plus récentes, datées des années soixante-dix, sont celles d'une maison d'accueil spécialisée, la fontaine de l'Orme, et d'un lieu de vie sociale que soignants et soignés appellent « la cafétéria ». Un vaste kiosque arrondi et vitré, une terrasse, donnent à ce bâtiment une allure de centre d'activités et de rencontres d'un village de vacances.

Des logements de type villas, à destination des personnels, sont par ailleurs situés à l'Est et l'Ouest du château et de son parc.

Une entrée principale, à proximité de la halle qui accueille le jeudi matin le marché de la ville, est la voie d'accès piétonnière et routière au centre hospitalier. L'ensemble de celui-ci est ceint pour partie d'un mur de pierre de 2,50 m de haut et pour l'autre d'un grillage dont la vocation est de séparer mais non d'enfermer.

¹Dominique Florentin est un sculpteur italien, membre de l'école de Fontainebleau, connu dans la région pour avoir en sus épousé une Troyenne.

Les pavillons d'hospitalisation ont des vocations thérapeutiques différentes. Les Glycines et les Troènes 2 accueillent les personnes âgées, les Charmilles et les Troènes 1 les hospitalisations de moyenne durée et les personnes détenues hospitalisées, les Capucines et les Marronniers les hospitalisations de longue durée. 150 malades peuvent être hospitalisés dans l'ensemble de la structure. Le pavillon des Ormes est celui où sont organisés les ateliers thérapeutiques.

Les services administratifs sont tous regroupés au château, la « marquise » est le siège de l'activité de la direction des soins, le « cardinal » est le lieu qui accueille le service des admissions.

Des escaliers d'époque avec leurs charmes mais aussi leurs contraintes permettent de circuler d'un étage à l'autre dans les trois bâtiments. Des travaux ont autorisé la transformation de pièces non prévues à cet effet en bureaux sans porter atteinte aux espaces de circulation initiaux. Le tout se traduit par des conditions de travail satisfaisantes, où l'espace ne manque pas. L'entretien de l'ensemble est d'un coût conséquent, ce qui explique que les aires de circulation ne reçoivent pas les travaux de maintenance et d'embellissement nécessaires, à l'exemple du cheminement que l'on doit prendre pour rejoindre en sous-sol la salle où est installé le self des personnels.

Brienne-le-Château est une petite ville de 3 000 habitants, située à quarante-cinq minutes de transport de Troyes, chef-lieu du département. L'hôpital – particulièrement bien signalisé – est le poumon économique de la ville : travailler au château est une situation très largement partagée par les habitants de la commune et celles de proximité. La ruralité de l'environnement est, pour les personnels, un atout ou une contrainte selon les choix de chacun. Elle est indéniablement un handicap aujourd'hui en termes de recrutement des personnels et de leur fidélisation. Pour les malades, cet éloignement d'une grande agglomération complexifie quelques éléments de leur prise en charge notamment dans le domaine somatique. Plus encore, elle rend les visites familiales difficiles. Celles-ci sont rares, constat qui n'est pas sans liens avec le positionnement géographique de l'hôpital.

La ligne SNCF reliant la commune à celle de Troyes a été fermée en 1950.

Il existe un service d'autobus, la ligne 3 des transports de l'Aube, reliant la gare SNCF de Troyes à Brienne-le-Château. Dans ce sens, sept services desservent la ligne en semaine à 5h50, 11h15, 12h15, 15h58, 16h18 et 18h30 ; dans l'autre sens, les horaires sont à 6h40, 8h40, 13h06, 17h28, 18h50 et 19h31. Le samedi, quatre autobus partent de Troyes à 11h15, 12h25, 16h18 et 18h30 et trois de Brienne, à 8h40, 13h06 et 17h28. La ligne n'est pas desservie le dimanche et les jours fériés et elle est réduite durant les vacances scolaires.

Le trajet dure entre quarante-cinq minutes et une heure et coûte 8,90 euros.

Jusqu'en 2007, les quatre secteurs correspondaient à un découpage géographique :

- le secteur 10 G 01 (actuel pôle Est) couvre l'Est du département ;
- le secteur 10 G02 (actuel pôle Nord) comprend une partie de la ville de Troyes et Barberey ;
- le secteur 10 G 03 (actuel pôle Ouest) couvrant notamment les communes de Romilly-sur-Seine, Nogent-sur-Seine et Villenauxe-la-Grande ;

- le secteur 10 G 04 (actuel pôle Sud) correspondant notamment à une partie de la commune de Troyes, Ervy-le-Châtel et Bouilly.

Chaque secteur disposait de deux unités intra-hospitalières et de structures extra hospitalières.

En 2007, le choix a été fait de répartir les patients hospitalisés en fonction de leur pathologie et non plus selon leur domicile :

- le secteur Sud a été délocalisé à Troyes, à la clinique psychiatrique de l'Aube, pour accueillir des patients pour des séjours de courte durée dans une unité de cinquante lits ;
- le secteur Nord propose des séjours de « moyenne durée dans les pavillons « les Charmilles » et « les Troènes 1 » ayant une capacité totale de quarante-huit lits ;
- le secteur Ouest héberge des patients de « longue durée » dans deux unités : « les Capucines » et « les Marronniers » ayant une capacité totale de cinquante-quatre lits ;
- le secteur Est prend en charge les patients de géronto-psychiatrie dans deux unités : « les Glycines » et « les Troènes 2 » ayant une capacité totale de quarante-huit lits.

Le nombre de lits à Brienne est de 150 et à la clinique de l'Aube à Troyes, de 50.

Le 18 juillet 2011, jour de l'arrivée des contrôleurs, la situation était la suivante :

- à Brienne-le-Château : 145 patients étaient hospitalisés dont 16 avaient été admis en hospitalisation d'office (11,03 %), 11, en hospitalisation sur demande d'un tiers (7,58 %) et 118 en hospitalisation libre (81,37 %) ;
- à la clinique psychiatrique de l'Aube à Troyes : 45 patients étaient hospitalisés dont trois en hospitalisation d'office (6,66 %), quatorze en hospitalisation sur demande d'un tiers (31,11 %) et vingt-huit en hospitalisation libre (62,22 %).

Sur le site, une maison d'accueil spécialisé (MAS) dispose de 44 places.

2.3 Les personnels

2.3.1 Le personnel médical

Le tableau suivant indique le nombre de praticiens en équivalents temps plein (ETP) par statut dans chaque pôle de psychiatrie adulte à la date du 20 juillet 2011 :

Pôle	Praticiens hospitaliers Temps plein	Praticien contractuels	Praticiens hospitalier généraliste	Interne
Pôle Est	4	3	0,5	
Pôle Nord	5			
Pôle Ouest	4	3		
Pôle Sud	6			1

Total	18	6	0,5	1
-------	----	---	-----	---

Ces praticiens exercent leur activité sur les unités intra-hospitalières et sur les structures extrahospitalières. Leur temps de présence dans la prise en charge des malades hospitalisés sera indiqué lors de la description de chaque unité.

Un poste de praticien hospitalier temps plein est vacant dans le pôle Ouest.

Un mi-temps de praticien, hospitalier est dédié au département d'information médicale (DIM). Il est occupé actuellement par le responsable du pôle Ouest, par ailleurs président de la CME.

Selon les informations recueillies, les praticiens hospitaliers exercent leurs fonctions depuis longtemps dans l'établissement ; un certain nombre ferait valoir prochainement leurs droits à la retraite, ce qui pourrait alors poser des problèmes de recrutement.

2.3.2 Le personnel non médical

La direction est composée de cinq agents, dont deux quittent l'établissement peu après la visite des contrôleurs. Le directeur a pris ses fonctions en avril 2011.

Le rapport social de l'année 2009 indique que le personnel soignant comprend pour **l'ensemble des pôles** adultes et infanto-juvénile et pour le fonctionnement des unités intra et extrahospitalières :

- vingt personnes assurant l'encadrement ;
- 209,80 équivalents temps plein (ETP) d'infirmiers ;
- 138,20 ETP d'aides-soignants ;
- 31 ETP d'aides-médico-psychologiques (AMP) ;
- 76,05 ETP d'agents des services hospitaliers (ASH) ;
- 32 ETP de psychologues ;
- 12,60 ETP d'assistantes sociales et de personnels sociaux ;
- 11,80 ETP d'éducateurs spécialisés ;
- 6,60 ETP de psychomotriciens ;
- 5 ETP d'ergothérapeutes.

A la date du 20 juillet 2011, le personnel soignant des **unités intra-hospitalières** des quatre pôles comprend :

- quatre cadres supérieurs de santé ;
- huit cadres de santé dont deux postes non pourvus ;
- 107 infirmiers ;
- quinze aides-soignants dont deux postes non pourvus ;
- seize AMP dont un poste non pourvu.

2.4 Les données financières

L'hôpital est sous le régime du budget global pour l'ensemble de ses services. Des projets de contrats de pôle sont en cours de discussion mais n'ont toujours pas abouti.

La situation financière de l'établissement, qui était excédentaire jusqu'en 2009, est devenue déficitaire en 2010, ce qui va entraîner un effort d'économies et un étalement important des travaux à réaliser.

En 2008, le budget d'un montant total de 37 226 393,94 euros connaissait un excédent de 440 233,15 euros alors que la prévision n'était que de 52 037,91 euros. La dotation annuelle de fonctionnement (DAF) était de 33 802 698 euros et la capacité d'autofinancement de 3 323 496,39 euros. Ces résultats permettaient un apport du fonds de roulement de 560 249,41 euros grâce à des produits de recettes de + 386 966,76 euros car le résultat global en matière de charges était de - 1 228,48 euros. Il n'était donc pas nécessaire de recourir à l'emprunt pour assurer le programme d'investissements. Pour cela, l'hôpital a utilisé son fonds de roulement. Au 31 décembre 2009, le montant de la dette s'élevait à 1 033 863,30 euros.

En 2010, le budget de l'hôpital était de 37 857 961,84 euros avec un solde excédentaire de 45 708,34 euros. Par rapport à 2009, les investissements, provisions et charges financières exceptionnels étaient en diminution de 8 % en raison, essentiellement, de la diminution des provisions et de l'augmentation des amortissements. La DAF était de 34 572 961,43 euros. Les produits des tarifications avaient diminué par rapport à 2009 essentiellement en raison de la baisse du nombre de journées réalisées en 2010. La capacité d'autofinancement était de 2 230 420,60 euros avec un prélèvement sur le fonds de roulement de 868 566,86 euros.

Le budget général était en excédent de 45 708,37 euros mais cet excédent n'était dû qu'à une recette exceptionnelle de fin d'exercice de la DAF de 468 487,37 euros représentant un remboursement de charges sociales, sans laquelle serait apparu un déficit de 422 779 euros.

Dans le budget prévisionnel de 2010, une dépense globale d'investissement de 4 504 548 euros était prévue. La non-réalisation des travaux prévus a permis d'éviter le recours à l'emprunt, l'appel au fonds de roulement n'étant pas possible pour assurer ces dépenses. Au 31 décembre 2010, le montant de la dette était de 950 476,97 euros.

Parmi les causes des difficultés financières rencontrées, on peut retenir :

- le coût de l'alimentation qui a progressé de 99 % de 2009 à 2010 ;
- le coût du combustible et des carburants qui a augmenté de 48 % à la même période.

Au total, les dépenses ont progressé de 8 % en un an. Pour l'alimentation, il a fallu procéder à des achats directs de produits en dehors du groupement d'intérêt public (GIP) qui n'étaient pas satisfaisants : soupes, goûters, laitages, self-service du personnel. Quant aux carburants, ils ont supporté l'effet cumulé d'une hausse des prix et des volumes.

Parallèlement, certaines dépenses ont été sensiblement réduites (produits d'entretien, fournitures hôtelières et de bureau...) du fait d'un sérieux effort d'économies portant essentiellement sur les charges à caractère hôtelier.

On peut également noter une très forte augmentation des honoraires d'intermédiaires en cabinets de conseil qui sont passés de 4 254,17 euros en 2009 à 133 478,02 euros en 2010, soit une augmentation de 3 038 %. Il faut, toutefois, souligner que cette dépense a permis d'obtenir le remboursement de 468 922,79 euros de charges sociales qui a évité un lourd déficit.

Pour 2011, les prévisions budgétaires en cours d'élaboration au moment de la visite étaient de 38 099 000 euros de dépenses pour 37 677 000 euros de recettes, soit un déficit de 432 000 euros. Il ne sera pas possible, dans ces conditions, de recourir au fonds de roulement pour financer les travaux du programme 2011-2016 dont le coût cumulé serait de 20 000 000 euros.

Un emprunt de 12 000 000 euros avec possibilité de tirage sur trois ans, déjà contracté, représentera une charge annuelle de 600 000 euros.

Les économies envisagées ne devraient pas concerner les patients mais porter sur les **projets de travaux** dont le financement devra être étalé sur vingt ans, soit jusqu'en 2031. Il faut donc s'attendre à un sérieux ralentissement des opérations d'investissement prévues.

Par ailleurs, compte tenu du poids que représentent les dépenses de personnel (85 % des dépenses de fonctionnement), des discussions qui s'annoncent difficiles avec les organisations syndicales devraient commencer en octobre 2011 et comporter, notamment, une renégociation (à la baisse...) de l'accord sur les RTT, les titularisations et le remplacement des départs à la retraite.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « à la clôture 2011, le compte de résultat principal est présenté à l'équilibre après avoir procédé à une provision réglementée pour les comptes épargnes temps des personnels médicaux, eu égard à une démographie médicale vieillissante. » Il ajoute : « en conclusion, la situation financière et comptable de l'établissement est correcte, les restructurations en cours n'engendrent aucun impact sur la qualité de la prise en charge des patients accueillis sous contrainte ».

2.5 Activité

Les tableaux suivant indiquent l'activité de l'établissement en 2009 et 2010 :

Année 2009	Nombre de patients	Nombre de mesures	Nombre de journées
Hospitalisation libre (HL)	1 665 (84,7 %)	2 009	75 653
Hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT)	204 (10,2 %)	345	8 141
Hospitalisation d'office (HO)	64 (3,2 %)	78	4 787
Hospitalisation selon art 122.1 du CPP et	5	3	709

L3213-7 du CSP ²			
Hospitalisation d'office selon art D. 398 du CPP ³	33	39	639
Ordonnance provisoire de placement (OPP)	5	7	102
TOTAL	1 966	2 481	90 031

Année 2010	Nombre de patients	Nombre de mesures	Nombre de journées
HL	1 635 (84,8 %)	1976	72 891
HDT	214 (11,1 %)	289	9 521
HO	40 (2 %)	49	4 675
L 122-1 et L 3213-7	6	8	1 323
HO D.398	29	36	231
OPP	2	3	14
TOTAL	1 926 (-2%)	2 361 (-4,8%)	88 655 (-1,5%)

²Il s'agit de personnes ayant été déclarées irresponsables pénalement alors qu'elles étaient mises en examen pour un crime ou un délit.

³Il s'agit de personnes détenues dont l'état de santé mentale rend incompatible leur maintien en détention ; elles peuvent être prévenues ou condamnées pour un crime ou un délit. Elles sont hospitalisées en HO.

3- HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT ET EXERCICE DES DROITS

3.1 Les modalités d'arrivée sur le site de Brienne

Les ambulances s'arrêtent devant le bâtiment appelé « le cardinal » où sont situés le service des admissions et des frais de séjour. Les ambulanciers déposent les documents nécessaires à l'hospitalisation remplis par le service des urgences du centre hospitalier de Troyes ou par la maison de retraite qui a demandé l'admission du patient. Le service où va être admis le patient a déjà été averti de son arrivée.

Selon les informations recueillies, les hospitalisations directes seraient exceptionnelles.

Dans le cas d'une **hospitalisation sur demande d'un tiers**, les agents du service des admissions vérifient que les pièces nécessaires à ce type d'hospitalisation sont présentes et conformes à la loi :

- demande d'admission manuscrite et signée par la personne demandant l'HDT ;
- photocopie de la pièce d'identité de cette personne ;
- deux certificats médicaux circonstanciés datant de moins de quinze jours.

Les agents photocopient l'ensemble de ces documents et en conservent les originaux.

A l'issue de ces diverses formalités, les ambulanciers emmènent le patient dans le service où il sera pris en charge.

Les agents transmettent sous enveloppe au service concerné, par l'intermédiaire du vaguemestre, la notification du placement en HDT avec un récépissé à signer par le patient, document retourné ensuite au service des admissions.

Le registre de la loi est renseigné. Le certificat du tiers est rangé dans le dossier administratif créé pour cette admission.

Tous les renseignements administratifs nécessaires à établir la prise en charge des frais d'hospitalisation sont dans la majorité des cas fournis dans une fiche de renseignements jointe au dossier par les urgences ou la maison de retraite. Dans le cas contraire, les agents du service des frais de séjour font des recherches aux fins de les obtenir.

Dans le cas d'une **hospitalisation d'office (HO)**, les agents vérifient qu'il existe un arrêté d'un maire ou du préfet avec un certificat médical. Ils photocopient ces pièces. A l'issue de ces diverses formalités, les ambulanciers emmènent le patient dans le service où il sera pris en charge. Le registre de la loi est renseigné.

La délégation territoriale de l'ARS de l'Aube fait parvenir l'arrêté préfectoral destiné au patient dans un délai pouvant varier de sept à quatorze jours. Par exemple, pour un patient admis en HO le vendredi 24 juin 2011, la délégation territoriale de l'ARS a envoyé l'arrêté permettant la notification de l'HO le vendredi 8 juillet 2011.

Dès réception de l'arrêté, il est transmis par le vaguemestre à l'unité où est hospitalisé le patient avec un récépissé à signer.

Les personnes détenues, hospitalisées en HO dans le cadre de l'article D. 398 du code de procédure pénale sont conduites directement dans l'unité des Charmilles. La délégation territoriale envoie par télécopie l'arrêté préfectoral et le certificat médical au service des admissions.

Le registre de la loi est renseigné.

3.2 Informations données aux malades arrivants

Les patients admis dans les unités du site de Brienne-le-Château reçoivent généralement⁴ le livret d'accueil de l'EPSMA.

Celui-ci contient différents documents de couleur différente pour chaque sujet, rendant son abord aisé :

- une présentation générale de l'établissement et des projets en cours ;
- l'organisation interne en secteurs adulte et infanto-juvénile ;
- des définitions concernant les acronymes des structures extrahospitalières : centres médico-psychologiques (CMP), centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP), hôpitaux de jour ;
- la présentation de chaque pôle avec les adresses et numéros de téléphone des structures extrahospitalières ;
- la présentation de l'association l'Entr'aide et d'autres associations partenaires de l'établissement ;
- les formalités d'admission ;
- des informations pratiques sur le séjour : restauration, hygiène, culte, courrier, visites, téléphone... ;
- un document intitulé « droits et responsabilités des patients » qui aborde la question des représentants des usagers, l'accès au dossier médical, la désignation de la personne de confiance, la commission des relations avec les usages et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), le tabac ;
- en annexe, figurent :
 - les extraits du code de la santé publique relatifs à l'accès au dossier médical ;
 - ceux ayant trait à la désignation de la personne de confiance ;
 - à la CRUQPC ;
 - un extrait de la loi du 6 janvier 1978 sur le droit des personnes à l'égard des traitements de données à caractère personnel ;

⁴Si leur état clinique le permet.

- les articles du code de la santé publique relatifs aux sorties d'essai en HDT et en HO ;
- la charte de la personne hospitalisée ;
- la charte de l'utilisateur en santé mentale ;
- la charte de la laïcité dans les services publics ;
- le programme pluriannuel de lutte contre les infections nosocomiales 2007-2010 ;
- le contrat d'engagement de l'établissement en matière de prise en charge de la douleur.

3.3 La désignation d'une personne de confiance

Sur le site de Brienne-le-Château, peu de personnes sont admises directement. La personne de confiance devrait avoir été désignée lors de l'admission du patient.

Beaucoup de patients ont été admis avant 2002, date de la loi l'instaurant.

3.4 Les informations sur les voies de recours

Le livret d'accueil comporte dans le document intitulé « admission ou prise en charge », des feuillets consacrés aux hospitalisations sans consentement. Chaque modalité d'admission est expliquée : hospitalisation libre, sur demande d'un tiers ou d'office. Le document précise également : « si vous estimez être hospitalisé indûment, la loi vous donne la possibilité de réclamer :

- contre les mesures prises par le corps médical, auprès de la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques (DDASS - Cité administrative des Vassales 10000 Troyes) ;
- contre votre hospitalisation sous contrainte, auprès de M le Procureur de la République (Tribunal de Grande Instance – rue du Général de Gaulle 10000 Troyes) ».

Pour les patients séjournant dans les unités de long séjour, l'admission en HO ou en HDT a été prononcée dans un autre service. Il est difficile de savoir si la notification des droits a été effectuée.

Les patients autistes sont admis en HL alors qu'ils ne sont pas en capacité de faire connaître leur consentement aux soins ; il en va de même pour un grand nombre de patients hébergés dans les unités de géronto-psychiatrie ou de longue durée.

3.5 Les levées des mesures de contrainte

Selon les informations recueillies, la demande de levée d'hospitalisation d'office (HO) par un psychiatre doit être précédée par une demande de sortie d'essai d'HO. Ces demandes de sorties d'essai sont généralement acceptées, pour une durée courte, donc à renouveler souvent.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « il faut supprimer ce paragraphe ; le constat est erroné et ne correspond à aucune procédure en vigueur dans l'établissement ». Les contrôleurs confirment avoir reçu ces informations durant leur visite.

Selon les statistiques fournies par la préfecture, en 2009, 86 mesures d'HO ont été levées, 109 sorties d'essai d'HO ont été prises durant l'année et 30 étaient en cours au 31 décembre 2009. A cette date, trente-cinq patients étaient placés en HO dans l'établissement.

Le jour de la visite des contrôleurs, quinze patients étaient en sortie d'essai d'HO. La mesure la plus ancienne avait été prise le 1^{er} avril 2007 (pour deux patients). Vingt patients étaient en sortie d'essai d'HDT. La mesure la plus ancienne avait débuté le 1^{er} avril 2007.

Pour l'année 2010, 57 levées d'HO ont été prononcées, 115 mesures de sorties d'essai d'HO ont été prises et vingt étaient en cours au 31 décembre 2010. A cette date, quarante-deux patients étaient placés en HO dans l'établissement.

Dans le cadre de l'application de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, la présidente du tribunal de grande instance de Troyes a décidé de mettre en place une audience tous les vendredis matin pour le juge des libertés et de la détention. Celui-ci se rendra d'abord à la clinique psychiatrique de l'Aube, puis sur le site de Brienne. Elle ne souhaite pas faire déplacer les patients qui risqueraient de faire l'objet d'une prémédication et pense que, dans le cadre de la protection dévolue à l'autorité judiciaire par cette loi, c'est au juge de se déplacer.

La première audience est prévue le vendredi 5 août 2011 pour un patient de la CPA et pour trois de Brienne-le-Château.

3.6 Les registres de la loi

Il existe un registre de la loi sur le site de la clinique psychiatrique de l'Aube et un sur le site de Brienne-le-Château.

3.6.1 Le registre de la loi à la clinique psychiatrique de l'Aube

Le registre de la loi de la clinique psychiatrique de l'Aube a été consulté le 28 juillet 2011. Il est commun aux hospitalisations d'office et aux hospitalisations à la demande d'un tiers. Celui en cours a été ouvert le 17 mai 2011. Il comporte un visa de la présidente du tribunal de grande instance de Troyes en date du 20 juin 2011.

L'examen du registre depuis la date de sa mise en service fait apparaître quarante et une hospitalisations contraintes :

- trente-cinq hospitalisations à la demande d'un tiers ;
- cinq hospitalisations d'office ;
- une ordonnance de placement provisoire d'un mineur par l'autorité judiciaire.

Les hospitalisations d'office ont pour origine première trois arrêtés de maires et deux arrêtés préfectoraux.

Les certificats médicaux des HDT se répartissent de la façon suivante :

- cinq certificats de médecins généralistes accompagnés du second certificat en provenance de l'unité d'hospitalisations temporaire du centre hospitalier de Troyes ;
- trois certificats d'un médecin d'une structure hospitalière somatique accompagnés d'un second de la même unité d'hospitalisation temporaire ;
- seize certificats d'un praticien de l'unité d'hospitalisation temporaire, le second provenant d'un praticien de la même structure ;
- onze hospitalisations obéissent à la procédure du péril imminent. Les certificats dans le cadre de celles-ci ont pour signataires :
 - un psychiatre de la clinique psychiatrique de l'Aube dans sept situations. Ces HDT étaient précédées d'une hospitalisation libre. Elles font suite à un placement en isolement du patient ou à la prévision de celui-ci dans quatre cas et à une perte de la capacité de consentement à l'hospitalisation dans trois cas ;
 - un praticien de l'unité temporaire de soins pour trois situations ;
 - un médecin d'un hôpital somatique pour le dernier cas.

La lecture du registre de la loi permet de constater la présence systématique des certificats médicaux nécessaires à la légalité de la procédure et cela dans le total respect des délais calendaires. Il en est de même des divers arrêtés. Ces pièces sont collées pour les certificats médicaux initiaux à la page gauche du registre, pour les autres ils sont également collés sur les pages du registre, une annotation écrite indiquant l'objet des certificats.

Pour les hospitalisations d'office, les divers arrêtés sont également collés au sein du registre.

S'agissant des hospitalisations à la demande d'un tiers, l'identité des tiers est bien déclinée. Il n'est pas fait état d'une façon systématique du lien de parenté avec la personne hospitalisée. La demande manuscrite du même tiers n'est pas insérée dans le registre de la loi, elle est conservée dans le dossier administratif de la personne hospitalisée.

Les registres en cours sont aisément identifiables par l'indication sur la tranche de la date de leur mise en service et de la fin de celle-ci. Au sein de ceux-ci les procédures encore en cours sont identifiées par des *post-it* servant d'index, facilitant ainsi les manipulations et les recherches.

3.6.2 Le registre de la loi sur le site de Brienne-le-Château

Le registre de la loi du site de Brienne-le-Château, consulté le 19 juillet 2011, est commun aux hospitalisations d'office et aux hospitalisations à la demande d'un tiers. Celui en cours a été ouvert le 21 avril 2010 par le maire adjoint de la commune. Il comporte le visa du substitut du procureur près le tribunal de grande instance de Troyes à la date du 21 avril 2011 et celui de la présidente du tribunal de grande instance de Troyes le 22 juin 2011.

L'examen du registre en prenant comme date de référence le 1^{er} janvier 2011, laisse apparaître vingt-deux placements d'office de personnes détenues :

- sept hospitalisations concernant quatre personnes en provenance de la maison centrale de Clairvaux ;
- treize hospitalisations pour douze personnes en provenance du centre de détention de Villenauxe-la-Grande ;
- deux hospitalisations, pour deux personnes en provenance de la maison d'arrêt de Troyes.

Dans la même période, trois hospitalisations d'office ont concerné des personnes libres, les 12 mars 2011, 1^{er} avril 2011 et 22 avril 2011 et étaient toujours en cours au jour de la visite.

Pour celles qui concernaient les personnes détenues, elles ont été d'une durée moyenne de sept journées.

La lecture du registre de la loi permet de constater la présence systématique des certificats médicaux nécessaires à la légalité de la procédure et cela dans le total respect des délais calendaires. Il en est de même des divers arrêtés. Ces pièces sont agrafées pour les certificats médicaux initiaux à la page gauche du registre, pour les autres ils sont maintenus par un trombone, d'une façon chronologique.

S'agissant des hospitalisations à la demande d'un tiers, l'identité des tiers est bien déclinée. Il n'est pas fait état d'une façon systématique du lien de parenté avec la personne hospitalisée. La demande manuscrite du même tiers n'est pas insérée dans le registre de la loi ; elle est conservée dans le dossier administratif de la personne hospitalisée.

Les registres en cours sont aisément identifiables par la pose d'une pastille jaune sur la tranche du livre. Au sein de ceux-ci les procédures encore en cours sont identifiées par des *post-It* servant d'index, facilitant ainsi les manipulations et les recherches.

3.7 La protection juridique des majeurs

3.7.1 Le service de protection des majeurs

Le service de protection des majeurs protégés, centralisé, pour la gestion des dossiers, à Brienne-le-Château, est compétent pour tous les services géographiquement dispersés dépendant de l'EPSMA. Il fonctionne avec trois adjoints administratifs, nommés par le directeur pour exercer les fonctions de mandataire et qui sont titulaires du certificat national de compétence de mandataire judiciaire à la protection des majeurs.

Le service a la responsabilité des majeurs protégés soignés dans l'établissement mais il peut également exister des tutelles confiées à des organismes extérieurs : union départementale des associations familiales (UDAF), associations, notaires, proches ou membres de la famille...).

Les personnes sous protection possèdent toutes un compte ouvert dans les écritures du receveur de l'établissement.

En 2010, le service a géré 191 dossiers, dont 8 nouvelles mesures confiées par le juge des tutelles du tribunal d'instance de Troyes. Ces dossiers sont principalement des tutelles en gérance, mais, aussi, cinquante-quatre curatelles renforcées, deux curatelles simples et une sauvegarde de justice. Parmi ces dossiers, 54 concernent des patients hébergés à temps plein (dont 25 à la MAS) et 137 suivis en extra-hospitalier. En 2010, vingt dossiers ont été soldés : six à la suite d'un décès et quatorze en raison d'un changement de mandataire. 71 % des patients gérés par le service vivent donc en dehors des murs de l'établissement. Une collaboration étroite avec les équipes de soins est alors nécessaire pour maintenir les patients à leur domicile dans de bonnes conditions et les faire accepter dans les familles d'accueil.

L'ouverture du dossier connaît plusieurs phases successives :

- la transmission au juge des tutelles compétent des demandes de tutelle ou curatelle présentées par les praticiens hospitaliers, ce qui entraîne une audition du majeur à protéger (et de sa famille s'il y a lieu) ;
- le juge des tutelles décide ensuite de la mise sous tutelle ou curatelle et signifie sa décision au service en lui adressant son jugement par lettre recommandée avec demande d' accusé de réception ;
- le service met alors en place la mesure de protection du majeur, ce qui implique des recherches sur ses ressources et son patrimoine et une demande de virement de ses ressources au receveur de l'EPSMA par les organismes payeurs ;
- le service dresse obligatoirement un inventaire des ressources et des biens du majeur placé sous protection et l'adresse au juge des tutelles dans les trois mois ;
- le service remet obligatoirement à la personne protégée la notice d'information avec la charte des droits et libertés de la personne majeure protégée, le document individuel de protection du majeur et le récépissé de la notice d'information ;
- le service est alors chargé de la gestion du patrimoine du majeur protégé et est amené, à ce titre, à procéder à des actes d'administration ou de disposition.

Les actes d'administration comportent notamment :

- l'encaissement des revenus : le receveur adresse au service un relevé des sommes perçues pour les majeurs protégés (allocations, retraites, pensions d'invalidité ou autres, remboursements de la sécurité sociale ou des mutuelles, intérêts des placements, fermages,...),
- le paiement des charges :
 - argent de poche distribué au patient en liaison avec la banque des patients ;

- en exerçant un mandat pour la souscription de contrats d'assurance, pour la surveillance des baux et rentes viagères dues par le patient, pour l'accomplissement de formalités diverses auprès de différents organismes (organismes d'HLM, demandes d'aide ménagère – environ 60 par an – , caisses primaires d'assurance maladie, dossiers de CMU – environ 100 dossiers – ou de contrats d'aide à la mutualisation, dossiers d'aide sociale pour les placements en maison de retraite, dossiers d'Aide personnalisée à l'autonomie (APA), démarches auprès des banques, des organismes de retraite de la MDPH, des notaires ou huissiers...;
- la rédaction des déclarations de revenus des patients ;
- la rédaction, pour chaque patient, d'un rapport annuel de gestion, à adresser au juge des tutelles.

Les actes de disposition, qui constituent des pouvoirs exceptionnels autorisés par ordonnance du juge des tutelles rendue sur requête du gérant de tutelle, concernent :

- des placements de fonds ;
- des formalités de succession ou de vente d'immeubles accomplies en relation avec notaires, huissiers de justice ou commissaires priseurs ;
- des actions en justice devant le tribunal d'instance ou de grande instance, avec constitution d'un dossier de demande d'aide juridictionnelle ;
- des actes à la personne (achats pour le bien des patients).

Le mandataire reçoit tous les patients un jeudi sur deux pour leur distribuer leur argent de poche, résoudre les problèmes qu'ils rencontrent au quotidien et négocier avec eux les différents achats en prenant soin de ne pas trop les heurter de front. Il effectue toutes les démarches nécessaires à la constitution des nouveaux dossiers de toute nature, concernant les rapports avec tous les organismes. Il maintient les logements en bon état d'usage, rédige les constats d'assurance, etc.

Toutes ces opérations nécessitent le maintien de bonnes relations avec toutes les équipes médicales et des déplacements fréquents à l'extérieur.

Chaque personne bénéficiaire d'une mesure de protection contribue, selon ses ressources, au financement de sa mesure en fonction d'éléments fixés par la loi qui définit les ressources à prendre en compte et les taux des prélèvements. Les frais de gestion ont atteint 34 619 euros en 2009 pour 207 dossiers et 43 054,73 euros en 2010 pour 191 dossiers.

Les juges des tutelles ne se saisissent plus d'office des demandes présentées sur certificat médical d'un médecin psychiatre traitant mais sollicitent d'abord la participation de la famille.

Les responsables du service estiment que « la charge de travail du service s'alourdit en raison des multiples démarches à effectuer à l'extérieur, dans la mesure où nous sommes désormais tuteurs aux biens et à la personne et où les personnes sous curatelle disposent de plus de liberté ». De plus, aussi « de la dépendance de plus en plus marquée des patients et de la difficulté à les faire vivre avec un minimum de ressources, surtout pour les titulaires d'une pension d'invalidité qui n'ont pas les avantages accordés aux bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé ». Du fait de la conjoncture économique, la croissance de demandes de maintien en appartements entraîne également une surcharge de travail et les sorties des patients n'ont pas fait l'objet de simplifications administratives. Enfin, « la mise en place de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) qui gère la globalité des aides allouées aux personnes handicapées nécessite une reprise de tous les dossiers des majeurs protégés qui doivent présenter un projet de vie ».

Les responsables du service considèrent que « la réforme des tutelles a amené un surcroît de tâches administratives de correspondance avec les juges des tutelles qui reconnaissent la charge de travail importante pour les préposés de l'établissement qui gèrent la mesure auprès des protégés de A à Z avec un nombre de dossiers par préposé un peu élevé ».

L'impression du service est que les juges des tutelles « prennent bien connaissance des documents et comptes-rendus qui leur sont fournis mais qu'ils ne disposent pas assez de temps pour entrer dans les détails ».

Une **banque des patients** est installée dans le centre social de l'hôpital depuis le 4 octobre 1982. Son fonctionnement est assuré par un adjoint administratif. Son bureau est ouvert du lundi au jeudi de 8h30 à 11h30 et de 13h30 à 16h30 et, le vendredi, jusqu'à 15h45.

Le fonctionnement de la banque comporte deux types d'activités : le dépôt d'argent et de papiers de valeur (chéquiers, cartes bancaires...) des patients et leur retrait. Ces opérations sont effectuées par les patients eux-mêmes, avec l'aide des équipes soignantes et/ou l'autorisation des psychiatres.

En liaison avec la Trésorerie de Brienne-le-Château et en suivant les consignes des tuteurs et des équipes soignantes, l'agent de la banque gère les comptes individuels qui sont regroupés en deux comptes concernant, d'une part, les fonds des patients sous protection de l'établissement et, d'autre part, les fonds reçus ou déposés pour les patients autonomes ou sous tutelle extérieure. Ces comptes sont alimentés soit par les pensions ou allocations diverses pour les patients sous la protection de l'établissement, soit par les patients eux-mêmes ou leurs familles, soit par les tuteurs extérieurs à l'établissement.

Le total des retraits en numéraire est passé de 214 267,80 euros en 2006 à 185 521,59 euros en 2010. Cette même année, la moyenne journalière des patients venus à la banque effectuer des retraits en numéraires a été de cinquante.

Le montant des dépôts en numéraires et en chèques à encaisser effectués à la Banque par les patients, qui était de 47 431,69 euros en 2006 (soixante-sept patients) n'a été, en 2010, que de 29 225,44 euros (trente-neuf patients), de plus en plus souvent, les patients et/ou les tuteurs demandant à faire approvisionner leur compte par virements.

Lors de son admission, les valeurs appartenant au patient font l'objet d'un inventaire et sont déposées au coffre de la banque pendant toute la durée de son séjour, sauf demande écrite du praticien hospitalier, chef de service.

Lors de la sortie du patient, celui-ci est amené à signer l'inventaire des biens et objets qu'il avait déposés à son arrivée.

Pour l'année 2010, en moyenne mensuelle ont été comptabilisées neuf interventions pour réceptionner les valeurs et onze pour les sorties momentanées ou définitives de ces valeurs.

La tenue des écritures relatives aux mouvements de ces valeurs par l'agent de la banque est réalisée dans le plus strict respect des règles de la comptabilité publique. Un arrêté de comptes est fait tous les quinze jours pour la Trésorerie et tous les mois pour l'association tutélaire de l'Aube (AT 10).

3.7.2 L'allocation aux adultes handicapés (AAH)

Le service chargé des tutelles aide les personnes remplissant les conditions d'attribution à constituer un dossier de demande d'AAH, comportant un certificat médical, adressé à la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Si les personnes sont déjà sous la tutelle de l'union départementale des associations familiales (UDAF), il n'y a pas lieu à transfert de dossier. Cela n'est nécessaire que s'il s'agit d'un séjour au long cours. Les personnes hospitalisées à plein temps perçoivent une AAH réduite d'un montant de 128,10 euros⁵. Le service des tutelles aide les patients pour le renouvellement de leur dossier, avec certificat médical, à la caisse d'allocations familiales (CAF) et à la MDPH.

3.8 L'accès au dossier médical

La loi prévoit que le patient (ou sa famille) a droit à la communication de son dossier médical (partiel ou dans son ensemble). Vingt-trois demandes ont été enregistrées en 2010 contre trente et une en 2009. Treize émanaient des patients et trois détenteurs de l'autorité parentale, trois familles (n'ont pas apporté les justificatifs d'ayant droit), trois ayant-droit, un avocat des ayant-droit. Pour les ayant-droit, la demande ne peut porter que sur les motifs prévus par la loi à savoir : la recherche des causes du décès, la protection de la mémoire du défunt et la possibilité de faire valoir leurs droits.

Les demandes, qui peuvent, dans un premier temps, être formulées verbalement, doivent être officiellement présentées par écrit, donner des éléments suffisants sur les conditions du séjour du patient et être accompagnées de justificatifs d'état civil et de domicile pour la vérification préalable de la réalité des liens des ayants-droits, s'agissant des familles et de l'adresse à laquelle le dossier devra éventuellement être adressé.

⁵Le montant normal de l'AAH est de 743,62 euros.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement précise : « les demandes de patients peuvent dans un premier temps verbales et être formulées auprès du psychiatre responsable de la prise en charge, qui au cours d'un entretien pourra s'entretenir du contenu du dossier médical avec son patient. Les demandes de transmission de données médicales (copie du dossier ou d'éléments du dossier) émanant des patients et des ayant-droit se font systématiquement à l'attention de M. le directeur (qui donne délégation pour leur traitement au Directeur des Affaires Générales). L'établissement met à disposition des demandeurs un document récapitulatif des pièces à produire pour justifier de leur identité et leurs capacités de demandeur, ainsi que d'un formulaire de demande d'accès aux informations médicales ».

Dans un premier temps, la demande est adressée au responsable du service dans lequel le patient est ou a été hospitalisé. Il est indiqué les conditions dans lesquelles la communication peut être organisée directement au demandeur, par entretien du responsable avec le patient en présence ou non de son médecin traitant, ou par courrier au patient lui-même, à son médecin traitant ou à ses ayant-droits.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement précise : « A réception de la demande, un accusé réception est envoyé au demandeur, accompagné d'une demande de pièces si elle n'est pas recevable en l'état par ailleurs, la demande est transmise au médecin responsable du service dans lequel la prise en charge a eu lieu. Est jointe une demande d'avis médical, que le médecin retournera à la Direction. Sont précisées au médecin, sauf son avis contraire, les modalités de communication ».

En fonction de cet avis, satisfaction –ou non – est donnée à la demande. En cas d'envoi postal, celui-ci est toujours fait en courrier recommandé avec demande d'accusé de réception.

La loi prévoit que, pour répondre à la demande de dossier médical, l'établissement dispose d'un délai de huit jours pour les demandes de données médicales de moins de cinq ans ou de deux mois pour celles de plus de cinq ans. Dans les faits, en 2010, l'hôpital a répondu dans un délai de trente jours pour les dossiers les moins anciens et de vingt-sept jours pour les autres. Cette situation, apparemment paradoxale, est expliquée par le fait qu'il serait plus facile de récupérer les dossiers des patients dont la date de séjour est supérieure à cinq ans, regroupés aux archives centrales, alors que pour les séjours les plus récents (moins de cinq ans), ils seraient encore parfois éparpillés dans plusieurs services.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « en 2010, l'hôpital a répondu dans un délai de 10 jours en moyenne aux demandes relevant d'un délai de 8 jours et de 21,5 jours en moyenne (concerne quatre demandes abouties) et une communication dont le délai a été de 342 jours portant la moyenne à 85,6 jours. L'envoi dès réception des demandes au médecin responsable, même lorsqu'elles ne sont pas recevables en l'état, permet au service d'anticiper la reprographie des éléments demandés dans les meilleurs délais. Le dépassement de délai peut être expliqué par la complexité de la prise en charge de certains patients, dépendant à la fois de l'extra-hospitalier, et de l'intra, mais aussi, du mode d'hospitalisation et du nombre d'intervenants médicaux auxquels ils ont à faire ».

Sur les vingt-trois demandes de 2010, huit demandes ont été satisfaites, une demande a fait l'objet d'un refus du médecin, onze demandes n'ont pas abouti ou étaient en cours de traitement et trois demandes concernaient des patients inconnus. Aucune réclamation n'a été enregistrée à propos de la communication du dossier médical.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement précise : « sur les vingt-trois demandes formulées en 2010 :

- 10 demandes ont été satisfaites ;
- 8 demandeurs n'ont pas donné suite à des demandes de justificatifs ;
- 2 demandes sont restées sans suite au niveau du médecin responsable ;
- 2 demandes formulées par un majeur protégé n'ont pu être satisfaites ;
- 1 demande de patient inconnu ».

3.9 L'accès à l'exercice d'un culte

Il est très rare que les patients demandent à rencontrer un aumônier, de la même manière qu'il est très rare aussi que le personnel signale quelqu'un à l'aumônerie.

L'aumônerie catholique est présente avec une équipe de sept bénévoles, animée par un aumônier prêtre.

La tâche essentielle de l'équipe est d'animer la rencontre du samedi matin, qui est une célébration ou une messe. Celle-ci débute à 9h30 et dure une heure et demie. Il y a un temps d'échange et de prière où les patients sont aidés et encouragés à s'exprimer. Entre douze et quinze y participent chaque samedi matin.

Ce sont les membres de l'aumônerie avec leurs propres voitures qui se chargent d'aller chercher les patients pour les amener à la chapelle, située à l'entrée de l'établissement.

Un bénévole fait des visites de temps en temps dans les unités et d'autres vont quelquefois à la cafeteria, en semaine, pour rencontrer les patients. Il a été rapporté aux contrôleurs que « les activités d'ergothérapie sont moins nombreuses qu'il y a quelques années et que les patients s'ennuient beaucoup. De plus ils ne peuvent pas vraiment sortir. C'est difficile ».

3.10 La commission départementale des hospitalisations psychiatriques

La commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP) est présidée par un médecin généraliste retraité qui, comme il a été dit, n'a pas souhaité s'entretenir avec les contrôleurs ni leur fournir les rapports de cette commission pour les années 2009 et 2010.

Le cabinet du préfet de l'Aube a transmis aux contrôleurs les « statistiques des hospitalisations sans consentement du département de l'Aube du 1/01/2009 au 31/12/2009 et du 1/01/2010 au 31/12/2010 ».

Dans ce document figurent notamment les « statistiques CDHP ». Le tableau suivant indique le nombre de dossiers examinés par la CDHP en 2009 et 2010, selon le type de placement :

Année	Dossiers HDT	Dossiers HDT 1 certificat	Dossiers HDT de plus de 3 mois	Dossiers HO	Dossiers HO Danger imminent	Dossiers HO de plus de 4 mois
2009	27	3	22	16	3	22
2010	19	0	38	16	3	38

3.11 La communication avec l'extérieur

3.11.1 Les visites

Le livret d'accueil indique : « les visites sont autorisées, en principe, tous les après-midi sauf avis contraire de votre part ou contre-indication médicale. Les horaires sont définis par le règlement intérieur de l'unité de soins ».

Toutes les unités de soins disposent d'un salon de visites situé dans le sas d'entrée. Cette localisation permet, en règle générale, aux familles de ne pas pénétrer dans l'espace réservé aux patients et ainsi de préserver leur intimité.

Les visites peuvent se dérouler dans le parc ou à la cafétéria si le patient a le droit de sortir de l'unité. La cafétéria n'est pas ouverte le dimanche.

3.11.2 Le téléphone

Le livret d'accueil indique : « des cabines téléphoniques sont à votre disposition sur les sites de la Clinique Psychiatrique de l'Aube à Troyes et de Brienne-le-Château. Les appels téléphoniques extérieurs destinés aux patients sont régulés par le règlement intérieur de l'unité de soins. L'usage des téléphones portables n'est autorisé que dans les conditions définies par le règlement intérieur de l'unité de soins ».

Pour téléphoner depuis les cabines téléphoniques, il faut acheter des cartes en vente à la cafétéria.

Les téléphones portables suscitent la crainte que les patients en utilisent la fonction « appareil photo ». C'est pourquoi, de manière générale, ils sont interdits sur le site de Brienne.

3.11.3 Le courrier

Les patients peuvent remettre leurs courriers au cadre de santé de leur unité ou le déposer dans une boîte à lettres qui sera relevée par celui-ci.

Le vaguemestre passe dans chaque unité tous les matins du lundi au vendredi pour remettre le courrier arrivant et prendre le courrier à poster.

Selon les informations recueillies, il serait arrivé qu'un cadre retienne un courrier et demande l'avis du médecin-chef avant de le faire partir. Celui-ci a rappelé que toutes les lettres devaient être envoyées.

Il n'existe pas de boîte aux lettres de *La Poste* sur le site de l'établissement.

3.11.4 L'informatique et l'accès à l'internet

Le livret d'accueil n'évoque pas le droit de conserver un ordinateur portable durant l'hospitalisation.

Lors de la visite des contrôleurs, un patient avait pu conserver son ordinateur. Il le rangeait dans son placard fermé à clé. Selon les informations recueillies, il lui serait possible, à sa demande, de faire l'acquisition d'une clé 3G afin de se relier à internet.

Un autre patient possédait une tablette *IPAD*, conservée dans son placard fermé à clé.

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

La commission s'est fixée l'objectif de quatre réunions en 2011 et a décidé de se réunir successivement dans les différents services afin de mieux sensibiliser le personnel médical et les patients à son action.

Aucune saisine des médiateurs n'a été enregistrée en 2010.

A l'occasion de sa réunion du 26 mars 2009, la commission a approuvé le règlement intérieur de la CRUQPC ainsi qu'une procédure écrite « Circuit des plaintes et réclamations » à destination des services. En août 2009 et en juillet 2010, elle a remis à jour le livret d'accueil du patient distribué, dans les services, aux patients et à leurs familles.

3.11.5.1 Les événements indésirables

Les événements indésirables sont signalés par les personnels soignants au moyen de « Fiches d'événements indésirables » (FEI) dont le but est de permettre la mise en œuvre d'actions visant à éviter le renouvellement des faits observés. Elles indiquent la date de l'événement, la fonction de la personne qui le déclare, le service concerné, les circonstances et la description des faits, le type de risque clinique, le type de « risque vigilances-dispositifs médico-infectieux », le type de risque logistique ou environnemental, le type de risque professionnel.

Une fois par trimestre, ces fiches sont analysées par des groupes de risques cliniques ou environnementaux en fonction de leur gravité. Des réunions aboutissent à l'élaboration de protocoles sur la bonne manière de faire face aux incidents constatés.

Les tableaux statistiques élaborés par les services chargés de la qualité font apparaître, pour les deux premiers trimestres 2010, que 65 fiches ont été enregistrées au premier trimestre et 59 le trimestre suivant (soit un total de 124). Pour le premier trimestre, seules 58 fiches ont été analysées et présentées au groupe de détection des risques le 3 août 2011 :

- 6 concernent des défauts de maintenance ;
- 3 sont relatives à des défauts en matière de prestations extérieures (retard ou défaut de soins imputable à un prestataire extérieur) ;

- 5 ont pour objet la fonction transport (prestations extérieures ou service interne, retard, défaut de soins) ;
- 15 portent sur la fonction des circuits repas (conservation, stocks, livraison, repas non programmés), problèmes liés à la mise en place de la nouvelle organisation des cuisines entre l'EPSMA et le centre hospitalier général de Troyes ;
- 1 est relative au fait que les ASH n'étaient pas formées à la réception des repas ;
- 5 ont trait au circuit du linge : pertes, dégradations, stocks, livraison, transport, règles d'entretien, désinfection ;
- 1 est relative au circuit des consommables ;
- 6 ont pour objet le manque de confort et le risque de températures trop élevées,
- 3 traitent d'incidents informatiques ;
- 2 portent sur des blessures ou risques de blessure ;
- 1 signale un problème de dégât des eaux ;
- 4 sont relatives à des destructions ou dégradations de biens de l'établissement ;
- 4 portent sur des intrusions ou risques d'intrusions ;
- 2 informent sur des vols (perte ou disparition), vol entre patients ou vol de matériel informatique.

Ont été recensées : 104 FEI en 2008, 180 en 2009 et 246 en 2010 (+ 136 % en 2010 par rapport à 2008).

3.11.5.2 Les plaintes et réclamations

Le fonctionnement de l'établissement, qui connaît des événements indésirables, peut provoquer parfois des plaintes et réclamations de la part des patients. Les difficultés se résolvent souvent à l'amiable par une simple discussion au sein du service. Dans le cas contraire, une procédure écrite « Circuit des plaintes et réclamations » a été approuvée par la CRUQPC et est obligatoirement affichée dans les services pour informer les patients des démarches à entreprendre.

Les plaintes et réclamations doivent être présentées par écrit à la direction de l'établissement. La direction des affaires générales n'intervient que lorsque le problème n'a pu être réglé dans le service. Elle saisit, par un courrier type, le responsable du service mis en cause afin d'obtenir toutes précisions nécessaires. Parallèlement, un accusé de réception est immédiatement adressé au patient.

Les délais de réponse des services sont variables : en moyenne, quarante-sept jours en 2009. Parfois, il peut arriver qu'il n'y ait pas de réponse.

Lorsque la direction de la qualité a reçu la réponse du service, elle en avise le patient par écrit en lui indiquant les voies de recours à sa disposition : la saisine d'un médiateur de la CRUQPC ou le recours à une procédure juridictionnelle. Dans les deux cas, toutes précisions sur les adresses et la procédure à suivre sont fournies.

Le nombre annuel des plaintes écrites est peu important : vingt-quatre en 2009 et dix en 2010 (huit d'entre elles ont pu être traitées sur la base des informations données par les services, une était en cours de traitement dans l'attente de la réponse du service et une a été retirée par le patient).

Les plaintes concernent des problèmes de prise en charge : contestation du régime d'hospitalisation, quantité, qualité et variété des repas, dégradations de vêtements à la blanchisserie, perte de prothèse dentaire, hébergement en chambre individuelle ou double...

3.11.5.3 Les affaires contentieuses

Aucun recours contentieux récents n'a été enregistré, soit que le problème a pu être réglé par la médiation, soit que les patients ne donnent pas suite. Pour ces derniers, cela pourrait s'expliquer du fait de leur pathologie ou par crainte de représailles.

Les rares actions intentées par certains patients se sont conclues à chaque fois par un non-lieu.

3.11.5.4 Les autres instances

a. Comité d'éthique

Le comité d'éthique n'a pas encore eu d'activité dans la mesure où, au moment de la visite, ses membres n'avaient pas été désignés par la CME.

b. Comité de lutte contre la douleur (CLUD)

Le CLUD de l'établissement n'a que quelques mois d'existence. Il envisage de se réunir trois ou quatre fois par an et l'avait déjà fait deux fois au moment de la visite.

Chaque unité de soins a désigné deux « référents douleur ».

Des échelles d'évaluation de la douleur sont disponibles mais considérées comme pas vraiment adaptées aux problèmes des services de psychiatrie. Les personnels peuvent, toutefois, disposer d'instructions par l'intranet.

Chaque patient, à son admission dans le service, est soumis à une évaluation initiale de la douleur. Elle est parfois difficile avec les patients ne pouvant pas communiquer. Les soignants utilisent alors les différentes échelles d'évaluation à leur disposition.

La rédaction d'une plaquette au niveau régional Champagne-Ardenne est en cours.

Les soignants considèrent que la douleur est forcément sous-estimée en psychiatrie, malgré leur vigilance. Aussi les référents, tous volontaires, sont très demandeurs de formations. Compte tenu de la récente mise en place du CLUD, cette demande n'a pas pu être intégrée dans le plan de formation 2012, mais constituera une priorité pour celui de 2013.

Des actions contre la douleur sont envisagées au sujet des problèmes dentaires, de la constipation et des douleurs abdominales, des chutes notamment parmi les malades déficitaires. Selon les informations recueillies : « Il faudrait faire remonter l'information au sujet des problèmes douloureux ».

Un psychiatre volontaire sera intégré au CLUD afin de différencier la douleur somatique et la douleur morale.

La pluralité et la dispersion géographique des sites relevant de l'hôpital compliquent l'action du CLUD.

c. Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)

Les responsables du CLIN estiment que « les infections sont évitables et que la plupart des bactéries sont dues aux individus ». Ils veulent tous les jours apporter un maximum de sécurité en matière d'hygiène afin d'éviter les infections. Pour y parvenir, des référents – les cadres de santé – sont désignés dans chaque service et l'on s'efforce de leur donner une formation afin qu'ils soient en mesure de promouvoir des actions visant à relever le niveau d'hygiène.

Avec la collaboration des services informatiques, des dossiers d'hygiène sont élaborés et des documents sont établis à l'intention des référents. Un diaporama a été réalisé pour les personnels récemment arrivés dans l'établissement.

Les référents « hygiène » sont chargés de faire remonter et redescendre les informations relatives aux bonnes pratiques en matière d'hygiène. Des notes de diffusion générale sont rédigées par le CLIN et diffusées.

Une information est transmise chaque semaine sur les bactéries présentes dans chaque unité.

Des plans d'action annuels sont élaborés. Ils indiquent les opérations à effectuer et font l'objet de mises à jour régulières. Des efforts tout particuliers portent sur le bio nettoyage et sur le lavage des mains.

La formation des personnels à ces questions est jugée particulièrement nécessaire. En 2010, les ASH ont bénéficié de 550 heures de formation au bionettoyage.

d. Comité de liaison alimentation (CLAN)

A la date de la visite, le CLAN n'avait pas encore été mis en place.

3.11.5.5 L'UNAFAM

Il est rapporté que la prise en charge aux urgences psychiatrique du centre hospitalier de Troyes pose problème : il faut parfois attendre plusieurs heures.

Il est rapporté également que le fait que la porte de tous les services soit fermée est mal compris par les familles. Il en est de même pour le refus de garder des gâteaux faits maison, apportés lors de visites, pour des questions d'hygiène.

Selon les informations recueillies : « Par manque de place des personnes sont régulièrement mises dehors puis ré-hospitalisées, ce qui nuit à la continuité des soins ; par ailleurs, le mélange de patients atteints de pathologies très différentes peut être très difficile à vivre et pas forcément aidant pour les soins des uns et des autres ».

4- LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION

4.1 Eléments communs à tous les pôles

4.1.1 Le règlement Intérieur

Le règlement intérieur de l'EPSMA comporte 187 articles précédés d'un préambule. Il peut être consulté par toute personne qui en fait la demande auprès de la direction de l'établissement ou de l'encadrement. Il comporte, à la suite d'une introduction indiquant les missions de l'établissement et leur mode d'exercice, des dispositions concernant :

- l'organisation administrative de l'EPSMA ;
- l'organisation des soins ;
- les dispositions relatives à la sécurité ;
- les plans blanc et blanc élargi ;
- les consultations, l'admission, le séjour et la sortie du patient ;
- les soins et l'information sur les soins ;
- les dispositions relatives au personnel.

Ce règlement intérieur s'applique également à la Maison d'accueil spécialisée.

Des dispositions spécifiques aux structures rattachées à l'EPSMA sont permises. Ces établissements médico-sociaux disposent de leur propre règlement. Ils peuvent déroger au règlement intérieur de l'EPSMA en fonction de la spécificité de leur mission.

4.1.2 La restauration

La nécessité d'une rénovation coûteuse de sa cuisine centrale qui n'était plus aux normes a conduit l'établissement à rechercher une solution extérieure pour la restauration : le recours à un groupement d'intérêt public (GIP) formé avec le centre hospitalier général de Troyes qui est mis en œuvre depuis le 1er avril 2010.

La cuisine ne compte plus que deux agents chargés de la prise des commandes. Les stocks sont limités à trois jours de consommation, ce qui implique la nécessité d'un cycle de transport régulier et de mise en chambre froide jusqu'à quelques heures avant la consommation. Chaque pavillon est chargé de la remise en température et est doté pour ce faire des fours nécessaires. Les menus sont établis par le GIP de Troyes en liaison avec les services de l'hôpital. Ils tiennent compte des problèmes d'allergies, des régimes médicaux (avec ou sans sel, hypercaloriques, diabétiques...). Il n'est, toutefois, pas possible d'obtenir des menus halal qui nécessiteraient des commandes spéciales dont la difficulté a conduit à y renoncer et à s'efforcer de prévoir des repas essentiellement végétariens dont le caractère répétitif et peu varié fait l'objet de critiques de la part des patients concernés.

La nourriture est considérée par les patients comme insuffisante en quantité, en qualité et en variété, ce qui fait l'objet de difficultés avec le GIP. La direction de l'hôpital a demandé une plus grande qualité et quantité dans les menus. Des problèmes se posent, en particulier, à propos des patients hospitalisés dans les structures de moyens et longs séjours pour lesquels il faudrait augmenter les rations de féculents et de légumes pour éviter les carences alimentaires menaçant certains patients.

De plus, il arrive fréquemment que se produisent des erreurs de livraisons qu'il n'est pas simple à rattraper en raison du fait que Troyes est distant de 45 km.

Les menus sont programmés par le GIP théoriquement sur six semaines, mais il vaudrait mieux considérer que les cycles réels sont de trois semaines car les trois dernières ne sont que la répétition des précédentes, à quelques rares variantes - peu significatives - près.

Des questionnaires de satisfaction font pourtant ressortir un taux de satisfaction de 65 %, alors que des pétitions de patients mettent clairement en cause un problème de quantité et le cahier de grammage constate un déficit de 20 à 30 % sur les protéines. Tous les deux ou trois jours, sont rédigées des fiches d'événement indésirable portant sur la quantité de nourriture.

Ces constatations conduisent l'établissement à s'interroger sur la pertinence du maintien de l'adhésion au GIP, surtout lorsque l'on sait, comme il a été indiqué plus haut (cf. § 2.4) que le coût de l'alimentation a progressé de 99 % entre 2009 et 2010 et que l'hôpital a dû procéder, hors GIP, à des achats de compléments alimentaires. Des pourparlers seraient entamés dans ce sens avec un autre hôpital, mais celui de Troyes serait alors dans une situation financière gravement préjudiciable.

Dans sa réponse au rapport de constat le chef d'établissement indique : « grâce à des échanges réguliers avec le GIP restauration, engagés depuis fin 2011, des améliorations ont été apportées aux repas des patients :

- amélioration des grammages en protéines et des quantités en légumes depuis fin avril 2012 ;
- retransmission systématique au GIP restauration de toutes les FEI pour qu'ils puissent prendre en considération les doléances des patients, depuis janvier 2012 ;
- saisie directe des repas patients dans les unités de soins, par des personnels soignants formés à cet effet (généralisation à tous les services qui a débuté en janvier 2012 et qui devrait s'achever fin 2012).

Cette démarche permet de proposer aux patients une plus grande diversité de choix dans les plats et présente l'avantage d'éviter des erreurs de retranscription des commandes qui étaient faites jusque là par les deux cuisines de l'EPSMA (d'où une conséquente réduction des erreurs dans les quantités de repas commandés et livrés) ».

4.1.3 La blanchisserie

La blanchisserie a connu récemment des problèmes de discipline et de violences entre les agents. Cette situation serait en voie de résolution : du fait d'une fin de contrat, d'une éventuelle plainte auprès du procureur de la République, d'une traduction en conseil de discipline ou par une affectation au service des cuisines.

Dans sa réponse au rapport de constat le chef d'établissement indique : « les mesures de sanction disciplinaires intervenues à l'encontre des 'agents perturbateurs' ont eu pour effet d'apaiser le climat social en blanchisserie. Aucune difficulté relationnelle n'a été constatée depuis ».

La blanchisserie traite 1,5 à 1,6 tonne par jour avec un effectif théorique de douze agents.

Les horaires du service sont de 7h à 14h42 et, pendant les deux mois d'été, de 6h à 13h42.

Un audit a considéré que si le service de la blanchisserie était confié à une entreprise extérieure, son coût serait plus élevé. Il traite le « grand plat » et le « petit plat », draps, torchons, taies d'oreillers aussi pour la maison de retraite.

Le linge à traiter est placé, selon la catégorie, en sacs de couleurs différentes. Tout le linge est marqué par un code de couleurs différent selon les bâtiments et est remplacé automatiquement. En principe, il n'y a pas de linge supplémentaire mais il en est parfois demandé. Les responsables du service considèrent que l'idéal serait de disposer d'une dotation journalière à la blanchisserie mais la place manque pour cela.

4.1.4 Les activités communes

4.1.4.1 Le centre social

Il est organisé autour de la cafétéria et regroupe divers espaces de convivialité :

- un coin salon avec un piano ;
- une petite laverie avec deux machines à laver et un sèche-linge (coût d'utilisation de 2 euros) dont se servent deux ou trois fois par jour essentiellement des patients de moyen séjour ;
- un atelier d'ergothérapie culinaire doté d'un four, d'une cuisinière, d'un réfrigérateur, d'un four à micro-ondes, d'un évier avec une paillasse, d'une table et de chaises pour accueillir les patients ;
- une grande salle de sport avec des paniers de basket-ball, des barres de tractions et des appareils de musculation, fréquentée par des patients des divers pôles, encadrés par un infirmier.

La cafétéria

La cafétéria est ouverte de 8h30 à 11h30 et de 13h à 16h du lundi au samedi. Elle est fermée le dimanche et les jours fériés.

Les patients autorisés s'y rendent seuls ou accompagnés. Les familles y ont également accès avec eux. Sa fréquentation est variable et difficilement quantifiable selon l'heure et les jours de la semaine. La responsable estime qu'en moyenne soixante personnes y viennent quotidiennement.

La cafétéria est située dans un bâtiment excentré en forme de rotonde largement vitrée comportant un vaste espace intérieur pourvu de nombreuses tables et chaises, d'un local de réserve, de toilettes, d'une grande terrasse couverte extérieure avec des tables et chaises en plastique ainsi qu'un espace pour jeu de boules. Dans la partie intérieure, agrémentée de nombreuses plantes vertes, d'un aquarium et d'un baby-foot, se trouve un grand comptoir avec un percolateur, une machine à café et un poste de télévision. Les patients et leurs visiteurs peuvent y consommer diverses boissons : *Coca-Cola*™ (1,20 euro), jus de fruits (1 euro), limonade (0,80 euro), verres de lait ou de sirop (0,30 euro), eau minérale plate ou pétillante (1 euro), grand café (1,20 euro), petit (0,60 euro), chocolat, cappuccino ou thé (0,50 euro). Ils peuvent également trouver des bonbons, des chocolats, des friandises, des gâteaux (0,50 euro, 1 euro ou 1,60 euro). Par ailleurs, sont en vente des produits d'hygiène, de la bijouterie, de la maroquinerie, des réveils, des postes de radio, des piles, ...

Dans le cadre de la cafétéria, des animations sont organisées. Elles peuvent être mensuelles (karaoké, Fête de la musique, Noël, carnaval, Halloween...) ou ponctuelles (jeux de boules sur l'esplanade, mini-kermesses). A ces occasions, des goûters avec gâteaux et boissons sont prévus et des photos des participants sont prises..

Depuis février 2011, des petits déjeuners sont organisés à la cafétéria les mercredis et vendredis. Le plateau à 2 euros comporte café ou chocolat ou thé ou capuccino et croissant. L'après-midi, les patients peuvent avoir des chaussons aux pommes.

Le salon de coiffure

Un salon de coiffure très bien équipé et qui jouissait d'une bonne fréquentation ne fonctionne plus depuis le départ de la coiffeuse qui a pris sa retraite le 31 décembre 2010 après de nombreuses années passées à l'hôpital. Depuis, les patients qui souhaitent se faire coiffer se rendent en ville, accompagnés. Pour ceux qui ne peuvent se déplacer, un coiffeur peut venir dans l'établissement.

La gestion du centre social

Le centre social est géré par l'association Entr'aides (affiliée à l'association Croix-marines) qui fonctionne avec des agents mis à sa disposition par l'hôpital. Ses heures d'ouverture sont : du lundi au jeudi de 8h à 11h45 et de 13h15 à 16h30, le vendredi, de 9h30 à 12h et de 13h à 16h30 et, le samedi, de 9h30 à 11h45 et de 13h30 à 16h.

Elle met à la disposition de toutes les structures trois véhicules de neuf places servant pour les sorties et séjours thérapeutiques et une fourgonnette pour les achats.

En moyenne, il y a quarante et une sorties et trois séjours thérapeutiques par an. Les séjours se passent dans des gîtes, soit en Bretagne en bord de mer, soit, par exemple, dans le Sud de l'Espagne. Les frais de ces sorties et séjours sont facturés à l'hôpital et remboursés à l'association par la Trésorerie de Brienne-le-Château.

Par ailleurs, l'association est propriétaire, depuis 1987, d'un hôtel dans la commune de Brienne-le-Château, où peuvent être accueillis vingt et un locataires, soit en chambres individuelles, soit dans quatre studios pour un loyer, tout compris (dont eau, électricité et produits de ménage), de 226 à 326 euros par mois. Les services payants d'une femme de ménage sont disponibles à raison d'une demi-heure par semaine et par logement. Le montant de l'aide personnalisée au logement constitue un butoir pour la participation demandée aux patients. Les paiements sont effectués par les tuteurs. Certains considèrent que cela ne serait pas de nature à favoriser une prise de conscience par les patients.

Pour des patients en hôpital de jour, des appartements sont loués par Entr'aides. L'association n'assure que la gestion financière.

L'association organise, le mercredi matin au centre social, un petit déjeuner avec viennoiseries, gâteaux, pâtisseries, café, chocolat et lait chauds.

4.1.4.2 La bibliothèque

Elle est composée de deux tables et quatre chaises pour les lecteurs et d'un meuble de bibliothèque vitré contenant six colonnes de six étagères avec des romans, des livres d'enfants, de la littérature fantastique, des ouvrages sur la nature,... Très peu de lecteurs fréquentent l'endroit.

4.1.4.3 Les ateliers thérapeutiques

Dans le cadre du pavillon les Ormes, divers ateliers thérapeutiques, très bien équipés, fonctionnent du lundi au vendredi de 9h à 17h et sont très fréquentés par les patients qui, sur prescription médicale, y participent activement et pendant des durées variables selon leur état. Il s'agit d'ateliers de vannerie, de « créalaine⁶ », de décoration sur papier, de poterie. Les œuvres des patients sont exposées et font l'objet d'une vente annuelle. Le montant des ventes revient à l'association qui l'utilise pour l'amélioration des conditions de vie des patients.

Un projet d'atelier culinaire est en voie de réalisation dans des locaux très fonctionnels et dotés de tout le matériel nécessaire.

Un atelier de musculation fonctionne sous la direction d'un moniteur. Une fois par semaine, il reçoit un maximum de cinq patients dont l'état est stabilisé qui viennent d'eux-mêmes. Une fois par semaine, les patients peuvent jouer au billard et un tournoi est organisé entre eux une fois par mois.

Au pavillon les Charmilles, les patients ont accès, à l'extérieur, à un atelier d'équithérapie et à une piscine. Le pavillon est doté d'une salle de gymnastique douce.

⁶Créations d'objets en laine.

4.1.5 Les soins somatiques

4.1.5.1 La médecine somatique

Sur le site de Brienne, trois médecins généralistes prennent en charge les soins somatiques : un praticien hospitalier temps plein, actuellement en congé maladie, un praticien contractuel et un autre en cours de titularisation. Il n'existe pas d'unité somatique à part entière : chaque somaticien dépend de pôles différents. L'organisation actuelle résulte d'un accord entre praticiens. Il n'y a pas de responsable d'unité.

Ils se sont répartis les unités des trois pôles de façon à ne pas avoir le suivi du même type de patients : l'un s'occupe des Troènes 1 et des Capucines, le deuxième, des Glycines et des Marronniers et le troisième, des Troènes 2 et des Charmilles. Cette répartition change tous les ans.

Avec les trois internes et deux médecins généralistes devenus psychiatres, ils assurent une astreinte à partir de 18h30 tous les jours.

Ils sont présents de 8h30 à 18h30.

Ils effectuent un examen systématique au plus tôt après l'admission du patient. Ils prennent contact avec le médecin généraliste de ville ou de l'institution où était le patient avant son admission afin de recueillir le maximum d'informations et de données, notamment sur les antécédents.

Les médecins généralistes passent tous les jours dans les unités dont ils ont la responsabilité. Ils répondent aux appels des soignants pour une situation urgente et aux demandes des patients.

Lorsqu'un patient est admis à l'hôpital directement en chambre d'isolement, un examen somatique est effectué rapidement après l'arrivée. Un examen plus approfondi est réalisé lorsque l'état du patient le permet. Ensuite le patient isolé est vu par un médecin tous les jours, y compris les samedis, dimanches et jours fériés. « Comme les infirmières effectuent une surveillance régulière, l'examen se fait sur des points d'appel ou une plainte du patient. L'examen somatique des détenus est sommaire ». Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement précise : l'examen des détenus n'est pas plus sommaire que celui des autres patients en chambre d'isolement ».

Chaque patient admis se voit proposer la réalisation d'un bilan biologique d'admission ainsi qu'un électrocardiogramme. Le bilan est adapté en fonction des antécédents du patient.

Lorsque la durée du séjour des patients le permet, les médecins proposent la remise à jour des vaccinations.

L'éducation thérapeutique, notamment alimentaire se fait au cas par cas. Malgré les demandes des médecins, il n'a pas été possible d'obtenir du personnel soignant de mesurer systématiquement et de manière continue le périmètre abdominal afin de détecter la prise de poids liée à la prise de certains neuroleptiques.

Les médecins ont renoncé à la prescription de régimes hypocaloriques : la nourriture proposée était tellement peu goûteuse que les patients ne mangeaient plus rien et allaient ensuite acheter des friandises et des gâteaux à la cafétéria. De même le régime « riche en fibres » destiné aux personnes souffrant de constipation (liée à la prise de neuroleptiques) propose à chaque repas, une compote comme dessert. Les médecins ont tenté, en vain, d'adoucir ce régime, en proposant à la cuisine de donner, le dimanche au déjeuner, une pâtisserie, comme aux autres patients.

Dans l'unité les Marronniers qui héberge des patients déficitaires, le faible taux de protéines dans le sang a obligé le médecin à prescrire des compléments alimentaires pour rééquilibrer les repas proposés aux patients. Ainsi, seize compléments sont administrés chaque jour, au prix unitaire de 1 euro. Dans l'ensemble de l'hôpital, les crèmes et boissons hyperprotéinées sont prescrites à environ vingt patients à raison de près de cinquante unités par jour au total (deux à trois unités par jour et par patient), ce qui représente un montant mensuel de 1 500 euros pour l'EPSMA (hors MAS).

Les consultations spécialisées peuvent être effectuées chez le praticien où le patient était antérieurement suivi.

Le centre hospitalier (CH) de Troyes offre des consultations dans la plupart des spécialités.

Les médecins peuvent y obtenir un scanner en 48 heures, voire en urgence et une IRM dans un délai de quinze jours.

Les soins dentaires sont effectués dans le seul cabinet de Brienne-le-Château encore en activité (au lieu de trois). Un créneau est réservé aux patients de l'EPSMA le lundi matin. En cas de difficulté, les patients sont adressés dans le service de stomatologie du CH de Troyes où les soins peuvent être effectués sous anesthésie générale.

Les radiographies sont réalisées dans un cabinet libéral situé à Bar-sur-Aube à vingt minutes de Brienne-le-Château.

Tous les transports sanitaires sont effectués par une société d'ambulances privée.

4.1.5.2 La pharmacie

La pharmacie occupe le rez-de-chaussée du bâtiment « la marquise » situé en face du bâtiment administratif.

L'équipe de la pharmacie comprend deux pharmaciens, praticiens hospitalier à temps plein dont un mi-temps est dédié à l'hygiène et quatre préparateurs en pharmacie prévus à l'effectif. En réalité six sont affectés à ce service pour mener à bien le projet de reconditionner en doses unitaires les médicaments pour l'ensemble des unités de Brienne.

Actuellement le médecin prescrit le traitement sur un logiciel dénommé « Cariatides ». Cette prescription parvient à la pharmacie et aux infirmières qui peuvent la délivrer au patient concerné.

La pharmacie envoie une fois par semaine à chaque unité les médicaments correspondant aux besoins. Ils sont livrés sous forme de plaquettes. Un stock minimum constituant une réserve existe dans les armoires à pharmacie pour faire face aux changements de traitements pouvant survenir dans la semaine. Les infirmières de nuit préparent les piluliers de la journée suivante.

Pour mettre en œuvre le projet dans toutes les unités, des préparateurs se rendent aux Capucines et à la maison d'accueil spécialisée (MAS) pour l'expérimenter : ils préparent les piluliers sur place, à la place des infirmières qui n'ont plus qu'à les vérifier au moment de l'administration du traitement aux patients. « Ainsi la pharmacie sera plus présente dans les unités et les soignants auront une vision différente du médicament »

Le circuit du médicament, notamment les modalités de préparation, avait été mis en cause par la Haute autorité de santé dans le rapport de certification de mai 2010.

Les pharmaciens ont mis en œuvre la traçabilité de l'administration du médicament depuis janvier 2011. Ils vérifient les ordonnances de tous les médecins.

Le logiciel « Cariatides »⁷, choisi par un groupe de travail pluridisciplinaire, ne comporte pas de date de fin de prescription : tant que le médecin prescripteur ne modifie pas l'ordonnance ou n'indique pas que le traitement prend fin, l'ordonnance reste toujours valable, sans que le patient ait besoin d'être revu pour une nouvelle prescription.

Certains médicaments tels que les hypnotiques ne peuvent être prescrits au-delà d'une durée d'un mois : le logiciel envoie alors un message d'alerte, de même pour les benzodiazépines (anxiolytiques) au-delà de trois mois.

Les pharmaciens ont réalisé une analyse « un jour donné » ; sur l'ensemble des prescriptions médicales (hors la MAS) :

- sur 130 patients traités par hypnotiques, 22 % le sont depuis plus de six mois ; 27 % entre trois et six mois et 51 % depuis moins de trois mois ;
- sur 242 patients traités par benzodiazépines, 30 % le sont depuis plus de six mois ; 21 % entre trois et six mois et 49 % depuis moins de trois mois.

Au vu de ces résultats, l'étude sera présentée lors du prochain comité du médicament qui aura lieu le 16 septembre. Les pharmaciens organisent un comité du médicament trois fois par an. Le dernier s'est tenu le 15 avril 2011. Trois des quatre chefs de pôle et un médecin généraliste y ont participé sur l'ensemble de la communauté médicale.

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'un problème récurrent concernait un neuroleptique dont la prescription impose une surveillance biologique mensuelle du fait de ses effets secondaires. Les pharmaciens notent, pour chaque patient bénéficiant de ce traitement, si l'examen biologique a été effectué dans les délais. Il est souvent nécessaire de relancer le psychiatre prescripteur pour que le prélèvement aux fins d'analyse soit prescrit régulièrement.

⁷ Ce logiciel est utilisé dans d'autres établissements de santé.

Avant septembre 2010, date de la mise en œuvre du logiciel, les ordonnances-papier étaient faites pour un ou trois mois et il arrivait fréquemment que les pharmaciens soient obligés de relancer les médecins pour qu'ils renouvellent les prescriptions arrivées à échéance.

4.1.5.3 Le laboratoire

Les médecins généralistes prescrivent des examens. Les prélèvements sont effectués par les infirmières des unités et acheminés au laboratoire du centre hospitalier de Troyes. Une convention lie les deux établissements pour ces examens.

Les résultats sont transmis par courrier à la pharmacie de l'EPSMA. Ils arrivent dans un délai de sept jours.

En cas d'urgence, les médecins généralistes peuvent appeler le laboratoire de bactériologie ou d'hématologie ou de biochimie pour obtenir un résultat. Le problème peut se poser dans le cas où un résultat anormal n'est pas forcément attendu par le prescripteur.

Une fiche d'événement indésirable a été envoyée à la direction pour un résultat d'examen mauvais et envoyé dans un délai long sans message d'alerte.

Un projet d'interconnexion du logiciel « Cariatides » avec celui du centre hospitalier de Troyes aurait été bloqué du fait de difficultés techniques rencontrées par l'hôpital général.

4.1.6 La surveillance

La porte d'entrée du centre hospitalier de Brienne est fermée de 23h à 5h.

Il n'existe ni caméra de vidéosurveillance ni de service dédié à la sécurité.

Un vigile accompagné d'un chien procède à une ronde de nuit autour de l'enceinte du château de Brienne.

4.1.7 Le service de nuit

Les contrôleurs ont effectué une visite de nuit sur le site de Brienne le mardi 19 juillet de 21h à 22h50.

Les personnels prennent leur service à 21h08 pour l'achever à 6h30.

Une première ronde est effectuée à 21h puis, au minimum toutes les deux heures ; la dernière à 6h. Toutes sont réalisées par deux agents.

Durant cette période de travail, les infirmières sont notamment chargées de préparer les médicaments et les plateaux pour les examens complémentaires effectués la journée suivante.

Un médecin généraliste de garde est présent sur le site ; un psychiatre est d'astreinte à son domicile.

Selon les informations recueillies, c'est le médecin généraliste qui est appelé pour une urgence, somatique ou psychiatrique, ce qui implique l'éventuel placement d'un patient en chambre d'isolement et/ou en contention. Le psychiatre ne se déplace que pour signer un certificat indispensable dans le cas d'hospitalisations sous contrainte.

4.2 Le pôle de psychiatrie adulte Sud

Le pôle de psychiatrie Sud assure une présence au centre hospitalier de Troyes dans le cadre des urgences, en y proposant une hospitalisation temporaire et en effectuant des consultations de psychiatrie dans les services de soins somatiques dans le cadre de la psychiatrie de liaison. Il dispose, de plus, d'une unité de cinquante lits située à proximité du CH de Troyes, appelée la clinique psychiatrique de l'Aube.

4.2.1 Les urgences psychiatriques et l'unité d'hospitalisation temporaire de psychiatrie

Lorsqu'une personne se présente aux urgences du centre hospitalier, elle est reçue par l'infirmière d'accueil qui évalue la situation et prépare le dossier administratif. Le patient est ensuite vu par le médecin urgentiste somaticien. Si elle juge qu'une consultation psychiatrique est nécessaire, elle prévient l'équipe de psychiatrie située dans les locaux de l'unité d'hospitalisation temporaire (UHT) de psychiatrie. Il s'agit d'une unité qui comprend six chambres individuelles et quatre chambres d'isolement.

4.2.1.1 Les locaux de l'unité d'hospitalisation temporaire

L'UHT est située au niveau « B rez-de-chaussée » du centre hospitalier de Troyes. Les personnels appartiennent à l'EPSMA et exercent leur activité dans des locaux d'un autre établissement de santé par convention. L'activité de l'UHT est comptabilisée par le CH de Troyes qui gère les dossiers patients et la logistique est répartie sur les deux centres hospitaliers.

Le règlement intérieur de l'unité indique : « les portes du service sont fermées pour des raisons de sécurité ».

L'unité d'hospitalisation de courte durée comprend :

- **quatre chambres d'isolement** identiques : chacune mesure 4,20 m sur 2,75 m soit une surface de 11,55 m² et comporte un lit scellé, une table adaptable, une chaise, deux appliques murales dont une veilleuse, un radiateur, un détecteur de fumée et une poubelle. La lumière extérieure provient de carreaux en verre cathédrale et d'un vasistas, situé au-dessus, qui s'ouvre. Le climatiseur n'est pas en état de fonctionnement. Il n'existe pas de bouton d'appel.

Selon l'état du patient isolé, on lui laisse un seau hygiénique ou un pistolet ou on l'accompagne au WC.

Les peintures des murs des chambres n° 2 et 4 sont dégradées ;

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement affirme que l'UHT comprend non pas quatre chambres d'isolement mais « quatre chambres de contention et exceptionnellement d'isolement ». Telle n'est pas la présentation qui en a été faite lors de la visite des contrôleurs. De même, le climatiseur fonctionne selon lui, alors qu'il ne l'était lors du passage des contrôleurs.

- un WC avec abattant, papier hygiénique, balayette, rampe doté d'un petit lavabo distribuant de l'eau chaude et froide, avec un distributeur d'essuie-mains, et une poubelle ; le miroir a été ôté. La fenêtre est occultée par du papier dans sa partie inférieure sur une hauteur de 0,42m. Le local est muni d'un bouton d'appel ;

- un local ménage avec vidoir ;
- l'office faisant également fonction de salle de repos du personnel. Il contient un réfrigérateur pour la nourriture des soignants et un second pour le stock de secours des patients : il permet de donner une collation (yaourts, fromage..) à un patient qui arriverait dans la soirée ou la nuit ;
- une douche en accès libre dans la journée, munie d'un bouton d'appel. Elle est dotée d'une porte coulissante en plexiglas, d'un tapis, d'une poubelle, d'une chaise et d'un lavabo avec miroir ;
- la salle de soins contenant les dossiers des patients, l'armoire à pharmacie avec un coffre pour les toxiques. Il n'existe pas de défibrillateur ou de trousse d'urgence : en cas de besoin, il est fait appel au SAMU qui intervient en deux minutes ;
- la lingerie pour le linge propre avec des pyjamas, des draps et une petite réserve de vêtements provenant de dons ;
- une réserve pour le petit matériel de soins ;
- dans le couloir se trouve une fontaine à eau, un panneau d'affichage avec la charte du patient, la charte de la laïcité, la charte de l'utilisateur en santé mentale et l'affichette annonçant la visite du CGLPL ;
- un bureau pour la secrétaire et le cadre de santé ;
- un vestiaire commun pour les hommes et les femmes ;
- un WC pour les patients ;
- une douche avec rampe, tabouret et bouton d'appel ;
- une salle de détente avec un poste de télévision à écran plat, sept chaises, deux fauteuils relax et une table basse. La télécommande demeure dans le poste de soins en raison de vols ;
- **six chambres individuelles** identiques dans leur surface et leur équipement :
 - la chambre n°10 mesure 3,40 m sur 3,10 m soit une surface de 10,54 m². On y pénètre par une porte pleine d'une largeur de 1,15 m. Elle comporte un lit médicalisé, une table de 0,80 m sur 0,60 m avec un tabouret, un placard de 1,50 m de haut, 0,50 m de profondeur et 0,60 m comportant un tiroir et un côté penderie, une poubelle et un radiateur. La pièce dispose d'un lavabo, entouré de carrelage, avec mitigeur et néon. Elle est éclairée par un plafonnier, deux néons placés au-dessus du lit dont un sert de liseuse, deux fenêtres de 1,12 m de large, opacifiées dans leur partie inférieure dont l'ouverture est bloquée et deux vasistas qui s'ouvrent.

Le patient dispose d'un bouton d'appel.

Le sol est en linoléum, les murs sont peints.

La pièce est munie des arrivées d'oxygène, d'air et de vide. Une prise télévision est installée.

- à l'extrémité du service se trouve la **zone de consultations**, dont l'accès peut se faire directement dans le couloir, qui comprend :
 - une salle d'attente équipée de sept chaises et d'une table basse sur laquelle sont posées des revues récentes ;
 - un WC avec lavabo ;
 - deux bureaux médicaux.

4.2.1.2 Le fonctionnement

Dans le service des urgences, dans tous les cas, un examen somatique est effectué par un praticien pour éliminer un problème somatique qui se traduirait par un tableau clinique d'apparence psychiatrique.

Si l'infirmière d'accueil a prévenu l'UHT, la consultation est réalisée par un psychiatre dans les locaux des urgences ou dans ceux de l'UHT qui dispose de bureaux d'entretien.

Pour les patients amenés par la police ou la gendarmerie, il existe aux urgences, une pièce dite « de constat » équipé d'un lit et de deux chaises où se déroule l'entretien avec le psychiatre.

La consultation peut déboucher dans environ deux tiers des cas sur la décision du retour au domicile du patient avec une ordonnance et un rendez-vous au centre médico-psychologique (CMP)⁸. Le délai serait de quinze jours pour rencontrer une infirmière qui évaluera la situation.

Le psychiatre peut décider d'hospitaliser le patient dans l'unité temporaire de psychiatrie. Il s'agit d'hospitalisations libres dans un premier temps, même si l'arrivée du patient peut avoir été « musclée ». Ce temps d'hospitalisation, d'une durée limitée allant de quelques heures à quelques jours, dépasse rarement les 72 heures. Il permet l'observation, l'évaluation et l'éventuelle préparation d'une hospitalisation sur demande d'un tiers si l'adhésion du patient n'est pas recueillie alors que son état nécessite des soins.

Le cadre de santé ou l'infirmier tentera de prendre contact avec la famille ou le cas échéant, le tuteur et d'obtenir le certificat nécessaire à l'admission en HDT.

Si le patient est âgé de plus de 65 ans, le cadre essaie de trouver un lit dans l'unité les Glycines, en géronto-psychiatrie sur le site de Brienne-le-Château.

Dans les autres cas, le patient doit être admis à la clinique psychiatrique de l'Aube en hospitalisation libre ou en HDT.

⁸En journée, le rendez-vous au CMP sera pris immédiatement ; en dehors des heures d'ouverture du CMP, les coordonnées seront données au patient.

Les patients qui arrivent en HO, passent par les urgences pour un examen somatique. Le service des urgences contacte l'UHT afin que le psychiatre rencontre le patient et vérifie les documents administratifs. Le patient peut transiter par l'UHT pour un temps très court en cas de besoin de soins particuliers ou s'il faut du temps pour trouver un lit immédiatement à la clinique de l'Aube ou aux Glycines si le patient est âgé de plus de 65 ans, ou aux Charmilles s'il s'agit d'une HO, dans le cadre de l'article 122-1 du code pénal ou s'il s'agit d'une personne détenue.

Lorsqu'un psychiatre évalue la nécessité d'un placement en HO alors que patient est déjà admis à l'UHT, il contacte un praticien urgentiste qui se rend dans le service. Celui-ci évalue la situation et, le cas échéant, rédige le certificat de demande de HO. En semaine, le cadre de santé de l'UHT prévient le service des hospitalisations pour soins sous contrainte de l'ARS puis envoie par télécopie le certificat médical. Le week-end, le cadre de santé d'astreinte de l'EPSMA organise le futur transfert du patient, trouve immédiatement un lit d'accueil. L'administrateur d'astreinte de l'EPSMA envoie par télécopie le certificat au membre du corps préfectoral d'astreinte.

Le règlement intérieur précise qu'à l'admission le vestiaire est contrôlé et conservé dans une pièce aménagée et fermée à clé. Les patients sont en pyjama prêté par l'hôpital, s'ils n'en disposent pas.

L'affectation dans une des six chambres se fait selon l'état du patient : celui qui requiert davantage de surveillance sera placé dans une chambre située à proximité de la salle de soins.

Durant le séjour dans cette unité, les visites sont autorisées de 13h à 20h dans les chambres. Il n'existe pas de salle dédiée. Selon les informations recueillies, il serait exceptionnel d'interdire les visites.

Les téléphones portables sont retirés à l'admission et placés dans le coffre du poste infirmier. Les patients peuvent téléphoner, sur avis médical, avec le téléphone sans fil du service.

Comme l'usage du tabac est strictement interdit dans les locaux, il est systématiquement proposé aux patients fumeurs des substituts nicotiques. Il arrive cependant que les patients supportent mal ce sevrage. « Le manque de nicotine lié à l'arrêt du tabac ne doit pas empêcher une prise en charge ; un malade dans cette situation sera adressé prioritairement à la CPA » ; le chef d'établissement conteste cette affirmation rapportée aux contrôleurs.

Le règlement intérieur indique également que le patient ou son représentant légal peut demander une sortie contre avis médical, après un entretien avec le médecin. « A défaut, la sortie serait considérée comme une fugue et pourrait entraîner le déclenchement de recherches à l'extérieur de l'hôpital. Les patients mineurs et les patients en attente d'une hospitalisation sans consentement ne peuvent demander leur sortie contre avis médical ».

Selon les indications fournis aux contrôleurs, « la contention est souvent utilisée dans le cadre de la surveillance rapprochée pendant une période limitée pour des patients très agités. Un traitement sédatif, de préférence oral y est systématiquement ajouté ; une feuille de surveillance est renseignée ».

L'équipe de l'UHT accueille souvent des soignants des autres pôles exerçant leur activité aussi bien dans les unités intra-hospitalières que les structures extrahospitalières « pour leur montrer ce qu'est une urgence psychiatrique, une agitation et faire disparaître l'image de cow-boy qui reste attachée à l'UHT ».

L'équipe de psychiatrie de l'unité comprend :

- un praticien hospitalier à temps partiel, présent tous les matins ;
- un praticien hospitalier présent le matin et l'après-midi à tour de rôle parmi les cinq du pôle Sud ;
- un cadre de santé ;
- treize infirmiers ;
- cinq aides-soignants dont un sur un contrat de remplacement ;
- un agent des services hospitaliers (ASH).

Le service fonctionne avec deux infirmiers et un aide-soignant le jour et un infirmier et deux aides-soignants la nuit. Un agent de sexe masculin est toujours prévu sur chaque roulement.

La permanence médicale est assurée en journée par un praticien hospitalier du pôle Sud jusqu'à 18h30. Au-delà, c'est une astreinte à domicile prise par seize psychiatres de l'EPSMA⁹.

Lors de la visite des contrôleurs, le 27 juillet à 21h30, la situation était la suivante :

- une patiente hospitalisée le 26 juillet était en chambre d'isolement car elle déambulait dans le service. Elle était en observation ;
- un homme de 81 ans avait été admis le 21 juillet pour un problème psychiatrique et des problèmes somatiques que le somaticien des urgences traitait. Il n'avait pas été accepté en gériatrie et était en attente d'une orientation ;
- une femme avait été admise le 26 juillet pour un état dépressif et souhaitait une hospitalisation libre dans une clinique privée dans les départements de l'Yonne ou de la Nièvre ;
- une femme avait été admise le jour même ; elle était en observation ;
- un homme, déjà hospitalisé à la CPA avait présenté un état d'agitation à son domicile. L'hospitalisation de deux jours dans l'unité a permis d'éviter le retour à la CPA : la sortie était prévue le 28 juillet avec mise en place d'un étayage pour réussir le maintien à domicile ;
- un homme venait d'être admis en fin de journée le 27 juillet, pour un problème d'addiction et d'agitation. Il acceptait l'hospitalisation.

Une chambre individuelle et trois chambres d'isolement étaient vacantes.

⁹Certains praticiens prennent des gardes sur le site de Brienne et sur le centre hospitalier de Troyes, d'autres seulement sur l'un d'eux.

Selon les informations recueillies, lorsque tous les lits sont remplis, il est possible d'utiliser les quinze lits de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) qui sont dédiés aux problèmes somatiques, y compris les ivresses aiguës non agitées et les tentatives de suicide ayant nécessité une prise en charge et une surveillance médicales.

4.3 La psychiatrie de liaison

Le centre hospitalier de Troyes comporte 611 lits de court séjour. Il comprend notamment un service d'urgences, un pôle de médecine, un, de chirurgie, un, dédié à la mère et l'enfant et un, à la gériatrie.

Les psychiatres du pôle se rendent dans les services du centre hospitalier afin d'effectuer des consultations de psychiatrie auprès des malades hospitalisés. Ils vont également rencontrer les patients hospitalisés à l'UHCD pour une tentative de suicide, lorsque leur état permet de réaliser un entretien psychiatrique.

Les psychiatres sont appelés également pour effectuer des consultations dans la chambre sécurisée installée au sein de l'UHCD, si l'état du patient-détenu le nécessite.

Selon les informations recueillies, deux à trois patients seraient vus dans ce cadre tous les jours.

4.3.1 La clinique psychiatrique de l'Aube

4.3.1.1 Éléments généraux

La clinique est une unité de l'EPSMA désectorisée qui a pour mission d'assurer les soins hospitaliers psychiatriques des personnes domiciliées dans le département de l'Aube, quel que soit leur mode d'hospitalisation.

Toutefois sont exclus de la prise en charge :

- les personnes âgées de plus de 65 ans révolus ;
- les personnes détenues ;
- les patients hospitalisés en HO sous le régime de l'article L 122-1 du code pénal ;
- les patients très déficitaires.

Elle comporte cinquante lits, dont dix chambres de surveillance rapprochée et quatre chambres d'isolement.

Les séjours sont de courte durée. Un partenariat est établi avec différentes structures afin d'organiser le suivi après l'hospitalisation. Ces structures sont : les CMP de l'EPSMA, l'Accueil liaison toxicomanie, le foyer « Aube », le foyer « la porte ouverte », l'association nationale de prévention d'alcoologie et d'addictologie.

La clinique travaille en lien avec les quatre secteurs adulte et les deux secteurs infanto-juvenile de l'établissement. Elle travaille aussi en lien avec le service des urgences psychiatriques de l'hôpital général. Il est rapporté aux contrôleurs que cela crée des problèmes d'articulation, notamment en ce qui concerne la pharmacie. Il est également rapporté que la pharmacie de l'EPSMA aurait des délais longs surtout en ce qui concerne les médicaments pour les soins somatiques.

Au jour de la visite, le mercredi 20 juillet, quarante-huit patients étaient présents. Les dix chambres de surveillance rapprochée et deux des quatre chambres d'isolement étaient occupées.

Dans les trois jours qui avaient précédé, la situation était la suivante :

	17 juillet	18 juillet	19 juillet	20 juillet
HO	3	3	3	3
HDT	14	15	16	14
HL	26	26	29	29
TOTAL	43	44	48	46

« En général la clinique est pleine et nous avons une liste d'attente. C'est exceptionnel qu'il y ait de la place » a-t-il été rapporté aux contrôleurs.

4.3.2 La description générale des lieux

L'unité de la clinique psychiatrique de l'Aube a été ouverte le 1^{er} octobre 2008. Auparavant, cette unité se trouvait sur le site des Charmilles à Brienne-le-Château. Elle est installée en face d'un lycée professionnel. Dans le prolongement de la clinique, sur la droite, se situent une association sportive et des jardins ouvriers, en face desquels se trouvent une piscine municipale et le parc Henri Terre qui est un parc arboré avec parcours de santé. L'hôpital général est distant d'environ 500 m.

La CPA est signalisée à son approche immédiate.

Les cinquante lits d'hospitalisation sont répartis en deux secteurs : le A, dit grand secteur, avec trente-deux lits et le B, dit petit secteur, avec dix-huit lits.

La structure s'étend sur 156 m de long et 26 m de large. La partie hospitalisation se trouve, en rez-de-chaussée, sur toute cette surface. A l'étage, les bureaux administratifs et médicaux occupent une surface ne recouvrant pas la totalité du bâtiment.

La clinique possède trois entrées donnant sur la rue Raymond Burgard, l'une pour les piétons, les deux autres pour les véhicules ; elles sont toutes trois, ainsi que la porte d'entrée du bâtiment, dotées d'un digicode et d'une sonnette.

L'entrée du bâtiment est constituée d'un hall d'accueil haut de plafond et lumineux dont les murs sont ornés de tableaux réalisés par les patients. Il est équipé de chaises accolées au mur, d'un poste téléphonique. Dans le hall, sont installés :

- une banque avec la personne chargée de l'accueil ;
- un espace, séparé par un claustra en bois et équipé de quatre chaises et d'une table, plus particulièrement réservé à l'UNAFAM ;
- un bureau réservé aux admissions ;
- après une porte, deux salons réservés aux visites des familles, avec, en face deux WC aménagés pour les personnes à mobilité réduite.

Face à la porte d'entrée du hall, une porte à double battants permet d'accéder à l'unité d'hospitalisation. Elle est en général fermée sauf l'après-midi durant les visites.

Un couloir, de la longueur du bâtiment, dessert :

- sur la gauche, le grand secteur avec :
 - vingt-deux chambres classiques ;
 - dix chambres de surveillance rapprochée. Elles sont identiques aux autres chambres à l'exception de la présence d'un oculus sur la porte et d'un lit médicalisé. Elles sont réservées en priorité aux patients mineurs, à ceux qui sont en cure de sevrage d'opiacés, à ceux qui ont d'importants problèmes somatiques ;
 - quatre chambres d'isolement ;
 - deux patios ;
 - deux salles de bains ;
 - une salle de télévision ;
 - deux petits salons ;
 - un poste de soins ;
 - la salle de soins ;
 - un bureau infirmier ;
 - trois bureaux : un pour le cadre de santé, un pour le médecin avec salle d'examen et salle d'attente, un pour un agent administratif ;
 - les vestiaires et une salle de détente pour le personnel.
- sur la droite, le petit secteur avec :
 - dix-huit chambres ;
 - un patio ;
 - deux salles de télévision ;
 - une salle de bains ;
 - une salle audio-vidéo avec un vidéoprojecteur, un moniteur, un écran rétractable. Ce matériel a bénéficié du soutien financier de l'opération « pièces jaunes » ;
 - une salle pour l'ergothérapie avec matériel de dessin, de peinture, de moulage ;
 - une salle pour la musicothérapie avec une table de massage, un clavier électronique, des livres, des tapis de relaxation, des produits de soins du corps ;
 - une salle de sport avec trois vélos, deux ballons, un petit trampoline ;
 - un poste de soins ;
 - une salle de restauration et un office ;

- un salon.

Entre les deux secteurs, de part et d'autre du couloir, sont répartis des locaux communs (ergothérapie, salle de télévision, ...).

A l'étage, sont installés une salle de réunions et des bureaux : deux pour les médecins, un pour le médecin chef de pôle, un pour le cadre supérieur de santé, un pour l'assistante sociale et un pour le secrétariat.

Un incendie a endommagé une partie de la structure en août 2009. Une patiente avait mis le feu. Il a fallu neuf mois de travaux pour remettre en état cette partie. A cette occasion, il a été noté que le système d'alerte incendie avait été défaillant.

Six fontaines à eau sont installées dans les couloirs. Les agents des services hospitaliers remettent des gobelets en place chaque après-midi, après avoir nettoyé les chambres.

4.3.2.1 Le personnel

Le chef de pôle et deux autres psychiatres partagent leur temps de travail entre l'intra et l'extrahospitalier. Ils consacrent entre 40 % et 60 % de leur activité à la clinique.

Un médecin, non diplômé en psychiatrie, est présent à 80 %.

Un interne en psychiatrie – qui change tous les six mois – est en poste à la clinique. Il assure également les gardes à Brienne-le-Château.

Un médecin généraliste consacre deux demi-journées par semaine à cette unité.

Durant les congés, une organisation interne est mise en place pour assurer la continuité de la prise en charge.

Une cadre supérieure de santé est compétente pour l'ensemble du pôle : la clinique mais aussi les urgences psychiatriques (cf. § 4.2.1) et les centres médico-psychologiques.

L'effectif du personnel comprend :

- un cadre de santé ;
- vingt-neuf infirmiers, dont six hommes, représentant 28,30 ETP ;
- vingt aides-soignants, dont six hommes, représentant 19,80 ETP ;
- quatre aides-médico-psychologiques, dont un homme ;
- douze ASH, dont six hommes ;
- une assistante sociale à 50 % ;
- une psychologue depuis mars 2011, à 60 % ;
- une ergothérapeute : en congé de maternité à la date de la visite, elle n'était pas remplacée et les activités étaient suspendues durant cette période ;

- deux secrétaires médicales et un adjoint administratif faisant fonction de receveur¹⁰, gérant les coffres avec les biens et les valeurs des patients, complètent l'équipe.

Les horaires de travail sont identiques à ceux en vigueur dans les autres unités de l'EPSMA.

L'équipe du matin comprend au minimum quatre infirmiers et trois aides-soignants ou aides médico-psychologiques, celle de l'après-midi, quatre infirmiers et quatre aides-soignants ou aides-médico-psychologiques.

Le service de nuit regroupe deux infirmiers et trois aides-soignants ou aides médico-psychologiques, dont au moins un homme. L'essentiel des créneaux est tenu par des professionnels assurant uniquement des services de nuit.

Du lundi au vendredi, de 9h15 à 17h, une infirmière d'accueil fait le lien entre les équipes du matin et de l'après-midi, veille aux admissions, aux sorties, aux consultations extérieures, ... Deux personnes, retenues sur la base du volontariat, assurent principalement ce service.

Une aide-soignante ou une aide médico-psychologique accueille les familles, chaque jour, entre 14h30 et 18h30 (cf. § 4.3.7.12).

Une réunion de transmissions est organisée à chaque relève d'équipe. Une réunion de synthèse a lieu le lundi matin et le mercredi matin.

Aucun dispositif de protection du travailleur isolé (PTI) n'est en service en l'absence de toute autre structure environnante. Des boutons d'appel se trouvent dans toutes les chambres, si nécessaire.

4.3.2.2 Les patients

Le 19 juillet 2011, quarante-quatre patients, dont une mineure âgée de quinze ans, étaient hospitalisés :

- vingt-cinq hommes et dix-neuf femmes ;
- trois personnes (deux hommes et une femme) étaient en hospitalisation d'office ;
- quinze (huit hommes et sept femmes) étaient en hospitalisation à la demande d'un tiers ;
- vingt-six (quinze hommes et onze femmes) étaient en hospitalisation libre ;
- deux personnes (un homme et une femme) étaient placées en chambre d'isolement.

Le patient le plus jeune avait 15 ans et le plus âgé, 64 ans.

Les durées d'hospitalisation les plus longues étaient :

- en hospitalisation libre, une personne présente depuis 272 jours ;
- en hospitalisation sous contrainte, une personne présente depuis 70 jours.

¹⁰ Durant les périodes de congés, la cadre supérieure de santé et la cadre de santé assurent la suppléance.

La jeune fille de quinze ans était hospitalisée depuis deux semaines.

Le 22 juillet 2011, un jeune patient majeur était sorti à l'insu du service¹¹ et avait été retrouvé au domicile d'un membre de sa famille dans la journée. Il était parti en ouvrant une porte de secours, après avoir donné quelques coups de pied.

4.3.3 Les soins somatiques

Un médecin est présent sur le site tous les jeudis, sauf durant la période des vacances où il n'est pas remplacé, mais il est rapporté aux contrôleurs « qu'un médecin du service est un ancien urgentiste et qu'on fait alors appel à lui. De toute façon, il serait préférable qu'il vienne deux fois dans la semaine, cela permettrait d'étaler mieux les demandes de rendez-vous ». Pour ses consultations, il a à sa disposition une salle d'examen et une salle d'attente. Les traitements antérieurs à l'hospitalisation sont apportés par la famille « car il n'est pas facile de faire venir les médicaments de la pharmacie de Brienne. Des délais administratifs jusqu'à ce jour un peu longs, rendent la demande de médicaments pour soins somatiques très difficile à honorer rapidement ».

Pour les soins dentaires, en cas de nécessité, le patient peut se rendre chez son dentiste accompagné ou seul, suivant la prescription médicale. Pour toutes les autres spécialités, le patient est adressé à l'hôpital général.

Dans le cas d'urgences somatiques, le centre 15 est appelé et le SAMU se déplace facilement.

Les femmes enceintes ou les jeunes mères sont suivies par le service de la protection maternelle et infantile (PMI).

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement demande la suppression de cette phrase. Les contrôleurs maintiennent leur constat.

4.3.4 Les mineurs hospitalisés

Quelques mineurs sont hospitalisés à la clinique, principalement à la suite d'une ordonnance de placement provisoire (OPP). Les mineurs sont adressés en priorité à l'unité de psychiatrie infanto-juvénile de Reims (Marne), mais celle-ci est très souvent saturée.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement précise que les mineurs sont parfois hospitalisés à la suite d'une OPP et qu'ils sont rarement adressés à l'unité de psychiatrie infanto-juvénile de Reims. Les contrôleurs maintiennent leur constat.

La clinique accueille des adolescents de 14 à 18 ans. Quelques-uns âgés de moins de 14 ans ont été hospitalisés mais seulement dans le cadre de mesures de sécurité. « Ce n'est pas notre choix »

Quatre lits sont plus spécialement dédiés pour les adolescents de moins de 18 ans.

L'accueil des mineurs est représenté dans le tableau ci-après. Il y a environ quatre OPP par an.

¹¹Expression utilisée pour désigner une fugue.

	2008	2009	2010
File active	14	19	12
Nb de journées d'hospitalisation	291	380	334

Les mineurs sont toujours placés en chambre de surveillance. « Les relations avec les adultes se passent bien », selon les informations recueillies. Ils sont accueillis quinze jours à un mois maximum puis sont adressés vers le service de psychiatrie infanto-juvénile à Reims ou la clinique de Crosne (Essonne), le « Bel Air ». Ces propos sont réfutés par le chef d'établissement dans sa réponse au rapport de constat.

4.3.5 L'isolement et la contention

4.3.5.1 Le recours à l'isolement

Le recours à l'isolement est fréquent.

Les patients en HL peuvent être mis en isolement dans la mesure où des problèmes d'auto ou d'hétéro-agressivité seraient manifestes. Au bout de 24 heures, lors de la deuxième visite du psychiatre, se pose la question du maintien en isolement. A ce moment là, soit la personne sort, soit il est demandé une HDT péril imminent. Dans ce cas, le tiers sollicité est une personne de la famille ou le tuteur. « Si le patient est en état confusionnel, agité ou difficile, le maintien à l'isolement peut être prescrit ».

Si un patient admis en HL ne veut pas aller en isolement, il peut sortir, même contre avis médical. « On ne va jamais contre la volonté du patient sauf si on estime devoir faire une demande de péril imminent ».

Un patient en isolement est vu toutes les 24 heures par le psychiatre.

Selon les informations recueillies, deux patients en moyenne sont placés en chambre d'isolement et une mesure d'isolement est prise tous les deux jours. Ceux qui arrivent des urgences et qui sont en HO ou HDT sont mis en chambre d'isolement. Il n'existe pas de registre permettant de retracer les mesures d'isolement. Ce constat est réfuté par le directeur dans sa réponse au rapport de constat

4.3.5.2 Le recours à la contention

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'elle est très rarement utilisée.

4.3.5.3 Les chambres d'isolement

Elles sont au nombre de quatre, situées à proximité de la salle des soignants. Elles sont réparties en deux unités distinctes.

Chaque unité comporte un sas d'entrée commun à deux chambres. La porte d'entrée de chaque sas est munie d'un oculus masqué de l'intérieur par une feuille de papier scotchée de manière à éviter les regards indiscrets.

Le sas ouvre, d'un côté sur un WC et de l'autre sur un espace de 3,5 m² comprenant une douche et un lavabo surmonté d'un miroir incassable et déformant. Un bouton d'appel est installé dans chacun de ces lieux ainsi que dans chaque chambre.

Deux chambres ont une surface de 11,21 m² et les deux autres de 12 m².

Elles sont équipées d'un caisson non fixé au sol et surmonté d'un matelas ignifugé. Il n'y a pas de points de contention car la contention n'est jamais utilisée en isolement. Sur les lits vacants sont posés un pyjama et deux couvertures. Il n'y a ni drap, ni oreiller. Dans une chambre sur deux, se trouve un pouf de la même matière que le lit. Un seau hygiénique et du papier toilette sont placés dans chaque chambre.

La fenêtre en double vitrage est barreaudée et donne sur le chemin qui entoure le bâtiment. Elle est à double battants de 0,90 m sur 1,50 m chacun et possède un film occultant sur 1 m de haut. Elle ne peut être ouverte que par le personnel.

La pièce est munie d'un système de climatisation réversible dont le réglage est fait à l'extérieur de la chambre par le personnel. Au moment de la visite, la température était, dans l'une, de 21°C, dans l'autre, de 24°C. La porte de la chambre est munie d'une serrure à cinq points et d'un oculus de 0,30 m sur 0,90 m qui permet de voir toute la chambre mais aussi, pour le patient, de voir l'heure et la date affichées sur une pendule numérique.

Les murs de deux chambres ont été renforcés à la suite d'un acte de violence d'un patient qui avait transpercé la cloison. Le revêtement mural a aussi été changé en enduit granulé beige assez agressif pour la peau.

Les murs des deux autres chambres n'ont pas été refaits et sont revêtus de fibre de verre beige clair.

Ces chambres ne sont jamais utilisées autrement que dans le cadre de patients dont l'état justifie leur mise à l'isolement et jamais en dépannage faute de lits disponibles.

Au jour de la visite, le mercredi 20 juillet, deux patients étaient placés en chambre d'isolement, chacun dans une des deux unités. L'un de façon continue 24 heures sur 24, pour violence sur le personnel et les autres patients, l'autre, de façon séquentielle quelques heures par jour.

4.3.6 Les modalités d'arrivée des patients

Quelques patients proviennent des CMP mais la grande majorité est adressée par le service des urgences psychiatriques de l'hôpital général. Le point est fait au moins deux fois par jour avec la clinique psychiatrique de l'Aube sur le nombre de lits disponibles. Les mouvements de sorties et d'entrées sont quotidiens.

La clinique fonctionne en général avec une liste d'attente. Les patients en HDT sont admis en priorité par rapport à ceux en HL.

La plupart du temps, les patients sont amenés par ambulance ou véhicule sanitaire léger. Dès leur arrivée, un entretien d'évaluation de leur situation est réalisé. Cet entretien se fait toujours à deux avec un(e) infirmière et un(e) aide-soignant(e). L'existence d'un régime alimentaire est abordée ; dans ce cas, il est mis en place dès le premier ou le deuxième repas.

Un inventaire des valeurs est réalisé et sont retirés au patient les objets de valeur, les espèces, cartes de crédit, chèques bancaires et objets interdits ou dangereux. Il est rapporté aux contrôleurs que de la drogue, des couteaux, voire même des armes à feu ont pu être ainsi confisqués et mis au coffre.

La notification des droits est faite avec le bureau des admissions, à l'instar de ce qui est pratiqué à Brienne-le-Château.

La chambre est montrée au patient et, si son état le permet, une courte visite de la clinique est effectuée pour lui expliquer oralement le déroulement de la vie du service. Un livret d'accueil spécifique à la clinique et le règlement intérieur lui sont remis ; ce dernier est affiché dans chaque chambre. Le patient est ensuite vu, dans la journée, par un psychiatre.

Avant l'arrivée du patient à la clinique, le psychiatre du service des urgences a donné des indications sur l'état du patient et a signalé s'il nécessite d'être mis en chambre d'isolement. Dans ce cas, à son arrivée à la clinique, le personnel soignant l'y placera, même en l'absence du psychiatre du service. Il est rapporté aux contrôleurs que celui-ci est prévenu dans l'heure de cette mesure.

4.3.7 La vie quotidienne

4.3.7.1 Les chambres

Hors les quatre chambres d'isolement (cf. § 4.3.5.3), la clinique dispose de cinquante chambres dont dix sont dites « à surveillance rapprochée ».

Les chambres classiques

D'une surface de 18,5 m², chaque chambre, identique aux autres (hors chambres d'isolement), comprend deux espaces : une espace de vie de 14,5 m² et un cabinet de toilette de 4 m², cloisonné et fermé par une porte.

Un lit ordinaire, non médicalisé, avec une table de chevet, une table, une chaise et un fauteuil constituent l'équipement. Un placard, équipé d'un cadenas, sert à ranger les affaires personnelles.

Un radiateur est situé le long d'un mur.

Une fenêtre basculante, commandée par une poignée, ouvre soit sur un patio, soit sur l'extérieur du bâtiment. Un luminaire, commandé par un interrupteur situé dans la chambre, est fixé au plafond. Un détecteur de fumée est installé à proximité.

Au-dessus du lit, une rampe lumineuse sert de lampe de chevet. Le bouton d'alarme est placé à cet endroit ; lors de la visite, aucun n'était en état de fonctionnement. Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique que cette phrase est à supprimer.

Près de l'entrée, est installé un bouton d'appel relié à la salle de soins.

Le sol est recouvert d'un linoléum et les murs sont peints.

Aucune décoration n'orne les murs. Aucun panneau ne permet de mettre en place des photographies. Dans une chambre (n°29), les contrôleurs ont observé qu'un patient en avait posé quelques-unes au-dessus de la rampe lumineuse.

Le cabinet de toilette comprend une douche, un lavabo avec un miroir et une tablette, un WC à l'anglaise.

L'ensemble est propre.

Les chambres « à surveillance rapprochée »

Ces dix chambres sont regroupées le long d'un couloir du secteur A, à proximité de la salle de soins.

Elles se distinguent des chambres ordinaires par :

- un hublot de 30 cm de diamètre, dans la porte pleine en bois, permettant de voir l'intérieur de la chambre ;
- le lit médicalisé ;
- aucune poignée n'autorisant le basculement de la fenêtre dans cinq de ces dix chambres.

Ces chambres sont attribuées :

- aux patients mineurs ;
- aux patients sous contention, cette mesure n'étant jamais prise dans une chambre classique ;
- aux patients confrontés à des problèmes somatiques importants ;
- aux patients en cure de sevrage aux opiacés.

Comme dans les autres chambres, les portes ne sont pas fermées à clé, sauf pour les personnes placées sous contention. L'accès à ces chambres est libre ; elles peuvent être exceptionnellement fermées en journée sur prescription médicale mais « cela n'a eu lieu que trois fois depuis l'ouverture ».

Les patients sont soumis au même régime que ceux hospitalisés dans les autres chambres et peuvent circuler dans l'établissement dans les mêmes conditions. Il a été indiqué que l'appellation « à surveillance rapprochée » avait été adoptée faute de terme plus approprié mais qu'aucune surveillance particulière n'était mise en œuvre. Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement précise : « une surveillance particulière est mise en œuvre ».

4.3.7.2 L'hygiène

Les patients utilisent généralement leur nécessaire de toilette. L'établissement fournit les produits à ceux qui en sont dépourvus.

Les toilettes sont généralement faites avant le petit déjeuner. Les soignants aident les patients qui ne sont pas suffisamment autonomes.

Les rasoirs sont distribués avant la toilette et récupérés ensuite.

Trois salles de bains (deux dans le secteur A et une dans le secteur B) sont à la disposition des patients.

Les chambres sont nettoyées chaque jour par les ASH. Les contrôleurs ont constaté la propreté des locaux.

4.3.7.3 L'entretien du linge

Chacun des deux secteurs dispose de deux pièces : l'une pour le linge propre, l'autre pour le linge sale.

En règle générale, les patients conservent leurs vêtements et leur linge personnels. Les familles, qui viennent régulièrement, en assurent l'entretien. Pour quelques personnes sans visite régulière, la clinique, qui dispose d'une réserve constituée par des dons, prête des effets et en assure gratuitement le nettoyage.

Une patiente a indiqué qu'elle lavait des sous-vêtements dans son lavabo, pour plus de facilité.

Des bacs de couleurs différentes servent à déposer les affaires à laver : le bac rouge pour les draps et les dessus de lits ; le bac bleu pour les serviettes de table, les taies d'oreiller et de traversin ; le bac vert pour les alèses, les chaussettes, les serviettes et gants de toilette, les couvertures ; le bac jaune pour les chemises de nuit, les maillots de corps, les slips, les pyjamas ...

Le principe d'autonomisation des patients conduit à les laisser gérer le changement de leurs draps, même si les soignants effectuent un contrôle hebdomadaire.

4.3.7.4 La restauration

Les repas sont fournis par la cuisine centrale du groupement interhospitalier.

Les menus de la semaine sont affichés sur la porte du réfectoire ; celui-ci est installé entre les deux secteurs. Il s'agit d'une pièce d'une surface de 90 m² bénéficiant de deux baies vitrées donnant sur l'extérieur du bâtiment. Le sol est carrelé et les murs peints d'un côté en jaune, de l'autre en vert pâle. Des tableaux de peinture réalisés par les patients décorent la pièce.

Six tables pour quatre personnes sont placées le long des deux baies vitrées, une table pour quatre et une autre pour deux sont installées le long d'un mur, et deux tables de huit personnes et une table de six personnes sont situées au centre de la pièce. Un buffet bas et une fontaine à eau se trouvent sur le quatrième côté.

Un chariot utilisé pour déposer des plateaux et un ventilateur sont en place.

Aucune place n'est attribuée et les patients s'installent par affinités.

Contrairement à ce qui a été observé à Brienne-le-Château, des plateaux avec des portions individuelles sont préparés par la cuisine centrale. La remise en température est effectuée dans l'office contigu au réfectoire.

A table, les patients utilisent des couverts en métal et des verres.

Des menus adaptés aux régimes prescrits peuvent être commandés directement par les soignants auprès de la cuisine centrale. La mise en œuvre de la mesure est immédiate. A la date de la visite, six personnes étaient concernées : deux pour un régime hyperprotéiné et hyper calorique, un pour un régime « mouliné », un pour un régime « semi-haché », un pour un régime « mixé sans latex »¹² et un pour un régime « sans sel ».

¹²Ce régime ne comporte ni kiwi, ni banane, ni avocat, ni châtaigne.

Il n'est pas servi de collation dans l'après-midi, sauf le dimanche.

Les patients se plaignent de la quantité des portions, jugées souvent insuffisantes, notamment le soir.

4.3.7.5 Le tabac

Dans ce pôle, les patients conservent leurs paquets de cigarettes et leur briquet. La patiente qui avait mis le feu à sa chambre en 2009, de nouveau hospitalisée à la date de la visite, faisait cependant l'objet d'une attention particulière.

Contrairement à ce qui a été observé dans les pôles à Brienne-le-Château, aucune limitation de la consommation quotidienne n'a été fixée.

Il est interdit de fumer à l'intérieur du bâtiment. Les fumeurs se rendent dans les patios où des cendriers sont installés (cf. § 4.3.7.11).

4.3.7.6 La télévision

Trois salles de télévision sont réparties dans les locaux : une, dans le secteur A, une, dans le secteur B, une, dans la zone située entre les deux secteurs.

Un téléviseur à écran plat, des sièges et une table équipent chacune de ces pièces.

Dans deux salles, la télécommande était à la disposition des patients qui pouvaient ainsi sélectionner la chaîne qu'ils désiraient regarder. Dans la troisième, la télécommande avait disparu.

Les contrôleurs ont observé que la salle placée en position centrale était plus fréquentée. Dans les autres, seules deux ou trois personnes étaient présentes simultanément. A plusieurs reprises, les patients se sont plaints de l'impossibilité de capter TF1.

4.3.7.7 Le téléphone

A l'arrivée, les patients possédant un téléphone portable le remettent aux soignants. L'appareil est conservé à la bagagerie, dans un casier nominatif. Ensuite, chaque jour, entre 10h et 12h et entre 17h et 20h30, les personnes hospitalisées peuvent récupérer leur appareil pour consulter leur messagerie et téléphoner à partir de leur chambre ou du hall d'accueil ; elles le restituent à l'issue. Un cahier de suivi, conservé dans la bagagerie, permet de noter les mouvements ; il met en évidence que les patients récupèrent régulièrement leur téléphone.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « le service souhaite préciser que cette organisation n'est plus d'actualité depuis septembre 2011, les patients gardent leur téléphone avec eux ».

Cinq *points phone* sont installés au sein de la clinique.

Quatre, permettant uniquement de recevoir des appels, sont placés dans les couloirs : un dans le secteur A, un dans le secteur B et deux dans le couloir reliant les deux secteurs.

Trois sont identiques : le poste téléphonique mural, sous lequel se trouve une tablette, est protégé par une bulle transparente en plastique qui ne garantit pas la confidentialité des conversations. Comme les contrôleurs ont pu l'observer à plusieurs reprises, les propos tenus par les patients sont facilement entendus par les personnes circulant à proximité.

Le quatrième poste, implanté dans le couloir de liaison, est un appareil fixé au mur, sans aucun aménagement.

Le cinquième *point phone*, servant à appeler et à être appelé, est placé dans le hall d'accueil. Il fonctionne avec des cartes. Une affiche précise : « Les nouvelles cartes téléphoniques France Télécom à 7,50 euros et 15 euros fonctionnent dorénavant à notre point phone. Vous avez aussi la possibilité d'acheter un ticket téléphone à partir de 5 euros dans un bureau de tabac muni d'un système informatique ».

Un panneau *France Télécom* mentionne le numéro d'appel du *point phone*, fournit les explications d'utilisation et précise les modalités d'emploi des cartes.

Fixé au mur, le téléphone n'est protégé par aucun dispositif alors qu'il se trouve dans un lieu de passage très fréquenté, où des personnes viennent s'installer sur les sièges installés sur le pourtour de la pièce.

A la date de la visite, sur prescription médicale, deux patients n'étaient autorisés ni à appeler, ni à être appelés, et trois ne pouvaient pas appeler. Les autres accédaient librement au téléphone.

4.3.7.8 Le courrier

Un vaguemestre gère le courrier à l'arrivée et au départ. Il se rend à *La Poste* où une boîte postale est affectée à la clinique.

Aucune boîte aux lettres n'est installée dans le bâtiment. Les patients remettent leurs courriers aux soignants.

Il a été indiqué que les lettres au départ étaient remises fermées et que celles à l'arrivée étaient distribuées sans être ouvertes.

4.3.7.9 L'informatique et internet

Aucune station informatique n'est à la disposition des patients.

Un réseau *wifi* est en place au sein de la clinique et des boîtiers sont visibles dans les couloirs. Ce réseau est réservé aux activités des soignants qui peuvent enregistrer directement les médicaments distribués sont enregistrés à l'aide d'un ordinateur portable.

4.3.7.10 Les activités

Cinq salles dédiées aux activités se trouvent dans la portion centrale, le long du couloir reliant les deux secteurs dont le bureau de l'ergothérapeute, une salle orientée vers le sport avec des vélos d'appartement et une salle vidéo.

A la date de la visite, l'ergothérapeute était en congé de maternité et n'était pas remplacée. Ses activités étaient donc suspendues.

Des activités sont menées par les aides-soignants ou les aides médico-psychologiques. Tout au long de l'année, chaque semaine, du lundi au vendredi, une personne, qui travaille alors de 9h30 à 17h15, assure cette fonction. De la peinture et du dessin y sont notamment effectués. Le soignant prend alors en charge des petits groupes de quatre à six patients.

Ce poste n'était pas tenu le jour de la visite et ne devait pas l'être le lendemain, en raison de congés de maladie.

Plusieurs patients, rencontrés par les contrôleurs, se sont plaints du manque d'activités.

4.3.7.11 Les promenades et les sorties

Trois patios sont répartis dans le bâtiment : deux, dans le secteur A et un, dans le secteur B.

Chaque patio, d'une surface de 70 m², est enserré sur deux côtés par les murs soit de chambres de patient, soit de salons ou de salles de télévision, et sur les deux autres côtés par les baies vitrées des couloirs, l'entrée se situant sur l'un d'eux.

Le sol est partiellement couvert de dalles en ciment lavé, le reste étant agrémenté de plantes et d'arbustes. Un cendrier est en place. Lors de la visite, des chaises¹³ étaient à la disposition des patients dans les patios du secteur A ; aucune ne l'était dans le patio du secteur B.

Les contrôleurs ont constaté que des patients s'y retrouvaient en petits groupes pour fumer. Un patio du secteur A, situé près de la salle de soins, est ouvert en permanence, y compris la nuit, pour permettre à ceux qui le souhaitent de pouvoir venir y fumer. Les soignants ont cependant précisé qu'ils veillaient à ce que le patient n'y reste alors pas trop longtemps et qu'il rejoigne sa chambre pour y poursuivre sa nuit.

Les promenades à l'extérieur du bâtiment, dans l'enceinte de la clinique comprenant un espace vert, sont autorisées. A la date de la visite, dix-huit patients pouvaient y sortir seuls et sept n'étaient pas autorisés à s'y rendre même accompagnés. Les soignants, notamment celui assurant l'accueil durant l'après-midi, assurent le filtrage.

Alors même que le portail donnant sur la rue est ouvert et que la clôture délimitant l'emprise est par endroit facilement franchissable, aucun incident n'a été signalé. Les patients peuvent ainsi se rendre à l'extérieur du bâtiment, notamment lorsque les conditions météorologiques le permettent.

Des patients sortent en permission durant les jours de fin de semaine ou en semaine. Entre cinq et douze personnes sont concernées, chaque weekend.

4.3.7.12 Les visites

Les visites sont autorisées chaque jour de 14h30 à 18h30.

Le portail donnant sur la rue est alors ouvert et les visiteurs se présentent à la porte vitrée située à l'entrée du bâtiment, avant d'accéder au hall d'accueil.

Cet endroit, spacieux, ouvert jusqu'au plafond du premier étage, est aménagé avec des sièges sur le pourtour, une fontaine à eau, des tableaux accrochés aux murs. Des plantes vertes agrémentent la salle. Un panneau, fixé à un mur, visible dès l'entrée, permet de connaître les noms du chef de pôle, des psychiatres, du médecin généraliste, de l'interne, du cadre supérieur de santé et du cadre de santé.

Un poste d'accueil a été mis en place à partir de l'effectif existant depuis près de deux ans : un aide soignant ou un aide médico-psychologique assure cette fonction, partagée entre tous les personnels de ces deux catégories.

¹³Le 20 juillet 2011, dans l'une : huit chaises ; dans la deuxième : cinq.

Installé au bureau situé à l'entrée, ce soignant accueille physiquement les familles, s'assure discrètement qu'aucune prescription médicale n'interdit la visite, vérifie le contenu des sacs pour empêcher l'introduction de produits interdits¹⁴, répond aux questions et conseille, oriente le visiteur, l'accompagne jusqu'au salon de visite ou fait appeler le patient, discute avec le visiteur. Les contrôleurs ont constaté que ce travail, mené avec intelligence et doigté, apportait une indéniable valeur ajoutée.

Les contrôleurs ont constaté qu'un visiteur apportait un téléphone portable (avec son chargeur) pour un patient. Le soignant a expliqué les règles en vigueur (cf. paragraphe 4.3.7.7) et a remis un document mentionnant les horaires pendant lesquels les patients pouvaient appeler ou être appelé.

Pour leur part, les patients mettent aussi à profit ce moment, au cours duquel le soignant est plus disponible, pour venir discuter. Les contrôleurs ont observé que le poste d'accueil était très fréquenté : certains venaient y lire le journal (deux exemplaires d'un journal de la presse quotidienne régionale y sont mis à la disposition des patients), d'autres venaient se confier, d'autres encore posaient des questions ; parfois, plusieurs patients s'y regroupaient, sans motif particulier, si ce n'est de parler avec le soignant qui prenait le temps, s'interrompait pour accueillir un visiteur, et reprenait ensuite l'entretien. Il a été indiqué que le soignant occupant ce poste apportait beaucoup à l'équipe lors des transmissions.

Les visites peuvent avoir lieu dans la chambre du patient. Les soignants s'y rendent en fin de journée pour s'assurer qu'aucune denrée périssable n'y a été laissée.

Un espace clos, accessible par une porte donnant dans le hall d'accueil, est réservé aux familles. Deux salons identiques servent aux visites. Chaque pièce, de 12 m², fermée par une porte pleine, est équipée de six fauteuils, d'une table basse, d'un porte-manteau et d'une poubelle. Sur un côté, une baie vitrée donne sur un petit espace vert. En face des salons, deux locaux fermés abritent chacun un WC et un lavabo ; du savon, du papier essuie-mains et un rouleau de papier hygiénique sont en place. Ces salons sont notamment utilisés lorsque des enfants accompagnent les visiteurs pour éviter qu'ils entrent dans la zone de vie des patients. Des personnes ont regretté qu'aucun jeu ou jouet ne soit prévu pour occuper les jeunes enfants et une patiente a indiqué qu'ils ne pouvaient donc pas rester longtemps car ils s'ennuyaient rapidement.

Le(s) visiteur(s) et le patient visité peuvent également sortir du bâtiment et circuler dans l'espace vert délimité par la clôture. Les contrôleurs ont observé que cette possibilité était régulièrement utilisée. Les entrées et sorties sont consignées sur une feuille journalière permettant de connaître la position des malades. Le soignant chargé de l'accueil assure ce pointage avec tact, profitant de ce mouvement pour avoir au moins un petit échange verbal.

Le 20 juillet 2011, en raison de prescriptions médicales, deux patients n'étaient pas autorisés à recevoir des visites. En fin de journée, vingt-deux patients avaient reçu un ou plusieurs visiteurs.

En 2009 et 2010, l'activité de la clinique peut être retracée dans le tableau suivant :

¹⁴ Les gâteaux faits à la maison sont interdits mais les gâteaux en paquet fermé sont autorisés, pour des raisons de sécurité alimentaire.

	Nombre de journées d'hospitalisation	Nombre d'entrées réalisées	Taux d'occupation	Durée moyenne de séjour (en jours)
2009	16 812	711	95%	22
2010	16 930	633	93%	24
Ecart	118	0	-2%	2
%	1%			9%

4.3.8 L'accès à l'exercice d'un culte

Aucun aumônier n'est affecté à la clinique. Celui du centre hospitalier général de Troyes n'y intervient pas.

Une note, apposée au tableau d'affichage situé dans le hall d'entrée, précise : « Si vous souhaitez solliciter une représentant du culte, vous pouvez demander à l'équipe de soins de vous communiquer les noms, adresses et téléphone des personnes autorisées dans l'établissement ».

Selon les informations recueillies, aucune demande n'a jamais été exprimée.

4.3.9 La vidéosurveillance

Treize caméras fixes de vidéosurveillance sont installées dans la clinique. Le hall d'accueil, une salle de télévision et les couloirs en sont équipées. Aucune n'est placée dans les chambres, y compris dans celles à surveillance renforcée et dans les chambres d'isolement ; aucune ne l'est dans les lieux de soins.

Les treize images sont en permanence reportées sur la mosaïque d'un écran plat installé dans la salle de soins. Personne n'est spécialement affecté à la veille.

Les images sont enregistrées et conservées durant sept jours.

4.4 Le pôle de psychiatrie adulte Nord : hospitalisations de moyenne durée

Le pôle Nord est constitué de deux unités : les Charmilles et les Troènes 1.

4.4.1 Eléments communs aux deux unités

Les personnels communs aux deux unités sont :

- un psychiatre responsable du pôle, présent six demi-journées par semaine dont trois, selon lui, au contact des malades ;
- un psychiatre présent quatre demi-journées par semaine ;
- un psychiatre présent sept demi-journées par semaine ;
- deux médecins somaticiens intervenant chacun à mi-temps dans chacune des deux unités ;
- un cadre supérieur de santé affecté à l'ensemble du pôle ;
- un psychologue intervenant six demi-journées sur chacune des structures

- une conseillère en économie sociale et familiale ;
- deux secrétaires affectées à chacune des unités.

Ces temps sont partagés entre les unités de façon à intégrer les besoins des malades et la gestion des situations particulières.

Un tableau de permanence est organisé par le psychiatre responsable du pôle pour désigner un psychiatre d'astreinte dans la journée pour les deux unités.

Le plateau administratif est situé aux Charmilles. Il comprend de part et d'autre d'un couloir central à l'étage du bâtiment :

- les deux bureaux de secrétariat ;
- le bureau du cadre supérieur de santé ;
- le bureau du responsable du pôle ;
- le bureau d'un des deux psychiatres ;
- le bureau de la psychologue.

Dans le prolongement de ces lieux d'administration, deux pièces servent à stocker les vêtements des patients, l'une pour ceux affectés aux Charmilles, l'autre pour ceux des Troènes 1.

Deux autres locaux servent au rangement d'objets de nature diverse.

Dans cette zone, se trouvent un WC, une douche à destination des personnels et la salle de repos des ASH. La porte située au fond du couloir conduit à une des parties des zones d'hébergement du pavillon des Charmilles. Elle est fermée à clef.

Le pôle adulte nord a pour vocation d'accueillir les patients hospitalisés pour une « moyenne durée », en théorie, d'un mois à une année. En pratique, celle-ci est plus longue, notamment parce que les places en unité d'hospitalisation de longue durée sont rares. Le pôle accueille aussi les malades hospitalisés dans le cadre de l'article L 3213-7 du code de la santé publique, ainsi que les personnes détenues en provenance de la maison centrale de Clairvaux, de la maison d'arrêt de Troyes et du centre de détention de Villenauxe-la-Grande en hospitalisation d'office dans le cadre de l'article D.398 du code de procédure pénale.

Hormis ces deux dernières catégories, les entrées ont pour origine la clinique psychiatrique de l'Aube. L'admission directe est rare : elle peut se produire en cas de rechute d'un malade précédemment hospitalisé sur le site ou lorsque l'hospitalisation initialement décidée est déjà repérée comme devant durer.

Les malades quittent le service vers des destinations diverses : l'hospitalisation de longue durée, le retour en hospitalisation libre dans le secteur d'origine ou vers un hôpital de jour intersectoriel (« La parenthèse ») situé à Brienne et l'établissement pénitentiaire pour les personnes détenues.

Le principe de la sortie d'essai est fréquent.

L'affectation des patients dans l'une ou l'autre des unités obéit aux règles suivantes :

- les personnes détenues sont affectées aux Charmilles ainsi que les malades potentiellement les plus agités ;
- les malades les plus chronicisés sont plutôt affectés sur le pavillon des Troènes1.

Des translations entre les deux structures sont possibles. Elles permettent de répondre à des évolutions dans les situations individuelles ou de gérer les conflits pouvant naître entre des patients.

Une réunion clinique se tient tous les mardis de 10h30 à 12h. Elle se déroule alternativement dans l'une ou l'autre des unités. Les personnes qui y participent sont les trois psychiatres, le médecin somaticien, la secrétaire de l'unité accueillante, le cadre supérieur de santé, la psychologue, la conseillère en économie sociale et familiale, un représentant des ateliers thérapeutiques et l'équipe soignante de service du pavillon concerné.

Les échanges portent sur la situation des malades qui posent problème ou suscitent des interrogations. Un compte rendu de ces séances de travail est rédigé par la secrétaire.

Le dernier conseil de pôle a été réuni en 2009.

Des réunions de fonctionnement se tiennent dans chacune des unités, en fonction des demandes ou des besoins.

Les portes des deux unités sont **fermées**. Les sorties des malades à l'extérieur ne sont possibles que sur prescription médicale, quel que soit le mode d'hospitalisation. Cette pratique est explicitée par le souci de prévenir les fugues mais aussi pour que les bâtiments ne deviennent pas de simples centres d'hébergement. « Cette fermeture favorise le lien avec les soignants, les participations aux activités internes et aux ateliers thérapeutiques, pour soigner il faut contraindre ».

La réglementation horaire d'accès aux chambres obéit de fait à la même logique, elle doit favoriser la vie sociale : les patients n'ont accès à leur chambre que pour une sieste et pour la nuit, sauf pendant les weekends où l'accès est libre.

Pour les années 2009 et 2010, l'activité des deux unités intrahospitalières du pôle est indiquée dans le tableau suivant :

	Nombre de journées d'hospitalisation	Nombre d'entrées réalisées	Taux d'occupation	Durée de séjour (en jours)
2009	18 127	188	99%	74
2010	17 679	228	100%	62
Ecart	-448	40	+1%	-12
%	-2,47%	+21%	+1%	-16,2%

4.4.2 L'unité les Charmilles

Le pavillon des Charmilles comporte vingt chambres et quatre chambres d'isolement. Il peut accueillir vingt-sept malades : quatorze en chambre double, treize en chambre individuelle. Lors de la visite, une chambre double était insalubre et désaffectée en raison d'un incendie, cela dans l'attente de la fin des travaux de réhabilitation.

On accède aux espaces de vie des patients et de travail des personnels à partir de la zone administrative qui conduit en franchissant une porte fermée à l'étage de l'aile Sud du bâtiment. L'accès par le rez-de-chaussée, celui des malades et des visiteurs, en bas du pavillon, est situé entre l'aide Sud et l'extension de l'aile Nord. La porte y est vitrée et barreaudée. Une sonnette permet de faire connaître une présence extérieure afin qu'un membre du personnel puisse l'ouvrir.

Les espaces collectifs accessibles aux patients sont :

- un réfectoire d'une superficie de 48 m², équipé de sept tables rondes et vingt-huit chaises en plastique coloré ;
- une première pièce de vie de 80m², qui dans son organisation spatiale laisse place à une partie réservée à la télévision et à une autre, aux activités. La première est équipée de huit fauteuils, la seconde d'une table et de six chaises. Des jeux de société sont stockés dans et au-dessus d'un meuble bas de rangement. Une cloison de type claustra permet de matérialiser l'espace de visualisation de la télévision et l'aire de circulation qui conduit vers la terrasse extérieure ;
- une salle de sport – dont l'accès est fermé à clef –, équipée d'un appareil de musculation multifonctions, d'un vélo d'appartement et d'un sac de frappe suspendu au plafond ;
- une terrasse sur laquelle sont disposés deux grandes tables en plastique et des fauteuils de jardin ainsi qu'un parasol. Pour les fumeurs, un espace protégé des intempéries, rappelant la forme d'un *Abribus*[™], est installé sur le coté droit de la terrasse. Exposée plein Sud, celle-ci peut être en partie protégée du soleil par des stores déroulants. D'une superficie de 150 m², cet espace est entouré d'un grillage rigide de 2,50 m de haut.

Lors de la visite, les deux portes vitrées qui autorisent l'accès à cette terrasse étaient ouvertes, permettant ainsi une circulation libre des malades entre le dehors et le dedans. Il a été indiqué par l'équipe soignante que cette pratique correspondait à la règle, même en période hivernale ;

- une seconde salle de vie, en forme de L, d'une superficie de 70 m², comprenant trois zones : télévision, baby-foot et (située dans la petite barre du L) tennis de table.

Les lieux plus réservés aux personnels comportent :

- une salle de repos et de passage des consignes d'une superficie de 65 m². Elle comprend une partie réunion et convivialité meublée de deux tables accolées et de chaises. Une autre partie équipée d'un bureau, d'un fauteuil, d'un téléphone et d'un ordinateur est le lieu où les patients viennent rencontrer les personnels soignants ;

- une salle de soins de 35m² comportant deux espaces séparés par une cloison sur la moitié de la largeur. Le premier de ces espaces est la salle de soins et d'examen médical. Elle est équipée d'une table d'examen pouvant être manipulée électriquement et d'un négatoscope. Le second espace est le lieu où les infirmiers préparent et distribuent les médicaments. Selon les informations recueillies : « il est satisfaisant en terme d'espace professionnel ». Les infirmiers ont à leur disposition un ordinateur portable pour gérer les prescriptions des médecins.

La distribution des médicaments se fait à la porte de cette pièce le matin, à midi et le soir. Cette pratique est préférée par les soignants à une distribution au moment des repas au sein du réfectoire, les risques d'erreur leur apparaissant comme moindres. Il a été constaté par les contrôleurs que la file d'attente n'était pas trop imposante et que la confidentialité était respectée ;

- quatre bureaux d'entretien.

La partie hébergement des malades est divisée en trois ailes : une aile Nord, une aile Sud et une extension de l'aile Nord.

Dans l'aile Nord se trouvent :

- quatre chambres à un lit ;

D'une superficie de 16 m², avec un bloc sanitaire de 5,15 m², doté d'un WC, d'une douche et d'un lavabo, chaque chambre est équipée d'un lit, d'une table de chevet, d'une table, d'une chaise et de deux placards muraux, de 0,50 m de profondeur et de 0,90 m de large. Beaucoup de vêtements sont stockés dans des sacs poubelle dans d'autres pièces du fait de l'insuffisance de l'espace de rangement. Le nettoyage des chambres est réalisé par les personnels ; il est demandé aux occupants de faire leur lit. Le sol de ces pièces est carrelé, les peintures murales sont exemptes de dégradations importantes et tout autant d'un quelconque élément décoratif. Les fenêtres disposent d'une partie basse qui ne peut être ouverte par les malades et d'une partie haute qui peut l'être afin de faciliter l'aération de la pièce.

- une chambre à deux lits¹⁵ ;
- deux chambres d'isolement ;

La première est dépourvue de sas de sécurité. Sa porte est lourde, 250 kg. Elle est équipée d'une serrure comportant cinq points de sécurité.

La seconde comporte un sas qui est aussi le bloc sanitaire. Une deuxième porte, de même nature que celle donnant accès au sas, lourde, donne accès à la chambre proprement dite. Le même type de porte permet d'accéder au bloc sanitaire qui comprend un lavabo, une douche et un WC, le tout en inox. Un matelas posé à même le sol est le seul élément présent dans les chambres proprement dites qui sont d'une superficie de 9 m².

¹⁵ En travaux lors la période de la visite suite à un incendie provoqué par un des malades qui l'occupait.

Le jour du contrôle, l'une des chambres d'isolement était équipée d'un lit médicalisé. Elle avait servi à accueillir un malade, faute de lit disponible dans le reste de l'hôpital et à la CPA. La porte de la chambre était ouverte et le patient avait accès aux parties collectives du bâtiment. Il pouvait vivre sa journée comme les autres. Cette pratique d'utiliser une chambre d'isolement comme chambre de dépannage n'est pas exceptionnelle, selon les informations recueillies. « La durée d'un tel séjour a vocation à être court, dix journées pour le dernier occupant. Cette durée peut atteindre plusieurs semaines ».

Toutes les portes des chambres sont numérotées et disposent d'un oculus.

Selon les informations recueillies, « les reports des alarmes incendie sont positionnés d'une façon non pertinente et sont de ce fait, pour partie d'entre elles, relativement inopérantes ».

- une salle d'activité ou d'entretien. Séparée des espaces collectifs, elle permet la prise en charge d'un ou plusieurs patients dans des conditions de très grand calme ;
- un lieu de rangement notamment pour ce qui concerne quelques matériels pouvant être dangereux, tels que les rasoirs, les produits de beauté ou d'hygiène, les parfums comportant de l'alcool ;
- une salle de bains, d'une superficie de 6,10 m², dont l'utilisation à l'initiative des patients semble rare. Les personnels soignants s'en servent quand un des malades ne dispose pas de l'autonomie nécessaire.

L'extension Nord comprend cinq chambres individuelles d'une superficie de 11 m², dotées d'un espace sanitaire privatif d'une surface de 3 m².

L'aile Sud comprend un étage. Dans celui-ci, il existe six chambres à deux lits, d'une superficie de 19 m² chacune. Ces espaces sont dépourvus de sanitaires. Ils ne disposent pas de point d'eau. Le mobilier comprend deux lits, deux armoires de 0,50 m de profondeur et de 0,40 m de large, deux tables, deux chaises et un claustra séparateur pour préserver un peu d'intimité aux occupants.

Deux blocs sanitaires collectifs existent à l'étage :

- l'un comprend deux WC, deux douches, quatre boxes lavabo, sans portes, mais séparés par un mur qui monte jusqu'au plafond, le tout étant carrelé. Une salle de bains vient compléter cet espace qui a été refait récemment ;
- l'autre est équipé de deux WC, d'une douche, de trois espaces lavabos fermés par des portes de type « western » et d'une salle de bains. Il est plus ancien dans sa conception.

Les couloirs de circulation sont équipés de placards muraux qui sont utilisés pour ranger les vêtements personnels des malades. Un cadenas et une étiquette nominative permettent de protéger les objets déposés et d'identifier leurs propriétaires.

Pour accéder au rez-de-chaussée de l'aile il faut emprunter un escalier qui comporte cinq marches, un palier puis douze marches.

Le rez-de-chaussée de l'aile Sud comprend quatre chambres individuelles, deux chambres d'isolement et une salle de bains. L'une des chambres individuelles est dépourvue d'espace sanitaire. Elle est meublée d'une façon très sommaire, ne comprenant qu'un lit.

On accède aux deux chambres d'isolement par un sas. Seule l'une des deux est équipée d'un espace sanitaire situé à l'intérieur. Un autre bloc sanitaire est accessible à partir du sas. Le seul élément présent est un matelas posé à même le sol.

Cette zone est la partie de l'hébergement considéré comme l'espace sécurisé de la structure. Il accueille préférentiellement les personnes détenues placées en HO et les malades qui nécessitent une gestion particulière : la porte fermée en journée ou la fermeture la nuit des espaces sanitaires privatifs explique la présence de seaux hygiéniques dans les chambres.

Le 27 juillet, jour de la visite des contrôleurs, la situation des **patients** était la suivante :

- vingt-huit patients étaient hospitalisés : vingt-six hommes et deux femmes ;
- trois patients étaient en chambre d'isolement : l'un porte ouverte toute la journée parce qu'il occupait ce type d'hébergement faute de place dans le reste de la structure ;
- dix patients étaient en HO, dont trois hommes en application de l'article L 122-1 du code pénal ;
- sept patients étaient admis en HDT : six hommes et une femme ;
- la durée la plus longue d'hospitalisation sous contrainte en HO était de onze ans, celle d'une hospitalisation libre de neuf ans ;
- le patient le plus âgé avait cinquante-neuf ans, le plus jeune, dix-sept ans.

L'**effectif** des personnels de l'unité des Charmilles est le suivant :

- douze infirmiers pour un effectif théorique de quinze ;
- dix aides-soignants (dont quatre contractuels) pour un effectif théorique de six ;
- trois aides médico-psychologiques ;
- six ASH.

L'organisation du service se traduit par la présence de cinq personnels soignants en matinée, de quatre l'après-midi et de trois la nuit. Il a été indiqué qu'il s'agissait des effectifs minima pour prendre en charge les patients au sein du bâtiment. Cela rendrait difficile de fait la mise en place de journées thérapeutiques. L'équipe soignante rencontrée a exprimé de façon diversifiée son malaise quant à ses relations avec la hiérarchie du pôle : « impression de n'être ni entendue ni écoutée, avec un sentiment d'abandon de la part des psychiatres jugés comme très absents dans le service et dans la prise en charge des malades ».

Une demande de soutien psychologique a été exprimée quand un personnel a été victime d'un incident grave avec un malade. Une possibilité de supervision de l'ensemble des équipes a également été réclamée ainsi qu'une formation à la gestion des situations difficiles pour permettre un mieux-vivre professionnel.

Dans leur quotidien professionnel, les infirmiers effectuent des entretiens individuels avec les malades à leur demande ou quand ils en perçoivent le besoin. Ces entretiens sont formels ou à travers la médiation d'une activité. Ils ont exprimé leur attachement au droit du patient à choisir son interlocuteur.

La psychologue et la conseillère en économie sociale et familiale semblent également privilégier l'entretien individuel dans le cadre de la prise en charge thérapeutique des malades.

Si les journées thérapeutiques sont énoncées comme rares, il a été fait état cependant de l'importance de l'équithérapie animée par un infirmier de l'équipe des Charmilles et de la contribution d'une infirmière aux prises en charge à connotation sportive, piscine, bowling....

L'organisation de la vie des patients obéit à deux données fortes, le règlement intérieur de l'unité et les prescriptions médicales.

Le règlement intérieur précise les règles suivantes :

Le lever s'effectue entre 7h15 et 8h et le coucher entre 20h et 22h30. Les horaires de repas sont fixés de 8h30 à 8h45 pour le petit déjeuner, à 12h pour le déjeuner, à 19h pour le dîner avec une anticipation d'un quart d'heure pour ce dernier horaire le week-end.

Lors de la visite, il a pu être constaté pour un patient autiste, un aménagement horaire qui l'amenait à prendre ses repas au réfectoire, pour lui permettre de vivre ce moment de la journée en dehors de la chambre et le préserver de la collectivité.

L'achat de denrées alimentaires lors des sorties en ville est fortement déconseillé, en tout état de cause très contrôlé, notamment pour des questions de stockage dans un endroit approprié pour les denrées périssables et de gestion pour la plupart des malades. A l'occasion des visites, la tolérance semble plus forte.

Les traitements sont distribués dans la salle de soins.

Les chambres sont fermées en semaine de 9h30 à 12h30 et de 14h30 à 17h30 « pour permettre la réfection des lits et l'hygiène des locaux ». Cette fermeture est également explicitée parce que « cela facilite la relation avec le groupe et représente ainsi un temps de soins ».

Le week-end les chambres sont ouvertes toute la journée. Cela peut être le cas en semaine sur prescription du médecin. Dans la pratique, les personnels soignants ont la capacité de modifier ces horaires pour répondre à une situation individuelle ou collective.

Les sorties hors le bâtiment ne sont possibles que sur prescription médicale, quels que soient la forme de la sortie et le mode d'hospitalisation. Lors du contrôle, vingt et un patients avaient l'autorisation de sortir : quatre se rendaient à un atelier d'ergothérapie, dix-sept avaient la possibilité de sortir dans le parc et ainsi de se rendre à la cafétéria.

Les visites sont possibles de 14h à 18h, dans le patio de l'unité. La visite des enfants, les visites avec sorties dans le parc ou en ville sont soumises à l'autorisation du médecin.

L'émission et la réception des communications téléphoniques sont possibles à partir de la cabine se trouvant dans le parc à proximité du bâtiment. Il existe deux *points phone* accessibles à l'intérieur de la structure. Les patients peuvent ponctuellement utiliser les appareils de l'administration et faire transférer la communication sur un *point phone*, pour libérer la ligne administrative. L'utilisation des téléphones portables est acceptée à l'extérieur du bâtiment. Les appareils sont remis lors de l'arrivée du patient aux soignants qui disposent d'un lieu de stockage et gèrent ensuite les demandes en prêtant attention au rechargement des batteries.

Visites, courriers, communications téléphoniques sont soumis à une autorisation médicale quant à leur existence et fréquence.

En matière de **tabac**, le règlement intérieur prévoit la possibilité de fumer sur la terrasse à des heures précises. La réalité fait que celle-ci est ouverte toute la journée, mais que le nombre de cigarettes mis à la disposition des patients est de sept par jour avec parfois des restrictions quantitatives dont la justification thérapeutique n'est pas toujours aisée à formuler. Les cigarettes sont données en une seule fois le matin, ou au compte-gouttes pour des patients qui sont dans l'incapacité de gérer dans le temps de la journée leur droit à fumer. Ces règles sont très largement détournées par les patients qui sortent à l'extérieur et parfois adaptées par les personnels en fonction des situations individuelles. A travers les conversations avec les uns et les autres, soignés et soignants, il s'agit d'une difficulté quotidienne de gestion.

Les patients sont autorisés et même engagés autant que possible à posséder des vêtements personnels, les plus démunis sont aidés pour cela par une prise en charge de l'hôpital.

La détention de matériel informatique dans la chambre des malades, encore très exceptionnelle, ne paraît pas poser question.

4.4.3 L'unité les Troènes 1

L'unité les Troènes 1 se trouve dans le même bâtiment que l'unité les Troènes 2 qui est rattachée au pôle Est de gériatrie-psychiatrie. Ce bâtiment, situé dans l'allée haute, a été divisé en deux ; de ce fait les locaux communs et les locaux de soins sont exigus. Après l'ouverture de la clinique Dominique Fromentin début 2012, le projet est de transférer, après réaménagement, les patients dans l'unité les Marronniers devenue vacante.

La porte de l'unité est **fermée**.

4.4.3.1 Les locaux

Après avoir passé la porte de l'unité, on pénètre dans un sas où se trouve le bureau du cadre de santé de l'unité Troènes 2 et, en face, une salle de visite commune aux deux unités, mesurant 6,12 m sur 3,2 m soit une surface de 19,58 m². Elle est équipée de quatre fauteuils, deux chaises, un fauteuil relax, une table basse, une fontaine à eau (hors service), un ventilateur, un radiateur, neuf cartons constituant la réserve d'essuie-mains pour l'unité, un bureau servant pour les entretiens médicaux, un claustra avec un bac dépourvu de fleurs et de plantes. Un panneau d'exposition contient des documents de l'UNAFAM, la liste des membres de la CRUQPC, la charte du patient hospitalisé et une affiche d'une association de personnes âgées du département de l'Aube.

On franchit une porte fermée à clé pour pénétrer dans l'unité.

Elle comprend vingt et un lits répartis en six chambres individuelles, une chambre à trois lits et trois dortoirs à quatre lits. Elle ne dispose pas de chambre d'isolement.

Les locaux comprennent :

- un bureau médical ;
- le bureau du cadre de santé ;

- la salle de repos du personnel soignant ;
- la salle de soins, exiguë, équipée d'une armoire à pharmacie, d'une table d'examen, d'une étagère avec les dossiers des patients et un poste informatique. Elle n'est pas dotée de bureau où les infirmiers peuvent effectuer leurs tâches administratives : lors de la visite, une infirmière rédigeait en utilisant la table d'examen. La pièce contient une valise d'urgence et un défibrillateur ;
- la salle de vie mesure 13,2 m sur 9 m soit une surface de 11,88 m². Elle contient deux tables rondes de 1,18 m de diamètre, une table de 1,18 m sur 0,75 m, une table de ping-pong, neuf fauteuils relax, quatre fauteuils, une chaise, une fontaine à eau, un vélo d'appartement, une poubelle et une pendule ;
- une salle de télévision située dans un renforcement vitré de la salle de vie. Elle est dotée d'un écran plat avec six fauteuils relax, une table basse, un meuble contenant des jeux de société. La télécommande est dans le poste de soins ;
- le réfectoire est équipé de cinq tables de 1,60 m sur 0,80 m et d'une table pour un patient qui prend ses repas seul. Chaque patient a sa place attribuée par les soignants. Les menus sont affichés dans l'office jouxtant le réfectoire auquel les patients n'ont pas le droit d'accès. Les règles hygiéno-diététiques sont apposées sur le mur de la salle à manger. Les patients disposent de poivre, moutarde, *ketchup*TM, sucre pour agrémenter leur repas. Lors de la visite, les tables étaient préparées avec des assiettes en céramique, des couverts en métal, des verres et des carafes d'eau et de sirop ;
- une terrasse de 18,5 m sur 8 m soit une surface de 148 m² ceinte d'un grillage d'une hauteur de 2,06 m sur lequel sont accrochées des plantes. Elle est équipée d'un parasol, d'un cendrier, de deux bancs, d'une table de jardin de 2,55 m sur 0,94 m, de onze chaises. Un store protège des intempéries. Elle est constituée en partie de béton et de gravier. Des plantes et des légumes sont cultivés dans des bacs par les patients. La terrasse n'est ouverte qu'en présence d'un soignant et au minimum à 8h45, 11h, 12h30, 16h, 18h, 20h et 21h30 ;
- le vestiaire du personnel ;
- un local pour le linge propre contenant une réserve de pyjamas, de serviettes et un petit stock de vêtements pour des patients démunis provenant de dons ;
- une douche très vaste, utilisée antérieurement pour permettre d'y installer des lits-douche.

Un couloir peint en vert, au sol carrelé, distribue les chambres du rez-de-chaussée, une salle d'activités et un local sanitaire. En face se trouvent des placards fermés à clé permettant de ranger les vêtements des patients :

- la salle d'activités est l'ancienne chambre n°1. On y pratique depuis peu, la peinture et le dessin. La pièce est peu équipée et n'a pas encore été décorée ;

- la chambre n°2 est un dortoir à quatre lits mesurant 5,68 m sur 4,50 m soit une surface de 25,56 m². Outre les lits dotés de liseuses, elle est meublée de quatre placards en formica marron d'une hauteur de 1,70 m ménageant une partie chevet avec un tiroir, une partie penderie et une étagère fermée de 0,28 m de large. Il existe trois autres placards en bois. Des sacs en plastique ou de voyage contenant des vêtements sont posés au-dessus des meubles. La pièce dispose de deux fenêtres de 1,82 m sur 0,87 m, munies de voilages blancs, que le patient ne peut pas ouvrir. Au-dessus, deux vasistas permettent d'avoir de l'air. La chambre est équipée d'un radiateur, d'un plafonnier et d'un détecteur de fumée. La paroi vitrée donnant sur le couloir est dotée d'un verre dépoli muni d'un voileage permettant l'intimité. Sur la porte sont apposés le règlement intérieur de l'unité et la charte de l'utilisateur ;
- la chambre n° 3 est dite « sécurisée » ou de « surveillance rapprochée ». Il s'agit d'une chambre individuelle mesurant 3,60 m sur 2,86 m soit une surface de 10,30 m², équipée d'un socle revêtu de plastique de 1,95 m sur 0,90 m sur lequel est posé un matelas en plastique de 1,90 m sur 0,90 m. Le patient dispose de draps, couvertures et oreiller. Des vêtements sont rangés dans une grande corbeille en plastique. Un seau hygiénique est à disposition ainsi qu'une poubelle. La pièce est éclairée par une fenêtre de 1,32 m sur 0,76 m que le patient ne peut pas ouvrir et par un plafonnier. Le règlement intérieur est apposé sur la porte ;
- la chambre n°4 est identique à la n°3, à l'exception de la présence d'une chaise percée qui remplace le seau ;
- la chambre n°5 est une chambre individuelle qui contient un lit, un placard, une chaise, un lavabo avec un miroir, une tablette, un néon et un porte-serviettes. Autour du lavabo, il existe vingt-huit carreaux blancs ;
- les chambres n° 6, 7 et 8 sont des chambres individuelles identiques ;
- deux WC, sans abattant avec papier hygiénique, balayette et rampes, sont en accès libre. Ces locaux sont carrelés jusqu'à une hauteur de 1,97 m ;
- un local pour le linge sale qui dispose d'un accès direct sur l'extérieur ;
- le local sanitaire pour les chambres du rez-de-chaussée comprend :
 - une entrée avec un lavabo avec mitigeur, tablette, miroir, essuie-mains, porte-serviettes, poubelle et vidoir ;
 - une salle de bains avec une baignoire, une chaise ; la pièce est carrelée en blanc jusqu'à une hauteur de 2 m. Au-dessus, la peinture bleue est très dégradée par l'humidité. La pièce contient une étagère avec des produits d'hygiène et un placard rempli de protections hygiéniques ;
 - une douche séparée par une porte, carrelée. La peinture du plafond est très dégradée par l'humidité.

On accède à l'**étage** par un escalier (doté de deux rampes) de treize marches, un palier, puis six marches ou par un ascenseur. Les patients sont autorisés à le prendre s'ils sont accompagnés d'un soignant.

Un couloir distribue les chambres et le local sanitaire de l'étage :

- la chambre n°9 est un dortoir à quatre lits avec quatre placards en formica et deux en bois ;
- la chambre n°10 est un dortoir à quatre lits mesurant 5,23 m sur 4,50 m soit une surface de 23,53 m² ;
- la chambre n°11 est une chambre à trois lits d'une surface de 26 m² ; la peinture est en bon état, sauf au plafond, où elle est très dégradée. cette pièce est équipée de quatre placards en formica, d'un en bois, de deux chaises, d'une table et d'une table de chevet en rotin. Quatre liseuses ne correspondent pas à l'emplacement des trois lits ;
- deux WC séparés, sans abattant, avec papier hygiénique et balayette ;
- le local sanitaire comprend :
 - un lavabo avec un rideau, un mitigeur, une tablette, un miroir et un porte-serviettes ;
 - un deuxième lavabo identique au premier ;
 - une douche avec un accès séparé dont le bac de 0,87 m de côté est accessible par une porte en plexiglas ; il est doté d'un porte-savon et d'une rampe. Il existe deux patères dont une est cassée. Le patient peut s'enfermer dans la douche. La pièce est carrelée jusqu'à une hauteur de 2 m ;
 - une douche plus vaste avec des étagères contenant les produits d'hygiène des patients dans des cartons de récupération avec des étiquettes à leur nom. Le bac mesurant 1,90 m sur 1,35 m est fermé par une porte coulissante en plexiglas. La pièce carrelée jusqu'à une hauteur de 2 m dispose d'une VMC ; la peinture est en bon état. Les patients peuvent s'y enfermer.

4.4.3.2 Le fonctionnement

Le jour de la visite des contrôleurs, la situation était la suivante :

- Vingt et un patients étaient hospitalisés : quatorze hommes et sept femmes ;
- trois patients étaient en HDT : deux hommes et une femme ;
- la plus longue hospitalisation libre avait débuté en septembre 2006 ;
- la plus longue hospitalisation sur demande d'un tiers avait commencé en mars 2008 ;
- le patient le plus âgé avait 57 ans, le plus jeune, 21ans.

Une femme admise en HDT n'avait pas le droit de sortir de l'unité.

Deux patients en HDT avaient le droit de sortir, selon les moments en fonction de leur état clinique.

Trois patients en HL n'étaient pas autorisés à sortir de l'unité.

Un patient, admis en HL, qui aurait fait une fugue, avait le droit de sortir le mardi et le vendredi dans le parc et en ville.

Deux patients en HL sortaient s'ils étaient accompagnés par un soignant.

Douze patients en HL étaient autorisés à sortir seuls.

Un patient ne souhaitait pas sortir et devait être stimulé pour effectuer cette démarche.

Sept patients n'avaient aucune visite mais recevaient des appels téléphoniques. Un patient avait eu un appel téléphonique deux jours avant la visite des contrôleurs pour la première fois depuis son admission en janvier 2010. Un patient, hospitalisé depuis 2008, n'avait ni visite, ni appel téléphonique.

Six patients partaient régulièrement en permission dans leur famille. Aucun ne souhaitait se rendre à la messe.

Aucun patient ne disposait de téléphone portable à son admission. L'un d'eux possédait une tablette tactile qu'il conservait dans son placard fermé à clé.

La gestion du **tabac** se fait en fonction du revenu des patients et de leur degré d'autonomie :

- deux peuvent fumer autant qu'ils le veulent ;
- certains se voient remettre dix cigarettes qu'ils fument au moment de leur choix ;
- d'autres ont droit à sept cigarettes par jour soit une à chaque ouverture de la terrasse.

Les patients n'ont pas accès à leurs chambres de 10h à 12h puis de 14h30 à 17h du lundi au vendredi « afin qu'ils puissent se rendre à l'atelier thérapeutique ». Lors de leur visite, les contrôleurs ont constaté qu'un certain nombre de patients dormaient sur les fauteuils relax dans la salle de vie.

Les infirmiers effectuent des entretiens à la demande des patients, dans le cadre d'une démarche éducative ou si un problème surgit.

Le lever s'effectue à 7h. Les toilettes ont lieu avant le petit déjeuner.

L'administration des médicaments se fait au moment des repas au réfectoire. Les traitements de nuit sont distribués à partir de 21h30. Les repas sont servis à 8h15 et 8h30, 12h et 19h la semaine, 18h45, le samedi et le dimanche.

Lors de la visite des contrôleurs, six patients recevaient un traitement injectable de neuroleptique d'action prolongée.

Des « journées thérapeutiques » consistant à faire des achats à Brienne-le-Château ont lieu une fois par semaine. Lorsque le déplacement se fait à Troyes, il concerne quatre patients avec deux soignants et comporte un déjeuner au restaurant pour tous. La proximité immédiate de la forêt permet d'organiser des marches d'une à deux heures dans l'après-midi des samedis ou dimanches. Les dernières ont eu lieu le 26 juin et le 3 juillet 2011. Toutes ces activités sont suspendues durant la période estivale du fait de l'insuffisance des effectifs en personnel.

Le **personnel** comprend :

- un cadre de santé ;
- treize infirmiers dont un homme ;
- six aides-soignants dont trois hommes ;
- un AMP de sexe masculin ;
- deux ASH.

4.5 Le pôle de psychiatrie adulte Ouest : hospitalisations de longue durée

Le pôle de psychiatrie Ouest est constitué de deux unités : « les Capucines et les Marronniers ».

4.5.1 Eléments communs aux deux unités

Les personnels communs aux deux unités sont :

- un psychiatre responsable du pôle, présent les lundis, mercredis et vendredis ;
- un praticien hospitalier en psychiatrie, présent deux journées par semaine, les mardis et jeudis
- un psychologue exerçant son activité à 80 %;
- un cadre supérieur de santé ;
- Une assistante sociale, une journée par semaine, qui se déplace de Romilly-sur-Seine, pour suppléer l'absence d'une collègue affectée à Brienne-le-Château qui est en congé maladie.

Un poste de psychiatre est vacant.

Tous les jours en milieu de matinée, une réunion regroupe les médecins, le cadre supérieur de santé, les deux cadres de santé des deux pavillons, et le psychologue. Cette réunion de travail permet de faire le point sur le fonctionnement et la vie des unités.

Une réunion hebdomadaire, tous les mardis, alternativement dans l'un et l'autre des pavillons, rassemble l'équipe soignante du lieu de la séance de travail, le cadre de santé, le psychologue. Les situations de tous les malades y sont évoquées. Cette instance est animée par le psychiatre. Un compte rendu est inscrit au dossier du patient et diffusé par voie électronique à tous les personnels de l'unité concernée.

Pour chacune des unités, une fois par an a lieu une réunion de fonctionnement qui a vocation à traiter les problèmes d'organisation. Le conseil de pôle se réunit une fois par an, alternativement sur le site de Brienne-le-Château ou celui de Romilly-sur-Seine.

Dans la perspective du déménagement de l'unité dans des locaux neufs, (la clinique Dominique Florentin), située à proximité, des réunions de travail ont regroupé une partie des personnels pour travailler sur le projet architectural, pour réfléchir à l'organisation et sur la vie quotidienne au sein de la nouvelle structure.

Les malades sont associés à cette mutation sous forme de réunions sous l'égide du psychologue. Durant le contrôle, une telle rencontre a été organisée. Cette forme d'échanges existe aussi sur des thématiques autres, il a été évoqué celle de l'usage du tabac ou celle de la sexualité.

Les patients affectés au sein du pôle Ouest ont pour origine, le pôle d'hospitalisation moyenne durée de l'hôpital de Brienne-le-Château, le secteur médico-social. Au moment de la visite, il existait une liste d'attente de seize malades.

Une commission spécifique, composée, d'un psychiatre, des cadres et du personnel infirmier, décide des **admissions**. Les critères d'admission sont la pathologie du malade, la nature des troubles du comportement, son état somatique, le sexe du patient : ces deux derniers éléments sont liés à l'existence de chambres partagées ou situées à l'étage.

Les personnes qui sortent du service sont dirigées selon leur situation médicale, et l'évolution de celle-ci vers une maison d'accueil spécialisée (MAS), une maison de retraite, un foyer occupationnel, une famille d'accueil.

Dans l'un et l'autre des pavillons, la porte est **fermée** quel que soit le statut juridique des malades. Les sorties des pavillons obéissent toutes à une prescription médicale. Au delà des déplacements autorisés vers la cafétéria, le village ou le bâtiment des ormes où se déroulent les ateliers thérapeutiques, elles peuvent revêtir la forme de journées thérapeutiques, voire de séjours thérapeutiques, à raison d'une ou deux fois par an pour ces derniers. Un séjour est encadré par un infirmier et un aide-soignant et concerne quatre malades. Le dernier séjour organisé dans le premier trimestre de l'année a eu pour destination le village « *center parc* TM » de Sologne.

Pour les années 2009 et 2010, l'activité des deux unités intra-hospitalières du pôle est indiquée dans le tableau suivant :

	Nombre de journées d'hospitalisation	nombre de journées réalisées	Taux d'occupation	Durée moyenne de séjour (en jours)
2009	19 346	64	98%	168
2010	19 395	93	98%	135
écart	49	29	0%	- 33
%	0,25	+45,3%		-19,6%

4.5.2 L'unité les Capucines

4.5.2.1 Les locaux

On pénètre à l'intérieur de cette unité fermée par une porte vitrée et barreaudée après avoir sonné.

Le hall d'entrée comprend une salle d'attente, d'une surface de 8,33 m², séparée de l'espace de circulation par un claustra, équipée d'une table basse et de quatre chaises.

Dans le prolongement de la salle d'attente sur la droite, un escalier, séparé par une porte pleine fermée conduit à l'aile administrative du pavillon. Sur le côté gauche se trouve le bureau du cadre de santé. En face de l'entrée se trouve la **salle de visites** mesurant 2,98 m sur 9 m, soit une superficie 26,82 m². Cette pièce est équipée de deux tables basses et de huit fauteuils et d'un claustra la séparant en deux créant ainsi deux espaces de visite. Elle est éclairée par deux fenêtres.

A côté de cette salle, se trouve un bureau de consultation médicale.

Un couloir conduit à un hall qui comprend un sanitaire pour personnes à mobilité réduite, une pièce avec deux lavabos, deux sanitaires, une salle de bains pour les bains thérapeutiques, un local réservé pour le ménage et un bureau pour les entretiens infirmiers.

De ce point central en partant sur la droite, on se dirige vers trois salles d'activités en enfilade :

- la première salle, d'une superficie de 50,56m², est équipée d'un poste de télévision, d'un baby-foot, et de cinq fauteuils de type relax. Elle est éclairée sur le côté gauche par trois fenêtres. Sur le côté droit on trouve des placards muraux pour les vêtements personnels des malades, (ceux d'hiver notamment), qui ne peuvent trouver place dans leurs placards personnels. Hormis cet aspect vestiaire, ces placards sont utilisés pour le rangement des objets servant chaque année à des animations. Cinq tapis de gymnastique sont posés sur ces placards ;
- la deuxième salle d'activité, d'une superficie de 36m², est équipée d'une table de tennis de table. Elle est éclairée sur le côté gauche par deux fenêtres, le coté droit comprend également des placards muraux pour le rangement ou le dépôt de matériels d'une nature diverse ;
- la troisième salle d'activité est dénommée salle de musique. Son accès n'est pas possible en l'absence d'un soignant. D'une superficie équivalente à la précédente et éclairée naturellement de la même manière, elle est équipée d'un piano, d'un clavier électrique, de flûtes, de tambourins, d'une chaine hi-fi, d'une table et de quatre chaises. Elle comprend également un rameur, un vélo d'appartement et un gros ballon de couleur bleue utilisé d'une façon régulière, selon les personnels soignants, par un malade autiste.

Du point central évoqué plus haut, en partant sur la gauche, un couloir dessert le réfectoire et son office ainsi que la salle de séjour. Au bout de ce couloir on accède à la partie hébergement qui comprend deux niveaux.

Le réfectoire est équipé de sept tables et vingt-huit chaises. L'office attenante permet la réception des repas, le lavage et le rangement de la vaisselle.

La salle de séjour est entourée sur ses côtés par la salle de soins, celle des traitements, la salle de repos et de passage des consignes des personnels, et une pièce à usage multiple, agencée le jour de la visite des contrôleurs pour accueillir un repas thérapeutique initié par le psychologue dont le thème était « les Etats-Unis ». La salle de séjour est équipée de trois tables, neuf chaises, dix fauteuils de type relax et d'un poste de télévision. Elle comprend un petit aquarium inutilisé.

Une large baie vitrée permet d'accéder à un jardin extérieur d'une surface de 400 m² formant un L. Cet espace est engazonné et arboré, il comprend également un boulodrome. Il est complété par un espace potager de 50 m². Le tout est ceint d'un grillage de 1,20 m de hauteur. Un banc et des fauteuils de jardin sont disposés sur une terrasse bétonnée sise près des portes vitrées. Cet espace n'est pas en accès libre ; il suppose la présence d'un soignant pour prévenir une fugue éventuelle. Le jardinage est une activité proposée par un AMP. Elle s'adresse en priorité aux patients qui ne bénéficient pas de sorties autorisées de l'unité de soins.

L'espace hébergement, construit sur deux niveaux, comprend une chambre d'isolement, cinq chambres doubles, cinq chambres individuelles avec des sanitaires privatifs et quinze chambres individuelles avec des sanitaires communs à deux chambres.

Les chambres individuelles, à sanitaire privatif ont une superficie de 15,15 m² sanitaire compris. Ceux-ci sont équipés d'une douche, d'un lavabo et d'un WC. La chambre dispose d'un placard à une porte, d'une profondeur de 0,50 m et une largeur de 0,90 m. Un lit, une table de chevet ou une table et une chaise sont les équipements mobiliers minima.

Des patients présents depuis très longtemps dans le service ont eu la possibilité d'enrichir leur espace privatif de vie. Les contrôleurs ont visité une chambre équipée d'un téléviseur accroché en face du lit, d'une chaîne hifi posée sur un meuble spécifique et de nombreux CD, et d'un meuble bas de rangement sur lequel étaient disposés des bibelots personnels. Ces ajouts sont financés par le patient. Les murs peuvent également être décorés de façon personnalisée, (à titre d'exemple, par des fresques), mais la plupart des chambres ne sont pas individualisées. Les peintures murales sont claires et le sol est recouvert de linoléum alors que tous les espaces collectifs sont carrelés. L'éclairage naturel se fait par une fenêtre dont l'ouverture est bloquée à sa base, laissant en hauteur un vasistas permettant une aération naturelle de la pièce.

Pour les chambres individuelles au local sanitaire partagé, la superficie est identique ainsi que l'agencement minimal : un lit, une table de chevet, un placard incorporé dans le mur. Selon les informations recueillies, « la gestion des sanitaires partagés entre les deux chambres, une douche, un lavabo, un WC, n'est pas aisée, la notion de respect de l'intimité de l'autre échappant à la grande majorité des malades ».

Les chambres destinées à accueillir deux occupants ont une superficie équivalente aux chambres à un lit, soit 15,15 m². Elles disposent d'un espace sanitaire de même nature que ceux précédemment décrits. Elles se distinguent par la présence de deux placards intégrés dans un des murs et par leur étroitesse de fait qui interdit tout autre mobilier que le lit et une table de chevet pour chacun des occupants.

Toutes les portes des chambres sont équipées d'un oculus, permettant une large vision. Les chambres destinées à accueillir des femmes sont munies d'un verrou intérieur permettant de les protéger des venues inopportunes d'autres malades. Le personnel gardant par ailleurs la pleine maîtrise des ouvertures et fermetures des portes.

La **chambre d'isolement**, située au rez-de-chaussée est d'une superficie de 13,50 m² (y compris l'espace sanitaire). Elle est équipée d'un caisson de 0,40 m de haut, de 2 m de long et de 1,20 m de large ; le matelas qui le recouvre est de dimensions identiques hors l'épaisseur qui est de 0,18 m. Elle est dotée d'un espace sanitaire qui est séparé de la chambre proprement dite - mais sans porte - comprenant une douche, un lavabo et un WC, le tout en inox.

Le jour de la visite, le lit de cette chambre était fait, la pièce était inoccupée.

4.5.2.2 Les patients

Au moment de la visite, la situation des patients était la suivante :

- trente personnes étaient hospitalisées : vingt-cinq hommes et cinq femmes ;
- cinq hommes étaient admis en hospitalisation d'office ;
- la plus ancienne hospitalisation remontait à quatorze ans.
- le plus âgé des malades avait cinquante-six ans, le plus jeune, vingt-quatre ans.

4.5.2.3 Le personnel

Pendant la période estivale, l'effectif des personnels est en moyenne de quatre personnes le matin et de trois l'après-midi. Hors cette période de congés, il a été indiqué que les effectifs moyens étaient respectivement de cinq en matinée et de quatre l'après-midi.

4.5.2.4 Le fonctionnement

L'organisation de la journée s'articule autour des trois repas pris au réfectoire par tous les patients à l'exception, au temps de la visite, de deux d'entre eux présentant des troubles du comportement trop importants pour vivre en collectivité. Ces personnes sortent rarement de leur chambre, le cas échéant, quinze à trente minutes par jour, en fonction de leur état d'agitation et de l'effectif disponible, notamment masculin.

Les chambres ne sont pas accessibles pour les malades entre 8h et 17h en semaine, entre 8h et 13h les samedis, dimanches et jours fériés.

Dans la pratique il a été indiqué qu'« il était fait exception à cette règle, sur le plan individuel quand un patient avait besoin de s'éloigner du groupe pour gérer un temps difficile, ou sur le plan collectif quand les soignants percevaient une ambiance tendue ».

Les médicaments sont distribués par les soignants au moment du repas et à table. Le matin les malades se présentent à la salle de soins les uns après les autres sans que la file d'attente ne soit excessive compte tenu des horaires variables du petit déjeuner, selon la rapidité des malades à se lever, se laver et s'habiller.

Hormis les deux patients confinés dans leur chambre, la quasi-totalité de la journée, cinq autres patients obéissaient à une prescription médicale qui en dehors des repas les oblige à séjourner une partie de la journée dans leur chambre.

Leurs horaires de **sortie** sont gérés par les soignants et dépendent pour la majeure partie, de la présence de personnels masculins et de leur état comportemental. Le principe de la restriction de la possibilité de circuler au sein de l'unité est décidé par une prescription médicale.

Pour les déplacements à l'extérieur il a été dit aux contrôleurs que sur les trente malades présents, vingt et un bénéficiaient de sorties non accompagnées, sept, de sorties accompagnées au regard leur état psychique et deux, de sorties de même nature compte tenu de leur état somatique. Un matin, durant la visite, dix patients sont allés en atelier thérapeutique, deux sont sortis en ville et un s'est rendu à la cafétéria, tous non accompagnés.

Les **visites** sont possibles tous les jours. Pour les malades les plus agités, elles obligent à une prise de rendez-vous plus en amont pour s'assurer que la présence masculine dans l'équipe des soignants sera adaptée.

Pour ce qui est du **téléphone**, si l'interdiction de la détention et de l'utilisation de téléphones portables est réelle, les possibilités offertes de communications ne sont pas limitées, à partir des téléphones sans fil du service. Dans le parc, il est par ailleurs mis à la disposition des patients une cabine à cartes, ce qui leur permet d'appeler mais aussi de recevoir des appels, après qu'ils aient fait connaître à leur interlocuteur le numéro de la cabine.

La prise en charge des patients hors celle d'une nature pharmacologique, s'appuie sur les sorties régulières évoquées plus haut mais aussi sur l'organisation de sorties sous la forme de **journées thérapeutiques**. Rares en été compte tenu des contraintes en personnels, elles sont au nombre de deux à trois mensuellement en dehors des périodes de vacances. Elles consistent à visiter des sites culturels (musées, châteaux...), mais aussi à procéder à des achats ou aller à la piscine. Les séjours thérapeutiques sont plus exceptionnels : un à deux par an.

Le psychologue organise des repas thérapeutiques une fois par mois. Quatre à six patients sont concernés à chaque fois, ainsi qu'un infirmier. Les malades en choisissent le thème, participent à l'agencement et à la décoration de la salle, de la table.

Ce professionnel ne mène pas d'entretiens individuels avec les malades. Il en est de même des infirmiers qui ne pratiquent cette forme de prise en charge qu'à la demande d'un malade ou lorsqu'ils en perçoivent la nécessité en fonction de l'état psychique passager de l'un des patients. L'échange avec les malades, selon les infirmiers, se fait plutôt sous la forme de la médiation, à l'occasion des activités organisées.

L'accès au **tabac** est très réglementé. Pour la majorité des malades fumeurs, fumer est possible toutes les heures devant la porte principale du lieu d'hospitalisation à condition qu'un soignant ait pu procéder à l'ouverture de la porte.

Pour d'autres patients les restrictions quantitatives sont plus fortes, l'un d'entre eux n'est autorisé à fumer que quatre cigarettes par jour. Ces limitations font l'objet de prescriptions médicales.

4.5.3 L'unité les Marronniers

L'unité est située dans l'allée haute entre les Troènes et les Charmilles. La porte de l'unité est **fermée**.

Elle comprend vingt-cinq lits et une chambre d'apaisement. Une chambre a été condamnée du fait de la vétusté des locaux.

4.5.3.1 Les locaux de l'unité

L'unité comprend vingt-quatre lits répartis en douze chambres individuelles et trois dortoirs à quatre lits. Elle dispose d'une chambre d'apaisement. Les chambres sont situées au rez-de-chaussée ou à l'étage auquel on parvient par un escalier (doté de rampes) de treize marches avec un palier puis de six marches. Comme il n'existe pas d'ascenseur, les chambres du rez-de-chaussée sont affectées aux patients les moins autonomes. Il existe trois salles d'activités à l'étage.

Les locaux de l'unité comportent :

- l'entrée, équipée de douze patères, d'un ventilateur, de deux chaises et d'une boîte à lettres ;
- le bureau du cadre de santé ;
- une salle de visites de 6,10 m sur 3,10 m soit une surface de 18,91 m², meublée de trois fauteuils relax, neuf chaises, une table de 1,60 m sur 0,80 m, une table basse et une armoire contenant des objets de décoration, des livres et des jouets. Les parois vitrées du local sont dotées de stores vénitiens assurant intimité et confidentialité des visites. Les familles peuvent apporter de la nourriture. La pièce est décorée sur le thème du 14 juillet.

Une porte fermée à clé donne accès aux locaux de l'unité proprement dite :

- la salle de soins équipée notamment d'une table d'examen, d'une armoire à pharmacie avec un coffre pour les toxiques ;
- le réfectoire mesurant 16 m sur 5 m soit une surface de 80 m². Chaque patient a une place identifiée. Des places sont réservées pour les patients en fauteuil roulant, des patients prennent leur repas seuls, d'autres sont attablés par deux ou trois. Le menu spécifique de chacun est indiqué par une étiquette à sa place, pour éviter toute erreur. La pièce est claire grâce à une paroi vitrée donnant sur la terrasse ;
- deux offices avoisinent le réfectoire ;
- un local d'entretien ;
- la salle de vie, mesurant 13 m sur 10 m soit une surface de 130 m². Elle est équipée de fauteuils relax, d'une chaîne hi-fi, d'un baby-foot, de trois tables pour les activités, d'un tapis. Lors de la visite des contrôleurs, les patients qui n'étaient pas à l'atelier thérapeutique y étaient regroupés ; un était couché sur le tapis ;

- la « salle de silence » : c'est une pièce de 12 m sur 8 m soit une surface de 96 m² qui est équipée de tapis, de plots en mousse, d'un ballon, de deux fauteuils relax, d'un vélo d'appartement et d'un rameur. La pièce est vitrée et donne sur la terrasse et le parking.

Les patients qui y viennent respectent l'exigence d'y faire silence. Lors de la visite, deux patients étaient couchés sur les tapis, un se reposait sur un fauteuil ;

- la chambre d'apaisement est située au rez-de-chaussée. Il s'agit d'une pièce de 4 m sur 3 m soit une surface de 12 m², équipée d'un matelas posé sur le sol. Les murs sont peints en rose lilas, le sol est carrelé. Lors de la visite, une patiente était allongée sur le matelas avec une couverture ;
- une terrasse grillagée sur une hauteur de 2,20 m, de grande surface, accessible en journée, équipée de dix fauteuils et d'une table de jardin, de deux parasols et d'un cendrier. Elle ne dispose pas d'auvent pour se protéger des intempéries ;
- un bureau médical ;
- un salon de télévision de 10 m² avec deux fauteuils relax et un fauteuil ;
- une bagagerie contenant les vêtements d'hiver des patients, des chaussures dans vingt-quatre casiers portant le nom de chacun et une réserve de protections pour la nuit ;
- des vestiaires pour le personnel ;
- un WC sans abattant, sans papier hygiénique, accessible aux patients en permanence. Une mauvaise odeur se dégage de ce local ;
- une pièce pour le linge sale à chaque niveau ;
- une lingerie pour le linge propre à chaque niveau. Des placards, fermés à clé, situés en face de chaque chambre, contiennent les effets personnels de chaque patient ;
- un local sanitaire comprenant :
 - deux lavabos dotés de tablette, de miroirs et d'étagères où sont rangés des produits d'hygiène, des serviettes et des gants ;
 - une douche carrelée jusqu'à une hauteur de 1,97 m. Le bac en émail, carré, mesure 0,70 m de côté ; il est accessible en montant une marche ;
 - un WC sans abattant et sans papier hygiénique ;
 - douze casiers avec le nom des patients et leurs produits d'hygiène et un sèche-cheveux électrique ;
- une salle de bains avec une baignoire et une douche ;
- une salle de bains équipée d'une baignoire spéciale avec élévateur permettant de faire la toilette des patients moins valides ;
- un WC sans abattant, sans papier hygiénique.

A l'étage, un couloir peint en vert, sans décoration, distribue les chambres, trois salles d'activités et un local sanitaire. La paroi de chaque chambre donnant sur le couloir est vitrée ; la partie inférieure est constituée de verre dépoli. La porte de chaque chambre est munie d'un oculus. Ces locaux comprennent :

- les chambres :
 - la chambre n°18 est une chambre à deux lits, mesurant 5,70 m sur 4,20 m soit une surface de 23,94 m². Elle est meublée de deux lits ;
 - la chambre n°19 est une chambre à un lit mesurant 5,10 m sur 4,20 m soit une surface de 21,42 m². Elle est équipée, outre le lit, d'un fauteuil relax, d'une table avec une chaise, d'un placard en formica marron de 1,50 m de haut, 0,50 m de profondeur et 0,39 m de large. La pièce a été décorée par les soignants. Elle est dotée de deux fenêtres de 1,44 m sur 0,92 m que le patient ne peut pas ouvrir, contrairement aux vasistas situés au-dessus ;
 - la chambre n°20, est une chambre individuelle d'une surface de 25,2 m² meublée d'un lit, d'une table, de deux chaises et d'un seau hygiénique ;
 - la chambre n°5 est un dortoir à quatre lits mesurant 6 m sur 4,20 m soit une surface de 25,2 m², comprenant quatre lits, deux placards avec tiroirs, un fauteuil et une chaise. Des décorations ornent les murs au-dessus des lits ;
 - la chambre individuelle n°3 est très décorée ; il y a une chaise percée posée sur un drap ;
 - les chambres individuelles n° 1 et 2 ont une surface de 9,6 m² et possèdent les traces de l'installation antérieure d'un lavabo : carrelage, tablette et socle d'un néon. Le patient dispose d'un seau hygiénique dans la chambre n°2. Les murs sont très dégradés dans la chambre n°1.
- le local sanitaire de l'étage comprend :
 - trois lavabos avec deux robinets (eau chaude et eau froide), une tablette, un miroir, un néon et un porte-serviettes ;
 - une douche hors service au moment de la visite ; la pièce est carrelée jusqu'à une hauteur de 1,97 m. Le bac en émail, carré, mesure 0,70 m de côté ; il est accessible en montant une marche. L'état de ce local est très dégradé ;
 - une salle de bains avec une baignoire, cinq chaises, un miroir, une poubelle, deux étagères permettant de ranger les produits d'hygiène de chaque patient à leur nom ;
 - un WC sans abattant avec papier hygiénique, rampe, balayette ;
- les trois salles d'activité sont situées à l'étage : elles mesurent 5 m sur 4,20 m soit une superficie de 21 m². Une est dédiée particulièrement à la musique et à la relaxation, les deux autres, aux activités manuelles ;
- deux WC séparés sans abattant avec deux lavabos sans savon ni serviette.

4.5.3.2 Les patients

Le jour de la visite des contrôleurs, la situation était la suivante :

- vingt-quatre patients étaient hospitalisés : seize hommes et huit femmes ;
- aucun patient n'était hospitalisé sans son consentement ;
- la plus longue hospitalisation avait débuté en 1997 ;
- le patient le plus âgé avait 63 ans, le plus jeune, 20 ans.

Il s'agit d'une unité qui accueille essentiellement des patients autistes.

4.5.3.3 Le personnel

L'équipe soignante comprend :

- une infirmière qui fait fonction de cadre de santé ;
- six infirmiers (un poste n'est pas pourvu) ;
- seize aides-soignants ;
- quatre ASH.

Les infirmiers effectuent leur temps de travail « en dix heures », de 7h à 17h ou de 10h à 20h ou de 8h à 18h. Selon les informations recueillies, ces horaires conviennent aux personnels qui craignent de ne plus pouvoir travailler dans ces conditions après le déménagement dans la clinique Dominique Florentin début 2012.

4.5.3.4 Le fonctionnement

La **journée** débute par le lever à 7h et les toilettes qui durent de 7h à 9h. Aucun patient n'est autonome pour les gestes de la vie quotidienne. Lorsque la toilette est terminée, le patient est installé, parfois avec une contention, dans la salle de vie, en attendant le petit déjeuner. Les patients sont habillés avec leurs vêtements personnels. Il est demandé aux familles de constituer un trousseau. Une réserve de vêtements peut être utilisée pour un « dépannage » lors de l'admission ou lorsque tous les vêtements sont sales.

Cinq patients sont sous **contention** permanente, trois seulement la nuit et quatre de manière séquentielle. Cette mesure est appliquée sur prescription médicale. Certains sont enfermés la nuit ou seulement une partie, notamment pour calmer leur angoisse à l'endormissement.

Les patients qui sont relativement autonomes disposent d'un seau hygiénique dans leurs chambres. Les autres portent des protections pour la nuit et/ou durant la journée.

Le petit déjeuner a lieu de 9h à 10h. Ensuite, dix patients sont conduits en minibus à l'atelier thérapeutique. Les autres restent dans la salle de vie. Les chambres demeurent fermées de 9h à 17h afin de permettre la surveillance des patients dans une zone limitée au rez-de-chaussée. Des activités sont proposées ponctuellement (dessin, musique, décoration des pièces, puzzle) selon la disponibilité des soignants, le matin et l'après-midi.

L'état des patients exige une surveillance constante : il a été indiqué aux contrôleurs que l'absence de serviettes et de papier hygiénique dans les locaux sanitaires s'expliquait par le fait qu'il pouvait arriver que les patients les déchirent et en mettent des petits bouts dans la bouche au risque de s'étouffer.

Après le déjeuner qui a lieu de 12h à 13h, il est indiqué que les patients sont souvent fatigués et qu'ils se reposent dans la salle de vie ou dans la « salle de silence ».

L'unité est sous la responsabilité du chef de pôle. Un praticien hospitalier temps plein anime une réunion dans l'unité le mardi tous les quinze jours. A cette occasion, il voit tous les patients. Ceux-ci ne bénéficient pas d'entretien avec un psychiatre ou un psychologue ; ils sont vus par les infirmiers en entretien en cas de situation difficile. Le psychologue organise des activités de groupe. Il reçoit les patients en entretien individuel pour des événements exceptionnels tel que le décès d'un patient de l'unité.

Les traitements psychiatriques sont prescrits sans date de fin de prescription. Ils ne s'arrêtent que si une nouvelle prescription vient modifier la précédente.

Le médecin généraliste est présent dans l'unité tous les jours. Il prescrit, le cas échéant, des traitements pour une durée limitée. Les soignants sont en alerte au moindre changement de comportement du patient qui pourrait évoquer l'existence d'une douleur. Ils utilisent des feuilles d'évaluation spécifique pour les patients qui ne peuvent s'exprimer.

Deux patients sont fumeurs ; ils ont le droit de fumer quatre cigarettes par jour à une heure précise : 10h30, 13h30, 16h30 et 19h30. Chaque cigarette est allumée par un soignant, puis le patient va fumer sur la terrasse ou devant le bâtiment sous l'auvent en cas d'intempérie.

4.6 Le pôle de psychiatrie adulte Est : géronto-psychiatrie

Sur le site de Brienne-le-Château, le pôle Est dispose de deux bâtiments : « Glycines » et « Troènes 2 ». Fin 2013 ou début 2014, de nouveaux locaux devraient être livrés pour installer la géronto-psychiatrie dans des bâtiments neufs.

Le psychiatre chef de pôle consacre 70 % de son activité aux patients des deux unités, car il assure également des consultations dans les deux centres médico-psychologiques (CMP) de Bar-sur-Aube et de Brienne-le-Château. Les patients des Glycines absorbent la majorité de son temps.

Un médecin attaché associé à temps plein suit actuellement le cursus devant lui permettre de devenir psychiatre. Il reçoit entre cinq et sept patients par jour et assure quatre à cinq gardes par mois. Il n'a pas le droit de signer les certificats exigés par la loi de 1990.

A la date de la visite des contrôleurs, le chef de pôle était en congé et le cadre supérieur de santé avait dû faire appel à un psychiatre du pôle intervenant en extra-hospitalier.

Un psychologue consacre une demi-journée par semaine à chaque bâtiment : le jeudi après-midi aux Glycines et le vendredi matin aux Troènes 2. A la date de la visite des contrôleurs, il était en congé et aucun remplaçant n'était prévu.

Deux médecins généralistes interviennent à mi-temps, l'un aux Glycines, l'autre aux Troènes 2.

Une convention existe entre l'hôpital et un dentiste en ville pour les soins dentaires. Les patients sont emmenés en ville accompagnés d'un soignant.

Une conseillère en économie sociale partage son activité entre les deux bâtiments.

Un cadre supérieur de santé est compétent pour le pôle.

4.6.1 Les Glycines

4.6.1.1 La présentation générale du bâtiment

Le bâtiment « Glycines », de type « R+1 », est l'unité d'admission des personnes âgées de plus de 65 ans.

En raison du dénivelé du terrain, l'accès au premier étage est possible à partir de la route desservant les bâtiments. Cette entrée donne sur les bureaux du chef de pôle, du cadre supérieur de santé et du secrétariat.

L'accès à l'unité se fait par le rez-de-chaussée, en contrebas. Une voie goudronnée permet aux ambulances de s'y rendre.

La porte est en permanence **fermée à clé** et une sonnette est en place.

L'entrée comprend un espace réservé aux visites. Une porte, également fermée à clé, ouvre sur la zone affectée aux patients. Une autre donne sur le bureau du cadre de santé puis sur la salle des infirmiers.

Deux grandes salles de vie, un réfectoire avec un office, une petite salle de télévision pouvant également servir aux visites, sont accessibles. Une salle « infirmier », pièce de repos servant également lors des transmissions, avoisine le bureau du cadre de santé. Une salle de soins donne sur l'une des salles de vie, plus fréquentée que l'autre en raison de cette proximité.

Cette unité regroupe seize chambres : dix individuelles, quatre à deux lits, une à trois lits, une à quatre lits, soit **vingt-cinq lits**. Les chambres sont réparties dans trois zones distinctes : dans les deux ailes du rez-de-chaussée, de part et d'autre du bâtiment, et à l'étage. Les accès aux deux escaliers desservant l'étage sont verrouillés par des portillons en bois, fermés à clé.

Un ascenseur est accessible à partir d'une salle de vie. Les patients doivent être accompagnés par un soignant pour l'emprunter.

Des installations sanitaires sont situées dans ces trois zones d'hébergement. Des WC sont à la disposition des patients : un dans chaque aile du rez-de-chaussée, un près d'une des deux salles de vie et trois à l'étage.

Deux chambres d'isolement existent au sein de cette structure.

Aucun dispositif de vidéosurveillance n'est en place.

Les bureaux de consultations sont implantés au rez-de-chaussée et sont accessibles à partir d'une des deux salles de vie. Une porte fermée à clé les isole du reste du bâtiment.

4.6.1.2 Le personnel

L'équipe soignante comprend :

- un cadre de santé ;

- Douze infirmiers (dont un homme),
- treize aides-soignants (dont trois hommes)
- cinq ASH (dont deux hommes).

De jour, au minimum, cinq soignants (dont au moins un infirmier ou infirmière) travaillent de 6h20 à 14h02 et quatre (dont au moins un infirmier ou infirmière) de 13h41 à 21h23.

Lorsqu'un patient doit se rendre en consultation extérieure, notamment au centre hospitalier général de Troyes, un soignant l'accompagne dans le véhicule conduit par un chauffeur de l'établissement.

De nuit, de 21h18 à 6h30, un infirmier et un aide-soignant sont présents dans le bâtiment. Ce service est assuré par quatre soignants (deux infirmières et deux aides-soignants) dédiés à ces créneaux.

Des transmissions sont organisées à chaque relève d'équipe. Les contrôleurs ont assisté à celle du mardi 19 juillet 2011 à 13h40. Dix soignants étaient présents. La situation de chaque patient a été évoquée et une discussion s'est engagée sur quelques cas particuliers. La réunion a duré une vingtaine de minutes.

Une réunion de service est organisée le jeudi matin avec les médecins, le cadre supérieur de santé, les cadres de santé et la conseillère en économie sociale.

Un seul poste pour travailleur isolé (PTI) est affecté au bâtiment. Un seul agent en service peut donc en être porteur ; lorsqu'un homme est inclus dans l'équipe, c'est à lui qu'il est attribué pour lui permettre de venir en renfort y compris dans d'autres bâtiments. Les contrôleurs ont constaté que la taille du bâtiment ne permet pas au détenteur du PTI d'être toujours proche des autres personnes en service.

4.6.1.3 Les patients

A la date de la visite, vingt-quatre personnes étaient hospitalisées :

- dix-sept femmes et sept hommes ;
- vingt-trois en hospitalisation libre (HL) ;
- une en hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT).

La répartition des âges était :

Tranche d'âge	55 à 59 ans	60 à 64 ans	65 à 69 ans	70 à 74 ans	75 à 79 ans	80 à 84 ans	85 à 90 ans
Nombre	3	5	4	4	3	3	2

Les trois plus jeunes avaient 57 ans (un) et 59 ans (deux).

Les deux plus âgées avaient 87 ans.

Le temps passé depuis leur admission était :

Durée	Moins de 1 mois	Entre 1 et 2 mois	Entre 2 et 3 mois	Entre 3 et 4 mois	Entre 11 et 12 mois	Entre 15 et 16 mois	Entre 17 et 18 mois
Nombre	9	6	4	2	1	1	1

La personne la plus récemment admise était entrée le 17 juillet 2011 et la plus ancienne le 20 janvier 2010.

Des patients hospitalisés depuis longtemps sont parfois maintenus dans cette unité d'admission car, ayant besoin de déambuler, les Glycines offrent des possibilités de circulation plus importantes que les Troènes 2.

En 2010, 306 personnes ont été admises aux Glycines :

- 266 en hospitalisation libre ;
- trente-deux en hospitalisation à la demande d'un tiers ;
- huit en hospitalisation d'office.

Parmi elles, 134 provenaient des urgences psychiatriques, 45 de maisons de retraite, 39 de leur domicile et 25 du centre hospitalier général de Troyes. Des mouvements internes étaient également observés, notamment par l'admission de vingt-sept patients provenant des Troènes 2 et de deux provenant de la clinique psychiatrique de l'Aube.

La file active a été de 258 patients et le taux d'occupation des Glycines de 89,7 %.

Les trois-quarts des patients sont confrontés à des difficultés d'autonomie. En 2010, 8 % des patients étaient classés en GIR¹⁶1, 19,11 % en GIR 2, 16,88 % en GIR 3, 28 % en GIR 4, 12,44 % en GIR 5, 15,55 % en GIR 6.

4.6.1.4 Les chambres

Les chambres sont spacieuses. A titre d'exemple :

- la chambre n°7 à quatre lits a une surface de 24,5m² ;
- la chambre n°6 à trois lits a une surface de 24,5m² ;
- la chambre n°5 à deux lits a une surface de 21,3m² ;
- la chambre n°16 à un lit a une surface de 11,8m² ;
- la chambre n°15 à un lit a une surface de 10,3m².

Les lits sont médicalisés. Chaque patient dispose d'une table de chevet.

Un éclairage est situé au-dessus du lit mais les contrôleurs ont constaté que le système ne fonctionnait plus.

Une seule table et une seule chaise sont placées dans chaque chambre, quel que soit l'effectif. En fonction des besoins des patients, un siège avec une cuvette est installé, comme cela a été constaté dans la chambre n°16.

Des chambres sont équipées d'un ou de deux fauteuils, comme dans la chambre n°5.

Une armoire ou un placard sert au rangement des affaires personnelles. Certaines chambres en sont dépourvues mais un placard, situé dans le couloir, en face de la chambre, est alors affecté à chaque patient. Les placards sont fermés par un verrou. Les contrôleurs ont constaté que peu de vêtements y étaient rangés.

¹⁶ Les six groupes iso-ressources (GIR) permettent de classer les personnes en fonction des différents stades de perte d'autonomie.

Quelques chambres sont équipées d'un lavabo (avec eau chaude et eau froide) surmonté d'un miroir et d'un éclairage, comme dans la chambre n°15.

Les chambres situées sur l'aile gauche du rez-de-chaussée bénéficient d'un cabinet de toilette comprenant un premier espace non fermé avec un lavabo surmonté d'un miroir et d'un éclairage, et d'un second espace, fermé par une porte équipée d'un verrou, pour le WC à l'anglaise. Telle est notamment la situation de la chambre n°5.

D'autres chambres ne disposent ni de lavabo, ni de WC, comme c'est le cas pour la chambre n°7.

Le sol est carrelé et les murs peints. Les peintures sont fréquemment en très mauvais état, des écailles apparaissant notamment sur le mur donnant sur l'extérieur.

Dans la chambre n°12, des traces d'humidité sont visibles au plafond, résidus d'une fuite d'eau.

Des fenêtres donnent sur l'extérieur. Les volets roulants sont abaissés au cours de l'après-midi.

Les portes sont vitrées mais le verre est dépoli sauf à l'intérieur d'un petit cercle de 15 cm de diamètre, qui sert d'oculus.

Un plafonnier, commandé par un interrupteur situé dans le couloir, sert à éclairer la pièce. Une veilleuse est également commandée du même endroit ; le soir, elle peut être laissée allumée à la demande des patients et elle est utilisée par les soignants lors de leur ronde nocturne pour regarder par l'oculus, évitant ainsi l'ouverture de la porte.

Un détecteur de fumée est fixé au plafond de chaque chambre.

Aucune décoration murale n'existe. Aucune photographie, ni aucun cadre n'est présent sur les tables de chevet. Aucune touche personnelle n'est visible dans les chambres, laissant une impression de froideur.

Le règlement intérieur du bâtiment est affiché dans les chambres.

Il n'y a ni bouton d'appel, ni interphone, ni caméra de vidéosurveillance.

Les chambres situées à l'étage sont affectées aux patients les plus autonomes.

4.6.1.5 Le rythme de vie

Le réveil intervient vers 6h50 et les toilettes habituellement faites avant le petit déjeuner.

Les chambres ne sont pas accessibles aux patients durant la journée et sont alors fermées à clé. Seuls ceux qui auraient besoin de faire la sieste ou dont l'état de santé le nécessiterait sont ramenés en chambre par les soignants.

Les contrôleurs ont constaté que les malades sont regroupés dans les salles de vie ; le 19 juillet 2011, dans l'après-midi, seule une femme en fauteuil roulant avait été ramenée dans sa chambre et avait été couchée dans son lit ; le 21 juillet 2011, au matin, tous les patients se trouvaient dans une des deux salles de vie : une partie d'entre eux regardaient la télévision, parmi les autres, plusieurs dormaient sur leur siège et une personne émettait régulièrement des cris.

Les deux salles de vie sont installées de part et d'autre de l'entrée du bâtiment.

La première, d'une surface de 105 m², est contigüe à la salle de soins.

Des sièges sont positionnés autour de la pièce. Deux tables avec des chaises sont en place. Quelques claustras matérialisent l'espace constituant la salle de télévision. Là, une table ronde et neuf fauteuils sont à la disposition des patients.

Une horloge est fixée au mur. Près du téléviseur, un panneau regroupe une horloge, l'indication de la saison et de la date du jour. Une décoration agrémenté les murs.

La salle est climatisée et une fontaine à eau est à la disposition des patients.

Un meuble fait office de bibliothèque. Sur les étagères du bas, sont rangés des revues et des journaux. Sur les autres, des livres, souvent usagés, sont posés en désordre.

Une porte donne accès au réfectoire.

La deuxième salle de vie, d'une surface de 120 m², est composée de deux espaces.

L'un, de 40 m², séparé du reste de la pièce par des claustras et un petit portillon en bois, équipé d'une table ronde, de cinq chaises et de cinq fauteuils, est réservé à ceux qui veulent regarder la télévision. L'autre dispose de deux tables et de neuf sièges, d'un baby-foot, d'un meuble bas et d'une armoire contenant des jeux de société.

Une horloge est installée dans la pièce.

En fin de journée, les patients dépendants sont mis en pyjama par l'équipe de l'après-midi entre 17h30 et 18h30, avant le dîner, et sont couchés entre 20h et 20h30. Le nombre de ceux restant pour suivre les émissions du soir à la télévision est restreint.

De nuit, les portes des chambres ne sont pas fermées à clé et les WC sont accessibles. A l'étage, un des deux ensembles sanitaires est maintenu ouvert et la lumière reste allumée pour permettre aux patients de se guider.

4.6.1.6 L'hygiène corporelle

Le bâtiment est équipé de plusieurs ensembles sanitaires.

A rez-de-chaussée :

- dans une aile, il existe deux salles de bains :
 - une première salle de bains dispose d'une douche, avec un siège fixé au mur, et d'un lavabo, surmonté d'un miroir ;
 - une seconde salle de bains avec une baignoire, un chariot de douche et un fauteuil de douche, et un espace non fermé avec deux lavabos surmontés chacun d'un miroir et d'un éclairage ;
- dans l'autre aile, une salle de bains, équipée d'une douche et d'un lavabo.

A l'étage, chacun des deux blocs sanitaires, identiques, regroupe :

- une entrée dans laquelle sont placés quatre lavabos surmontés d'un miroir ;
- une première salle de bains avec une baignoire ;
- une seconde salle de bains avec une douche ;
- deux WC séparés dans des espaces fermés.

Des barres de maintien sont installées dans ces différents locaux.

Les toilettes des patients sont normalement effectuées entre l'heure du lever et le petit déjeuner prévu vers 8h30 ou 9h.

Les soignants ont indiqué que des toilettes pouvaient être effectuées après le petit déjeuner pour éviter de brusquer le réveil de certains patients, en raison de leur état de santé.

Chaque malade prend une douche quotidienne. Les soignants doivent aider de nombreuses personnes qui ne pourraient pas se laver seules. Ils restent toujours à proximité des autres en raison des risques, notamment de chutes.

Des chariots permettent de réaliser les soins d'hygiène corporelle d'une personne alitée. Le chariot est équipé d'un capitonnage en mousse, avec un repose-tête, et de barrières latérales de protection.

Pour les hommes, les rasoirs sont fournis pour la durée de la toilette et repris aussitôt après.

4.6.1.7 L'entretien du linge

Les patients peuvent porter leurs effets personnels sous réserve de les faire entretenir par leur famille et que celle-ci vienne très régulièrement. Cette possibilité est très peu utilisée, a-t-il été précisé, et les malades portent des vêtements appartenant au centre hospitalier. A la date de la visite, tous se trouvaient dans cette situation.

Une lingerie sert au stockage des affaires nécessaires : sur des rayonnages, sont rangés des robes, des pantalons, des slips, etc.

Chaque jour, chaque patient porte une nouvelle tenue et les effets utilisés la veille sont envoyés à la laverie de l'établissement. Une étiquette de couleur, apposée sur les vêtements, permet à chaque bâtiment de récupérer ses affaires. Au sein du bâtiment, les vêtements ne sont pas attribués à chaque personne : ainsi, la robe portée par telle patiente un jour donné pourra l'être par une autre quelques jours plus tard. Aucune appropriation ni identification n'est possible.

Dans la lingerie, un tableau mentionne, pour chaque malade, la taille, le port de couches, les préférences vestimentaires.

Les serviettes de toilette et de table sont changées tous les jours, parfois plusieurs fois par jour si nécessaire.

4.6.1.8 Les soins

Lors de leur admission, les patients font l'objet d'un bilan psychiatrique mais aussi d'un bilan somatique ainsi que d'un bilan social et neurocognitif.

Durant cette période, ils peuvent rester en contact avec leur famille et recevoir des visites. A l'issue de la première semaine, les familles sont reçues pour un point de situation et l'examen des orientations possibles.

La salle de soins avoisine une des deux salles de vie. Une baie vitrée sépare les deux pièces.

La salle de soins comprend deux espaces en partie séparés par un mur : un rideau permet de fermer celui du fond et de dispenser des soins à l'abri du regard des autres patients.

Les médicaments sont préparés par l'équipe de nuit. Après vérification, ils sont distribués entre 8h et 9h, vers 11h50 et vers 18h. Ceux qui peuvent se déplacer viennent à la salle de soins ; pour les autres, une distribution est faite à table, au moment du repas.

4.6.1.9 La restauration

La restauration est assurée par le groupement interhospitalier.

Les menus de la semaine sont affichés sur le tableau situé dans le couloir.

Le réfectoire est constitué par une salle donnant sur la terrasse. Sept tables rondes peuvent accueillir quatre patients. Deux autres tables sont réservées à une personne seule, ainsi placée en raison de difficultés de cohabitation avec les autres malades. Trois petites tables ne pouvant accueillir qu'un seul patient sont séparées des autres : deux sont mises face à un mur, le patient attablé tournant le dos à la salle ; des personnes ne pouvant être installées à une table commune, pour leur comportement à table (vomissements notamment), y sont placées.

Les patients utilisent des assiettes en céramique et des couverts métalliques. Les serviettes de table ne sont pas nominatives mais il a été précisé qu'elles étaient changées à chaque repas.

Le plan de table est imposé par les soignants et chaque malade a une place attribuée en fonction des affinités, des incompatibilités ou des impossibilités de cohabitation.

Les repas sont apportés en liaison froide et réchauffés à l'office. Les patients sont servis à l'assiette, à table.

Des patients suivent un régime. Le 19 juillet 2011, étaient prévus dix repas « moulinsés », deux « mixés », deux « diabétiques » et trois « moulinsés diabétiques ». Il a été indiqué qu'un délai d'environ une semaine était nécessaire entre la demande d'un repas de régime et sa mise en œuvre effective. Les soignants ont indiqué que, entretemps, ils se débrouillaient eux-mêmes pour assurer une nourriture adaptée au patient concerné.

Aucune demande de menu halal n'a été formulée, selon les informations recueillies.

Le petit déjeuner est habituellement servi vers 8h30 ou 9h. Selon les informations recueillies, cet horaire peut parfois être plus tardif lorsque les toilettes durent plus longtemps que prévu.

Le déjeuner est servi à 12h et le dîner à 18h45. Une collation, avec du sirop, du café et des gâteaux, est distribuée dans les salles de vie vers 16h. Des desserts non consommés au déjeuner peuvent aussi être offerts ; tel était le cas le 19 juillet 2011 avec des pots de compote. Il a été indiqué que l'acquisition d'une centrifugeuse permettait de confectionner des jus de fruits avec les fruits non consommés lors des repas.

4.6.1.10 La télévision

Trois postes de télévision sont installés dans les zones de vie : un dans chacune des deux salles de vie et un dans une petite pièce contiguë à l'une d'elles.

Dans les salles de vie, la zone délimitée par des claustras qui constitue la salle de télévision est équipée d'un téléviseur à écran plat.

La petite salle est équipée d'une table basse ronde, de deux chaises, de trois fauteuils, d'une horloge murale et d'un téléviseur cathodique.

Aucune télécommande n'est à la disposition des patients. Il a été indiqué que les soignants pouvaient changer des chaînes, à leur demande et que la présence de trois salles permettait d'offrir un choix. Le 18 juillet après-midi, le 19 juillet (matin et après-midi) et le 20 juillet matin, les contrôleurs ont constaté que le poste de la petite salle était éteint, que les deux autres postes étaient réglés sur la même chaîne (le 19 juillet après-midi) ou que l'un des deux était éteint (le 20 juillet matin). Ils ont observé que les patients se regroupaient essentiellement dans la salle de vie avoisinant le local de soins : le 20 juillet au matin, ils étaient tous dans cette pièce. Une partie regardait la télévision, les autres étaient assis autour de la pièce, certains dormaient.

4.6.1.11 Le tabac

Les patients ont le droit de fumer quatre cigarettes par jour : après le petit déjeuner, après le déjeuner, après le goûter et après le dîner.

Les paquets de cigarettes sont conservés par les soignants, dans la salle « infirmiers ».

Les patients se rendent sur la terrasse pour fumer, en présence d'au moins un soignant, car il est interdit de le faire dans les locaux. Durant ce temps, les autres patients ne sont pas admis sur la terrasse pour ne pas mélanger fumeurs et non-fumeurs.

4.6.1.12 Le téléphone

Les patients de cette unité possèdent rarement un téléphone portable. Selon les informations recueillies, lorsque le cas se présente, l'appareil est conservé par les soignants dans une armoire. Le malade peut alors s'en servir sur demande pour consulter sa messagerie ou appeler, si son état de santé le permet. A la date de la visite, aucune des personnes hospitalisées dans ce bâtiment n'en possédait.

Un *point phone* est installé dans le hall d'entrée de l'unité, dans l'espace servant aux rencontres avec les familles. L'appareil à cartes, fixé au mur, est protégé par une simple aubette. La confidentialité des conversations n'y est pas assurée. Un panneau *France Télécom* donne les explications pour utiliser le *point phone*.

Les patients peuvent être appelés par leurs proches. Ils peuvent appeler à l'aide d'une carte de téléphone achetée à la cafétéria.

Durant leur visite, les contrôleurs n'ont constaté aucune utilisation du téléphone mais il a été indiqué que deux patients s'en servaient.

4.6.1.13 L'informatique et internet

Aucune station informatique n'est à la disposition des patients.

Un réseau wifi est en place au sein de l'unité et des boîtiers sont visibles dans les couloirs. Ce réseau est réservé aux activités des soignants qui peuvent enregistrer directement les médicaments distribués à l'aide d'un ordinateur portable.

4.6.1.14 Le courrier

Une boîte à lettres, facilement accessible, se trouve dans le couloir passant près de la porte d'entrée. Il a été indiqué qu'elle était rarement utilisée et que les patients, qui écrivent peu, remettaient généralement leurs courriers aux soignants.

Le vaguemestre de l'établissement dépose le courrier arrivant et récupère le courrier au départ dans les locaux du cadre supérieur de santé. Les soignants des deux bâtiments du pôle assurent la liaison.

Il a été indiqué que le courrier n'était jamais ouvert ni au départ ni à l'arrivée mais qu'une attention était portée à ceux recevant une lettre pour détecter une attitude pouvant être le signe d'une mauvaise nouvelle. Lorsqu'il s'agit d'un courrier administratif, le patient ouvre l'enveloppe et un soignant l'assiste si besoin.

Il a également été précisé que l'affranchissement des courriers ne posait pas de difficulté car l'établissement la prenait en charge en cas d'absence de timbre sur l'enveloppe.

4.6.1.15 Les visites

Les visites des proches, autorisées chaque jour entre 14h et 18h, se déroulent dans deux endroits privilégiés :

- dans l'entrée, où deux espaces, équipés de sièges et d'une table basse, sont séparés par un simple claustra, ne garantissant pas la confidentialité des conversations ;
- près d'une des deux salles de vie, dans la petite salle de télévision présentée *supra*. Les contrôleurs ont noté que la baie vitrée de séparation n'était pas pourvue de rideau et que les patients séjournant dans la salle de vie voyaient les visiteurs et le patient.

Les visiteurs n'accèdent pas aux chambres, sauf pour des cas particuliers lorsque le patient visité doit rester alité.

Les contrôleurs ont observé plusieurs visites :

- la première, avec quatre visiteurs, s'est déroulée dans un des espaces de l'entrée ;
- la deuxième, au même moment, avec deux visiteurs, s'est tenue dans la petite salle de télévision pour ne pas placer les deux familles côte à côte, dans la partie de l'entrée réservée aux visites ;
- la troisième, également au même moment, avec un seul visiteur, a eu lieu dans la zone de télévision d'une des deux salles de vie, alors inoccupée, pour la même raison ;
- la quatrième, avec un seul visiteur, s'est déroulée dans le parc, avec un retour en fin de journée dans l'espace de l'entrée, alors vide.

Il a été indiqué que les visites n'étaient pas très nombreuses car les familles habitent souvent loin de Brienne-le-Château.

4.6.1.16 Les sorties et les promenades

Une cour intérieure de 45 m de long et de 4 m de large, appelée « terrasse », est accessible à partir d'une porte-fenêtre du réfectoire.

La rampe d'accès en béton, qui permet de franchir le dénivelé, n'est toutefois pas équipée de barre de maintien ; cette situation est pénalisante pour les patients affectés à cette unité, âgés et souvent confrontés à des difficultés de mobilité. La terrasse est couverte de gravillons or de nombreuses personnes se déplacent en fauteuil roulant ; un revêtement en béton, au moins sur une partie de la terrasse, leur permettrait de s'y rendre plus facilement. Une demande pour la réalisation de tels aménagements a été adressée à la direction de l'établissement mais elle n'était pas satisfaite à la date de la visite.

Cette terrasse est équipée d'une grande table et d'une trentaine de chaises. Un cendrier est à la disposition des fumeurs, durant les créneaux autorisés (cf. § 4.6.1.11). Quelques pieds de tomates, placés dans des pots de fleurs, sont cultivés par des patients.

Cet endroit est ponctuellement accessible aux patients, lorsque les conditions météorologiques le permettent, sous réserve qu'un soignant soit présent : la clôture, matérialisée par un grillage et une haie végétale, est jugée trop facilement franchissable pour que son accès soit possible sans surveillance.

Le mardi 26 juillet 2011, vers 16h, le soleil brillait et plusieurs patients étaient assis sur des chaises en compagnie d'un soignant. Un patient, rencontré dans le couloir de l'unité, a exprimé le souhait de les rejoindre dès qu'il a appris l'ouverture et a indiqué qu'il était heureux de pouvoir sortir.

Les sorties hors du bâtiment sont autorisées sur prescription médicale, y compris pour les personnes en hospitalisation libre. Rares sont celles qui en bénéficient. Selon les informations recueillies, à la date de la visite, une personne y était autorisée et une autre pouvait se rendre à la cafétéria sous réserve d'être transportée à l'aller et au retour par un véhicule de l'établissement.

Lorsque des soignants sont disponibles, des sorties en petits groupes sont possibles. Tel est aussi parfois le cas le jeudi matin pour se rendre sur le marché de Brienne-le-Château.

Des retours en famille, pour des durées limitées, sont accordés. A la date de la visite, seul un homme bénéficiait de permission pour passer le mercredi et le weekend (entre le samedi matin et le dimanche soir) en famille.

4.6.1.17 Les activités

Les activités organisées à l'extérieur du bâtiment sont accessibles sur prescription médicale.

A la date de la visite, quatre personnes étaient autorisés à s'y rendre. Au cours de la semaine de visite, trois y étaient allées le lundi, aucune le mardi, trois le mercredi, une le jeudi et deux le vendredi.

Les contrôleurs ont constaté qu'une personne était accompagnée en véhicule par un chauffeur, entre les Glycines et les Marronniers distants d'une centaine de mètres.

Deux salles d'activité sont installées à l'étage.

L'une sert aux soins esthétiques et à la relaxation. Une infirmière formée à la réflexologie plantaire y reçoit des patients pour des séances d'environ deux heures. Un coiffeur de Brienne-le-Château y vient à la demande pour y effectuer des coupes ordinaires.

L'autre salle est dédiée à la gymnastique douce. Deux vélos d'appartement y sont notamment installés. Une aide-soignante formée animait cette activité mais elle est récemment partie en retraite. L'activité est en suspens.

4.6.1.18 La contention

A la date de la visite, six personnes étaient placées sous contention de nuit (dont deux « si besoin ») et une revêtait le Sécuridrap®.

Lors de la visite, les contrôleurs ont constaté la présence de ceintures de contention, avec deux sangles ventrales et une sangle pelvienne sur les lits des personnes concernées.

Le Sécuridrap®, sorte de gigoteuse ou de turbulette, est un vêtement de nuit attaché au lit à l'aide de quatre sangles : deux au pied et deux à hauteur du bassin. Il s'ouvre latéralement, jusqu'aux manches, par un zip. Une ouverture permet le passage de la tête. A l'intérieur, une pièce de tissu fait office de slip. Un orifice permet le passage éventuel de sondes urinaires.

Il n'a pas à être enfilé. La personne s'allonge sur le vêtement ouvert et passe la tête par l'orifice prévu à cet effet, puis le slip est posé. Le Sécuridrap® est alors fermé comme peut l'être un sac de couchage. Le patient peut s'asseoir et se retourner dans son lit ; en revanche, il ne peut ni tomber du lit, ni se déshabiller, ni retirer les changes.

Son utilisation nécessite une prescription médicale car il s'agit d'une contention. Le médecin choisit la ceinture ou le Sécuridrap®, après en avoir discuté avec les infirmières.

Les soignants ont indiqué que la dernière solution n'était employée que pour les personnes peu agitées, qu'elle était moins agressive et plus respectueuse de la dignité des patients.

Par ailleurs, de nuit, dix personnes devaient porter une cotte, sorte de grenouillère, pour les empêcher de se dévêtir et de retirer les couches. Une femme, qui avait l'habitude de retirer ses vêtements en journée, portait parfois cette tenue pour lui éviter de se retrouver nue devant les autres patients. Il a été indiqué que, lorsqu'il faisait chaud, elle ne portait rien au-dessus de cette cotte et qu'il n'était alors pas possible de dissimuler cette tenue qui la désignait à l'attention des autres.

4.6.1.19 L'isolement

Une zone regroupant deux chambres d'isolement et un cabinet de toilette autour d'un sas d'entrée est accessible à partir de la salle de vie la plus fréquentée.

Chaque chambre d'isolement a une surface de 7,3m². Le sol est carrelé et les murs peints. Dans la porte métallique, une lucarne de 15 cm de côté permet de voir l'intérieur de la pièce.

Deux fenêtres de 0,84 m sur 0,98 m laissent pénétrer la lumière du jour. Des volets roulants permettent d'occulter la chambre et des barreaux sont installés à l'extérieur. Un point lumineux, commandé par un interrupteur situé hors de la chambre, et un détecteur de fumée sont fixés au plafond.

Sur un caisson couvert d'un revêtement en plastique bleu, posé au sol sans être fixé, sont installés, un matelas ignifugé, des draps et une couverture. Un pot de chambre est en place.

Aucun autre mobilier n'est présent.

Il n'y a ni bouton d'appel, ni interphone.

Le cabinet de toilette comprend une douche, un WC et un lavabo.

Dans l'entrée, une horloge numérique, visible des chambres d'isolement, indique la date et l'heure. Au jour de la visite, elle affichait une heure de retard et une difficulté de réglage empêchait sa mise à jour.

Le 19 juillet 2011, une personne était placée en isolement, sans y être totalement cantonnée : cet homme en hospitalisation libre rejoignait le réfectoire aux heures de repas, passait la nuit dans sa chambre individuelle alors fermée à clé, regagnait son domicile pour y

retrouver sa famille le mercredi, le samedi et le dimanche. Lors de la visite du 26 juillet 2011, il n'était plus dans cette situation, la mesure ayant été levée ; il avait rejoint sa chambre où il était enfermé et il en sortait pour les repas et ses retours en famille.

En 2010, quarante-neuf patients ont été placés en isolement totalisant 173 jours.

4.6.2 Les Troènes 2

4.6.2.1 La présentation générale du bâtiment

Les Troènes 2 sont situés entre deux autres bâtiments, les Marronniers et les Ormes. C'est un bâtiment construit sur deux étages, dont la porte d'entrée est commune aux deux unités Troènes 1 et 2. Une sonnette différente permet de faire ouvrir l'une ou l'autre unité.

Après la porte d'entrée, sur la droite, un salon, commun aux deux unités dont la description figure au paragraphe 4.4.3.1 est réservé aux visites.

En face de ce salon se trouve le bureau du cadre de santé où sont également entreposés les dossiers médicaux des patients. À côté de ce bureau se trouvent les vestiaires du personnel.

Le salon et le bureau donnent sur une entrée, sorte de sas, qui mène à une deuxième porte fermée à clé. Un couloir conduit à gauche vers les Troènes 1 et à droite vers les Troènes 2. En face de la porte d'entrée, se trouve l'office, commun aux deux unités.

Au bout de ce couloir, vers les Troènes 2, se trouvent un porte-manteau avec les vêtements d'extérieur des patients, un escalier de dix-huit marches qui mène à l'étage. Un ascenseur existe mais seulement aux Troènes 1 qu'il faut alors traverser pour l'utiliser. Il a été rapporté que ce sont les patients les plus autonomes que l'on affecte à l'étage. Toujours au bout du couloir, juste après l'escalier, séparé par une porte fermée à clé, est située la salle de vie de l'unité.

Donnant dans celle-ci, sur sa partie gauche, sont implantés une salle de pause pour le personnel, le réfectoire des patients, une salle de soins et la terrasse. Deux chambres à quatre lits, trois chambres individuelles, deux WC, deux lavabos et une salle de bains se trouvent sur la partie droite.

La salle de pause est aussi un lieu stratégique de surveillance pour le personnel. Elle est fermée par une baie vitrée à petits carreaux. Là sont stockées quelques denrées personnelles des patients, comme des biscuits et des cigarettes. Aux jours de la visite, les trois fumeurs de l'unité avaient chacun un paquet à leur nom.

La salle de soins est équipée notamment d'une table d'examen et d'une armoire à pharmacie.

4.6.2.2 Le personnel

L'équipe soignante comprend :

- un cadre de santé ;
- huit infirmiers (pour 7,60 ETP présents) ;
- quatorze aides-soignants (dont un homme) ;

- trois aides médico-psychologiques (AMP) dont un homme ;
- trois ASH (dont deux hommes).

De jour, au minimum, cinq soignants (dont au moins une infirmière) travaillent de 6h20 à 14h02 et quatre (dont au moins une infirmière) de 13h41 à 21h23.

De nuit, de 21h18 à 6h30, deux aides-soignants ou un infirmier et un aide-soignant sont présents dans l'unité.

Des transmissions sont organisées à chaque relève d'équipe.

Un seul poste pour travailleur isolé (PTI) est affecté au bâtiment des Troènes II. Un seul agent en service peut donc en être porteur ; lorsqu'un homme est inclus dans l'équipe, c'est à lui qu'il est attribué pour lui permettre de venir en renfort y compris dans d'autres bâtiments. Les contrôleurs ont constaté que la taille du bâtiment ne permet pas au détenteur du PTI d'être toujours proche des autres personnes en service.

4.6.2.3 Les patients

Au 19 juillet, jour de la visite, la situation était la suivante :

- vingt-deux patients étaient présents : neuf femmes et treize hommes dont un était hospitalisé à l'hôpital général à Troyes.

Une femme était sortie la veille pour être admise en maison de retraite.

- le patient le plus âgé était une femme de 87 ans présente depuis le 8 mars 2011 ;
- le patient le plus jeune était un homme de 57 ans ;
- quatre patients avaient moins de 60 ans ;
- le patient présent depuis le plus longtemps avait été admis en novembre 2002 et né en 1942.

4.6.2.4 Les chambres

La capacité de l'unité est de vingt-trois lits.

Au rez-de-chaussée

A l'opposé de la terrasse, derrière la salle de vie, sont installées deux chambres à quatre lits, de 4,28 m sur 5,70 m soit 24,40 m², et trois chambres individuelles.

- la chambre n° 21, à quatre lits, est meublée de trois armoires et un fauteuil ;
- la chambre n°22, à quatre lits, contient deux armoires. Un des lits est équipé d'une ceinture de contention pour le seul patient sous contention du service ;
- trois chambres individuelles (n° 23, 24 et 25) sont équipées d'un lavabo, d'une surface de 9 à 10m².

A l'étage on trouve trois chambres de quatre lits dont huit lits d'hommes et quatre de femmes.

La première chambre d'hommes ainsi que la chambre des femmes mesurent 5,70 m sur 4,28 m soit une surface de 24,40 m².

Elles sont équipées de lits médicalisés, d'une armoire par personne. Cette armoire ne ferme pas à clé et sert, également, de table de chevet. Deux fenêtres, à petits carreaux et à double battants sont surmontées de vasistas ; elles sont maintenues fermées quand les patients sont dans leur chambre. Les fenêtres sont dotées de voilages. Des volets mécaniques actionnés par le personnel, permettent de se prémunir du jour. Le long du couloir, des fenêtres à petits carreaux de 2,30 m sur 0,90 m sont équipées de voilage et munies de film opacifiant à mi-hauteur. La porte, vitrée elle aussi dans sa partie supérieure, n'est pas équipée de voilage mais d'un film opacifiant percé d'un oculus de 9 cm de diamètre. Deux radiateurs sous les fenêtres assurent le chauffage des chambres. Des nombreuses traces d'humidité sont visibles sur les murs et les plafonds.

Dans la chambre des femmes, on trouve en plus de celle de hommes, une sonnette d'appel et la possibilité de s'enfermer à clé la nuit. Il a été rapporté, en effet, qu'à plusieurs reprises des hommes avaient été retrouvés, la nuit, dans la chambre des femmes. Il a été constaté qu'une des deux fenêtres ne s'ouvrait plus et qu'à l'autre fenêtre le volet ne se relevait plus ce qui ne permettait pas une ventilation suffisante de la chambre. Des veilleuses peuvent être actionnées directement par chaque patiente au-dessus de son lit.

L'autre chambre d'hommes est tout en longueur : elle mesure 7,50 m sur 3 m soit une surface de 22,5 m². Deux murets de séparation entre deux lits donnent à cette pièce un peu d'intimité. Elle possède cinq fenêtres (un des volets ne fonctionne plus). Aucune ne donne sur le couloir contrairement aux deux autres chambres, seulement une porte vitrée à mi-hauteur, munie d'un film opacifiant percé de deux oculi de 9cm de diamètre. Cette chambre, destinée à des patients hospitalisés pour une longue durée, est décorée de façon personnalisée par chacun.

4.6.2.5 Le rythme de vie

Une salle commune dite « salle de vie », de 12 m sur 7,50 m, est équipée de baies vitrées sur la longueur et la hauteur de la pièce, donnant sur le parc. Les baies peuvent être occultées par des rideaux épais. Elle est climatisée et séparée par deux claustras en bois ajouré. Les murs sont décorés de dessins colorés.

Cette salle est équipée d'un téléviseur de 1 m sur 0,60 m avec lecteur de DVD, de vingt-quatre fauteuils sur roulettes réglables avec accoudoirs, de deux tables rondes et d'un ventilateur sur pied.

4.6.2.6 L'hygiène corporelle

Le bâtiment est équipé de plusieurs espaces sanitaires communs.

Au rez-de-chaussée, sont implantés :

- deux lavabos, à côté des toilettes du personnel ;

- deux WC, indistinctement pour les hommes et les femmes fermant à clé de l'intérieur ;
- une salle de bains, équipée d'une douche, d'un lit-douche et d'un fauteuil-douche. Les produits de toilette personnels des patients sont entreposés sur une étagère. Deux vasistas donnant sur l'extérieur assurent la ventilation de la pièce.

A l'étage, sont installés :

- une salle de bains, plus spécialement destinée aux femmes. Elle est équipée d'une douche et de deux chaises en plastique. Sont stockés là des couches, des draps, des pyjamas, etc. L'humidité très importante, laisse des traces sur les murs et le plafond. L'aération se fait par un vasistas qui communique avec l'autre salle de bains ;
- une seconde salle de bains, destinée aux hommes, comporte trois lavabos séparés par de petits murets, une douche dans laquelle il est possible de s'enfermer, un placard fermé à clé dans lequel sont stockés les affaires de toilettes des patients (rasoirs, shampoing...) ;
- deux WC communs aux hommes et aux femmes, fermant à clé de l'intérieur.

Un coiffeur de la ville est sollicité une fois par mois pour la coupe des cheveux. Si d'autres soins sont demandés, les patients, en général deux par deux, sont accompagnés d'un soignant pour se rendre en ville.

4.6.2.7 L'entretien du linge

Les patients sont habillés par les vêtements fournis par l'unité. Les vêtements sont répertoriés par taille et ainsi sont interchangeables. Un patient peut ainsi se retrouver avec les vêtements portés la veille par un autre. Il n'est pas fourni de soutien-gorge aux femmes. Les vêtements sont nettoyés quotidiennement et préparés la veille au soir pour chaque patient par le personnel soignant.

Il est possible de porter du linge et des vêtements personnels dans la mesure où la famille se charge de l'entretien. Ceci est rarement le cas.

Le soir, après le dîner, les patients sont mis en chemise de nuit ou en pyjamas avec une robe de chambre.

4.6.2.8 Les soins

Lors de leur admission, les patients font l'objet d'un bilan psychiatrique mais aussi d'un bilan somatique ainsi que d'un bilan social et neurocognitif.

La salle de soins se trouve en face de la salle de vie. Elle dispose d'une table d'examen, d'une armoire où sont stockés les médicaments, d'un tableau de planification des soins et des éléments personnels à chaque patients est fixé au mur. Lors des soins, un rideau peut être tiré de façon à se trouver à l'abri des regards.

Les médicaments sont préparés par l'équipe de nuit. Après vérification, ils sont distribués entre 8h et 9h, vers 11h50 et vers 18h. Une boîte par patient est disposée sur un chariot. Ceux qui peuvent se déplacer viennent à la salle de soins ; pour les autres, une distribution est faite à table, au moment des repas.

4.6.2.9 La restauration

En face de la salle de pause, se trouve le réfectoire, équipé de quatre tables chacune pour quatre patients, une table pour deux et trois tables individuelles. Les places sont définies à l'avance selon les affinités. Ceux qui prennent seuls leurs repas sont ceux qui ont des problèmes de relation ou d'hygiène. La pièce est bordée par des baies vitrées donnant sur la terrasse, d'un côté et s'ouvre par une porte vers un office. Les couverts sont en inox, sauf dans des cas particuliers, les verres et les assiettes sont en plastique. Les serviettes de tables, en plastique et tissu éponge se nouant autour du cou sont changées à chaque repas.

Les menus, hachés, semi-normaux et mixtes sont affichés ainsi que les régimes.

Un office commun sert aux deux unités des Troènes : on y trouve un réfrigérateur et un congélateur par unité, une machine à laver la vaisselle, un évier, une armoire pour ranger la vaisselle.

Les horaires des repas sont à 9h pour le petit déjeuner, 12h pour le déjeuner et 18h45 pour le dîner. Un goûter est proposé à 16h.

4.6.2.10 La télévision

L'accès à la télévision ne se fait que dans la salle de vie. La télécommande n'est pas laissée à disposition des patients. Le téléviseur est allumé toute la journée et les patients qui ne souhaiteraient pas le regarder peuvent se mettre dans la partie de la salle de vie séparée par des claustras.

4.6.2.11 Le tabac

Le tabac est géré par le personnel soignant. Aux jours de la visite, les trois fumeurs de l'unité avaient chacun un paquet à leur nom dans la salle de pause du personnel.

Le nombre de cigarettes est limité à quatre au sein de cette unité, soit une après chaque repas. Ils vont fumer sur la terrasse avec ou sans présence d'un soignant, l'accès de cette terrasse étant libre.

Les patients fumeurs se plaignent de ne pas pouvoir avoir accès plus librement à leur tabac et aimeraient pouvoir fumer le soir, notamment avant d'aller se coucher. Lors de la visite de nuit, les contrôleurs ont noté que malgré l'insistance de certains patients, la règle était suivie de façon inflexible « pour leur santé ».

4.6.2.12 Le téléphone

Les patients peuvent, sur avis médical, recevoir des appels téléphoniques sur la ligne du service, en théorie entre 9h et 19h.

Exceptionnellement un appel peut être donné sur le téléphone du service.

Les personnes autorisées à sortir peuvent utiliser des cabines installées dans le parc.

4.6.2.13 L'informatique et internet

Aucun poste informatique n'est à la disposition des patients. Il existe un réseau wifi au sein de l'unité mais il est exclusivement réservé aux soignants afin qu'ils enregistrent directement les médicaments distribués à l'aide d'un ordinateur portable.

4.6.2.14 Le courrier

L'unité ne dispose pas de boîte à lettres, le courrier au départ est donné au personnel soignant qui se charge de l'acheminer au vaguemestre. Si le patient n'a pas les moyens de timbrer son enveloppe, le courrier part tout de même : l'affranchissement est pris en charge par l'hôpital.

En aucun cas le courrier au départ et à l'arrivée n'est lu par le personnel soignant.

4.6.2.15 Les visites

Sur autorisation médicale, les visites sont possibles tous les jours entre 14h et 18h. Elles ont lieu dans la salle de visite, dans le parc ou à la cafétéria. Elles peuvent, pour des raisons médicales se dérouler dans la chambre. Aux jours de la visite des contrôleurs, aucune visite n'a pu être observée.

A la même période, neuf patients ne recevaient jamais de visite.

4.6.2.16 Les sorties et les promenades

Une terrasse est accessible depuis la salle de vie. Elle est ouverte toute la journée et pour s'y rendre, la présence d'un soignant n'est pas requise.

Entourée de grillages et équipée de bancs, de fauteuils et de petites tables où sont posées des pots de fleurs, la terrasse est spacieuse et très ensoleillée. Il n'existe pas d'auvent pour se protéger des intempéries.

Le sol est fait de dalles de béton, la surface est donc très plane et sécurisée.

Les plantes sont entretenues par les patients que cette activité intéresse.

Les sorties hors du bâtiment, même pour se rendre à la cafétéria, ne sont autorisées que sur prescription médicale, y compris pour les personnes en hospitalisation libre. De fait, les personnes qui en bénéficient sont très peu nombreuses. Aux jours de la visite, une personne était autorisée à sortir librement, deux autres avaient une heure par jour de sortie programmée et une heure d'ergothérapie.

Les sorties en petits groupes sont possibles, notamment au marché de Brienne-le-Château le jeudi matin dans la mesure où le personnel soignant est disponible. Deux soignants sont requis pour quatre à cinq patients.

4.6.2.17 Les activités

Dans la journée, l'accès à la chambre est interdit sauf pour des raisons médicales. La salle de vie est donc le seul lieu, avec la terrasse, où les patients peuvent circuler et s'occuper.

Dans une partie de la salle de vie, un vélo d'appartement ainsi qu'un filet de basket-ball miniature sont à disposition des patients. Dans cette même partie, une table ronde et du matériel permettent à ceux qui le désirent de dessiner.

Un ergothérapeute se rend sur l'unité deux demi-journées par semaine pour mettre en place des activités avec les patients. Quelle que soit l'activité, la disponibilité du personnel soignant est requise.

Trois AMP hommes sont présents au sein de l'unité. « Normalement formés pour animer des activités, être à l'écoute des patients, nous effectuons les mêmes tâches que les aides-soignants mais sans avoir les mêmes responsabilités. Les aides-soignants peuvent sortir seuls avec un patient, nous non. »

4.6.2.18 La contention

Au moment de la visite, un patient, était concerné par une contention de nuit et deux passaient la nuit avec une cotte. En revanche, selon les informations recueillies, le Sécuridrap® n'est pas souvent utilisé dans l'unité. Enfin, pour trois autres patients (dont celui sous contention), le lit était muni de barrières de protection.

4.6.2.19 L'isolement

L'unité ne possède pas de chambre d'isolement. En cas de prescription de cette mesure, Les patients sont envoyés aux Glycines.

4.7 La psychiatrie-infanto-juvénile : pôles enfant Est et Ouest

Il existe deux pôles de psychiatrie infanto-juvénile rattachés à l'EPSMA. Aucun d'eux ne dispose de lit. Une unité « asilaire », située sur le site, a été fermée dans les années 90.

Une convention a été signée avec le service de pédiatrie du centre hospitalier de Troyes pour l'accueil des enfants de moins de 14 ans.

Les enfants et adolescents de plus de 14 ans sont théoriquement pris en charge par la clinique de Troyes (pôle Sud).

Le tableau suivant indique le nombre d'enfants et de journées pris en charge par pôle pour l'année 2010 :

Pôle	Nombre d'enfants	Nombre de journées
Pôle Sud	99	1 033
Pôle Nord	8	1 110
Pôle Ouest	4	448
Pôle Est (géronto-psychiatrie)	1	3

4.8 L'hospitalisation des personnes détenues

Les personnes détenues sont toutes hospitalisées dans le pôle adulte Nord au sein du pavillon des Charmilles. Dans l'année 2010 vingt-neuf personnes détenues ont été hospitalisés, quatre en provenance de la maison centrale de Clairvaux, sept de la maison d'arrêt de Troyes, et dix-huit du centre de détention de Villenauxe-la-Grande. Le nombre de séjours a été de trente-cinq pour un nombre de journées d'hospitalisation de 231.

Pendant la visite, une personne détenue en provenance de maison centrale de Clairvaux a été hospitalisée pour une durée de 48h.

Lors de leur arrivée, le véhicule qui amène les détenus se dirige immédiatement vers le pavillon d'accueil. Il ne marque pas de temps d'arrêt au service des admissions. Pour pénétrer à l'intérieur de l'unité des Charmilles, il existe une porte spécifique qui débouche dans l'aile Sud, lieu où sont implantées les deux chambres d'isolement les plus utilisées pour ces patients particuliers. Ce cheminement permet d'éviter le contact de la personne détenue hospitalisée avec les autres patients de l'unité.

Le placement en chambre d'isolement est systématique et perdure tout le temps du séjour. Un document de coordination entre les services de la préfecture et les différents intervenants à l'occasion des extractions des détenus en milieu hospitalier précise dans un de ses chapitres les données suivantes: «séjour du détenu en hospitalisation d'office à Brienne-le-Chateau: le directeur du centre hospitalier assure l'accueil du détenu en veillant aux conditions de sécurité par un placement à l'isolement et à la présence des personnels en nombre suffisant lors de l'arrivée en hospitalisation et lors des soins.»

Une note interne datant du 22 mai 2000 signée du directeur de l'hôpital spécifie que si ce maintien en chambre d'isolement n'est pas imposé par la réglementation pénale, l'établissement doit prendre toutes dispositions nécessaires pour éviter tout risque d'évasion.

A son arrivée il est remis au patient détenu une note d'information destinée aux personnes hospitalisées à partir des centres pénitentiaires. Dans cet écrit les éléments suivants sont abordés :

- les formalités d'admission avec une explication de la situation administrative du malade hospitalisé dans le cadre d'une mesure d'hospitalisation d'office ordonnée par un arrêté préfectoral. Le fait notamment que la sortie ne peut être prononcée que par la même autorité est rappelé ;

- les informations utiles et pratiques du séjour :

Il est indiqué que toute la durée du séjour se fera en chambre d'isolement conformément à une décision préfectorale. Lors de son séjour le malade est vêtu d'un pyjama. Un inventaire est fait lors de l'arrivée de tous les effets et objets personnels qui seront rendus à la sortie. Au titre de l'hygiène, une douche est proposée tous les matins. Les repas sont pris en chambre et sont adaptables aux exigences diététiques que l'état de santé rend nécessaire. Un repas respectant les convictions religieuses peut être sollicité. Pour le tabac, il est fait exception au décret du 15 novembre 2006 en autorisant de fumer trois fois par jour à l'issue des repas dans le sas d'accès aux chambres d'isolement. Téléphoner et recevoir des visites sont interdits. Le courrier personnel doit transiter par l'établissement pénitentiaire d'origine sauf si le courrier est destiné au directeur de l'établissement ou aux personnes et instances citées dans «voies et délais de recours» spécifiés dans le même document. Dans le cadre des loisirs, il est possible pour la personne détenue hospitalisée de conserver dans sa chambre des livres, des magazines et des bandes dessinées ;

- les droits et responsabilités des patients, spécifiant les possibilités d'accès au dossier médical, et les voies et délais de recours possibles si l'hospitalisation est considérée comme induue.

Pour ce qui est des visites , il a été communiqué aux contrôleurs une décision écrite du directeur régional des services pénitentiaires de Dijon en date du 22 juillet 1997 qui suspend les permis de visite de tous les détenus qui sont hospitalisés sur le site de Brienne-le-Château, sauf dérogation expresse accordée par l'autorité préfectorale suite à une demande de l'établissement de santé.

Cette même autorité préfectorale dans un courrier du 24 janvier 2005, avertit le directeur du centre hospitalier de Brienne et les directeurs d'établissements pénitentiaires de l'Aube qu'il n'acceptera pas de visites pour les détenus hospitalisés d'office sauf circonstances exceptionnelles en cas d'hospitalisation d'une durée supérieure à trois semaines. L'avis du médecin psychiatre en charge du détenu pouvant le cas échéant être sollicité.

La prise en charge des personnes détenues hospitalisées au sein du pavillon des Charmilles obéit par ailleurs à des procédures précises quant à l'ouverture des portes et à la gestion de l'accès à la douche et à la fourniture des repas. Une prescription médicale spécifique à chaque patient, évolutive au fil du temps, indique le nombre de personnels soignants de sexe masculin qui doit participer à ces moments.

La visite rendue par les contrôleurs à la personne détenue hospitalisée a nécessité l'arrivée de quatre soignants masculins dont deux en provenance d'un autre pavillon que celui d'accueil.

Le maintien à l'isolement obligatoire pour ces malades interdit toute participation aux activités thérapeutiques et les prive de promenade.

Les personnels rencontrés par les contrôleurs ont fait état de la particularité de cette catégorie de patients sans masquer la crainte qu'elle pouvait susciter.

Pour assurer le suivi des soins avec les UCSA des établissements pénitentiaires, il a été mis en place une fiche de liaison infirmière à destination des UCSA, comportant :

- les données administratives: le nom, le prénom, la date de naissance et celle d'entrée ;
- les données médicales, les motifs de l'hospitalisation ;
- le traitement reçu le jour de la sortie, et les éléments liés à l'injection retard.

Le tableau suivant indique le nombre de personnes détenues hospitalisées à l'EPSMA et leur durée de séjour en 2009 et 2010 :

Année	Nombre de patients	nombre de journées	Durée moyenne de séjour en jours
2009	33	639	19,36
2010	29	231	7,96

La situation particulière de Monsieur F.

La visite de l'hôpital de Brienne-le-Château a duré deux semaines. Dès la réunion de présentation les contrôleurs ont été informés de la situation particulière de M. F, hospitalisé au sein de l'unité des Charmilles qui avait sollicité par écrit une entrevue avec les membres du Contrôle.

Les contrôleurs ont rencontré le 19 août 2011 cette personne qui leur a expliqué sa situation. Après neuf années d'incarcération et trois jours avant sa levée d'écrou il a fait l'objet d'un arrêté d'hospitalisation d'office. Sa libération définitive préparée prévoyait la mise en œuvre d'une surveillance judiciaire dont les obligations comprenaient notamment un placement sous surveillance électronique mobile et un hébergement dans un foyer.

Ces conditions précédemment refusées par l'intéressé lui avaient valu un retrait de réduction de peine de quatre mois et une prolongation de sa détention par là-même.

Son acceptation ultérieure autorisait sa libération.

Son hospitalisation a conduit à ce que cette levée d'écrou se fasse à l'hôpital. Elle a obligé également à une modification des

conditions de la surveillance judiciaire, puisque sa domiciliation ne pouvait être celle du foyer, et le port d'un bracelet électronique peu compatible avec son statut de malade hospitalisé sous la contrainte.

La deuxième semaine du contrôle, un arrêté de levée de l'hospitalisation d'office a été pris par le préfet, suite à une expertise médicale qui concluait à la non nécessité de celle-ci, M. F. ne présentant pas de danger ni pour lui-même, ni pour autrui. Dans les heures qui ont suivi, un mandat d'amener a été rédigé par le juge d'application des peines sur réquisition du parquet. Les forces de gendarmerie, armées et portant des gilets pare-balles, se sont donc présentées aux portes de l'unité de l'hospitalisation pour conduire M. F auprès du juge de l'application des peines. Celle-ci compte tenu d'un fait nouveau porté à sa connaissance par le parquet a programmé un débat contradictoire dans les premiers jours d'août pour statuer sur le devenir de la surveillance judiciaire et des conditions de celle-ci, M F étant provisoirement écroué à la maison d'arrêt de Troyes en attendant celui-ci.

Monsieur F. a donc connu, une libération définitive annoncée, une hospitalisation d'office sous contrainte, une levée d'écrou, une hospitalisation libre pendant quelques heures et une réincarcération sous le statut de prévenu.

Si juridiquement, la situation est compréhensible, quelques éléments du dossier sont source d'interrogations :

- le certificat médical dressé pour solliciter l'hospitalisation d'office paraît avoir été pris sans que le médecin auteur de celui-ci n'ait rencontré la personne concernée ;
- le mandat d'amener au-delà du fait nouveau énoncé, semble répondre également à une difficulté matérielle, celle de modifier à nouveau le jugement de placement en surveillance judiciaire et de procéder à la pose du bracelet électronique dans un laps de temps très court.

Cette difficulté n'était pas méconnue des soignants qui avaient avec le service pénitentiaire d'insertion et probation de l'établissement pénitentiaire programmé la pose du bracelet le jeudi 27 juillet et l'intégration dans le foyer le mardi 2 août.

Force a été de constater le désarroi de l'équipe soignante face à cette situation et leur grande inquiétude quant à la réaction à court terme et à moyen terme de Monsieur F.



17

F

5- LA SUROCCUPATION ET LES TRANSFERTS

A l'unité d'hospitalisation temporaire des urgences du centre hospitalier de Troyes, il a été rapporté aux contrôleurs que du fait de la faible capacité en lits (six lits et quatre chambres d'isolement) et la durée de séjour restreinte à 72h, il fallait faire pression aux deux unités d'admission situées en aval¹⁸ pour trouver un lit.

La règle à la CPA est de conserver la chambre du patient s'il est placé en chambre d'isolement ce qui veut dire qu'il ne peut y séjourner théoriquement plus de cinquante patients. Cependant il a été indiqué aux contrôleurs, qu'exceptionnellement, lorsqu'une sortie est prévue dans les deux jours à venir, le lit d'un patient placé en isolement peut être utilisé pour un patient en provenance de l'UHT.

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'il arrivait qu'une sortie puisse être anticipée au maximum d'une journée à la CPA.

« Cependant la santé des patients est prioritaire à la situation en lits ».

Lorsque tous les lits de l'UHT, de l'UHCD et de la clinique de l'Aube sont remplis, il peut arriver que l'administrateur soit sollicité pour trouver un lit dans les centres hospitaliers de la région.

¹⁸La clinique psychiatrique de l'Aube et les Glycines pour les patients âgés de plus de 65 ans.

Il a été indiqué aux contrôleurs que, les chambres d'isolement n'étaient jamais occupées « portes ouvertes », faute de lit dans une unité, par un patient dont l'état ne nécessitait pas d'y être placé

Les contrôleurs ont constaté qu'un patient occupait une chambre d'isolement dans l'unité « les Charmilles », faute de place dans cette unité. Dans ces conditions, le patient avait accès dans la journée à l'ensemble des locaux puisque la porte de la chambre demeurait ouverte ; la nuit, la porte était fermée.

Cette pratique d'utiliser une chambre d'isolement comme chambre de dépannage n'est pas exceptionnelle, selon les informations recueillies. « La durée d'un tel séjour a vocation à être court, dix journées pour le dernier occupant. Cette durée peut atteindre plusieurs semaines ».

6- LE RECOURS A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION

Il existe sept chambres d'isolement sur le site de Brienne, quatre à la clinique de l'Aube.

Le tableau suivant indique l'occupation des chambres d'isolement lors de la visite des contrôleurs :

Chambres d'isolement des unités	Nombre de chambres d'isolement	Occupation lors de la visite
Charmilles	4	3, dont 1 « portes ouvertes, faute de place dans l'unité
Glycines	2	1 patient en HL de façon séquentielle
Clinique de l'Aube	4	2 : 1 de façon séquentielle et 1 24/24
Unité d'hospitalisation temporaire	4	1
TOTAL	14	7

Les contrôleurs ont été informés du transfert d'un patient le 24 août 2008 et de son décès au centre hospitalier de Troyes le 26 août 2008.

Le rapport d'inspection de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) en date du 14 octobre 2008 indique que « le patient a été « retrouvé assis par terre, [...] la contention ventrale encore en place tendue à l'extrême ». [...] Monsieur V prenait un traitement psychotrope important auquel avaient été ajoutés pour la nuit un neuroleptique sédatif et un hypnotique, traitement jugé insuffisamment efficace mais qui altérait la qualité de vie relationnelle en journée. La première prescription de contention en date du 18 mars 2008 prévoit des barrières de nuit et une contention de jour au fauteuil quelques heures. La seconde prescription en date du 20 mars 2008 indique pour la nuit, au lit barrières et contention. Il n'est ni précisé ni le motif, ni les modalités de mise en œuvre, ni la surveillance, ni la durée, ni l'évaluation. »

Dans ses préconisations, les auteurs du rapport recommandent notamment d'apprécier le rapport bénéfice/risque de la prescription d'une contention, d'informer le patient et sa famille de la mesure, de rédiger sans délai des protocoles clairs sur ce sujet et de répertorier le matériel de contention utilisé dans les services.

La mise sous **contention** d'un patient a fait l'objet de plusieurs documents :

- un protocole de mise en contention avec un arbre de décision de mise sous contention en date du 9 janvier 2009 ;
- feuille de traçabilité des ceintures de contention indiquant leur envoi à la buanderie ou leur prêt dans une autre unité ;
- une procédure en date du 25 juin 2010 décrivant « l'utilisation du matériel de contention dans le respect des règles éthiques, des règles de sécurité et des droits de la personne hospitalisée en service de psychiatrie ». Les résultats attendus sont :
 - « toute mise en contention correspond à une prescription médicale conforme ;
 - la mise en œuvre respecte la prescription notamment le matériel ;
 - les observations des infirmières, des aides-soignants et des AMP sont tracées ».

La prescription de mise en chambre d'isolement et/ou de contention d'un patient a fait l'objet de plusieurs documents :

- la dernière version de la « prescription médicale des mesures d'isolement ou de contention » date de septembre 2009 : elle permet de cocher parmi douze propositions,¹⁹ l'indication de la prescription, puis d'indiquer les modalités de la mise en œuvre de la prescription (jour, nuit, continue pendant 24 heures), de noter si une contention physique est prescrite (au fauteuil, au lit et avec quel matériel), de prescrire la nature de l'isolement (en chambre normale, en chambre sécurisée ou en chambre d'isolement) et enfin de définir les modalités de surveillance ;

¹⁹Acte auto-agressif, prévention d'acte auto-agressif/risque suicidaire, acte hétéro-agressif-violence, prévention d'un acte hétéro agressif-dangereux, confusion-désorientation, dissociation-déstructuration,

- une feuille de surveillance de soins intensifs à remplir par le personnel soignant. Elle indique toutes les heures, les constantes (tension artérielle, pouls, température), la conscience, l'existence de barrières de lit ou de contentions, la situation du patient à l'isolement et sa position ;
- une « fiche de suivi de soins intensifs » datée d'octobre 2009, valable pour la chambre d'isolement, la chambre sécurisée, la chambre du patient et la contention s'intitule « macro cible de début de soins intensifs », puis « macro cible de fin de soins intensifs ». Elle a pour objectif lors de la mise sous contention ou à l'isolement de noter le jour et l'heure de début et de faire une analyse de la situation, de rédiger les consignes particulières, de vérifier l'absence d'objet dangereux sur le patient et le matériel et de noter la mise en pyjama. Pour la sortie, la date et l'heure sont notées ainsi qu'une analyse de la situation, les consignes et l'entretien médical ou psychologique réalisé à cette occasion ;
- un document intitulé : « évolution des prescriptions ». Il permet de noter avec la date et l'heure, l'évolution clinique du patient, la modification de la mise en œuvre, la modification des mesures de surveillance avec le nom et la signature du médecin et la date de la prochaine réévaluation.

Dans le cadre de la procédure d'accréditation, l'EPSMA a mené « un audit interne soins intensifs et enquête de prévalence » du 14 au 18 juin 2010 dans les quatre pôles de psychiatrie adulte.

La première enquête de prévalence portait sur les contentions le 12 novembre 2008 : vingt-deux patients y compris à la maison d'accueil spécialisée.

La seconde enquête portait sur les contentions et sur les patients en chambre d'isolement et en chambres fermées dans la semaine de référence : dix-neuf patients sous contentions (sans la MAS) et vingt-cinq patients en chambres d'isolement ou en chambres fermées. Les résultats sont les suivants :

- aucun patient n'est sous contention dans une chambre d'isolement ou dans une chambre fermée ;
- un patient est en chambre d'isolement sans prescription médicale. En 2008, l'utilisation de contentions se faisait le plus souvent sans prescription médicale ;
- les modalités de mise en œuvre et de surveillance sont indiquées sur toutes les prescriptions médicales ;
- l'évaluation bénéfique/risque est tracée dans 52 % des cas ;
- l'information du patient ou de sa famille n'est pas tracée sur huit prescriptions ;
- le prénom du patient est peu renseigné ;

risque de chute, risque de fugue, administration de traitement de soins somatiques (perfusion, sonde urinaire...), demande du patient, autres indications à préciser.

- l'isolement en chambre ouverte comme mesure d'apaisement est proposé dans deux services ; dans ce cas, elle fait suite à un entretien médical et négociée avec le patient ;
- l'entretien infirmier est systématique, soit de façon informelle, soit dans un bureau ;
- les infirmiers audités relatent des mesures de prévention mises en place avant d'appliquer la prescription médicale ;
- la surveillance rapprochée avec accompagnement individualisé par un infirmier ou un aide-soignant ou un AMP est décrite dans tous les cas ;
- les infirmiers audités sont capables de décrire leur pratique et leur expérience de la gestion et de la prévention de l'agressivité et de la violence mais pas toujours spontanément ;
- ces pratiques ne sont pas partagées, connues et transmises systématiquement au sein de l'équipe et peu tracées dans le dossier patient.

Dans l'additif publié en mars 2011, à la suite de la visite de certification ayant eu lieu du 30 novembre au 4 décembre 2010, la Haute autorité de santé (HAS) indique : « un audit portant sur les soins intensifs et une enquête de prévalence menée du 14 au 18 juin 2010 ont été conduites. Les résultats démontrent l'engagement de l'établissement dans les bonnes pratiques ».

Le même document note par ailleurs : « à l'UHT de Troyes, les locaux actuels ne prennent pas en compte les recommandations de l'HAS pour l'isolement thérapeutique [...], absence de sas, de sanitaires, de salle de bain, de climatisation. L'équipe soignante a adapté ses pratiques (porte des chambres de contention entrouverte). Malgré la vigilance apportée par l'équipe, la sécurité des personnes ne peut être garantie (patient déambulant, visites des familles)».

Dans **l'unité les Marronniers** où sont accueillis majoritairement des patients autistes, le jour de la visite, cinq patients étaient sous contention permanente, trois seulement la nuit et quatre de manière séquentielle. Cette mesure est appliquée sur prescription médicale. Certains étaient enfermés la nuit ou seulement une partie, notamment pour calmer leur angoisse à l'endormissement.

Dans **l'unité d'hospitalisation temporaire**, située aux urgences du centre hospitalier de Troyes, il existe quatre chambres d'isolement. Elles ne permettent pas de garantir la sécurité et la dignité du patient isolé :

- trois portes sur quatre comportent une lucarne de 0,35 m de côté, ne permettant pas de distinguer de façon satisfaisante le patient sur son lit ;
- la configuration des chambres comporte des coins, des portes implantées pas directement en face des lits ;
- les carreaux de verre de la pièce ne sont pas munis d'un dispositif permettant d'occulter la lumière et de protéger du soleil ;

- les serrures des portes sont anciennes et difficiles à faire fonctionner ;
- les chambres sont froides l'hiver et très chaudes l'été (selon les informations recueillies) ;
- la bordure des radiateurs est détériorée créant des bords saillants et coupants
- il n'existe pas de sas, ni de local sanitaire ; les patients disposent s'ils ne peuvent être accompagnés au WC d'un seau hygiénique ou d'un pistolet ;
- il n'existe pas de bouton d'appel.

7- LES CONDITIONS DE VIE AU TRAVAIL

L'implantation rurale de l'établissement conduit à des difficultés de recrutement. La vacance, lors de la période de visite, de treize postes d'infirmiers en est une des traductions. Pour contrecarrer cette situation, il est apparu nécessaire à la direction de renforcer l'attractivité de l'établissement. Un effort a été fait pour cela auprès et en lien avec l'institut de formation des soins infirmiers de Troyes. Participation de professionnels du site aux enseignements spécifiques sur la psychiatrie, renforcement de la collaboration dans le suivi des stagiaires affectés à Brienne et à Troyes, amélioration de la prise en charge de ceux ci , par la formation de tuteurs , six par unité de soins, ont été des pistes explorées. La traduction de cet investissement sera évaluée lors de la sortie des prochaines promotions.

Pour combler ces vacances de poste, préjudiciables au fonctionnement de l'établissement, plus particulièrement pendant la période estivale de juin à septembre, il est fait appel à des agents contractuels.

Le taux d'absentéisme de l'hôpital est de 14 %, selon les informations qui nous ont été communiquées, il est supérieur à la moyenne nationale qui se situe à 11 %. Il s'agit d'un absentéisme de courte durée qui est qualifiée de réactionnel, parfois pour répondre à une organisation des services, appréciée comme trop contrainte du fait des vacances de poste. Des droits qui se traduisent par des absences – les gardes d'enfant malade par exemple, – seraient par ailleurs très exercés. La création d'un observatoire de l'absentéisme ou l'analyse des risques sociaux sont deux pistes de travail en cours de réflexion pour aider à la gestion de cette situation.

Pour ce qui a trait aux pratiques professionnelles et au-delà de la résistance au changement qui nous a été indiquée par différents interlocuteurs tout au long de la visite, un objectif de professionnalisation est clairement affiché avec un souhait d'évolution des pratiques.

Pour cela dans le cadre de la formation, il est privilégié celle d'une nature institutionnelle par rapport aux demandes de formations individuelles. La traçabilité de la surveillance, la responsabilité professionnelle dans cette même surveillance ont été des axes travaillés. Un audit est venu constater des progrès sensibles dans les pratiques ayant un rapport avec ces deux thématiques. Un travail similaire sur les techniques d'entretien est en voie de réalisation.

Les réflexions en cours dans le cadre du nouveau projet d'établissement et l'ouverture de la clinique Dominique Fromentin sont deux leviers importants de cette évolution souhaitée. Une de celle-ci pourrait être de rééquilibrer les postes entre les ASH, les AMP, les aides-soignants, et les infirmiers en tirant vers le haut les compétences.

Au titre de la gouvernance et pour expliciter un climat général qui a été qualifié de morose par certaines des personnes rencontrées il a été souligné la mobilité de l'équipe de direction qui va perdre trois de ses membres par mutation dans les semaines qui suivent. Tout autant l'approche de l'heure de la retraite pour des psychiatres présents depuis de longues années dans l'établissement génère une inquiétude quant au futur.

CONCLUSION

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

Observation N° 1 : L'implantation de l'établissement dans une zone rurale éloignée de Troyes complexifie quelques éléments de la prise en charge des patients notamment dans le domaine somatique et rend les visites des proches difficiles. La desserte en transports en communs est insuffisante durant les vacances scolaires, les dimanches et jours fériés (cf. §2.2).

Observation N° 2 : Malgré cet éloignement, un seul poste de praticien hospitalier est vacant. Cette situation pourrait devenir plus délicate avec le départ prochain à la retraite de plusieurs d'entre eux (cf. §2.3.1).

Observation N° 3 : Il n'est pas acceptable que la délégation territoriale de l'agence régionale de santé de l'Aube fasse parvenir l'arrêté préfectoral d'hospitalisation d'office²⁰ destiné au patient dans un délai pouvant varier de sept à quatorze jours (cf. §3.1).

Observation N° 4 : L'activité de l'établissement met en évidence un faible recours aux hospitalisations sans consentement. Toutefois ce constat est à pondérer par le fait que de

²⁰ La visite des contrôleurs a eu lieu avant l'application des dispositions de la loi du 5 juillet 2011.

nombreux patients autistes sont admis en hospitalisation libre alors qu'ils ne sont pas en capacité de faire connaître leur consentement aux soins ; ces patients devraient être admis à la demande d'un tiers (cf. § 2.5 et 3.4).

Observation N° 5 : Le livret d'accueil contient différents documents de couleur différente pour chaque sujet rendant son abord aisé. Toutefois, il aborde de façon partielle les voies de recours pour les hospitalisations sans consentement ; il n'évoque pas le droit de conserver un ordinateur portable durant l'hospitalisation (cf. §3.2, 3.4 et 3.11.4).

Observation N° 6 : Les registres de la loi de la clinique psychiatrique de l'Aube et du site de Brienne sont bien tenus, à la réserve de faire préciser le lien de parenté du tiers qui demande l'hospitalisation (cf. § 3.6.1 et 3.6.2).

Observation N° 7 : Le service de protection des majeurs est très attentif à la gestion des dossiers des patients concernés (Cf. §3.7.1).

Observation N° 8 : Il est regrettable que le président de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques ait refusé de rencontrer les contrôleurs et leur fournir les comptes-rendus de cette commission contrevenant ainsi aux dispositions de la loi du 30 octobre 2007 (cf. § 3.10).

Observation N° 9 : La structure architecturale des unités permet d'accueillir les visiteurs notamment dans un salon situé dans le sas d'entrée dans des conditions dignes et préservant l'intimité des autres patients (cf. §3.11.1).

Observation N° 10 : Les personnes hospitalisées devraient pouvoir utiliser leurs téléphones portables en fonction de leur état clinique (cf. § 3.11.2).

Observation N° 11 : L'accès à internet devrait être un droit reconnu aux patients au même titre que celui à la correspondance (cf. 3.11.4 et 4.3.7.9).

Observation N° 12 : Il serait nécessaire d'installer le comité d'éthique de l'établissement ainsi que le comité de liaison alimentaire. Le comité de lutte contre la douleur devrait mettre en place des formations et des actions sur le terrain (cf. § 3.11.5.4).

Observation N° 13 : Il est pris acte des mesures adoptées par la direction pour améliorer la restauration, à la suite de la visite des contrôleurs (cf. §4.1.2).

Observation N° 14 : Il est regrettable que la cafétéria soit fermée les dimanches et les jours fériés (cf. § 4.1.4.1).

Observation N° 15 : Les ateliers thérapeutiques sont bien équipés et très fréquentés par les patients (cf. § 4.1.4.3).

Observation N° 16 : Il est à noter que la prise en charge somatique des patients hospitalisés est de bonne qualité. Cependant, les médecins ont dû renoncer à la mise en place de régimes alimentaires du fait des difficultés de confection par la cuisine (cf. §4.1.5.1).

Observation N° 17 : Les psychiatres devraient se conformer aux recommandations en matière de prescription des médicaments (cf. § 4.1.5.2).

Observation N° 18 : Il serait utile de mettre en œuvre l'interconnexion du logiciel de l'EPSM avec celui du centre hospitalier de Troyes afin d'accélérer l'obtention des résultats de laboratoire (cf. § 1.1.5.3).

Observation N° 19 : Durant la nuit, les urgences psychiatriques devraient être traitées par le psychiatre d'astreinte et non par le médecin généraliste : ceci éviterait que ce dernier prenne la décision, le cas échéant, de placer un patient en chambre d'isolement ou de le mettre sous contention (cf. §4.1.7).

Observation N° 20 : L'unité d'hospitalisation temporaire de psychiatrie qui permet d'évaluer puis d'orienter les patients présentant un état de crise fonctionne dans de bonnes conditions, sans toutefois que leur mode d'hospitalisation et donc leurs droits n'aient encore été définis (cf. § 4.2.1).

Observation N° 21 : Il serait nécessaire d'améliorer le circuit du médicament entre la pharmacie de Brienne et la clinique de Troyes afin de réduire le délai d'obtention des médicaments, notamment à visée somatique (cf. § 4.3.1.1 et 4.3.3).

Observation N° 22 : La prise en charge offerte aux patients à la clinique psychiatrique de l'Aube est apparue de qualité et conforme aux besoins des patients. La structure immobilière contraste avec celle en place sur le site de Brienne-le-Château, à la date de la visite. Cependant davantage d'activités devraient leur être proposées. (cf. § 4.3.1 et 4.3.7.10).

Observation N° 23 : Contrairement à la gestion aisée du tabac à la clinique de l'Aube, sur le site de Brienne, l'interdiction légale de fumer dans les locaux de soins a été transformée en une vision hygiéniste du problème ce qui se traduit par une limitation arbitraire du nombre de cigarettes autorisées à chaque patient (dix, sept ou quatre...). Celle-ci entraîne des détournements ou des comportements indignes (cf. §4.4.2, 4.4.3.2, 4.5.2, 4.5.3.2, 4.6.1.11 et 4.6.2.11).

Observation N° 24 : La mise en place d'un poste d'accueil dans le hall d'entrée de la clinique de l'Aube assure un lien de qualité avec les visiteurs extérieurs qui trouvent là un interlocuteur attentif et compétent (cf. § 4.3.7.12).

Observation N° 25 : Le sentiment d'abandon du personnel soignant par rapport à l'absence des psychiatres et sa demande de supervision devraient être pris en compte dans le pôle de psychiatrie adulte Nord (cf. § 4.4).

Observation N° 26 : Les portes des unités ne devraient pas être systématiquement fermées dès lors qu'une très forte majorité de patients y sont admis en hospitalisation libre. Par ailleurs des patients admis dans ce mode d'hospitalisation devraient pouvoir sortir librement afin de garantir leur liberté d'aller et venir (cf. § 4.4.3.2, 4.5.3 et 4.6.1.3).

Observation N° 27 : L'installation d'une salle de silence dans une unité dédiée aux patients autistes apparaît comme une initiative très intéressante (cf. § 4.5.3.1).

Observation N° 28 : L'unité dédiée à la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles mentaux devrait être aménagée pour prévoir un accès aisé à la cour intérieure. Des activités spécifiques à cette population devraient être organisées (cf. § 4.6.1.16 et 4.6.1.17).

Observation N° 29 : Les conditions d'hébergement offertes aux patients en géro-psycho-geriatrie ne sont pas conformes à leur dignité s'agissant de la persistance de dortoirs et de l'insuffisance voire de l'absence de sanitaires dans les chambres (cf. § 4.6).

Observation N° 30 : L'utilisation de la chambre d'isolement en géro-psycho-geriatrie, essentiellement pour des personnes admises en hospitalisation libre (et le projet d'en créer quatre dans le futur bâtiment) est inacceptable (cf. § 4.6.1.19).

Observation N° 31 : Afin de préserver leur dignité, les patients devraient être dotés de vêtements personnels et les femmes devraient porter des soutiens-gorge (cf. § 4.6.2.7).

Observation N° 32 : Malgré la règle d'admission des enfants et adolescents de plus de 14 ans à la clinique de Troyes, treize enfants ont été admis en 2010 sur le site de Brienne pour des durées moyennes de séjour importantes. Cette situation n'est pas adaptée et constitue un grave préjudice (cf. § 4.7).

Observation N° 33 : L'hospitalisation des personnes détenues ne s'effectue pas en fonction de leur état clinique mais obéit uniquement à des considérations de sécurité : elle s'effectue en chambre d'isolement durant toute la durée du séjour. Les droits des personnes détenues au maintien des liens familiaux ne sont pas respectés : téléphoner et recevoir des visites sont interdits. Il conviendrait de rédiger un protocole de prise en charge des personnes détenues respectant leurs droits (cf. § 4.8).

Observation N° 34 : Faute de lits disponibles, il arrive qu'un patient dont l'état ne le nécessite pas, d'être placé en chambre d'isolement « portes ouvertes » pour une durée non négligeable. Cette pratique est contraire à la dignité des patients et à l'établissement d'une relation de confiance avec l'équipe soignante (cf. § 5).

Observation N° 35 : Dans l'unité d'hospitalisation temporaire, située aux urgences du centre hospitalier de Troyes, les quatre chambres d'isolement ne permettent pas de garantir la sécurité et la dignité du patient isolé (cf. § 6).

Observation N° 36 : Les chambres d'isolement des unités des Charmilles ne comportent pas de sas. A l'exception de celles de la clinique de l'Aube, aucune n'est dotée de bouton d'appel. Il n'existe pas de registre d'isolement retraçant les mesures prises contrairement aux recommandations du Contrôleur général des lieux de privation de liberté du 18 juin 2009 à la suite de la visite du centre hospitalier Esquirol de Limoges (Haute-Vienne) publiées au Journal officiel de la République française du 2 juillet 2009 (cf. § 6).

Observation N° 37 : Il est à souhaiter que la résistance au changement et la morosité du climat ambiant qui constituent un frein important au développement de l'établissement s'émeussent avec le profond remaniement lié au départ prochain des principaux acteurs de l'établissement (cf. § 7).

Observation N° 38 : L'ouverture prochaine de la clinique Dominique Florentin devrait permettre d'insuffler une nouvelle dynamique au sein de l'ensemble de l'établissement (cf. § 7).

Sommaire

1- Conditions générales de la visite	2
2- Présentation générale de l'établissement.....	4
2.1 La psychiatrie dans le département de l'Aube	4
2.2 Présentation générale de l'établissement	4
2.3 Les personnels	7
2.3.1 Le personnel médical.....	7
2.3.2 Le personnel non médical	8
2.4 Les données financières	9
2.5 Activité.....	10
3- hospitalisation sans consentement et exercice des droits	12
3.1 Les modalités d'arrivée sur le site de Brienne	12
3.2 Informations données aux malades arrivants	13
3.3 La désignation d'une personne de confiance.....	14
3.4 Les informations sur les voies de recours	14
3.5 Les levées des mesures de contrainte	14
3.6 Les registres de la loi.....	15
3.6.1 Le registre de la loi à la clinique psychiatrique de l'Aube.....	15
3.6.2 Le registre de la loi sur le site de Brienne-le-Château.....	16
3.7 La protection juridique des majeurs	17
3.7.1 Le service de protection des majeurs.....	17
3.7.2 L'allocation aux adultes handicapés (AAH)	21
3.8 L'accès au dossier médical.....	21
3.9 L'accès à l'exercice d'un culte	23
3.10 La commission départementale des hospitalisations psychiatriques.....	23
3.11 La communication avec l'extérieur	24
3.11.1 Les visites.....	24
3.11.2 Le téléphone	24
3.11.3 Le courrier.....	24

3.11.4	L'informatique et l'accès à l'internet	25
3.11.5	La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC).....	25
4-	Les conditions d'hospitalisation	29
4.1	Eléments communs à tous les pôles	29
4.1.1	Le règlement Intérieur	29
4.1.2	La restauration	29
4.1.3	La blanchisserie.....	31
4.1.4	Les activités communes	31
4.1.5	Les soins somatiques.....	34
4.1.6	La surveillance	37
4.1.7	Le service de nuit.....	37
4.2	Le pôle de psychiatrie adulte Sud	38
4.2.1	Les urgences psychiatriques et l'unité d'hospitalisation temporaire de psychiatrie	38
4.3	La psychiatrie de liaison.....	43
4.3.1	La clinique psychiatrique de l'Aube	43
4.3.2	La description générale des lieux.....	44
4.3.3	Les soins somatiques.....	48
4.3.4	Les mineurs hospitalisés	48
4.3.5	L'isolement et la contention.....	49
4.3.6	Les modalités d'arrivée des patients.....	50
4.3.7	La vie quotidienne.....	51
4.3.8	L'accès à l'exercice d'un culte	58
4.3.9	La vidéosurveillance.....	58
4.4	Le pôle de psychiatrie adulte Nord : hospitalisations de moyenne durée	58
4.4.1	Eléments communs aux deux unités	58
4.4.2	L'unité les Charmilles.....	61
4.4.3	L'unité les Troènes 1	66
4.5	Le pôle de psychiatrie adulte Ouest : hospitalisations de longue durée.....	71
4.5.1	Eléments communs aux deux unités	71
4.5.2	L'unité les Capucines.....	73
4.5.3	L'unité les Marronniers.....	77
4.6	Le pôle de psychiatrie adulte Est : géronto-psychiatrie.....	81

4.6.1	Les Glycines.....	82
4.6.2	Les Troènes 2	93
4.7	La psychiatrie-infanto-juvénile : pôles enfant Est et Ouest	99
4.8	L'hospitalisation des personnes détenues.....	100
5-	La suroccupation et les transferts.....	104
6-	Le recours à l'isolement et à la contention	105
7-	Les conditions de vie au travail.....	109
CONCLUSION	110