



**Centre hospitalier
Béclair
Charleville-Mézières
(Ardennes)
10-14 octobre 2011**

Contrôleurs : Caroline Viguié, chef de mission ;

Betty Brahmy ;

Michel Clémot ;

Vincent Delbos.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, quatre contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier (CH) Bélaïr, établissement public de santé des Ardennes, situé à Charleville-Mézières, du 10 au 14 octobre 2011.

Un rapport de constat a été adressé le 21 mai 2012 à la directrice du centre hospitalier. Le 28 juin 2012, celle-ci a transmis ses observations qui ont été intégrées dans le présent rapport de visite.

1- CONDITIONS GENERALES DE LA VISITE.

La visite a été annoncée au chef d'établissement par courrier en date du 6 octobre 2011.

Les contrôleurs sont arrivés le lundi 10 octobre 2011 à 15h et ont été accueillis par la directrice de l'établissement.

A 15h30, une réunion de présentation a eu lieu avec la directrice du centre hospitalier ainsi que :

- la directrice adjointe ;
- le directeur des ressources humaines ;
- le chargé de communication ;
- l'ingénieur technique ;
- la responsable du bureau des entrées, attachée d'administration hospitalière ;
- la directrice des soins ;
- trois praticiens hospitaliers, dont le chef du pôle 1 ;
- six personnels syndiqués membres du comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ;
- un membre de l'union nationale de familles ou amis de malades psychiques (UNAFAM) ;
- un représentant des usagers, membre de l'association Prélude.

A l'issue de cette réunion, une visite de l'hôpital a été organisée.

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

L'affichette annonçant la visite avait été diffusée dans les services de soins et les lieux collectifs. Un panneau lumineux d'information, situé à l'entrée de l'établissement, annonçait la venue du Contrôleur général des lieux de privation de liberté, le premier jour de la visite.

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

Les chefs de cabinet du préfet des Ardennes et du directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS), la présidence du tribunal de grande instance (TGI) et le parquet de Charleville-Mézières ont été avisés par téléphone du contrôle, le 11 octobre 2011.

Le jeudi 13 octobre 2011, les contrôleurs ont rencontré le préfet des Ardennes, le président et le procureur de la République près le TGI de Charleville-Mézières, ainsi qu'un vice-président assurant la fonction de juge des libertés et de la détention.

Au cours de leur mission, les contrôleurs ont eu sur place un entretien avec :

- le président du conseil de surveillance ;
- la directrice du CH Bélaïr ;
- le président de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) ;
- la présidente de la commission locale d'éthique (CLE) ;
- une famille de patient.

Une réunion de fin de visite a eu lieu avec la directrice de l'établissement le 18 octobre 2011.

2- PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 L'implantation

Le centre hospitalier (CH) Bélaïr, établissement public de santé des Ardennes, est situé 1 rue Pierre Hallali sur la commune de Charleville-Mézières, dans le quartier de Bélaïr dont il a pris l'appellation. Distant d'environ 3 km de la gare SNCF de Charleville-Mézières, sa présence est parfaitement signalée grâce à plusieurs panneaux indicateurs utilisant néanmoins l'ancienne appellation CHS (centre hospitalier spécialisé)¹.

La ligne de bus n° 8 dessert directement l'hôpital ; l'arrêt « Hôpital Bélaïr » se situe face à la grille d'entrée.

Les deux barrières de l'entrée principale sont levées dans la journée.

Sur la droite, un bâtiment moderne, vitré, abrite le bureau des entrées. Face à lui, les visiteurs disposent de places de parking ; des emplacements sont réservés aux personnes à mobilité réduite et aux membres du personnel. Deux autres parkings sont à disposition, à l'intérieur du centre hospitalier mais à l'extrémité opposée de l'entrée principale.

¹ Appellation utilisée antérieurement à la réforme hospitalière réalisée par la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991.

Le centre hospitalier se trouve sur le domaine de Bélair, un terrain boisé de trente hectares abritant le château Renaudin, construit en 1899 par une famille de la bourgeoisie industrielle et commerçante de la Belle Epoque. Actuellement, ce bâtiment, toujours appelé « le château », comporte : trois salles au rez-de-chaussée utilisées pour les audiences foraines du juge des libertés et de la détention (cf. § 3.3.1 et 3.3.2) ; aux étages, une salle de réunion, la salle du conseil d'administration de l'établissement, des chambres et des studios pour les hôtes de passage ou les stagiaires.

La construction du centre hospitalier a débuté le 21 octobre 1966 et l'établissement a ouvert officiellement ses portes le 16 juin 1969.

Cet établissement pavillonnaire dispose, toutes structures confondues, de 457 lits, dont 301 lits pour l'intra-hospitalier, répartis sur douze pavillons. L'ensemble des services hospitaliers est entouré d'une clôture grillagée.

Le centre est découpé en neuf zones, identifiées par des lettres et des couleurs différentes ; la signalétique est de taille réduite et complexe. Ces zones sont les suivantes (cf. également § 2.3) :

- zone AD, de couleur violette, pour le bureau des entrées, les bâtiments administratifs et la direction ;
- zone CS, de couleur rouge : cette zone, centrale, abrite les activités thérapeutiques communes à tous les secteurs ;
- zone C, de couleur bleue, également au centre de l'hôpital, correspondant au secteur du Sedanais et aux unités d'hospitalisation intersectorielles.

Les autres zones se répartissent ensuite, de gauche à droite, dans le sens des aiguilles d'une montre :

- zone A, de couleur jaune, abritant le secteur de la Vallée de la Meuse ;
- zone B, de couleur verte, pour le secteur du Rethélois ;
- zone PF, non identifiée sur le plan de l'hôpital, correspondant aux logements de fonction ;
- zone M, de couleur vert clair, abritant une maison d'accueil spécialisé ;
- zone D, de couleur rose signalant le secteur du Vouzinois et le service d'alcoologie ;
- zone L, de couleur marron, non spécifiée sur le plan mais, de fait, abritant « le château » et l'unité de psychiatrie infanto-juvénile.

Ces pavillons sont de plain-pied, comportent des toits en terrasse, une entrée séparée et une cour.

Les cours des différents pavillons d'hospitalisation ont été grillagées en 2010 ; selon les précisions apportées par la directrice de l'établissement dans son courrier adressé en réponse au rapport de constat, ils « font suite à une demande d'évitement des fugues, faite par le

directeur de l'[agence régionale de l'hospitalisation]², en 2009 ». Selon les informations recueillies sur place par les contrôleurs, le personnel était majoritairement opposé à ce dispositif, qui avait été conçu pour permettre aux patients de sortir plus librement (les unités sont toutes fermées), notamment pour fumer.

Il s'agit d'un grillage vert, non arboré, que le visiteur remarque d'emblée. Cet aménagement permet à tout passant d'observer les patients dans les cours de promenade.

Il n'existe par ailleurs aucun dispositif de vidéosurveillance couvrant l'ensemble de l'établissement comme l'intérieur des différentes unités.

De manière générale, les bâtiments ne sont pas en très bon état. Il existe des problèmes de maintenance, d'eau et d'électricité. Un seul bâtiment est entièrement neuf, en bordure ; il abrite une maison d'accueil spécialisé (MAS) de soixante places, ouverte en 2001.

2.2 La psychiatrie dans le département des Ardennes

La population totale du département est de 284 197 habitants. Les Ardennes se situent dans la seule région de France où la population diminue, en particulier dans le milieu rural (cinq fois plus que dans le milieu urbain). Cette baisse est principalement due à un taux de chômage élevé ; l'économie du département, après avoir reposé sur l'agriculture, s'appuie depuis plus d'un siècle sur l'industrie et trop peu sur le secteur tertiaire, d'où un taux de chômage relativement important.

Les plus gros employeurs de la région sont le centre hospitalier de Charleville-Mézières (dont dépend l'hôpital Manchester qui propose l'ensemble des spécialités médicales et chirurgicales courantes et spécialisées) ainsi que le groupe *PSA Peugeot Citroën*.

Le centre hospitalier Bélaïr est le seul établissement spécialisé en psychiatrie du département des Ardennes, territoire d'une superficie de 5 229 km², traversé dans sa partie septentrionale par la vallée sinueuse de la Meuse ; c'est dans cette région du département que se concentrent l'essentiel des habitants et des activités ; Charleville-Mézières et Sedan en sont les principaux centres urbains.

Il accueille les malades ardennais, jusque-là hospitalisés au CH de Prémontré, dans l'Aisne.

Le département ne compte aucune clinique privée psychiatrique.

Une trentaine de structures extérieures sont par ailleurs réparties sur tout le département, pour la psychiatrie générale et la psychiatrie infanto-juvénile.

Une équipe d'infirmiers psychiatriques et un médecin interviennent au service d'accueil des urgences (SAU) implanté au sein de l'hôpital Manchester, dans le cadre de la psychiatrie de liaison.

² Les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ont laissé leur place le 1^{er} avril 2010 aux agences régionales de santé mises en place par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 dite « Hôpital, patients, santé et territoires ».

2.3 L'organisation fonctionnelle de l'établissement

Le centre hospitalier Bélaïr est décomposé en six pôles d'activités, trois pôles cliniques et médico-techniques et trois pôles administratifs et prestataires :

- **le pôle 1 : psychiatrie générale**

Le département des Ardennes, pour les patients adultes, est découpé en quatre secteurs : Vallée de la Meuse, Rethélois, Sedanais et Vouzinois. Le centre hospitalier comprend, pour chaque secteur, d'une part des structures d'hospitalisation complète, situées sur le domaine de Bélaïr, d'autre part, des structures extérieures réparties dans les villes principales de chaque secteur. Au sein de l'intra-hospitalier, différents types de structures sont implantées : unités d'admission, unités de soins prolongés, unités spécialisées ou spécifiques.

Le pôle 1 comprend ainsi les services de psychiatrie pour adultes et les équipements suivants³ :

- secteur de la Vallée de la Meuse dont l'unité d'admission est appelée Roc la Tour ;
- secteur du Rethélois dont l'unité d'admission est appelée Varennes ;
- secteur du Sedanais dont l'unité d'admission est appelée La Goutelle ;
- secteur du Vouzinois dont l'unité d'admission est appelée Elan ;
- l'unité de soins intensifs en psychiatrie (USIP) qui porte le nom d'Argonne ;
- l'unité de séjours prolongés dite Claire-Fontaine ;
- la résidence « Les 4 vents » (deux bâtiments appelés à devenir des structures médico-sociales, non visités par les contrôleurs) ;
- l'équipe psychiatrique intersectorielle de cure de l'exclusion (EPICURE) ;
- les ateliers thérapeutiques ;
- le centre social ;
- le gymnase ;
- la balnéothérapie.

- **le pôle 2 : psychiatrie infanto-juvénile**

Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile couvre l'ensemble du département. Il s'agit d'une psychiatrie de liaison. Il comprend les services suivants :

- les services de soins extra-hospitaliers ;
- l'unité départementale d'hospitalisation temporaire en pédo-psychiatrie (UDHTP) ;
- l'équipe de liaison pour adolescents ;

³ Le pôle 1 comprend également des structures extra-hospitalières (centres médico-psychologiques, centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, hôpitaux de jour etc.) réparties sur l'ensemble du département.

- le service de psychiatrie en pédiatrie ;

- **le pôle 3 : unités transsectorielles**

Le pôle 3 comprend :

- une équipe de psychiatrie de liaison au SAU ;
- pour l'addictologie : une unité de cure, une unité de postcure et l'ELT (Equipe Liaison Toxicomane) ;
- la diététique ;
- la pharmacie ;
- l'odontologie ;
- une unité intersectorielle de soins de courte durée (UISCD) ;
- un département d'information médicale.

- **le pôle 4 : stratégie, qualité et ressources**

- **le pôle 5 : ressources humaines et communication**

- **le pôle 6 : services économiques et logistiques**

Le centre hospitalier dispose d'un site internet⁴ qui permet d'avoir accès aux informations telles que l'accès, l'organigramme... En revanche, il n'est pas actualisé et ne donne notamment pas les informations relatives aux dispositions 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.

Depuis septembre 2011, le site intranet de l'établissement comporte une rubrique ouverte aux syndicats.

2.4 Les personnels

2.4.1 Le personnel médical

Au 10 octobre 2011, le CH comptait trente-et-un personnels médicaux (effectif réel) ainsi répartis⁵ :

- seize médecins psychiatres praticiens hospitaliers à temps plein (pour vingt-cinq postes théoriques) ;
- quatre praticiens hospitaliers à temps partiel ;
- un praticien contractuel à temps plein ;
- cinq praticiens contractuels à temps partiel ;
- deux attachés ;

⁴ www.ch-Bélaire.fr

⁵ Selon les éléments chiffrés donnés par la direction des ressources humaines.

- deux pharmaciens ;
- un odontologiste.

Cet effectif est stable puisqu'il était également de trente-et-un en 2010 et de trente-deux personnels médicaux en 2009. Dans son courrier d'observations, la directrice de l'établissement indique qu'en réalité, « le nombre de psychiatres est en baisse régulière depuis 2008. Le nombre de médecins a pu rester stable car le CH Béclair a recruté quelques généralistes ».

2.4.2 Le personnel non médical

Au 31 décembre 2010, l'effectif théorique total du personnel non médical était de 791 pour 732,90 ETP ainsi répartis :

- personnel administratif :
 - 4 directeurs ;
 - 1 directeur de soins ;
 - 4,8 attachés d'administration ;
 - 6 adjoints des cadres ;
 - 38,8 adjoints administratifs ;
 - 0,5 aumônier ;
 - 15 secrétaires médicales ;
- personnel soignant :
 - 6 cadres supérieurs de santé ;
 - 23,5 cadres de santé ;
 - 311,7 infirmiers, dont 19 en CDD⁶ ;
 - 2 ergothérapeutes ;
 - 2 psychomotriciens ;
 - 130,4 aides soignantes (AS) et aides médico-psychologiques (AMP), dont 9 en CDD ;
 - 59,5 agents des services hospitaliers qualifiés (ASHQ), dont 8 en CDD ;
 - 4 familles d'accueil ;
- personnel socio-éducatif :
 - 2 cadres socio-éducatifs ;

⁶ Au 1^{er} septembre 2011, le CH comptait 140 infirmières psychiatriques sur un total de 322 infirmières, soit 43 %. Le recrutement de vingt infirmières était prévu pour le mois de novembre 2011.

- 19,6 psychologues, dont 6 en CDD ;
- 4 éducateurs spécialisés ;
- 1 moniteur-éducateur, en CDD ;
- 24,3 assistantes sociales et éducateurs spécialisés, dont 1 en CDD ;
- personnel médico-technique :
 - 4 préparatrices, dont 1 en CDD ;
 - 1 manipulateur en électroradiologie (il est inclus dans l'effectif mais il est en réalité mis à disposition du CH de Charleville-Mézières) ;
- personnel technique :
 - 2 ingénieurs ;
 - 3 techniciens supérieurs ;
 - 5 agents de maîtrise ;
 - 18 maîtres ouvriers ;
 - 32 ouvriers professionnels qualifiés, dont 2 en CDD ;
 - 7,8 agents d'entretien qualifiés, dont 8 en CDD.

Le CH Bélair compte en outre cinq assistantes sociales auprès des patients. L'assistante sociale exerçant à la direction des ressources humaines est partie en disponibilité au mois de janvier 2011 et n'a pas été remplacée.

De manière générale, aucun mouvement social propre à l'établissement n'a eu lieu ces dernières années. Il n'y a pas eu non plus d'inspection du travail.

2.5 Les données financières

Au vu des informations fournies, les contrôleurs ont constaté que le budget général du CH Bélair était relativement constant :

- en 2008 : 43 553 246,29 euros de charges pour 43 586 537,19 euros de recettes ;
- en 2009 : 44 093 729,13 euros de charges pour 44 254 041,78 euros de recettes ;
- en 2010 : 44 136 664,27 euros de charges pour 44 204 543,44 euros de recettes ;
- pour 2011 (une projection annuelle a été réalisée, sur la période allant du 1^{er} janvier 2011 au 30 septembre 2011) : les charges s'élèveraient à 44 060 200 euros pour 44 172 385 de recettes.

Les dépenses les plus importantes sont celles concernant le personnel (environ 78 %).

Il a été expliqué aux contrôleurs que le budget était pour l'instant à l'équilibre du fait de l'existence de postes vacants de médecins. En revanche, si les postes étaient pourvus – ce qui serait souhaitable sur le plan de l'offre et de la qualité des soins – le budget serait largement déficitaire.

En l'état, l'ARS a donné son accord pour que le faible excédent soit mis en provision

dans le compte « amortissements et emprunts », dans la perspective du projet d'établissement qui doit être revu en 2012.

Il a également été fait part aux contrôleurs des inquiétudes suivantes :

- d'une part, l'ARS, dans le cadre de sa politique de redistribution des moyens entre tous les établissements, notamment psychiatriques, n'avait pas donné en début d'exercice 2011, au CH Bélaïr, la totalité de son enveloppe. Plus précisément, l'ARS de Champagne-Ardenne a prélevé 5 % du budget de l'hôpital afin d'alimenter l'enveloppe susceptible d'être redistribuée aux établissements de santé de la région qui en auraient besoin. Cette somme lui a finalement été restituée au début de l'été 2011. Or, lors du contrôle, personne ne savait si cette somme, qui représente environ deux millions d'euros pour le CH Bélaïr, allait être à nouveau prélevée sur le budget 2012. Dans l'intervalle, le CH Bélaïr devait réfléchir, comme les autres établissements, aux indicateurs d'activité et de ressources susceptibles d'être pris en considération pour la redistribution. Au cours du conseil de surveillance de l'établissement du 9 juin 2011, ont été évoqués les principaux axes vers lesquels les indicateurs pourraient être orientés : vulnérabilité de la population (allocataires de l'allocation aux adultes handicapés, revenu de solidarité active, couverture maladie universelle..); population par secteur ; distance géographique à parcourir ; nombre de centres médico-psychologiques ; dotation annuelle de fonctionnement par habitant ; file active ; taux d'encadrement du personnel ; taux d'encadrement médical. En tout état de cause, il a été indiqué aux contrôleurs que cette politique régionale était susceptible d'avoir des conséquences importantes en termes de recrutement de personnels, voire nécessiter des restructurations ;
- d'autre part, au cours de la présentation à l'ARS du nouveau projet médical, le 15 septembre 2011, il a été rappelé que l'unité départementale d'hospitalisation temporaire en pédopsychiatrie coûtait cher, pour peu de lits. La question a été posée de savoir s'il ne serait pas opportun de l'adosser au service de pédiatrie de l'hôpital général ou bien à un autre service du CH Bélaïr pour mutualiser les dépenses (§ 4.2.7.3).

2.6 L'activité

Le centre hospitalier Bélaïr a une capacité totale théorique de 457 lits.

La répartition des lits sur le secteur intra-hospitalier était, au 1^{er} octobre 2011, la suivante :

PAVILLONS	LITS au 1.10.2011
Vallée de la Meuse	26
Rethélois	26
Sedanais	26
Vouzinois	26
Unité intersectorielle Clairefontaine	30
USIP	21

UISCD	10
4 Vents (2 X 20 lits)	40
Alcoologie	20
UDHTP	4
Post-cure (SSR Alcoologie)	12
Maison d'accueil spécialisé	60
TOTAL	301

En 2010⁷, l'activité par secteur était la suivante :

Pavillons	Nombre d'entrées	Taux d'occupation en %	Durée moyenne de séjour en jours
Vallée de la Meuse	366	90,03	24,24
Rethélois	441	91,23	38,27
Sedanais	416	90,39	21,41
Vouzinois	395	83,58	20,08
Unité intersectorielle Clairefontaine	14	96,35	753,57
USIP	12	88,16	536,33
UISCD	293	89,46	16,72
4 Vents (2 X 20 lits)	9	97,29	1 578,22
Alcoologie	276	76,70	20,29
UDHTP	15	11,99	11,67
Post-cure (SSR Alcoologie)	74	68,45	40,51
Maison d'accueil spécialisé	20	97	275,08

3- HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT ET EXERCICE DES DROITS

3.1 L'arrivée des patients

3.1.1 L'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers

Les patients admis en soins psychiatriques à la demande d'un tiers arrivent directement dans leur pavillon de secteur. Les modalités d'admission seront décrites pour chacun d'entre eux.

⁷ Chiffres du rapport d'activité et de gestion pour l'exercice 2010 (publiés en juillet 2011).

3.1.2 L'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat

En fonction de sa provenance, le patient est amené par une ambulance privée, les sapeurs-pompiers ou, s'agissant du centre hospitalier général de Sedan, par le SAMU-SMUR. Selon les informations recueillies, le patient est transporté avec des sangles de contention.

Le véhicule s'arrête au bureau des entrées pour procéder aux formalités d'admission. Le véhicule se rend ensuite à l'unité de soins intensifs en psychiatrie (USIP), encore appelée Argonne (cf. § 2.3).

Les patients des quatre secteurs qui arrivent au CH en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat sont admis à l'USIP (unité intersectorielle).

Le patient est accueilli par un infirmier⁸ de sexe masculin et une aide-soignante de cette unité. L'interne de garde est prévenu de l'admission d'un patient ainsi que le psychiatre responsable de l'unité ou le psychiatre d'astreinte selon l'heure d'arrivée du patient. Un premier entretien a lieu qui permettra d'évaluer l'état clinique et d'effectuer une prescription.

Le médecin généraliste viendra effectuer un examen somatique dans les vingt-quatre heures.

L'arrêté de la préfecture notifiant la mesure d'ASPRE arrive généralement à l'USIP le lendemain, lorsqu'il s'agit de jours ouvrables. Il est remis au patient un récépissé de cet arrêté qu'il doit signer. En cas de refus, deux infirmiers attesteront de ce refus sur le récépissé qui, dans tous les cas est renvoyé au bureau des entrées. L'arrêté est conservé au dossier médical.

3.2 Les modalités d'admission

3.2.1 Les formalités administratives

En toute hypothèse, le véhicule conduisant le patient s'arrête au bureau des entrées (cf. § 2.1). Celui-ci est ouvert du lundi au vendredi, de 8h à 17h, sans interruption. En dehors de ces horaires et le week-end, ce sont des agents de l'accueil, postés dans le même bâtiment que celui abritant le bureau des entrées, qui procèdent aux formalités administratives.

Le personnel vérifie les différents documents : certificats médicaux, demande du tiers, papiers d'identité, carte vitale et carte de mutuelle.

Il procède à l'enregistrement informatique du dossier.

Il remet au patient, ou, le cas échéant, à ceux qui l'accompagnent :

- une planche d'étiquettes pour les différents actes auxquels il sera procédé ;
- un questionnaire de sortie ;
- un plan de l'hôpital ;
- le livret d'accueil (cf. § 3.2.3) ; il a été indiqué aux contrôleurs que ce dernier n'était cependant plus distribué depuis au moins le mois de juillet 2010, à défaut

⁸ Le roulement prévoit toujours la présence de deux infirmiers de sexe masculin durant la journée et d'un pour la nuit.

d'exemplaires encore en stock au bureau des entrées.

La notification de la mesure d'admission du patient sera faite dans l'unité, en principe au plus tard le lendemain, en fonction de l'état de l'intéressé, au moyen de formulaires.

Il existe un formulaire propre aux admissions en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (ASPRES) et un autre relatif aux admissions en soins psychiatriques sur demande d'un tiers (ASPTD).

Ces formulaires sont transmis, avec la copie des décisions de placement, au service concerné pour notification.

Les formulaires relatifs aux ASPRES, remis aux contrôleurs, n'avaient pas encore été mis à jour des dispositions de la loi du 5 juillet 2011. Y figuraient des informations non actualisées relatives aux voies de recours et délais.

Les formulaires relatifs aux ASPTD faisaient au contraire mention des nouvelles dispositions mais non des voies de recours et de la saisine possible du juge des libertés et de la détention. En outre, hormis le titre du formulaire, il n'est pas indiqué que l'admission est faite sans consentement et à la demande d'un tiers. La formule utilisée est la suivante : « j'ai l'honneur de vous informer qu'en application des articles L.3212-1, L.3212-2, L.3212-3, L.3222-2, 3211-3 et 3211-11 du code de la santé publique votre admission en soins psychiatriques est prononcée à compter du... ».

Dans les deux cas, le patient reconnaît avoir reçu la décision, en datant et en signant. Il est aussi prévu que le personnel puisse mentionner le fait que le patient refuse de signer la notification ou est dans l'impossibilité de le faire.

Une fois cette notification effectuée, le formulaire est retourné au bureau des entrées : un exemplaire sera classé au dossier administratif du patient ; un autre sera transmis au préfet ; le troisième au juge des libertés et de la détention.

Le bureau des entrées met de côté les décisions pour lesquelles les notifications n'ont pas encore été effectuées. Lors de la visite des contrôleurs, la plupart des décisions avaient bien été notifiées le lendemain de l'admission ; une quinzaine de notifications de décisions datant du mois de juin 2011 n'avaient pas encore été faites.

Selon les informations recueillies, il semble que seules les notifications pour les patients qui bénéficient de soins ambulatoires sous contrainte (anciennement dénommées sorties d'essai) posent des difficultés. La notification du maintien de la mesure d'hospitalisation sous contrainte est nécessairement faite par l'infirmière de secteur (et non par courrier simple ou recommandé). Celle-ci se déplace jusqu'au domicile du patient concerné, ce qui permet de s'assurer à la fois que la notification sera effectivement faite et que l'intéressé a bien compris ce dont il s'agissait. Les infirmières se plaignent, depuis l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions, de passer beaucoup trop de temps à notifier les mesures d'hospitalisation.

3.2.2 La période initiale de soins et d'observation

Après l'entretien d'admission en ASPTD, le psychiatre rédige dans la foulée ou au plus tard dans les vingt-quatre heures, un premier certificat dit des 24 heures. Ensuite, le malade a des entretiens avec les infirmiers et les psychiatres pendant les trois jours de la période d'observation. Le psychiatre traitant rédige le certificat des 72 heures. Celui-ci peut :

- confirmer la mesure et proposer le programme de soins en hospitalisation complète ou en soins ambulatoires obligés ;
- ou demander la main levée de la mesure.

A l'USIP, pour les patients en ASPRE, comme l'unité est intersectorielle, c'est le psychiatre du secteur d'où provient le patient qui aura un entretien avec celui-ci, lui expliquera oralement ses droits et rédigera le certificat des 24 heures, celui des 72 heures et celui nécessaire, le cas échéant, au passage devant le juge des libertés et de la détention (JLD), à rédiger entre le sixième et le huitième jour. Pour ce certificat, il est fait appel à un psychiatre d'un autre secteur pour un « avis conjoint ».

3.2.3 Les informations données aux malades

L'établissement ne s'est doté d'aucun moyen pour s'adapter en temps utile à la mise en vigueur des dispositions de la loi du 5 juillet 2011 :

- le livret d'accueil dont la version en vigueur au jour du contrôle datait de décembre 2004, est considéré comme obsolète. Il est remis aux patients dans les unités selon le stock disponible. Les patients disposent en revanche du règlement intérieur établi dans chaque unité qui concerne leur vie quotidienne : horaires des repas, des visites, des activités, utilisation du téléphone...

Un projet de livret d'accueil en cours de rédaction a été fourni aux contrôleurs. Il prend en compte les dispositions de la loi du 5 juillet 2011 en intégrant la notion de « soins psychiatriques sans consentement ». Il explique les quatre procédures de soins sous contrainte mais n'aborde pas le rôle du juge des libertés et de la détention, ni dans la procédure habituelle, ni dans les voies de recours.

- les informations concernant la loi du 5 juillet 2011 n'ont pas fait l'objet d'un document spécifique à remettre aux patients concernés.

La procédure est, en outre, différente selon les unités d'admission.

- certains psychiatres évoquent la possibilité de passage devant le JLD dès l'admission d'un patient sans son consentement ; d'autres attendent la rédaction du certificat des six-huit jours pour l'aborder en indiquant qu'une demande de levée de la mesure peut intervenir avant.

Pour rédiger ce certificat, un psychiatre d'un autre secteur vient examiner le patient afin de rédiger le certificat nécessaire au passage devant le JLD.

Selon les informations recueillies, « ce passage devant un psychiatre étranger suscite de la méfiance, une déstabilisation du patient. Les patients sont incapables de comprendre les explications relatives au passage devant le juge ».

- les informations sur les voies de recours sont données oralement.

Il a été indiqué aux contrôleurs : « comme tous les patients vont passer devant le JLD au quinzième jour, le recours antérieur est inutile, car du fait des délais, il n'aboutirait pas avant ce passage devant le JLD. Les voies de recours concernent les mêmes autorités que pour la loi de 1990, il suffit de les présenter aux patients comme avant ».

- lors de la visite des contrôleurs, la mise en application de l'article L 3211-3 du code de la santé publique relatif au recueil des observations des patients n'avait pas encore été envisagée.

Dans son courrier d'observations, la directrice de l'établissement explique que la visite des contrôleurs est intervenue en octobre 2011, soit trois mois après la publication de la loi et que la mise à jour des documents évoqués ci-dessus était en cours, de même que l'adaptation du logiciel de gestion des patients. Elle rappelle également que la priorité avait été donnée à l'organisation des audiences et au bon respect de la transmission des pièces du dossier (au patient, au juge, au préfet).

3.3 La levée des mesures de contrainte

3.3.1 Les modalités de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011

En vue de l'application de la loi du 5 juillet 2011, le président du tribunal de grande instance de Charleville-Mézières a entrepris une discussion avec la direction du centre hospitalier, afin d'examiner les modalités de mise en place de l'audience devant le juge des libertés et de la détention (JLD), dans les conditions de l'article L. 3211-12-2 alinéas 3⁹, 4 et 5 du code de la santé publique.

Après avoir envisagé de tenir les audiences au tribunal, et en raison des obstacles liés au transport des malades jusqu'à la juridiction située dans le centre ville de Charleville-Mézières, il a été décidé d'installer une salle d'audience dans l'un des bâtiments du CH, le « château Renaudin ». Ainsi, au rez-de-chaussée de cet immeuble, l'ensemble de l'aile gauche a été réservé aux audiences du JLD. Devant l'entrée, un panneau indique « tribunal de grande instance », dénomination choisie comme moins stigmatisante que celle de « audience devant le juge des libertés et de la détention ».

A l'arrivée dans le hall, un second panneau désigne la partie réservée à cet effet. Trois salles ont été affectées au déroulement des audiences.

La première, la plus grande, est la salle d'audience à proprement parler. Elle comporte un bureau de plain-pied pour le juge et son greffier et des chaises. En enfilade, de part et d'autre de cette pièce, une seconde salle a été affectée comme salle de délibéré pour le juge, qui peut ainsi se retirer de la salle d'audience où les patients comparants restent dans l'attente de la décision du magistrat. Une troisième salle, enfin, a été mise à disposition des avocats, afin que ceux-ci, s'ils le souhaitent, puissent consulter les dossiers des patients qu'ils assistent.

Il a été décidé par la juridiction qu'un juge des libertés et de la détention serait spécialement affecté à l'examen de ce contentieux, parmi les quatre vice-présidents qui

⁹ Le juge des libertés et de la détention statue au siège du tribunal de grande instance. Toutefois, si une salle d'audience a été spécialement aménagée sur l'emprise de l'établissement d'accueil pour assurer la clarté, la sécurité et la sincérité des débats et permettre au juge de statuer publiquement, celui-ci peut décider de statuer dans cette salle.

assurent cette fonction.

3.3.2 Le contrôle du juge des libertés et de la détention

Le juge des libertés et de la détention siège une fois par semaine, le lundi matin, en audience au sein de l'établissement, dans les locaux spécialement dédiés. A chaque audience, sont examinées de six à huit situations.

Depuis l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011, soit le 1^{er} août 2011, environ cinquante mesures ont été examinées par le juge des libertés, toutes ayant été confirmées sauf une.

Lors du contrôle, le juge des libertés avait pris la décision de mettre un terme à une admission décidée à la demande d'un tiers. Le parquet ayant ordonné la suspension de la mesure d'élargissement, le premier président de la cour d'appel de Reims (Marne) a été saisi et s'est prononcé dans le délai de 24 heures sur le caractère suspensif ou non de l'appel. Le premier président ayant décidé que l'appel n'était pas suspensif, la personne devait être élargie. S'est alors posée la question des conditions de la notification de l'ordonnance du premier président au patient. En pratique, un agent du bureau des entrées, compte tenu de l'heure tardive, y a procédé seul. A cette occasion, il est apparu qu'il n'existait pas de procédure interne à l'hôpital concernant la notification, dans les mêmes conditions, des décisions de maintien.

La possibilité de recourir à la visioconférence, telle qu'elle résulte des dispositions de la loi, n'avait pas, lors du contrôle, été envisagée.

La commission médicale de l'établissement a, lors d'une réunion plénière tenue le 28 septembre 2011, adopté une motion dénonçant la loi du 5 juillet 2011, notamment à propos de ses dispositions concernant la publicité des audiences.

La localisation de la salle d'audience dans un immeuble séparé, identifié par une signalétique abondante comme étant le « tribunal de grande instance » et la publicité des audiences constituent des points positifs. Cependant, selon certains interlocuteurs des contrôleurs, le risque demeurerait vif d'une « instrumentalisation » du juge des libertés et de la détention.

3.4 Le registre de la loi.

Les contrôleurs ont examiné les registres de la loi et les mentions qui y figurent au travers de plusieurs échantillons concernant tant les hospitalisations à la demande d'un tiers que celles effectuées sur décision du représentant de l'Etat. L'examen a porté sur des rubriques renseignées sous l'empire de la loi du 27 juin 1990, applicable jusqu'au 31 juillet 2011 et sur celles établies dans le cadre de la loi du 5 juillet 2011, entrée en vigueur le 1^{er} août 2011. Le registre de la loi est conservé au bureau des admissions, situé dans le pavillon d'entrée.

Ont été examinées les mentions portant les numéros 10343 à 10442, établies sous le régime de la loi antérieure s'agissant des hospitalisations à la demande d'un tiers. Il a été relevé, sous les numéros 10421 à 10431, soit sous dix mentions, que ne figurait pas de certificat médical initial.

Puis ont été consultées les mentions numéros 10643 à 10652, établies sous le régime de la loi du 5 juillet 2011. Sous les numéros 10643 et 10650, la décision d'admission du directeur ne figure pas au registre ; sous le numéro 10646, le certificat des six-huit jours a été établi au cinquième jour ; sous le numéro 10647, le certificat des 24 heures a été établi le jour de l'hospitalisation. Il a été relevé, sur cet échantillon, que dix mesures avaient été prises dans le cadre d'un péril imminent, faute de tiers agissant dans l'intérêt du malade.

Les ordonnances du juge des libertés figurent, le cas échéant, au registre, par exemple la décision de maintien, sous les numéros 10646 et 10652, sous la forme du dispositif de la décision du juge, conformément aux dispositions de l'article L.3212-11 du code de la santé publique.

Un circuit particulier a été construit par le service des admissions avec le concours des secrétaires médicales de chacun des services : celles-ci sont informées des délais et des certificats à remettre aux admissions. S'il n'est pas évoqué de difficultés pour transmettre les certificats de 24 heures, il est rapporté aux contrôleurs que des rappels fréquents doivent être effectués pour disposer en temps voulu des certificats médicaux des 72 heures et ceux des six-huit jours prévus par la nouvelle loi. Des actions de formation et des notes de service ont été établies à l'intention des secrétariats médicaux sur les nouvelles obligations résultant de la loi, mais elles ne sont pas toujours suivies d'effet.

Il est par ailleurs tenu un classeur recensant l'ensemble des décisions administratives prises. L'un d'eux a été examiné pour la période du 10 septembre 2011 au 11 octobre 2011. Il montre que, durant cette période, 120 décisions ont été prises ainsi réparties :

- admissions : 27 ;
- levées d'hospitalisation : 22 ;
- maintien d'hospitalisation : 69, dont 15 décisions de maintien avec soins ambulatoires obligés ;
- réintégration : 1 ;
- admission directe en soins ambulatoires : 1.

Les contrôleurs ont pris connaissance de l'ensemble des arrêtés préfectoraux pris depuis la mise en application de la loi du 5 juillet 2011. Il s'agit de :

- huit arrêtés de maintien d'une mesure de soins psychiatriques ; il a été noté que sur l'un d'eux était visée une date d'admission postérieure à la date d'admission dans les visas de l'arrêté ;
- douze arrêtés de prolongation de la forme d'hospitalisation, sous une autre forme que l'hospitalisation complète ;
- trois, portant modification de la prise en charge d'une personne faisant déjà l'objet de soins psychiatriques sous une autre forme que l'hospitalisation complète.

L'ensemble des titres de placement est complet et, sous la réserve énoncée plus haut, vise les nouvelles dispositions législatives, s'appuyant sur des programmes de soins établis sur une feuille simple avec des questions à réponses multiples, préservant le secret médical. Le registre avait été visé le 17 avril 2008 par un membre du parquet.

3.5 L'information sur la visite des autorités

Les autorités judiciaires sont tenues de visiter l'établissement une fois par an, selon les dispositions de l'article L.3222-4 du code de la santé publique.

Dans sa réponse à l'envoi du rapport de constat, la directrice indique que le préfet des Ardennes a visité l'établissement en date du 3 août 2011, sans remarque particulière.

Plusieurs autorités ont également visité l'établissement, le 20 avril 2011 ; cette visite avait pour but de préparer l'entrée en vigueur de la réforme. Elle avait duré une journée et des entretiens avec les patients avaient eu lieu.

La précédente visite s'était déroulée le 20 mars 2009.

Le président du tribunal a effectué une visite conjointement avec le procureur le 4 janvier 2008. Il n'y a eu aucune visite du maire, ou d'un élu du conseil municipal de Charleville-Mézières, ni du président du conseil général. Un conseiller général membre de la commission permanente de l'institution départementale préside le conseil de surveillance de l'établissement.

La commission départementale des hospitalisations psychiatriques se réunit en principe deux fois par an. Sa dernière visite remonte, selon les informations fournies aux contrôleurs, au 19 octobre 2010. Il n'est pas prévu d'informations particulières dans le cadre des visites des autorités.

3.6 La protection juridique des majeurs

Il existe au sein du centre hospitalier un service de la protection des majeurs. Il est installé dans la zone A, qui est l'une des plus éloignée de l'entrée principale, dans un pavillon qui lui est spécialement affecté, à proximité de l'institut de formation des soins infirmiers et de l'unité Roc la Tour rattachée au secteur Vallée de la Meuse.

Il s'agit d'un service disposant d'un hall d'accueil pour recevoir les patients. Les bureaux sont distribués à partir de cet espace et leurs portes, lors de la visite des contrôleurs, en étaient ouvertes.

Le service comprend, sous l'autorité d'un responsable, agent expérimenté ayant seul la qualification de mandataire judiciaire, au moment du contrôle :

- un agent faisant fonction de comptable à temps plein ; celui-ci entreprenait depuis quelques semaines la formation pour obtenir la qualification de mandataire judiciaire ;
- un régisseur à temps plein ;
- une secrétaire à 80 %.

Le service gère 128 mesures, 84 l'étant par des associations extérieures (l'union départementale des associations familiales (UDAF) et l'association départementale éducative et sociale ardennaise (ADESA). Elles concernent soixante-dix-sept patients en services de soins et cinquante-et-une personnes qui sont à leur domicile, en établissement médico-social ou en structure extérieure.

Le responsable du service a élaboré une brochure d'informations très détaillée sur la loi

du 5 mars 2007 relative à la protection des majeurs et aux droits des usagers. Cette brochure, de seize pages, comporte au verso, une liste de coordonnées utiles (adresse et téléphones du procureur de la République, des juges des tutelles, de la direction du centre hospitalier et d'organismes « collaborateurs », tels que la maison départementale des personnes handicapées, du conseil général, etc.).

Le service est placé sous l'autorité immédiate de la directrice du centre hospitalier.

Le service peut être saisi par un médecin de l'un des secteurs pour déclencher la mesure de protection. Dans ce cas, il se charge d'introduire la demande auprès du juge des tutelles compétent territorialement. Est privilégiée la recherche d'un tuteur dans la famille, puis d'un mandataire privé, associatif ou pas, enfin, en dernier recours, le préposé de l'établissement.

La plupart des jugements confiant la protection du majeur au centre hospitalier porte sur des représentations de la personne dans ses actes patrimoniaux ou personnels. La politique suivie dans la gestion des mandats est, lorsque le solde du compte de la personne protégée est le triple des recettes, d'effectuer des placements sur des comptes choisis en accord avec le juge des tutelles.

Le service distribue également l'argent de poche aux malades hospitalisés à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement : il a en charge la « **banque des malades** ». Lorsque le patient est pris en charge dans une structure extra-hospitalière, il lui est fait un virement sur un compte bancaire et il va retirer les sommes dont il peut avoir besoin, directement auprès d'une agence bancaire. Lorsqu'il est pris en charge en hospitalisation complète, la somme mise à sa disposition est débattue avec l'équipe de soins. Il existe un système de bons d'achats, qui sont le moyen exclusif pour l'achat du tabac. Il n'est jamais remis aux patients de sommes supérieures à 200 euros, montant qui n'est atteint que pour les sorties prolongées durant les mois d'été, lorsque le malade participe à un séjour thérapeutique. En règle générale, les patients viennent retirer de petites sommes pour aller prendre un café à la cafétéria située à proximité, au centre du domaine, accessible rapidement en traversant une aire gazonnée.

Il est à noter que la chambre régionale des comptes de Champagne-Ardenne a examiné, courant 2009, la gestion du CH Bélaïr sur les exercices 2003 à 2008. Elle avait notamment relevé le fonctionnement du service de gestion des biens des personnes protégées, tout comme celui de la « banque des malades », qui ne s'inscrivait pas toujours dans le cadre réglementaire en vigueur.

La plupart des malades possèdent un téléviseur : à l'USIP, il est nécessaire d'en être propriétaire pour pouvoir en disposer. Dans d'autres unités, comme à Claire-Fontaine, la situation est analogue. Selon les informations fournies aux contrôleurs, il n'existe pas au sein de l'hôpital de demande de la part des patients pour disposer d'un ordinateur mais à l'inverse, ils sollicitent beaucoup pour l'achat de lecteurs de type MP3 ou de DVD, ainsi que pour obtenir des téléphones portables.

Une vérification de la régie a été effectuée par la trésorerie départementale en 2005 : le rapport de contrôle relève que si le régisseur n'est pas assuré et la protection des locaux insuffisante, la régie est « très bien tenue ».

Concernant la représentation de la personne protégée, le responsable du service est

convoqué systématiquement aux audiences devant le juge des tutelles. Depuis la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 et l'audience devant le JLD, il adresse à ce magistrat un rapport sur la mesure avant l'audience. Cependant, à au moins une reprise, il n'a pas été convoqué, à la suite, est-il indiqué aux contrôleurs, d'une erreur du greffe du JLD.

Avant chaque audience, une réunion de synthèse est mise en place et il peut arriver que le service exprime un point de vue divergent de l'avis médical. Il en va de même lors des réunions de préparation des programmes de soins où le service est présent depuis plusieurs mois, ce qui est relevé comme une évolution positive.

3.7 La désignation d'une personne de confiance

Aucune procédure n'est mise en œuvre à l'échelle de l'ensemble de l'hôpital.

3.8 L'accès au dossier médical.

Les demandes d'accès au dossier médical doivent être formulées à l'aide d'un imprimé. Ce document d'une page au format A4, qui comporte le nom du demandeur, regroupe trois ensembles :

- le premier dresse la liste des pièces justificatives à fournir en expliquant : « afin de garantir la confidentialité des informations médicales concernant votre santé ou celle de la personne propriétaire du dossier, nous vous serions reconnaissants de nous fournir les pièces justificatives cochées »¹⁰ ;
- le deuxième a pour objet de préciser la nature de la demande ; la fiche indiquant que l'ensemble des informations contenues dans le dossier peut être consulté ou transmis mais qu'il n'est pas forcément nécessaire d'accéder à la totalité ; elle précise aussi que les copies sont payantes¹¹. Le demandeur est invité à choisir entre plusieurs possibilités : l'ensemble du dossier ; des parties de dossier correspondant à une hospitalisation ou une consultation particulière (en précisant les dates du séjour) ; des pièces particulières du dossier ;
- le troisième traite de la modalité de consultation souhaitée. Le texte de présentation attire l'attention sur « le fait qu'un accompagnement médical est souhaitable lors de cette consultation du dossier afin d'aider à mieux comprendre les informations » puis propose plusieurs solutions :
 - une consultation sur place du dossier, sur rendez-vous, avec possibilité d'être accompagné par un médecin de l'établissement et/ou de disposer d'une copie des documents présentés ;
 - un envoi postal d'une copie du dossier ou des pièces particulières à un médecin désigné par le demandeur, qui doit alors en donner le nom et

¹⁰ Précédée d'une case cochée par le service des admissions pour indiquer les documents à fournir, la liste comporte un choix entre : « photocopie recto-verso d'une pièce d'identité » ; « photocopie d'un document attestant l'exercice de l'autorité parentale (livret de famille, jugement ou arrêt rendu, déclaration conjointe) » ; « photocopie d'un document attestant l'exercice de la tutelle (jugement ou arrêt rendu) » ; « photocopie d'un document attestant la qualité d'ayant droit (acte notarié ou acte d'état-civil) » ; « photocopie du contrat d'assurance vie dont vous êtes bénéficiaire ».

¹¹ Le coût est de 0,05 euro par photocopie prise sur place et de 0,10 euro lorsque la photocopie est expédiée.

- l'adresse ;
- un envoi postal d'une copie du dossier ou des pièces particulières au demandeur.

Ce formulaire doit être signé.

Lorsque la consultation sur place est retenue, le secrétariat médical de l'unité fixe le rendez-vous.

Les frais de copie et de l'envoi en recommandé sont facturés au demandeur.

Il a été indiqué que des personnes écrivent parfois pour demander la consultation d'un dossier médical, sans fournir l'ensemble des pièces ni définir précisément leur demande. Une réponse leur est alors faite pour qu'elles renseignent l'imprimé et expriment leurs choix. Fréquemment, le paiement des copies limite le volume des pièces demandées.

Douze demandes ont été formulées en 2010.

Les délais légaux de communication sont de huit jours pour les dossiers datant de moins de cinq ans et de deux mois pour les autres. Il n'a pas pu être fourni de moyenne, aucun indicateur n'étant suivi. Il a cependant été précisé que dix à douze jours constituaient un délai maximum, étant observé que ce temps est compté à partir de la date à laquelle la demande est réglementairement formulée. Les durées les plus longues sont constatées notamment lorsqu'un rendez-vous avec un médecin est sollicité.

Aucun recours n'a été formé depuis plusieurs années. Selon les informations fournies, la dernière saisie de la commission d'accès aux documents administratifs (CADA) par un demandeur date de 2006. Cette commission avait alors été concomitamment saisie par le centre hospitalier car la qualité d'ayant droit du demandeur n'était pas établie ; la CADA aurait alors confirmé la position de l'établissement.

3.9 La commission départementale des soins psychiatriques

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) a remplacé depuis la loi du 5 juillet 2011, la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP).

Le président de la CDSP, nommé par le préfet, était membre de la CDHP. Il est membre de l'UNAFAM. La commission comprend deux psychiatres, dont l'un exerce son activité dans l'établissement et le second, dans un cabinet libéral, un médecin généraliste d'exercice privé, un représentant du tribunal de grande instance, un représentant de la préfecture et un représentant des usagers. Le secrétariat est assuré par la délégation territoriale de l'agence régionale de santé des Ardennes.

Selon l'actuel président, les difficultés résident seulement dans l'obtention du quorum exigé par les textes pour réunir la commission. Par exemple, pour la dernière réunion qui s'est tenue en juin 2011, le représentant du tribunal de grande instance avait été muté dans une autre juridiction et son remplaçant n'avait pas été désigné et le médecin généraliste exerçant son activité dans une commune du département n'était pas venu. Il précise : « il n'existe pas d'internements abusifs dans l'hôpital ».

Il a été indiqué aux contrôleurs que, sous la législation antérieure à la loi du 5 juillet 2011, la CDHP se réunissait deux à trois fois par an : il s'agissait le matin, de visiter l'établissement et de rencontrer les patients qui en avaient fait la demande et l'après-midi, d'étudier les dossiers. La visite était annoncée par affichage dans les unités de soins.

Le dernier rapport de la CDHP fourni aux contrôleurs est celui de l'année 2009. Selon ce rapport, une seule visite de l'établissement a été effectuée en 2009 au cours de laquelle quinze patients ont été entendus : neuf en HO¹² et six en HDT¹³. Il indique que deux réunions ont eu lieu les 5 février et 12 juin 2009 : 151 dossiers ont été étudiés.

Le tableau suivant indique le nombre de dossiers étudiés et leur répartition selon le mode d'hospitalisation et la durée de celle-ci :

	Nombre de dossiers étudiés	HDT	HDT plus de 3 mois	HO	HO plus de 3 mois	HO moins de 3 mois
Réunion du 5 février 2009	74	49	25	25	19	6
Réunion du 12 juin 2009	77	50	24	27	23	4

Le rapport mentionne : « même si aucun problème de quorum ne s'est jamais posé, la composition de la CDHP est rarement complète ». Le nombre de réunions a été limité à deux par an du fait des obligations professionnelles de ses membres.

La commission précise : « [...] quelques malades contestent leur hospitalisation. Certains reconnaissent l'utilité des soins mais font remarquer le manque de disponibilité du personnel et jugent les activités proposées insuffisantes. [...] Après examen de leur dossier, il a pu être constaté que la décision du maintien de l'hospitalisation s'imposait ».

Pour la même année, la CDHP a enregistré deux plaintes concernant le motif de l'hospitalisation et la demande de levée de l'hospitalisation. Aucune plainte n'a été portée devant les autorités judiciaires ou préfectorales.

En 2010, la CDHP s'est réunie le 19 mars et le 19 novembre. Aucun rapport n'a été rédigé. Selon les informations recueillies, cette situation serait due au départ du président de cette instance. La délégation territoriale départementale des Ardennes de l'ARS n'assure pas le secrétariat de la CDHP.

¹² HO, hospitalisation d'office : ancienne appellation de l'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (ASPRE).

¹³ HDT, hospitalisation à la demande d'un tiers : ancienne appellation de l'admission en soins psychiatriques sur demande d'un tiers (ASPDT).

L'ARS a communiqué aux contrôleurs les statistiques concernant les hospitalisations sans consentement pour l'année 2010.

Le tableau suivant indique le nombre de patients admis en HO et en HDT durant cette année :

2010	nombre de mesures
HO ART. L.3213-1 CSP	7
HO Art. L.3213-2 CSP	15
HO Art. D.398 CPP ¹⁴	1
total HO	23
nombre total de levées d'HO	34
HDT art. L.3212-1 CSP	384
HDT art. L.3212-2 CSP	50
total HDT	434
nombre total de levées d'HDT	431

3.10 L'accès à l'exercice d'un culte

Un aumônier catholique, laïc, intervient au sein de l'établissement depuis 1998, succédant à un prêtre. Aucun aumônier n'intervient pour les autres confessions.

Il se rend dans les bâtiments lorsque les patients le lui demandent mais jamais d'initiative pour éviter de s'imposer, a-t-il été indiqué. Il reçoit également les patients des autres confessions, « par humanisme » a-t-il précisé, sans pouvoir leur apporter une assistance spirituelle adaptée.

Une chapelle est implantée au cœur de l'emprise du centre hospitalier, à proximité du centre d'ergothérapie, de la cafétéria et du gymnase. Cette chapelle de forme moderne est spacieuse : un autel avec un crucifix et des rangées de bancs, certaines face à l'autel, d'autres sur un côté, y sont placées. Des tapisseries, tissées par le précédent aumônier, couvrent les différents murs. Un petit orgue est installé près de l'autel. Une crèche, constituée de marionnettes¹⁵, en bois de couleur noire, réalisées par des patients de l'ergothérapie, est installée entre les deux.

Sur la porte de la chapelle, une pancarte indique : « Aumônerie de Bélair. Chapelle ouverte le vendredi après-midi, le samedi matin, le dimanche matin. Chapelet le vendredi à 15h15. Célébration le dimanche à 10h ». L'aumônier est alors présent. Selon les indications fournies, dix à quinze personnes, en moyenne, sont présentes à l'office du dimanche.

¹⁴ CPP : code de procédure pénale. Il s'agit dans cet article des personnes détenues hospitalisées d'office car présentant un trouble mental empêchant leur maintien dans l'établissement pénitentiaire d'origine.

¹⁵ Charleville-Mézières se présente comme la capitale de la marionnette. Un institut international de la marionnette y est implanté et un festival international de la marionnette s'y déroule tous les deux ans.

3.11 La communication avec l'extérieur

3.11.1 Les visites

Les visites sont organisées selon des règles définies par chaque chef de service.

3.11.2 Le téléphone

Des téléphones sont directement accessibles dans des cabines publiques mises en place dans l'établissement.

L'une est située près de l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI), non loin de l'unité Roc la Tour et une autre, dans la zone centrale à proximité de l'unité La Goutelle, de l'USIP et de Claire-Fontaine.

Une cabine est placée à l'intérieur de la cafétéria. Les contrôleurs ont observé que des patients l'utilisaient fréquemment. Présents lors de son utilisation, ils ont constaté la confidentialité des conversations.

Les cartes téléphoniques sont vendues à la cafétéria.

3.11.3 Le courrier

Un vaguemestre traite l'envoi et la réception du courrier adressé à l'établissement, dont celui des patients. Il travaille en poste fixe, du lundi au vendredi de 8h à 15h30. Le samedi, les salariés assurant la garde technique se chargent de la répartition par unité. Lors de ses congés, une personne employée en qualité de plombier prend le relais.

Des locaux, situés à l'entrée de l'établissement, sont affectés au vaguemestre.

La Poste livre le courrier arrivant chaque matin entre 8h et 8h15. Le vaguemestre le trie et, à l'aide d'un véhicule de service dont l'arrière a été adapté, part faire la distribution. Il apporte ainsi les lettres dans les secrétariats des secteurs où des personnels des unités viennent les récupérer.

Les lettres recommandées sont remises en main propre à leurs destinataires, par le vaguemestre. Cependant, lorsque le patient est placé sous tutelle, elles sont remises au gestionnaire de biens du centre hospitalier.

Les colis reçus sont peu nombreux.

Le vaguemestre récupère le courrier au départ dans chaque secrétariat de secteur et *La Poste* en assure la levée dans l'après-midi.

Les patients peuvent aussi expédier directement leurs courriers à partir de la boîte à lettres située à l'entrée de la cafétéria. Les levées y sont faites à 14h, du lundi au vendredi et à 9h, le samedi.

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

3.12.1 Les réunions de la commission

La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge est présidée par la directrice, représentée par la directrice adjointe. Elle regroupe :

- un médecin médiateur ;
- un médiateur non médecin : la directrice des soins infirmiers ;
- le chef du bureau des admissions, également responsable des relations avec les usagers, qui en constitue la « cheville ouvrière » ;
- deux représentants des usagers ;
- le président de la commission médicale d'établissement ;
- un membre de la commission des soins infirmiers ;
- la référente qualité.

La commission se réunit quatre fois par an¹⁶. Les titulaires et les suppléants sont convoqués pour éviter qu'un siège reste inoccupé.

L'examen de trois procès-verbaux¹⁷ montre qu'une analyse des incidents survenus ou des réponses à apporter à des réclamations est menée lors de ces réunions.

Parmi les sujets abordés, peuvent être cités :

- la présence d'un seul personnel de nuit dans le service de psychologie médicale, appellation encore en vigueur de l'unité intersectorielle de courte durée (cf. § 4.2.8.3) ;
- la suppression du café après le repas de midi dans une unité ; la réponse apportée a été : « c'était un usage qui n'était pas thérapeutique et les patients buvaient ainsi du café toute la journée » ;
- le temps consacré par les infirmiers à l'informatique qui prend le pas sur celui accordé aux patients ;
- la nécessité d'informer les familles de l'état d'avancement de la maladie, de les préparer à l'évolution et de le noter dans les dossiers.

La « guerre entre les hôpitaux » a également été évoquée en commission à deux reprises¹⁸.

L'agence régionale de santé de Champagne-Ardenne a adressé une correspondance, datée du 18 janvier 2011, aux directeurs des différents hôpitaux ardennais portant sur « l'organisation de la prise en charge en urgence des personnes âgées ». La déléguée territoriale départementale indique être « régulièrement saisie de plaintes de familles relatives à la prise en charge en urgence ou lors de transferts de leurs personnes âgées : personnes déposées dans les services par des ambulanciers sans accompagnement, accueillies sans faire l'effort de les rassurer, attentes longues avant une prise en charge, aucune explication sur le transfert projeté, parfois absence d'une valise avec les vêtements personnels, transfert de personnes non vêtues... Ces prises en charge inadaptées engendrent chez ces personnes souvent désorientées des souffrances et une dégradation de leur état de santé ».

Dans sa réponse du 1^{er} février 2011, le directeur du centre hospitalier de Béclair évoque « un abus d'orientation vers la psychiatrie et [un] contournement du passage par les urgences par le recours à des [hospitalisations à la demande d'un tiers] discutables ». Il indique qu'il « arrive encore trop souvent que se produisent des entrées directes au [centre hospitalier] Béclair » et

¹⁶ La quatrième réunion de 2010 a été reportée et s'est tenue le 13 janvier 2011.

¹⁷ Réunions du 13 janvier 2011, du 11 février 2011 et du 11 mars 2011.

¹⁸ Réunions du 13 janvier 2011 et du 11 février 2011.

que « des urgentistes eux-mêmes, sans faire appel au psychiatre d'astreinte, adressent des patients ou résidents au [centre hospitalier] Béclair, alors même qu'il est constaté ensuite que leur état ne le justifiait pas en urgence ou que leur état somatique aurait dû être prioritaire ». Il ajoute qu'il faut « éviter tout transfert abusif qui se traduit, effectivement, par une maltraitance de fait. Qu'une victime d'AVC ou en état de démence sénile se retrouve dans une unité avec des patients atteints de pathologies mentales lourdes est tout à fait inadmissible ».

A la réception d'un courrier, une lettre accusant réception est toujours adressée à l'expéditeur, avant même la réponse sur le fond, a-t-il été précisé.

Des doléances abordent parfois les délais importants entre l'admission d'un patient dans l'établissement au sein d'une unité différente de celle du secteur d'origine, faute de place, et le premier entretien avec le psychiatre référent (cf. § 5).

Des évolutions ont été décidées à la suite d'observations formulées. Ainsi, dans un service, les horaires du petit déjeuner ont été étendus ; dans un autre, des assiettes ont été mises en place pour éviter que les patients soient servis directement dans les barquettes.

En 2010, cinq plaintes ont été enregistrées.

3.12.2 L'analyse des fiches d'évènements indésirables

Lors de la réunion du 11 février 2011, les représentants des usagers ont rappelé « que la mission de la CRUQ est également de se pencher sur les gros évènements indésirables et ce qui est mis en place pour les corriger ». Ce travail d'analyse des fiches d'évènements indésirables (FEI) est par ailleurs mené par le comité de pilotage de la qualité et gestion des risques.

Les contrôleurs ont pris connaissance des comptes rendus des réunions de ce comité.

Une étude relative aux fiches émises entre juillet 2009¹⁹ et mai 2011 a été présentée lors de la réunion du 6 octobre 2011. Au total, 152 fiches ont été enregistrées :

- 13 en 2009, soit une moyenne de 2,2 par mois ;
- 139 en 2010, soit une moyenne de 11,6 par mois, avec un maximum de 26 en février ;
- 57 en 2011, soit une moyenne de 11,4 par mois.

Elles provenaient essentiellement en 2010 des unités suivantes : Argonne (trente et une, soit 20,4 %) ; Varennes (trente, soit 19,7 %) ; La Goutelle (vingt-quatre, soit 15,3 %) ; la maison d'accueil spécialisé (quatorze, soit 9,2 %) ; Dames de Meuse²⁰ (onze, soit 7,2 %) ; Claire-Fontaine (dix, soit 6,6 %) ; La Cassine²¹ (huit, soit 5,3 %). Les unités Elan et Roc-la-Tour en comptabilisent respectivement trois et quatre.

Entre le 1^{er} juillet et le 6 octobre 2011, seize fiches d'évènements indésirables ont été recueillies (soit cinq par mois) : huit concernaient des incidents survenus sur le site du centre hospitalier et huit l'extra-hospitalier. Pour les huit premières, trois provenaient de la blanchisserie (deux traitaient de l'absence de vapeur, de fuite de vapeur, de véhicule en

¹⁹ Avant juillet 2009, aucune fiche n'est signalée.

²⁰ Aujourd'hui devenue la Résidence des 4 Vents.

²¹ Aujourd'hui devenue l'unité intersectorielle de soins de courte durée.

stationnement gênant), deux de l'UISCD (par deux fois des repas non livrés), une de Roc-la-Tour (des examens non transmis au centre hospitalier de Manchester en l'absence de transport), une de Varennes (projection de produit plus ou moins contaminé par bactéries multi-résistantes aux antibiotiques sur une infirmière), une de la cafétéria (présence d'un rat).

3.12.3 L'analyse des questionnaires de satisfaction

La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge suit l'analyse des questionnaires de satisfaction remis aux patients lors de l'admission. Des boîtes à lettres spécifiques sont placées dans les unités pour en assurer le retour, au moment de la sortie.

Les contrôleurs ont pris connaissance des bilans dressés en 2008, 2009, 2010 et pour les premiers mois de 2011.

Le nombre des réponses au questionnaire varie : 136 en 2008, 242 en 2009, 238 en 2010 et 172 (entre le 1^{er} janvier et le 11 septembre 2011). Le taux des patients hospitalisés ayant fait connaître leur avis est de 10,1 %, en moyenne sur deux ans.

87,2 % des réponses proviennent de personnes en hospitalisation libre, 7,5 % en hospitalisation à la demande d'un tiers, 0,63 % en hospitalisation d'office, la situation des autres n'étant pas indiquée.

Le questionnaire aborde plusieurs thèmes, chacun avec un nombre de questions variable :

- accueil : une question ;
- cadre du séjour : six questions ;
- repas : cinq questions ;
- vie quotidienne : trois questions ;
- accès aux soins et aux services : trois questions ;
- informations : deux questions.

Pour chaque question, les réponses sont ou bien « très bon », ou bien « bon », ou bien « moyen », ou bien « mauvais ».

L'appréciation générale moyenne, notée sur 10, a été : 7,434 en 2008 ; 7,12 en 2009 ; 6,895 en 2010 et 6,756 en 2011.

Selon l'avis des personnes interrogées, l'accueil et l'accès aux soins constituent, dans l'ordre, les sujets les plus importants. Sur ces deux thèmes, pour les premiers mois de 2011 :

- 85,46 % des patients jugeaient l'accueil « bon » ou « très bon » (88,24 % en 2010 et 88,43 % en 2009) ;
- entre 81,4 % et 87,8 % jugeaient l'accès aux soins et aux services « bon » ou « très bon », selon les questions (entre 78,15 % et 90,75 % en 2010 et entre 78,1 % et 91,32 % en 2009).

Occupant les dernières places, les activités sportives et les activités de loisirs n'étaient jugées « bonnes » et « très bonnes » que, respectivement, par 36,63 % et 45,93 % en 2011. Ces deux points sont ceux sur lesquels les critiques sont les plus sévères car, respectivement, 18,02 % et 17,44 % les estimaient « mauvais » ; ils sont les seuls à dépasser le seuil des 10 % dans cette appréciation. Cette évaluation correspond aussi à celles recueillies les deux années précédentes.

Les équipements sanitaires sont également ciblés, seuls 16,86 % les jugeant « très bons » en 2011. Les incidents liés à l'eau chaude (absence d'eau chaude ou d'eau tiède) ou d'évacuation

des eaux des douches, également abordés dans le rapport annuel de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, expliquent probablement ce résultat.

Selon les informations obtenues, rares sont les questionnaires revenant de certains bâtiments : le compte-rendu de la commission du 13 janvier 2011 pointe le service Roc la Tour. Ce sujet est de nouveau abordé lors de la réunion du 11 mars 2011 et la commission a « envisagé l'élaboration d'un questionnaire adapté qui pourrait faire l'objet soit d'un travail sous forme d'atelier avec les patients, soit d'un envoi direct aux familles, soit d'une enquête directe un jour donné auprès des patients par des personnes ne faisant pas partie de l'équipe ».

Lors de la visite des contrôleurs, un « questionnaire destiné aux patients » avait été élaboré et devait servir à une enquête menée durant la « semaine des patients, de leurs droits et de leur sécurité » programmée en octobre 2011. Ce questionnaire regroupe quarante et une questions et une appréciation générale, avec des réponses graduées : « très satisfaisant », « satisfaisant », « pas satisfaisant », « pas du tout satisfaisant ». Quelques zones de texte libre sont prévues.

3.13 La commission locale éthique (CLE)

La commission locale éthique a été créée le 3 juin 2010, à la suite du rapport de certification de la Haute autorité de santé de janvier 2010, qui invitait « l'établissement à poursuivre sa démarche d'amélioration de la qualité sur le point suivant : - 02 b : Une réflexion éthique autour de la prise en charge du patient ».

La CLE est présidée par une infirmière référente de la permanence d'accès aux soins de santé (PASS), attachée à l'équipe mobile EPICURE (cf. § 2.3). L'actuelle présidente a pris ses fonctions début 2011. Elle doit faire l'objet d'une formation courant 2012. Il n'existe pas de secrétariat dédié.

La CLE comporte :

- des membres de droit : le directeur de l'établissement, le président de la commission médicale d'établissement (CME), la directrice des soins et les responsables de pôle (médecins et cadres de santé) ;
- des membres représentants des personnels de l'hôpital qui ont répondu à l'appel à candidature ;
- des intervenants extérieurs : un consultant ; un philosophe ; un représentant du centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) Voltaire ; un représentant de l'association départementale éducative et sociale ardennaise (ADESA) ; un représentant des usagers.

Il a été indiqué aux contrôleurs que la CLE comprenait au total quarante-trois membres. A la première réunion plénière, trente-sept personnes étaient effectivement présentes.

La CLE se réunit en formation plénière deux fois par an « pour faire le point sur les questions soulevées » ; le bureau restreint se réunit en fonction des saisines et au minimum quatre fois par an.

La possibilité de saisir la CLE est ouverte à tous les personnels médicaux et non médicaux de l'établissement ainsi qu'aux patients, qui adressent alors une lettre au président de la commission. L'inscription à l'ordre du jour est validée par le bureau qui dispose de la faculté de rejeter certaines saisines en motivant sa décision. L'autosaisine est également possible.

Les avis sont purement consultatifs et informatifs. Ils doivent faire l'objet d'un consensus. Les avis respectent l'anonymat, le secret professionnel et sont communiqués à l'auteur de la saisine.

Depuis sa création, la CLE s'est réunie à sept reprises. Lors de la visite, la dernière réunion avait eu lieu le 29 septembre 2011, la suivante devait se tenir le 8 décembre 2011.

Elle a été saisie six fois, par courrier anonyme. Les thèmes suivants ont été abordés :

- « l'interdiction de fumer pour les malades placés en chambre d'isolement ;
- le port du pyjama : pratique clinique ou qui peut être interprétée comme punitive pour le patient ?
- le bien-fondé des pécules pour les patients fréquentant l'ergothérapie : sens de la somme donnée, ressenti des patients ;
- la confidentialité des soins et l'audition publique au tribunal ;
- la distribution des préservatifs ;
- l'obligation d'alimenter les patients en dénutrition ».

Les comptes-rendus des différentes réunions font état des sujets abordés mais pas des réponses qui ont pu être apportées. Celles-ci n'ont pas encore été toutes rédigées. Elles ne sont par ailleurs pas archivées avec les documents relatifs à la CLE.

Enfin, contrairement à ce qui avait été indiqué lors d'une réunion de la CLE, le 31 mars 2011 (point n° 3), l'existence de cette commission n'est pas mentionnée sur la nouvelle version du livret d'accueil du patient (cf. § 3.2.3).

3.14 L'UNAFAM

L'Union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM) assure une permanence le deuxième mercredi de chaque mois dans un bureau situé à l'entrée du centre hospitalier. L'association est également présente le jeudi après-midi, une semaine sur deux, dans un local de la maison des associations dans le centre-ville de Charleville-Mézières.

Des affiches, placées dans les unités, assurent l'information des patients. Le tableau lumineux, implanté à l'entrée de l'établissement, rappelle également les jours de permanence.

L'association est représentée à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC).

Le nombre réduit de psychiatres et le prochain départ en retraite de plusieurs d'entre eux (cf. § 2.4.1) constituent des sujets d'inquiétude. Le déficit en praticiens entraînerait un manque de disponibilité pour les entretiens avec les familles, au moins dans plusieurs secteurs.

Pour l'UNAFAM, trouver un logement à la sortie constitue un élément fondamental du soin. Il a été indiqué qu'un organisme d'accompagnement social devait ouvrir à Sedan, assurant un accueil quel que soit le handicap et qu'un projet de maison relais n'avait pas encore abouti, alors que les subventions et le local existaient.

Le manque d'activités est régulièrement abordé par les patients et les familles.

La qualité des personnels soignants et administratifs a été soulignée : « ils font preuve d'une belle humanité » a-t-il été précisé.

4- LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION

4.1 Eléments communs à tous les secteurs

4.1.1 Le règlement intérieur

Un règlement intérieur de soixante et une pages, articulé en douze chapitres, a été diffusé en février 1999 et a fait l'objet de trois mises à jour, dont la dernière le 27 octobre 2000.

Son article 151 prévoit que ce document « est tenu à la disposition de toute personne intéressée, qui peut en prendre connaissance auprès de la direction ou du bureau des admissions » et que « un exemplaire est déposé dans toutes les unités de soins à la disposition des malades et des personnels qui souhaitent le consulter ». Le livret d'accueil, qui en extrait les principales dispositions, mentionne qu'il peut être consulté sur demande faite auprès du cadre de santé du service ou au bureau des admissions (dont le numéro de téléphone est précisé).

Un exemplaire est disponible au bureau des admissions et des patients viennent parfois le consulter.

Dans l'unité Varennes, un exemplaire est également disponible dans le bureau de la cadre de santé mais, selon les informations fournies, les patients ne demandent jamais à le consulter.

Un projet de refonte du règlement intérieur a été élaboré. La version 12, de mai 2011, établi avant la parution de la loi du 5 juillet 2011, traite toujours de l'hospitalisation d'office, de l'hospitalisation à la demande d'un tiers et de l'hospitalisation libre. Les nouvelles dispositions n'y sont pas abordées.

4.1.2 La restauration

4.1.2.1 L'alimentation

L'établissement est abonné à la cuisine centrale dépendant du syndicat interhospitalier des Ardennes. Cet organisme fournit les repas des patients et ceux nécessaires au fonctionnement du restaurant des personnels.

La diététicienne du centre hospitalier siège à la commission des menus.

Les menus proposés avec une entrée, une viande ou un poisson, une garniture, un fromage et un dessert, reviennent selon un cycle de quatre semaines. Une trame est prévue

pour l'été et une autre pour l'hiver. Plusieurs propositions sont présentées pour chaque composant. Un menu « conseil » est suggéré et un autre, sans porc, existe.

Selon les informations recueillies, chaque cadre de santé d'unité compose ses repas à partir des choix proposés. Selon la directrice de l'établissement, « la composition des repas est faite par l'équipe AS et IDE qui connaît les patients ». Les commandes sont passées sept jours avant le début de la semaine concernée. Ainsi, le système impose de commander à un moment donné, pour un effectif déterminé, et de présenter les repas entre huit et quinze jours plus tard à des patients dont une partie a été renouvelée, en particulier dans les unités d'admission. Des professionnels rencontrés par les contrôleurs ont jugé ce dispositif peu réactif. Les choix conduisent alors à retenir plusieurs propositions pour offrir une option aux personnes hospitalisées.

Soixante repas tampons quotidiens, dont sept menus de régime, sont commandés en excédent pour faire face aux aléas des admissions ; il a été indiqué que ce choix coûteux, qui implique de jeter les plats non consommés, a été fait pour honorer tous les besoins. Il a été ajouté que cette option permettait toujours d'apporter une solution y compris pour les arrivants astreints à un régime.

Les repas sont livrés chaque jour. Le mercredi, sont ajoutés les ingrédients du petit déjeuner et du goûter (lait, sucre, beurre, biscuits...). Le pain est livré par une boulangerie tous les matins, vers 6h30, avant le petit déjeuner.

La consultation des fiches d'évènements indésirables met en évidence des défauts de livraison et des erreurs de commande. Ainsi, pour la période du 1^{er} juillet au 6 octobre 2011, deux fiches indiquent des dysfonctionnements à l'unité intersectorielle de soins de courte durée :

- le 4 juillet 2011 : « problème de repas : pas de carton repas + fruits périmés donc jetés » suivi de la mention « la directrice des soins a été prévenue et a constaté sur place + cuisine prévenue » ;
- le 16 juillet 2011 : « problème dans l'approvisionnement des repas : absence de repas du soir dans la livraison. Pas de livraison de stock tampon » suivi de la mention « appel téléphonique au livreur du CH Bélair ».

Les barquettes à réchauffer sont remises en température dans les offices des unités.

4.1.2.2 Le comité de liaison alimentation et nutrition (CLAN)

Le comité de liaison alimentation et nutrition, présidé par un médecin généraliste de l'établissement, est constitué de la pharmacienne, de la diététicienne, de la cadre supérieure de la direction des soins infirmiers et de deux référents par unité.

Deux à trois réunions sont organisées chaque année.

Le comité a pris son essor à partir de 2005, a-t-il été indiqué.

Il fait partie du réseau des CLAN de la région Champagne-Ardenne, regroupant seize établissements, au sein duquel le centre hospitalier Bélair est le seul traitant de santé mentale. Des conférences régionales sont organisées chaque année, la première s'étant tenue à Charleville-Mézières en 2005. La dernière, qui s'est déroulée à Reims (Marne) en mars 2011, en présence de 500 personnes, abordait le thème des « troubles de la déglutition ».

Des actions, orientées notamment sur la dénutrition, sont menées. Une année, l'eau a constitué le sujet autour duquel des opérations ont été organisées : conférence sur l'eau du robinet, jeu sur le goût des différentes eaux à la cafétéria... D'autres actions ont traité de la prévention du tabac et de l'hygiène bucco-dentaire.

Les produits vendus à la cafétéria ont fait l'objet de discussions, s'agissant notamment des boissons sucrées et des barres chocolatées. Un accord ne semble pas avoir été trouvé.

Les contrôleurs ont pris connaissance du dernier compte-rendu de la réunion organisée le 4 janvier 2011.

Le contrôle régulier du poids des patients et le calcul de l'indice de masse corporelle y constituent des sujets récurrents. Une vérification, dans les unités, de bonne tenue des dossiers a été effectuée pour s'assurer de la régularité de ces actions.

Une enquête de satisfaction traitant de la fonction « restauration », menée auprès des patients, y est envisagée car la dernière date de 2007.

Un guide des bonnes pratiques de nutrition, destiné aux médecins, à la diététicienne et aux équipes paramédicales, en cours de préparation, a été présenté lors de cette réunion.

Le mois de la nutrition en 2011 devait traiter de la déglutition. Deux cas de patients souffrant de troubles de la déglutition ont été présentés lors de cette réunion et analysés.

4.1.3 La blanchisserie

Le centre hospitalier dispose de sa propre blanchisserie qui fonctionne du lundi au vendredi, de 6h à 15h, et traite 1,5 tonne de linge par jour.

Les locaux sont situés dans un bâtiment proche de l'entrée du centre hospitalier. Le responsable de la blanchisserie y dirige une équipe de sept personnes dont un chauffeur.

Deux machines à laver industrielles de 150 kg et deux autres de capacité moindre (20 kg et 40 kg) ainsi que des sèche-linges, une sècheuse repasseuse et un tunnel de séchage sont disposés dans une grande salle. Une zone est réservée au pliage et au repassage.

Le linge propre, prêt à être livré, est rangé sur des rayonnages, par bâtiment. Une affiche mentionne les quantités à fournir quotidiennement : « vingt draps, cinq draps-housses, dix taies d'oreiller... », par exemple, pour le bâtiment La Goutelle.

Le chauffeur, qui dispose d'un camion, récupère le linge sale dans les bâtiments et livre le propre. Le vendredi, il amène une quantité double, permettant de faire face aux besoins jusqu'au lundi.

Les patients peuvent faire gratuitement entretenir leurs affaires personnelles. Pour cela, ce linge doit être étiqueté et un atelier est réservé à ce marquage. Il arrive que du linge soit égaré ; les patients concernés viennent alors reconnaître leurs effets, accompagnés d'un soignant.

Une salle équipée de rayonnages mobiles, coulissants sur des rails de guidage et de roulement, regroupe les effets non identifiés ou abandonnés. Cette réserve sert à vêtir des personnes dépourvues de ressources suffisantes pour s'habiller. Ces patients viennent alors avec un soignant pour choisir des affaires.

4.1.4 Les activités communes

4.1.4.1 La cafétéria

La cafétéria est située dans un bâtiment adossé au gymnase.

Elle est ouverte du lundi au vendredi, de 8h à 11h30 et de 12h15 à 16h, et les samedis, dimanches et jours fériés, de 9h à 11h30 et de 12h30 à 16h. Selon les informations recueillies, environ quatre-vingt-dix patients y passent chaque jour.

Une vaste salle en forme de « L » est équipée de tables et de chaises. Un baby-foot et une cabine téléphonique sont en place. Un distributeur délivre des boissons chaudes (café ou chocolat) au prix de 0,35 euro. Un long bar occupe un côté de la salle.

Trois personnes assurent le fonctionnement quotidien de la cafétéria : une infirmière, une monitrice-éducatrice et une aide médico-psychologique. Deux sont présentes en semaine et une les weekends.

Des boissons non alcoolisées, des confiseries, de la bimbeloterie, des produits d'hygiène, des cartes postales, des timbres, des enveloppes, des cartes de téléphone y sont notamment vendus à prix coûtant.

Une liste de personnes souffrant de diabète, ne devant acheter ni confiserie ni chocolat, est fournie aux personnels assurant le service.

Les contrôleurs ont observé qu'aucun journal ni revue n'était vendu. Seul le journal *L'Ardennais* est disponible pour être consulté sur place.

Deux autres salles, de taille plus restreinte, sont également accessibles. La première reconstitue une pièce à vivre d'une maison ardennaise : une table, des chaises, une cheminée (en décoration), des plantes vertes et un téléviseur la meublent. « Des patients peuvent y trouver une ambiance plus familiale », a-t-il été indiqué. La seconde pièce sert de lieu de stockage de matériel en prévision de Noël.

Des toilettes (hommes et femmes) sont installées à l'extrémité de la grande salle.

L'absence d'accès pour les personnes à mobilité réduite a été soulignée par des personnes rencontrées.

Une terrasse extérieure, disposant de tables et de chaises, est ouverte par beau temps.

Chaque année, trois grandes fêtes sont organisées à la cafétéria avec le concours des patients.

A Noël, la cafétéria est décorée et une animation s'y déroule. Les patients y contribuent en préparant des objets d'ornement. Il a été indiqué que les différents services de l'établissement étaient associés à la préparation de cette fête. Un marché de Noël se met en place durant deux jours et un Père Noël vient distribuer des friandises.

A l'occasion de la fête de l'été, fin juin, un barbecue est organisé et un concours de pétanque permet d'attribuer des récompenses ; tous les participants reçoivent un lot.

Le carnaval est le troisième événement marquant de l'année.

4.1.4.2 La bibliothèque

A la date de la visite, aucune bibliothèque centrale n'existait mais, selon les informations recueillies, un projet était à l'étude.

Des bibliothèques, peu fournies, fonctionnent dans les unités.

4.1.4.3 Le sport

Un infirmier fait fonction de moniteur de sport ; il indique être d'abord infirmier car « le sport fait partie du soin ».

A la date de la visite, il préparait le certificat d'aptitude à l'encadrement des activités physiques et sportives en milieu sanitaire et social dans un institut de formation à Lyon (Rhône).

Un gymnase couvert, de taille modeste, est composé de plusieurs salles.

La première permet la pratique du badminton, du volley-ball, du basket-ball et une table de tennis de table peut y être installée. Une fresque, qui couvre le mur du fond et représente des paysages, est l'œuvre d'un groupe de quatre patients renforcé ponctuellement par quelques autres, sous l'égide du responsable de l'activité d'art thérapie²². Ce travail d'une année a été achevé en janvier 2010.

Une deuxième salle est dédiée à la musculation : plusieurs appareils dont une presse, des haltères, des vélos d'appartement et un appareil de marche y sont disposés. Un local sanitaire, avec une douche et un WC, est attenant.

L'infirmier dispose d'un bureau.

A l'extérieur, un terrain de basket-ball, goudronné, est situé près du gymnase. Un terrain de tennis, qui n'est plus utilisé, est implanté près de la maison d'accueil spécialisé.

Une autre ressource existe : le terrain de football d'un collège voisin peut être ponctuellement utilisé.

Les lundis, mardis et jeudis matins, de 9h à 12h, les mercredis matins de 9h à 10h et vendredi matin de 9h à 10h30, les patients des bâtiments implantés sur le site accèdent au gymnase sur prescription médicale. Les activités s'organisent en fonction de leurs desiderata. Les effectifs sont variables. A titre d'exemple, au bâtiment Varennes, à la date de la visite, un patient était inscrit et venait régulièrement au sport.

Le lundi après-midi, de 14h30 à 16h, le mercredi matin, de 10h à 11h45, et le vendredi après midi, de 14h30 à 16h, l'accès est limité aux patients du pavillon d'alcoologie et le vendredi matin, de 10h30 à 11h45, à des personnes hospitalisées à l'USIP.

Le mardi après-midi, deux groupes de pédo-psychiatrie provenant de l'extra-hospitalier sont successivement accueillis, l'un de 13h30 à 15h et l'autre de 15h30 à 16h30. Un autre créneau est affecté à un troisième groupe, le mercredi après-midi, de 13h30 à 16h.

Le jeudi, aucune activité n'est programmée pour permettre à l'infirmier de gérer la

²² A la date de la visite, cette activité n'était plus proposée, le responsable ayant quitté l'établissement.

partie administrative de sa fonction et de participer à des activités menées à l'extérieur, telles que des randonnées.

4.1.4.4 L'ergothérapie

L'ergothérapie est placée au sein du pôle 1 que dirige un psychiatre.

Elle regroupe cinq ateliers dont trois²³ implantés en ville dans le cadre des soins extra-hospitaliers. Les deux autres sont installés au sein de l'établissement, dans la zone socio-éducative, dans le cadre intra-hospitalier : l'un est consacré à la menuiserie, l'ébénisterie et la restauration de meubles ; l'autre est dédié à la peinture, la poterie et la créativité.

Le cadre socio-éducatif responsable des ateliers dispose d'une équipe de cinq éducateurs techniques qui se partagent les cinq ateliers : deux sont diplômés, un suit le cycle de formation en alternance à l'institut régional de formation des travailleurs sociaux à Reims (Marne), à raison d'une semaine par mois durant trois ans, et deux débutent cette formation.

Durant les congés des éducateurs, les ateliers ferment. Il en est de même durant les semaines de formation.

Un projet de restructuration, visant à mettre en place un espace thérapeutique intersectoriel était à l'étude à la date de la visite. Un élargissement vers d'autres activités serait envisagé.

Les patients admis en soins libres ont accès lorsqu'ils sont stabilisés, après deux à trois semaines passées dans les unités d'admission. Ceux de la maison d'accueil spécialisé n'y viennent pas. Les personnes hospitalisées à la demande d'un tiers doivent être accompagnées sur le trajet entre le bâtiment et l'atelier, à l'aller et au retour. Celles placées sur décision du représentant de l'Etat doivent être en permanence accompagnées mais peu sont inscrites à l'ergothérapie.

Chaque atelier accueille simultanément huit patients, ce qui représente une file active de douze personnes avec des prises en charge séquentielles : quatre patients à temps plein, quatre autres le matin, quatre différents l'après-midi. Les rythmes de fréquentation diffèrent selon les protocoles de soins.

L'inscription se fait sur prescription médicale. La fiche de « prescription médicale d'admission à l'ergothérapie ou à l'atelier thérapeutique », d'une page au format A4, regroupe :

- l'identité du patient (nom, prénom et date de naissance), son secteur, son unité fonctionnelle et le nom de son psychiatre ;
- la date ;
- le mode d'hospitalisation ;
- le diagnostic ou une brève description clinique ;
- le traitement habituel ;
- le motif de la prescription et l'attente éventuelle du service.

²³ « Tapisserie et couture d'ameublement » ; « ferronnerie d'art et restauration d'objets anciens » ; « encadrement et cannage ».

Le psychiatre du pôle 1 définit le protocole de soins après un entretien avec un soignant de l'unité et le patient.

Le dossier alors ouvert regroupe la fiche de prescription, une fiche de renseignements administratifs et l'anamnèse²⁴.

Des outils d'évaluation ont été mis en place. Un « dossier référentiel d'observation et d'évaluation » est ouvert. Chaque mois, un travail est effectué par l'équipe pour mesurer les progrès réalisés grâce à une méthode visuelle qu'elle a mise en place.

Sur une fiche intitulée « bilan d'observation effectué pour la période du [...] et [...] » est tracée une rosace. A partir d'un point central, sont portés dix-huit rayons équidistants d'un même cercle, chacun représentant un critère : « dextérité », « capacité physique », « utilisation des machines », « soin minutie », « organisation dans le travail », « mémorisation », « compréhension des consignes », « adaptation à différents postes », « motivation et intérêt », « initiatives », « enchaînement logique des tâches », « rythme et rendement », « stabilité », « ponctualité », « présentation générale », « relations avec le personnel », « relations avec les collègues », « travail d'équipe ». Chaque axe est gradué de 0 à 20 et une note est attribuée pour chaque critère. Les points sont ensuite reliés entre eux, permettant d'observer la forme de la courbe, d'observer les qualités humaines regroupées du côté gauche et les qualités professionnelles du côté droit mais aussi de visualiser les évolutions par rapport aux mois précédents. La comparaison est rendue possible car le même observateur attribue les notes d'un mois à l'autre.

Le bâtiment abritant l'ergothérapie regroupe le bureau du responsable, un patio pour les fumeurs, une salle de détente avec des équipements de cuisine, un téléviseur et un baby-foot, ainsi que deux ateliers ; une grande pièce, précédemment affectée à une autre activité, était inoccupée lors de la visite. Des traces d'infiltration d'eau sont apparentes sur les murs des couloirs et la peinture cloque par endroit.

L'atelier de peinture, de poterie et de créativité est équipé de tables et de chaises ainsi que de deux fours : l'un pour la poterie, l'autre pour les émaux. Il a été indiqué que ces deux activités allaient être relancées. A la date de la visite, les patients réalisaient des boules en rotin pour la décoration de Noël. L'écriture y est également pratiquée.

La menuiserie occupe un espace important avec trois salles : une pour le travail sur des machines-outils professionnelles, une pour l'assemblage et une pour le stockage du bois.

Lors de la visite des contrôleurs, plusieurs réalisations étaient en cours. Un patient avait conçu un meuble pour poser un téléphone : une partie avait été confectionnée par l'atelier de ferronnerie situé en ville et il travaillait les pièces en bois avant d'assembler le tout. La restauration d'un buffet et d'un canapé était effectuée. Une chaise, dont le cannage avait été confié à l'atelier d'ergothérapie de la ville, allait être réalisée. Un nichoir à oiseaux, en cours de finition, devait être installé dans le parc.

²⁴ Histoire de la maladie.

Les patients inscrits à l'ergothérapie bénéficient d'une rétribution sur la base d'un euro par demi-journée, à laquelle s'ajoute un complément variable selon l'assiduité. Ainsi, en septembre 2011, une personne présente durant seize jours (matin et après-midi) et quatre demi-journées a perçu 46 euros²⁵. Il a été précisé que cet intéressement contribuait aussi à la réadaptation sociale car « tout travail mérite salaire ».

4.1.4.5 La balnéothérapie

La balnéothérapie est installée dans le même bâtiment que la cafétéria. Elle fonctionne du lundi au vendredi, de 8h30 à 17h30, avec une fermeture de quatre semaines en été et deux semaines en fin d'année.

Un cadre de santé et une infirmière la font fonctionner sur des indications médicales.

Les locaux regroupent un salon d'attente, une salle dotée d'un bassin en forme de « 8 » contenant 1 m³ d'eau douce à 36°C, une salle de massage, un bureau, un vestiaire pour les patients et un autre pour les soignants, une cuisine avec un réfrigérateur et un four à micro-ondes. Les couleurs des murs sont douces et apaisantes.

Une seule personne est reçue durant chaque créneau d'une heure à une heure trente minutes.

Les patients viennent essentiellement des différents centres médico-psychologiques du département et, de façon plus ponctuelle, des unités implantées à l'intérieur du centre hospitalier. La moitié de la file active est constituée d'enfants.

4.1.5 Les soins somatiques

Cinq médecins généralistes interviennent dans l'établissement et se sont répartis leur temps de présence pour assurer chacun la prise en charge somatique d'une unité de soins ou de deux unités pour l'un d'entre eux. Tous exercent leur activité à mi-temps, à l'exception de l'un d'eux qui gère le département d'information médicale et qui est recruté à temps plein.

Ils sont présents du lundi au vendredi deux heures dans la matinée et une heure et demie en fin d'après-midi. Il n'existe pas d'astreinte pour les soins somatiques : ce sont les internes de garde qui les assurent.

Les médecins généralistes effectuent l'examen médical pour les patients admis sans leur consentement, en demandant, le cas échéant, un bilan biologique. Puis ils effectuent le suivi au jour le jour, à la demande des infirmiers ou des patients. Ils mettent à jour les vaccinations. Faute de temps, ils se rendent dans les chambres d'isolement essentiellement sur les indications des infirmiers.

Il a été indiqué aux contrôleurs que le temps effectif des médecins (deux équivalents temps plein) était insuffisant pour assurer une bonne prise en charge somatique de tous les patients.

²⁵ Soit 36 euros résultant de ses temps de présence et 10 euros de complément.

Ils essaient de prendre contact avec le médecin traitant, ce qui, selon les informations recueillies, peut s'avérer parfois difficile dans les premiers jours d'hospitalisation, afin de connaître les traitements éventuels pris par le patient avant son admission.

Quelques patients présentent des pathologies nécessitant des traitements coûteux ou spécifiques, notamment en dermatologie, que la pharmacie fournit.

Aucune consultation spécialisée n'a lieu sur place, à l'exception de celles du chirurgien-dentiste qui est présent tous les matins. Il dispose d'un cabinet situé au PC du secteur de la Vallée de la Meuse. Les médecins généralistes lui adressent les patients en remplissant un formulaire précisant le motif de la consultation et le traitement en cours. Le rendez-vous est donné en fonction de l'urgence du cas, sans délai si besoin. Pour les patients ayant des difficultés à accepter les soins dentaires, un traitement préalable est administré et un protocole comportant un produit anesthésiant constitué d'un mélange d'oxygène et de protoxyde d'azote est prévu.

Les consultations spécialisées et les examens complémentaires sont réalisés au centre hospitalier général Manchester de Charleville. Les délais pour obtenir un scanner (huit jours) ou une IRM (trois semaines à un mois) ou une consultation en ophtalmologie (six mois) sont analogues à ceux qu'un patient de ville obtiendrait.

Il a été souligné qu'il persiste une mauvaise image « des patients psy » qui a parfois posé problème, par exemple, lors de l'appel au SAMU qui ne se serait pas déplacé au CH dans un délai rapide. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'« il serait souhaitable d'organiser à ce sujet une réunion entre les urgentistes, les médecins généralistes et les psychiatres ».

4.1.5.1 La pharmacie

L'équipe de la pharmacie comprend deux praticiens hospitaliers à temps plein et quatre préparateurs en pharmacie.

Les traitements sont informatisés depuis 1994, la prescription médicale depuis 2000, grâce à un logiciel de gestion.

Le médecin prescrit une nouvelle ordonnance à partir de l'historique des prescriptions, même si le patient est sorti de l'hôpital. La prescription se fait sans limite de date.

Seules les ordonnances concernant les stupéfiants sont éditées. Le jour de la visite, six patients prenaient de la méthadone.

Un des deux pharmaciens valide toutes les prescriptions.

Les commandes se font une fois par semaine, sauf pour l'unité intersectorielle de soins de courte durée qui en bénéficie de deux.

Le logiciel gère aussi le stock des médicaments des armoires à pharmacie. Une ou deux sont vérifiées par mois.

Les pharmaciens ont demandé aux médecins généralistes d'établir une fiche de renseignements à chaque fois qu'ils prescrivent un antibiotique. Ils ont pu établir ainsi une cartographie des infections présentes au CH. Ils ont rédigé « un livret de l'antibiothérapie de première intention » comportant un résumé.

La pharmacie délivre les substituts nicotiques quel que soit le motif d'admission.

4.1.5.2 Le laboratoire

Lorsqu'un examen est prescrit par un médecin généraliste, les infirmiers effectuent le prélèvement qui est envoyé par coursier au centre hospitalier général. Le résultat est transmis oralement et par télécopie aux infirmiers du service. En cas d'urgence, ceux-ci prennent contact avec le médecin généraliste ou avec l'interne de garde.

4.1.5.3 Le comité de lutte contre la douleur (CLUD)

Le comité de lutte contre la douleur a été créé en 2003.

Il est présidé par un pharmacien à temps plein et comprend trente-cinq membres du personnel soignant et sept invités permanents dont trois médecins non psychiatres²⁶. Un référent « douleur » est désigné dans chaque unité de soins. En 2010, deux réunions ont eu lieu ainsi que quatre réunions de l'équipe opérationnelle²⁷.

Le CLUD a élaboré un « protocole d'administration de paracétamol par les [infirmières] en cas de patient douloureux ».

Une enquête relative à la douleur a été réalisée du 19 au 23 avril 2010 auprès des patients et des soignants afin de répondre aux exigences de la Haute autorité de santé : 241 questionnaires, 100 « non réponses » et 141 renseignés. Les conclusions ont été :

- « la douleur est bien présente sur le CH. En lien avec le vieillissement de la population ? ;
- elle est prise en charge ;
- il faudrait explorer le cas des patients qui se disent « non soulagés » :
 - douleur chronique en lien avec une pathologie psychiatrique ?
 - autres ? ».

Le CLUD a obtenu un financement pour la réalisation d'un « livret douleur en psychiatrie ».

4.1.5.4 Le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)

Le comité de lutte contre les infections nosocomiales a été créé en 1988. Il se réunit au moins trois fois par an en séance plénière²⁸ et en groupes de travail incluant des professionnels concernés par les sujets à traiter.

La présidence est assurée par le responsable de la pharmacie. Malgré plusieurs appels à candidature lancés à la CME, aucun médecin ne s'est présenté. Des correspondants en hygiène sont référents pour chaque unité intra-hospitalière. Un représentant des usagers assiste aux réunions du comité.

²⁶ Le CLUD comprend un médecin généraliste, un odontologiste et un médecin addictologue.

²⁷ Les réunions plénières ont eu lieu le 25 mars et le 14 décembre ; les réunions opérationnelles, le 7 janvier, 28 janvier, 25 février et 29 avril.

²⁸ En 2010 : les 23 mars, 22 juin et 7 décembre.

En 2010, les activités du CLIN ont comporté la surveillance épidémiologique, la surveillance de l'environnement (prélèvements réalisés sur les réseaux d'eau chaude et froide et sur l'eau de balnéothérapie), la surveillance des accidents d'exposition au sang, la mise à jour du « livret d'hygiène » et des formations sur ces sujets.

4.2 Analyse détaillée par secteur

4.2.1 L'unité de soins intensifs en psychiatrie (USIP) : Argonne

L'unité de soins intensifs en psychiatrie, l'Argonne, est une unité intersectorielle située dans la zone C à proximité des unités La Goutelle et Clairefontaine.

Elle est fermée. Elle comporte vingt lits, une chambre médicalisée soit vingt-et-un lits et quatre chambres d'isolement.

Elle a été créée en novembre 1989 pour accueillir des patients indésirables et difficiles à traiter dans les autres pavillons. A cette époque, l'unité « Clairefontaine » hébergeait des patients déficitaires.

De son côté, la directrice de l'établissement, dans son courrier de réponse à l'envoi du rapport de constat, indique que cette unité « a été créée en 2009, pour accueillir des patients dont la sociabilité n'était pas compatible avec les patients hébergés dans les autres pavillons ».

D'une part, l'USIP accueille tous les patients admis au CH en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (ASPRE) pour une période d'observation qui permettra de décider de demander la levée de la mesure ou son maintien avec l'admission du patient. Selon les informations recueillies, le préfet suit l'avis du psychiatre.

D'autre part, le projet de l'USIP, défini en 2009, prévoyait « un séjour de deux mois renouvelable une seule fois dans l'année » [...] pour des patients perturbateurs, agités et « éventuellement violents, à un moment particulier de l'évolution de leur maladie ».

Une « procédure d'affectation des lits de l'USIP » précise la répartition des lits de l'unité :

- « 12 lits pour les patients au comportement difficile déjà hospitalisés y séjournant au long cours dont 6 chambres sécurisées ;
- 8 lits d'accueil de courte durée :
 - pour des patients en HO ou en HDT qui perturbent le fonctionnement des services dans lesquels ils sont hospitalisés et qui ont épuisé les ressources des équipes qui les prennent en charge ;
 - pour des patients sous contraintes ayant posé des problèmes médico-légaux et/ou présentant une dangerosité latente ainsi que toutes les admissions de patients en HO adressés au centre hospitalier BÉLAIR ;
 - pour les détenus présentant des troubles mentaux ».

4.2.1.1 Les patients

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

- dix-huit patients étaient hospitalisés : dix-sept hommes et une femme ;
- six patients avaient été admis en SPRE ;
- aucun patient n'avait été admis en SPDT ;
- douze étaient admis en soins libres ;
- la plus longue hospitalisation sous contrainte était une ASPRE, de plus de cinq ans ;
- le patient le plus âgé avait 54 ans, le plus jeune, 21 ans ;
- un patient admis en soins libres occupait une chambre d'isolement ;
- la durée de la plus longue hospitalisation libre était de plus de trente-cinq ans.

Le responsable du service fait en sorte qu'un lit soit toujours vacant pour recevoir un patient en urgence.

Lors de la visite des contrôleurs, le 12 octobre 2011, la dernière sortie d'un patient en ASPRE avait eu lieu le 29 septembre 2011 : il s'agissait d'un patient pour lequel l'hospitalisation complète avait été transformée en programme de soins sur son CMP dans le secteur du Sedanais, dans le cadre de son ASPRE.

En raison de son fonctionnement intersectoriel et de la pénurie de médecins, le psychiatre du secteur d'où provient le patient rédige le certificat des 24 heures, celui des 72 heures et celui nécessaire, le cas échéant, au passage devant le juge des libertés et de la détention, à rédiger entre le sixième et le huitième jour. Pour ce dernier, il est fait appel à un psychiatre d'un autre secteur pour « un avis conjoint ».

L'audience devant le JLD n'est pas abordée de la même façon selon les psychiatres : certains l'évoquent dès le premier entretien dans le cadre des voies de recours, d'autres attendent d'être sûrs que la mesure ne sera pas levée et que l'audience aura lieu et ne l'abordent que lors de l'entretien nécessaire à la rédaction du certificat du sixième et huitième jour.

Le médecin responsable de l'unité ne devient le médecin traitant « sur le plan administratif » qu'à partir du certificat mensuel.

Tous les patients qui sortent « contre avis médical » sont contactés par téléphone par un représentant des usagers ou un membre de l'équipe intersectorielle de cure de l'exclusion (EPICURE). La directrice de l'établissement précise à ce propos, dans son courrier d'observations, que « le travail réalisé en rapport avec la sortie contre avis médical à l'occasion de la V2 en 2007 ne concerna pas uniquement les patients de l'Argonne mais l'ensemble des patients ».

Selon les informations recueillies, les patients donneraient comme raisons de leur sortie :

- l'enfermement dans l'unité ;
- l'oisiveté ;
- la promiscuité ;

- l'impossibilité de rencontrer un médecin.

Selon le médecin responsable de l'unité, onze patients seraient « inadéquats » à la structure. Plusieurs patients seraient en attente de placements dans des structures médico-sociales.

Selon les informations recueillies, « six patients, seraient à vie, en HL dans le service, une personne en ASPRE ne sortira jamais et cinq patients en HL vont être orientés ».

Le jour de la visite des contrôleurs, cinq patients avaient le droit de sortir seuls dans le parc ; deux avaient besoin d'aide pour leur toilette.

Un patient était revenu d'une unité pour malades difficiles (UMD) le 6 août 2011 en ASPRE. La levée de la mesure a été décidée le 20 août 2011, après avis du collège mentionné à l'article L.3211-9 du code de la santé publique. Le patient est resté à l'USIP jusqu'à sa sortie organisée dans un centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) de Reims (Marne). Après l'échec de ce placement, ce patient est passé par les urgences du CHG de Charleville et a été réadmis à l'USIP en soins libres. Il n'a pas le droit de sortir seul dans le parc. Un projet de sortie dans un CHRS de Charleville-Mézières, avec suivi à l'hôpital de jour, est prévu quand son état le permettra.

4.2.1.2 Les locaux

L'accès à l'unité se fait après avoir sonné et franchi une porte fermée à clé qui donne dans un sas. Celui-ci contient un placard renfermant les vêtements d'hiver des patients. Une deuxième porte fermée à clé permet de pénétrer dans les locaux de l'USIP proprement dite.

Un couloir distribue :

- le bureau des infirmiers ;
- la tisanerie ;
- le réfectoire, équipé de sept tables de 1,20 m de diamètre dont cinq sont utilisées du fait du nombre de patients, de vingt casiers permettant d'y ranger des objets personnels. Ils sont fermés à clé. Les soignants autorisent les patients à y accéder à chaque repas ;
- un office permettant de réchauffer les repas arrivant en liaison froide ;
- un local pour le ménage ;
- un débarras ;
- les vestiaires ;
- une **chambre d'isolement** occupée par un patient en soins libres lors du contrôle ; selon les informations recueillies, il serait souvent en contention mais, lors de la visite des contrôleurs, il ne l'était pas ;
- la réserve de linge ;
- la salle de vie meublée de quatorze fauteuils relax, de deux tables et d'une pendule. Lors de la visite des contrôleurs, selon les indications fournies, le poste de télévision était en panne depuis deux jours ;

- la cour intérieure mesurant 19 m sur 15,2 m soit une surface de 289 m². En accès libre de 8h30 à 20h, elle est équipée de trois bancs en bois, de trois tables avec des bancs, dont une sous un abri ainsi que deux bancs. Une ancienne boîte de gâteaux en métal constitue le seul cendrier. Les patients disposent d'un panier de basket-ball. Sur un mur, une cage de but de football a été peinte en rouge. Un grillage de 2 m de haut ceint la cour ;
- un local sanitaire pour les patients comprenant un WC sans abattant, un lavabo doté d'un mitigeur - mais dépourvu de savon-, d'essuie-mains et d'une poubelle. Une odeur nauséabonde se dégage des WC ;
- les vingt-et-un lits sont répartis en six « chambres sécurisées » et quinze chambres individuelles ;

Parmi les « **chambres sécurisées** » :

- l'une est hors d'état de fonctionner (n° 037) ;
- la chambre sécurisée n° 034 est meublée d'un lit et d'une chaise. Elle dispose d'une fenêtre qui ne s'ouvre pas, mesurant 0,77 m sur 1,14 m, opacifiée sur 0,45 m de hauteur et d'un WC en inox qui fuit. La pièce est entièrement carrelée ;
- la chambre sécurisée n° 038 est meublée d'un lit, d'une table, d'une chaise et d'un poste de télévision encastré dans le mur, appartenant à l'occupant de la chambre ; un WC en inox se trouve derrière la porte ;
- une salle d'eau dédiée aux occupants des chambres sécurisées comprenant une douche à l'italienne, un chariot de linge et des produits d'hygiène communs à tous les patients.

S'agissant des **chambres individuelles** :

- la chambre n° 019 est équipée d'un lit et d'un WC sans abattant. Elle dispose d'une cour spécifique avec deux bancs et d'une table sans auvent ; selon les indications données aux contrôleurs, pour le patient qui l'occupe, admis en soins libres, aucun projet de sortie ne peut être mis en œuvre ;
- la chambre n° 022 est meublée d'un lit, d'une chaise et d'une table ; elle dispose d'un WC en émail ;
- la chambre n° 023 est dotée d'un matelas posé par terre ;

- la chambre n° 024 est meublée d'un lit, d'une table de chevet dotée d'un tiroir, d'un fauteuil, d'un placard comportant une partie penderie ainsi que des étagères. Le lit est placé en face de la lucarne de la porte et ne bénéficie pas de la liseuse qui est placée dans un autre endroit de la pièce. L'occupant de la chambre dispose d'un poste de télévision personnel de 0,77 m de diagonale. Une porte donne accès au local sanitaire carrelé sur une hauteur de 2,20 m, comprenant une douche dotée d'un rideau, avec un bac ayant un rebord de 0,10 m, un porte-savon, un WC avec abattant, papier hygiénique, rampe et balayette et un lavabo avec mitigeur, porte-serviettes et néon encastré.

Une salle de bains est à la disposition des patients occupant les chambres individuelles.

Le couloir, dans lequel se trouvent un matelas abîmé et une chaise, dessert ensuite :

- une deuxième **chambre d'isolement** avec un sas comportant deux chaises. La chambre mesure 5,30 m sur 3 m, soit une surface de 15,9 m². Elle comprend un lit métallique scellé, une douche à l'italienne sans séparation du reste de la chambre avec un WC en inox. Elle dispose de la climatisation, de deux néons de faible intensité, de deux fenêtres en verre cathédrale de 0,93 m sur 0,76 m qui ne s'ouvrent pas, surmontées de deux vasistas. Les murs sont revêtus de carrelage bleu, le sol est en carrelage de couleur sable. Le mur de la chambre est doté d'une lucarne carrée de 0,50 m de côté. Les deux portes d'accès à la chambre sont munies de lucarnes mesurant 0,36 m sur 0,26 m ;
- la salle de soins équipée notamment d'une table d'examen, d'un chariot d'urgence et d'une armoire contenant des sangles de contention en tissu avec des fixations aimantées. Il n'existe pas de défibrillateur dans l'unité Argonne : le plus proche se trouve dans l'unité Clairefontaine située en face ;
- le salon de visites, meublé d'une table ronde avec quatre chaises, d'une table basse, de quatre fauteuils relax ; il dispose d'un local sanitaire avec un WC et un lavabo ;
- une salle pour les patients souhaitant s'isoler, meublée de fauteuils ;
- la pharmacie ;
- le bureau du cadre de santé ;
- une **chambre médicalisée** occupée par un patient. Elle n'est pas comptabilisée dans le nombre de lits de l'unité ;
- une salle d'activités à visée créative (peinture, pâte à modeler, etc.) avec un évier et tout le matériel nécessaire ;
- une salle d'activités comprenant un baby-foot, une table de ping-pong, une bibliothèque avec vingt livres, un vélo d'appartement, dix fauteuils relax. Cette pièce est fermée à clé et n'est donc pas en accès libre ;
- un local pour le linge propre et un autre pour le linge sale, tous deux ayant un accès direct sur le parking ;

- une **troisième chambre d'isolement** mesurant 3,90 m sur 3 m, soit 11,70 m² auxquels il convient d'ajouter 6 m² pour la partie douche et WC qui font partie intégrante de la chambre soit une surface totale de 17,7 m². La description est la même que celle de la deuxième chambre faite *supra* ;
- une **quatrième chambre d'isolement réservée prioritairement aux personnes détenues**. Le sas de cette chambre donne sur un couloir doté d'une porte ayant un accès sécurisé sur l'extérieur. Le véhicule amenant le patient peut stationner sur le parking. Un petit chemin d'une cinquantaine de mètres conduit à la porte et à la chambre d'isolement.

4.2.1.3 Le fonctionnement de l'USIP

A son arrivée, le patient ne reçoit plus le livret d'accueil, considéré comme obsolète mais « les règles de vie, hors prescription » qu'il va signer et qu'il conserve dans sa chambre. Un membre de l'équipe paraphe aussi ce document.

Elles comprennent notamment :

- les horaires des repas : petit déjeuner de 8h30 à 9h, déjeuner et goûter en deux services : le premier à 11h30 et 15h30 et le second à 12h et 16h, le dîner à 19h ;
- la prise des médicaments : à partir de 8h, à 12h et à 19h45 ;
- l'heure du coucher : « avant 20h (tous les patients sont dans leur chambre fermée) » ;
- « l'entretien du linge est effectué par le centre hospitalier s'il n'est pas possible de le faire par la famille ou des proches » ;
- « le tabac est autorisé de 8h à 20h dans la cour » ;
- « pas de téléphone portable dans le service. Les appels téléphoniques reçus ou émis ne sont autorisés qu'après avis médical » ;
- « les visites sont autorisées (autorisation médicale) de 14h à 18h. Les visiteurs doivent se présenter au bureau des soignants et se rendre ensuite dans la salle prévue à cet effet (salle de visites). Tous les sacs doivent être déposés au bureau des soignants » ;
- « les activités sont programmées de 9h à 12h et de 14h à 18h. Elles sont prescrites par le médecin sur proposition de l'équipe soignante ».

L'équipe soignante de l'USIP comprend :

- un cadre de santé ;
- quinze infirmiers sur seize (un infirmier est en accident de travail), dont huit hommes ;
- dix aides-soignants dont cinq hommes ;
- cinq ASH dont un homme ;
- une psychologue sera présente deux demi-journées par semaine à compter du 2 novembre 2011 ;

- l'assistante sociale du secteur du Sedanais vient à la demande et participe aux réunions de synthèse ;
- un médecin généraliste est présent tous les matins ;
- aucun interne n'est affecté à l'USIP ;
- le médecin responsable du secteur du Vouzinois n'est pas présent dans l'unité mais se déplace, dès qu'on l'appelle.

Le secrétariat est assuré par le secteur du Vouzinois.

Une réunion de synthèse a lieu deux vendredis par mois de 14h à 15h30 en présence notamment du médecin responsable du Vouzinois, du cadre de santé et de l'assistante sociale.

Le cadre du pôle organise des réunions de fonctionnement tous les deux mois.

Durant la journée, le roulement prévoit la présence de trois infirmiers et de deux aides-soignants le matin et l'après-midi, pour la nuit d'un infirmier et d'un aide-soignant. Il est toujours organisé avec deux hommes dans la journée et un homme pour la nuit (quelle que soit sa fonction).

Les transmissions se font de 6h30 à 7h, de 13h à 13h30 et de 21h à 21h30.

Selon la procédure citée *supra* : « la chambre sécurisée est le lieu de vie du patient ; cette chambre comporte le mobilier nécessaire au repos, au repas, à l'hygiène du patient et éventuellement à ses loisirs. Elle peut être fermée à clef à l'intérieur de l'unité. Certaines chambres communiquent avec une cour extérieure grillagée et accessible au patient quand cela est possible. [...] Une prescription médicale est obligatoire mais elle n'est pas limitée dans le temps du fait de la labilité du comportement des patients concernés. La visite médicale est inhérente à la santé du patient ».

Les infirmiers effectuent des entretiens à la demande des patients ou à leur initiative quand ils en évaluent la nécessité. Ils ont indiqué aux contrôleurs que : « parfois ils ne savaient pas quoi faire des éléments cliniques recueillis lors de ces entretiens ». Ils ont également exprimé le regret de ne plus pouvoir organiser de séjour thérapeutique, du fait de la pénurie de personnel : le dernier a eu lieu en 2009. Il y aurait des projets en cours pour 2012.

Les consignes concernant les permissions de sortie seraient assouplies depuis la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2001 : « il y en aurait davantage ».

Une feuille de « prescription médicale liée à la vie sociale institutionnelle » est remplie pour chaque patient et conservé dans son dossier du patient. Y figurent :

- le mode d'hospitalisation ;
- la date et l'heure de la prescription ;
- les sorties dans l'établissement avec la mention « seul » ou « accompagné par » avec les horaires ;
- les communications téléphoniques avec une case oui/non ;

- les visites ;
- l'accès à la cour fermée : oui/non ;
- les permissions hors de l'hôpital.

A leur arrivée dans l'unité, les patients, déposent leurs téléphones portables dans le bureau du cadre de santé. Sur autorisation médicale, ils peuvent utiliser le téléphone mobile du service dans le bureau des infirmiers ou un peu plus loin. A l'USIP, il n'existe pas de poste téléphonique mural ou de cabine.

Le courrier est déposé par les patients qui sortent de l'unité dans la boîte aux lettres de *La Poste*, située à la cafétéria. Les autres le remettent aux infirmiers qui le confieront au vaguemestre. Selon les informations recueillies, le courrier aurait été limité pour un patient de l'unité qui voulait correspondre avec un autre, hospitalisé à l'UMD de Sarreguemines.

Un tableau hebdomadaire des activités est rempli en fonction des disponibilités du personnel soignant. Il a été indiqué aux contrôleurs que le cadre de santé souhaitait que « les cases du tableau soient remplies, sans prendre en considération l'intérêt des patients ». Dans la semaine du 9 au 14 octobre 2011, le tableau fourni aux contrôleurs était le suivant :

Jour	matin	Après-midi
Lundi 10 octobre	Tribunal	
Mardi 11 octobre	tarot	Wii™
Mercredi 12 octobre	Gym douce Wii™	Réunion IDE
Jeudi 13 octobre	Jeux de cartes	Wii™
Vendredi 14 octobre	Sports (annulé)	Sortie foot Sedan

Le tableau suivant indique l'activité de l'unité en 2009 en 2010 :

	Nombre de lits installés au 31/12	Nombre moyen de lits occupés	Taux d'occupation	Nombre d'entrées	Nombre de journées	Durée moyenne de séjour en jours
2010	30	28,90	96,35%	12	6 436	536, 33

Dans son courrier en réponse à l'envoi du rapport de constat, la directrice de l'établissement rappelle que « l'activité de ce service ainsi organisé a débuté en novembre 2009, ce service comprend 21 lits depuis cette date ».

4.2.2 Le secteur Vallée de la Meuse : l'unité Roc la Tour

L'unité Roc la Tour constitue le lieu d'admission du secteur Vallée de la Meuse. Il s'agit d'un secteur de 68 000 habitants, essentiellement rural dans une région anciennement industrielle. Le taux de chômage s'élève à 30 %. Le secteur effectue des consultations au sein du centre médico-social de la commune de Revin ainsi qu'au centre médico-psychologique (CMP) de Charleville.

L'unité Roc la Tour est située non loin de l'entrée principale, à côté du service des majeurs protégés, des locaux syndicaux, des salles de formation et de l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI).

Elle est fermée.

Elle comporte, sur deux niveaux, vingt-six lits, une chambre d'isolement et une « chambre de maintenance ». L'effectif ne comptabilise pas ces deux dernières chambres.

Les lits sont répartis en six chambres individuelles et dix chambres à deux lits.

Le tableau suivant indique l'activité de l'unité en 2009 et 2010 :

	Nombre de lits installés au 31/12	Nombre moyen de lits occupés	Taux d'occupation	Nombre d'entrées	Nombre de journées	Durée moyenne de séjour en jours
2009	55	49,97	90,85%	402	18 239	45,37
2010	27	24,31	90,03%	366	8 872	24,24

4.2.2.1 Les patients.

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

- vingt-cinq patients étaient hospitalisés : douze hommes et treize femmes ;
- aucun patient n'occupait la chambre d'isolement ;
- trois hommes étaient admis en SPRE ;
- huit patients étaient admis en SPDT : cinq hommes et trois femmes ;
- la plus longue hospitalisation libre avait débuté le 11 février 2009 ;
- la plus longue hospitalisation sous contrainte (ASPDT) avait débuté le 19 février 2009 ;
- le patient le plus âgé avait 66 ans, le plus jeune, 25 ans.

Des patients ont été reçus par les contrôleurs. Tous expriment leur ennui : « une journée ici c'est long. ». Ils se plaignent du manque d'activités. Certains évoquent l'absence de télévision accessible dans la salle commune.

4.2.2.2 Les locaux

Il s'agit d'un édifice construit, comme la plupart de ceux qui composent l'établissement au milieu des années soixante. Il n'a pas fait l'objet d'une rénovation depuis lors.

Les bureaux médicaux, à la différence des autres unités, sont installés sur la voirie circulaire qui relie les espaces affectés aux secteurs entre eux.

L'unité comprend deux niveaux.

Au rez-de-chaussée, se trouvent :

- le bureau des infirmiers qui contient notamment les dossiers des patients ;
- la salle de soins équipée d'une table d'examen : c'est là que le médecin généraliste ou l'interne effectuent les examens somatiques des patients ;
- la pharmacie où s'effectue la distribution des médicaments le matin ;
- le bureau du médecin ;
- la salle de visites meublée de neuf fauteuils et d'une table basse : elle est décorée de dix photographies et d'une plante verte. Deux affiches indiquent les horaires de la permanence de l'UNAFAM et des visites. La charte de l'utilisateur est apposée ;
- La chambre n°1 est la chambre dite médicalisée. Elle est située à proximité du bureau des infirmiers. Elle est équipée d'un lit médicalisé, d'une table de chevet, d'un fauteuil relax, d'une table adaptable, de quatre prises électriques, d'un placard et d'une chaise. Elle dispose d'un lavabo et d'un WC avec rampe. La peinture du plafond est abîmée par des traces d'infiltrations d'eau. On y place les patients pour une surveillance médicale accrue ;
- le bureau du cadre de santé ;
- un local pour les ASH ;
- une salle de bains qui comprend une douche à l'italienne dotée d'un rideau, d'un siège-douche et d'une rampe, un lavabo avec tablette, miroir et essuie-mains, une armoire contenant des produits d'hygiène de dépannage et des protections pour la nuit, une baignoire à ouverture permettant l'accès des personnes à mobilité réduite, un WC, un fauteuil et trois patères. La pièce est carrelée jusqu'à une hauteur de 2,20 m. Au-dessus, la peinture est abîmée par des infiltrations d'eau ;
- un local pour le linge sale avec une porte donnant accès sur l'extérieur ;
- les vestiaires du personnel ;
- un bureau médical ;
- les vestiaires pour les patients avec les manteaux pour l'hiver ; c'est là qu'est installé le poste téléphonique mural avec une chaise ;
- la salle de vie équipée de dix-neuf fauteuils, d'un poste de télévision avec télécommande. Dans un coin se trouvent trente casiers, quinze jaunes et quinze verts dans lesquels les patients rangent leurs affaires personnelles (tabac, téléphones portables) ;

- la cour intérieure accessible de 7h à 22h30. Elle mesure 34 m de long sur 8 m de goudron et 7,5 m d'herbe, soit une surface de 527 m². Elle est équipée de trois bancs, quatre tables avec bancs en bois et trois cendriers. Un balai est à la disposition des patients qui ramassent eux-mêmes les mégots se trouvant en dehors des cendriers. Il n'existe pas d'auvent protégeant des intempéries ; un parasol fait office de protection contre le soleil et la pluie ;
- une salle de détente, installée dans l'ancien fumoir. Elle contient un vélo d'appartement, six fauteuils, cinq chaises et trois tables ;
- un local sanitaire pour les patients comprenant un WC avec abattant, un WC sans abattant, un WC pour personne à mobilité réduite et deux éviers distribuant de l'eau froide dotés de savon. Les peintures sont très dégradées ;
- la salle à manger ; à l'entrée est installé un panneau d'information où est affiché le planning des activités de la semaine. Le jour de la visite des contrôleurs aucune activité n'était programmée et aucune information n'était inscrite. Une affiche concernant la prévention de la constipation est apposée.

Il existe un plan de table. Un patient prend ses repas seul un peu avant ou un peu après les autres. Deux patients sont diabétiques, un autre a un régime hypocalorique et un dernier souhaite un régime végétarien. Les menus sont affichés ;

- trois chambres individuelles : la porte de chaque chambre revêt une couleur différente pour que le patient puisse avoir des repères :
 - la chambre n° 2 mesure 5 m sur 3 m soit une surface de 15 m². Elle est meublée d'un lit, d'une table de chevet, d'un placard avec quatre étagères et une tringle sans cintre, d'un fauteuil et d'une chaise. La liseuse a été mise hors d'état de fonctionner du fait du cordon qui servait à l'allumer et qui présentait un risque suicidaire. La chambre dispose d'un local sanitaire mesurant 2,5 m sur 1,5 m, soit une surface de 3,75 m² comprenant une douche, un lavabo et un WC ;
 - la chambre n° 3 est adaptée à une personne à mobilité réduite : la douche est à l'italienne et entièrement carrelée ;
 - la chambre n° 4 est identique à la chambre n° 2 ;
- la chambre de maintenance n° 5 accueille les patients ayant fait une tentative de suicide ou présentant un risque d'auto-agressivité. Elle est équipée d'un lit où peuvent être installées des sangles de contention, d'une table de chevet, d'une chaise, d'une table adaptable et d'une fenêtre de 0,98 m sur 0,83 m qui ne s'ouvre pas, surmontée d'un vasistas ouvert. Il n'existe pas de sanitaires. Le séjour des patients dans ce lieu est prévu pour durer un à deux jours. Durant son séjour, le patient conserve sa chambre dans l'unité.

Il a été rapporté aux contrôleurs qu'en cas de suroccupation des lits de l'unité, il pouvait arriver de placer un patient dans la chambre de maintenance sans utiliser son indication initiale ;

- une chambre d'isolement, inutilisable lors de la visite des contrôleurs, depuis qu'un patient en a cassé la fenêtre. Elle comporte un sas mesurant 1,95 m sur 2,10 m dans lequel se trouve un placard contenant les vêtements de la personne placée à l'isolement, un fauteuil et les commandes des interrupteurs (eau et électricité). Le sas donne sur la chambre qui a une surface de 13,05 m². Elle comprend un lit, une douche, un WC, un détecteur de fumée, une fenêtre de 0,95 m sur 0,77 m constitué de verre cathédrale, surmontée de deux vasistas. La pièce ne dispose pas de bouton d'appel ; elle est climatisée. Trois lucarnes sont installées dans les murs (l'une de 0,56 m et deux de 0,49 m de côté) ; celle qui donne sur le couloir est munie d'un store roulant. La pièce dispose de deux portes d'accès munies chacune d'une lucarne de 0,35 m sur 0,26 m.

On accède au **premier étage** par un escalier de dix-huit marches avec un palier intermédiaire. On y trouve :

- une salle de réunion ;
- une salle dédiée à la relaxation, équipée de tapis de sol et d'un évier. Les murs sont décrépis ;
- le vestiaire des hommes ;
- une salle d'entretien où peuvent être notamment réalisés les entretiens d'accueil. Elle est meublée de quatre fauteuils et d'une table basse ;
- une salle d'activités manuelles équipée de quatre tables, de sept chaises et d'un lecteur de vidéo ;
- un local pour le linge avec une réserve de vêtements pour les patients chroniques ;
- une salle de bains avec baignoire, lavabo, WC, armoire à linge et table de massage pour l'activité esthétique. La peinture est cloquée par l'humidité au-dessus du carrelage ;
- deux chambres individuelles avec douche, lavabo et WC ; les portes, de couleur différente, sont dotées de lucarne de 0,28 m de côté ;
 - la chambre n° 18 est vacante. Une odeur nauséabonde y demeurait, malgré le nettoyage des locaux ;
 - la chambre n° 16 est une des rares chambres « personnalisées » : une photo est apposée au mur, quelques objets personnels sont posés sur une table. Le store de la fenêtre est baissé en permanence car la manivelle est cassée. Selon les informations recueillies, le bon de réparation aurait été fait depuis plusieurs jours. La porte de cette chambre n'est pas munie d'une lucarne. La peinture du local sanitaire est très endommagée ;
- dix chambres à deux lits : toutes les portes des chambres ont des couleurs différentes et sont dotées d'une lucarne de 0,28 m de côté :

- la chambre n° 19 mesure 5,20 m sur 4 m soit une surface de 20,8 m². Elle comporte deux lits sans liseuse, une table de chevet, deux placards et une fenêtre de 1,32 m sur 0,66 m. Elle dispose d'un local sanitaire avec lavabo, douche et WC ;
- la chambre n° 17 comporte deux lits sans liseuse et deux tables de chevet ;
- la chambre n° 14 se caractérise par une forte odeur d'égout provenant du local sanitaire, par ailleurs propre.

4.2.2.3 Le fonctionnement de l'unité

L'équipe de l'unité comprend :

- le médecin responsable du secteur, présent huit demi-journées par semaine ;
- un praticien hospitalier présent le mardi et le vendredi après-midi ;
- un praticien hospitalier venant les lundi, mercredi et vendredi après 17h30 ;
- un médecin généraliste présent tous les matins ;
- un cadre de santé ;
- dix-huit infirmiers dont deux hommes. Un poste est vacant ;
- six aides-soignants ;
- 4,5 équivalents temps plein (ETP) d'ASH ;
- une psychologue présente le mardi toute la journée ;
- une assistante sociale qui passe tous les jours et assiste aux transmissions.

Celles-ci ont lieu de 6h30 à 7h, de 13h30 à 14h et de 21h à 21h30.

Des transmissions avec les médecins se font vers 10h.

Une réunion de synthèse se tient le mardi tous les quinze jours de 14h15 à 16h30, avec la participation de l'équipe de nuit, mais sans celle des ASH.

Une réunion de fonctionnement est organisée le premier jeudi de chaque mois.

Lors de son admission, le patient est accueilli par une infirmière pour un premier entretien permettant d'échanger sur sa situation. Puis, il rencontrera le médecin. S'il avait déjà été suivi par un psychiatre dans l'unité, il conservera le même praticien ; dans le cas contraire, le médecin responsable sera son psychiatre référent. Il bénéficiera ensuite d'un examen par le médecin généraliste.

On lui propose de désigner une personne de confiance. Selon les informations recueillies lors de la visite, « dans quatre cas, le nom de cette personne est différent de celui de celle à prévenir en cas d'urgence, dans cinq cas, il s'agit du même nom et vingt-et-un dossiers étaient renseignés en partie ».

Dans le cas de soins sur demande d'un tiers, le certificat des 24 heures sera rédigé immédiatement ou dans la demi-journée suivant l'admission. Il peut arriver que le psychiatre convoque la famille. Durant la période d'observation (24h-72h), le patient sera revu trois fois pour une évaluation. Il peut arriver que la demande de levée de la mesure d'hospitalisation sous contrainte soit faite à ce moment-là.

Dans le cas contraire, un psychiatre d'un autre secteur vient examiner le patient afin de rédiger le certificat des six-huit jours nécessaire au passage devant le JLD.

A l'admission, le livret d'accueil du CH n'est pas remis. Le patient reçoit le règlement intérieur de l'unité. Il concerne :

- les horaires des repas : petit déjeuner entre 8h45 et 9h, déjeuner en deux services, premier service à 11h30 avec prise de médicaments au réfectoire et deuxième service à 12h, dîner en deux services à 18h30 et 19h ;
- la distribution des médicaments : entre 7h30 et 8h45, de 11h30 à 12h et de 18h30 à 20h ; les traitements de nuit sont administrés après 21h30 ;
- les visites : les familles peuvent venir tous les jours de 13h30 à 18h30 dans la salle de visites ou dans le parc, sauf en cas de refus médical ;
- les chambres sont fermées à partir de 9h et ouvertes de 12h30 à 14h30 et à partir de 19h30. « Les chambres sont principalement consacrées au repos, au sommeil. Elles peuvent être également un moyen de s'isoler afin de trouver la quiétude nécessaire (uniquement sur indication médicale) » ;
- « le coucher se fait aux alentours de 23h. En début de soirée, entre 21h30 et 22h, les patients ont la possibilité de boire un tilleul et/ou de consommer un fruit (en fonction des réserves disponibles) » ;
- « les permissions sont à demander aux médecins. [...]. A chaque retour de permission, l'équipe s'autorise la vérification du contenu de vos sacs » ;
- la consommation d'alcool, de médicaments, de substances illicites, la limitation des boissons sucrées et du café ;
- l'accès au bureau des infirmiers : « après accord d'un soignant et en sa compagnie uniquement » ;
- l'interdiction des téléphones portables dans l'unité : ils doivent être rendus à la famille ou donnés aux soignants qui les déposent dans des casiers. Des horaires d'utilisation ont été aménagés durant la journée : 8h30-9h15, 14h-15h et 18h-18h30 ;
- l'entretien du linge, à la charge de la famille ;
- l'interdiction du trafic d'argent, du prêt ou du troc.

Après l'admission, une période d'observation sans sortie est mise en œuvre, même pour les patients admis en soins libres. Sa durée est fonction de la pathologie à l'origine de l'admission, par exemple 48 heures pour un patient présentant un problème d'alcool ou cinq à six jours pour un toxicomane. Le contrat de soins est revu en fonction de la pathologie et de l'évolution clinique en aménageant des sorties accompagnées.

Pour les patients admis en SPDT, des sorties seront possibles avec des horaires précis.

Il a été rapporté aux contrôleurs un cas exceptionnel où le patient n'avait pas accès à son téléphone portable car il envoyait des messages d'insultes à ses correspondants.

Les familles peuvent appeler dans le bureau des infirmiers sans horaire limité ; l'appel est alors transféré sur le poste mural du service.

Les visites sont autorisées au cas par cas par les médecins. « Les patients ayant un problème d'alcool ou de toxicomanie n'ont pas de visites durant 48 heures. Pour les autres patients, les visites peuvent s'avérer bénéfiques, notamment pour les patients dépressifs. Il est toujours possible de les interrompre ».

Le courrier est distribué aux patients sans vérification. Les colis sont ouverts devant un membre du personnel. Les courriers des patients délirants sont montrés aux médecins qui rencontrent les patients pour les dissuader de les faire partir.

Le jour de la visite des contrôleurs, aucun patient ne bénéficiait de traitement de substitution aux opiacés, dix avaient un traitement par neuroleptique d'action prolongée.

Dans la journée, les patients ne restent pas dans leur chambre ; ils n'en possèdent pas la clé. La nuit, la porte des chambres demeure ouverte.

La sexualité des patients constitue une préoccupation des responsables de l'unité : le médecin généraliste est vigilant sur la contraception des femmes et un patient a fait l'objet d'une « sortie disciplinaire avec transfert dans un autre pavillon » pour des actes d'agression sexuelle contre une patiente. Une plainte a été déposée et une enquête pénale est en cours.

Le jour de la visite des contrôleurs, trois patients bénéficiaient d'une permission de sortie : l'un devait rentrer le 14 octobre 2011 en fin d'après-midi, le deuxième le samedi 15 octobre et le troisième à la fin du mois d'octobre. Un seul lit était vacant et les deux lits des patients en permissions n'avaient pas été conservés. Un patient du secteur du Sedanais était hébergé par le secteur Vallée de la Meuse (cf. § 5).

En cas de besoin, deux lits supplémentaires, remisés dans un local situé près du restaurant du personnel, peuvent être installés.

Il existe des activités dans l'unité selon le programme suivant :

- lundi : séance de relaxation ;
- mardi : randonnée ;
- mercredi : activité vidéo ;
- jeudi : activité manuelle ;
- vendredi : pâtisserie.

Il est prévu également des sorties pour aller au restaurant puis au cinéma. Elles concernent quatre patients et un soignant. Le budget alloué par le CH permet d'en effectuer cinq par an. La dernière a eu lieu en juin 2011. Aucune n'était prévue dans les semaines à venir.

Chaque activité est animée par des soignants (infirmier et/ou aide-soignant) et réalisée en fonction des effectifs en personnel. Durant l'été peu d'activités extérieures ont été mises en place du fait des congés.

4.2.3 Le secteur du Rethélois : l'unité Varennes

Le secteur de Rethel s'étend au-delà de l'arrondissement et intègre une partie de Charleville-Mézières, regroupant environ 70 000 personnes. Deux-tiers des patients habitent au chef-lieu de département.

Le secteur du Rethélois dispose de deux bâtiments au sein de la zone B : l'un (dit « PC ») pour les psychiatres et leurs secrétariats ; l'autre, appelé Varennes, constitue l'unité d'admission.

L'unité Varennes est installée sur deux niveaux rez-de-chaussée et étage.

L'accès à l'unité se fait par le rez-de-chaussée, à proximité de la voie goudronnée. La porte est en permanence fermée à clé et une sonnette est en place.

Le bureau des infirmiers est situé dans l'axe de la porte d'entrée. La salle de vie se confond avec le hall d'entrée. La « charte de la personne hospitalisée », les « règles de vie », les permanences de l'UNAFAM (cf. § 3.14) et les tarifs hospitaliers fixés par arrêté du 22 juin 2011²⁹, sont affichés sur un tableau, près de la porte.

Cette unité regroupe dix-huit chambres : dix à deux lits, sept à un lit, une dite « médicalisée » à un lit. Par ailleurs, une « chambre virtuelle », avec un lit, a été installée dans une ancienne salle d'attente située face au bureau du psychologue.

D'une capacité théorique de vingt-six places, l'unité dispose de vingt-sept lits installés dans des chambres ordinaires ; un vingt-huitième est obtenu grâce à la chambre « médicalisée » et un vingt-neuvième par le recours à une « chambre virtuelle ».

Trois chambres réservées en priorité aux personnes ayant des difficultés à se déplacer ou devant faire l'objet d'une surveillance, la chambre médicalisée et la chambre « virtuelle » sont installées au rez-de-chaussée. Les trois premières citées sont implantées dans un couloir situé à gauche de l'entrée et la quatrième dans un autre, à sa droite ; elles sont situées à proximité du bureau des infirmiers pour en faciliter la surveillance. La « chambre virtuelle » est éloignée de ce bureau, placée à l'extrémité du bâtiment, le couloir y menant n'étant pas rectiligne mais « en baïonnette ».

Les autres chambres se trouvent à l'étage, accessible soit par un escalier fermé par une porte verrouillée en dehors des heures d'ouverture des chambres, soit par un ascenseur dont l'utilisation nécessite la présence d'un soignant.

²⁹ Hospitalisation complète : 374,51 euros ; de jour : 223,03 euros ; de nuit : 148,45 euros ; forfait journalier : 13,50 euros.

Une chambre d'isolement est placée au rez-de-chaussée, au fond du couloir desservant les trois chambres ordinaires déjà présentées.

Au rez-de-chaussée, sont également répartis, le long d'un même couloir :

- dans une première partie : le bureau de la cadre de santé (avec une porte donnant sur l'extérieur), la salle de soins, la « tisanerie » (salle de repos des soignants), la salle de visite des familles, l'office et la salle à manger, la future bibliothèque (ancien fumoir), la salle d'ergothérapie, l'accès à la cour ;
- dans une seconde partie, séparée de la précédente par deux virages à angle droit : les vestiaires des soignants³⁰ (près d'une porte donnant sur l'extérieur), deux bureaux de consultation pour les psychiatres, un bureau pour le psychologue, l'ancienne salle d'attente devenue la « chambre virtuelle ».

A l'étage, se trouvent une salle de bains, une salle d'activité audiovisuelle et la bibliothèque ainsi qu'une salle de réunion.

4.2.3.1 Les patients

Le mercredi 12 octobre 2011, vingt-cinq patients étaient admis dans l'unité Varennes, dont un sur décision du représentant de l'Etat et sept à la demande d'un tiers. Parmi eux, un dépendait d'un autre secteur mais avait été placé là faute de place disponible (cf. § 5).

Trois patients dépendant du secteur de Rethélois étaient placés dans un autre bâtiment d'admission :

- l'un, hospitalisé depuis deux semaines, en raison de sa parenté avec un soignant du secteur dans lequel il avait été affecté ;
- les deux autres depuis la veille, l'un d'eux devant rejoindre l'unité Varennes dans la journée.

Il a été indiqué que les patients placés hors secteur sont suivis par un psychiatre de leur secteur (cf. § 5).

Les âges variaient de 22 à 81 ans :

³⁰ Un vestiaire pour les hommes et un autre pour les femmes.

Age	20 à 29 ans	30 à 39 ans	40 à 49 ans	50 à 59 ans	60 à 69 ans	70 à 79 ans	Plus de 80 ans
Nombre	4	3	10	4	3	/	1
dont ASPRE			1				
dont ASPDT	1	2	3	1			

Les durées d'hospitalisation variaient de deux ans et demi à quelques jours :

Année d'entrée	2009	2010		2011					
		19 mois	10 mois	9 mois	6 mois	3 mois	2 mois	1 mois	Moins de deux semaines
Durée	30 mois	19 mois	10 mois	9 mois	6 mois	3 mois	2 mois	1 mois	Moins de deux semaines
Nombre	1	1	1	1	1	1	4	7	8

La personne admise sur décision du représentant de l'Etat était présente depuis le 15 septembre 2011 (soit un mois).

Parmi les sept patients admis à la demande d'un tiers, trois étaient hospitalisés depuis deux mois, trois depuis un mois et un depuis deux jours.

Il a été indiqué que les lits des dix-sept chambres étaient très fréquemment tous occupés.

Par ailleurs, à la date de la visite, sept patients du secteur étaient hospitalisés de jour uniquement ; cette situation particulière est liée à l'implantation du centre hospitalier sur le territoire du secteur du Rethélois, selon l'explication fournie. Dans son courrier d'observation, la directrice de l'établissement précise que « l'activité d'hôpital de jour répond à un choix spécifique des médecins. Des structures d'hôpital de jour existent en extra y compris sur le rethélois ». Ainsi, trente-deux patients étaient présents en journée. Il a été indiqué que ce chiffre avait été dépassé en septembre 2011 avec une période durant laquelle treize patients provenant de l'extra-hospitalier étaient présents en journée. Cet afflux se fait à effectif constant de soignants, prévu pour vingt-cinq malades.

4.2.3.2 Les locaux

A. Les chambres ordinaires

Les chambres sont de taille et de forme différentes mais elles disposent toutes de deux espaces : l'un constitue la chambre proprement dite et l'autre la salle d'eau.

Les descriptions faites ci-dessous sont représentatives de la situation de l'ensemble.

La chambre n°16, de 4,90 m sur 3,20 m (soit 15,7 m²), est équipée d'un seul lit (de 1,90 m de long et 0,90 m de large). Une table de chevet et une chaise sont placées près du lit. Une armoire de 1,85 m de haut, de 1 m de large et de 0,60 m de profondeur, a deux portes ; un côté sert de penderie et l'autre est dotée d'étagères ; elle n'est pas verrouillée.

Une fenêtre en deux parties assure l'éclairage naturel : la partie inférieure, fixe, mesure 1,30 m de long et 0,97 m de haut ; la partie supérieure, que les soignants peuvent ouvrir, est

aussi longue mais sa hauteur est limitée à 0,25 m. Des volets roulants électriques permettent d'occulter la chambre.

Un radiateur assure le chauffage de la pièce.

Les « règles de vie » sont affichées près de la porte d'entrée, laquelle est équipée d'une lucarne de 27 cm de côté.

Une salle d'eau est directement accessible de la chambre. D'une superficie de 3,9 m², elle regroupe une douche avec un bac, un WC à l'anglaise en émail, un lavabo avec un mitigeur surmonté d'une tablette, d'un miroir de 40 cm sur 60 cm et d'un tube de néon, ainsi qu'un porte-serviettes.

La chambre n°12, de 6 m de long et 2,90 m de large (soit 17,4 m²), est dotée de deux lits. Les équipements mobiliers, en double exemplaire, sont identiques à ceux précédemment décrits. La salle d'eau, (4,8 m²), bénéficie des mêmes aménagements.

Les chambres du rez-de-chaussée d'une taille similaire (la chambre n°1 mesure 16,4 m²), qui accueillent une seule personne, diffèrent par la présence d'un lit médicalisé. La salle d'eau est équipée d'une douche à l'italienne (et non d'un bac) et d'un siège rabattable fixé au mur.

Pour permettre le rangement des affaires personnelles sensibles, nécessitant d'être protégées, deux ensembles de quinze casiers fermant à clé, récemment acquis, avaient été mis place dans la « tisanerie » peu de temps avant la visite des contrôleurs. Ils n'étaient pas encore en service car les modalités d'accès et de conservation des clés n'étaient pas définies. Cette situation devait permettre à chaque patient de disposer de son propre casier.

Des chambres ont été repeintes, telle que la chambre n°12, et sont très propres. Dans d'autres non refaites, des traces d'infiltration d'eau sont visibles et la peinture cloque (comme dans la chambre n°13).

Aucune chambre ne dispose d'interphone ni de bouton d'appel. Selon la directrice de l'établissement, dans son courrier de réponse à l'envoi du rapport de constat, « il s'agit d'un choix de la communauté médicale et soignante ; le soignant se déplace régulièrement pour voir si tout se passe bien dans les chambres ».

B. La « chambre virtuelle »

Cette chambre est constituée de deux espaces.

Le premier, de 2,85 m sur 2,40 m (soit 6,8 m²), est équipé d'un lit et de deux fauteuils mais est dépourvu d'armoire de rangement. Une fenêtre donne sur l'extérieur. S'agissant à l'origine d'une salle d'attente, aucun volet ne permet d'occulter la pièce.

Le second espace est une pièce attenante dans laquelle sont installés un lavabo avec un robinet pour l'eau chaude et l'eau froide, surmonté d'un miroir. Un WC à l'anglaise est en place. Aucune douche n'est installée.

Cette « chambre virtuelle », ainsi dénommée car elle n'existe pas dans l'effectif officiel des lits, est éloignée du bureau des infirmiers, au bout d'un couloir formant plusieurs virages à angle droit. Des soignants ont fait part de la difficulté à assurer une parfaite surveillance du patient installé à cet endroit.

Cette pièce n'est utilisée qu'en cas de nécessité, pour une très courte durée, faute de place disponible dans les autres chambres, a-t-il été précisé.

Lors de la visite des contrôleurs, au cours d'une nuit, une personne affectée dans une chambre à deux personnes avait été fortement importunée par les ronflements de l'autre patient. Faute de place disponible, il avait été installé dans la « chambre virtuelle » pour y dormir jusqu'au matin. Dans la journée, un changement d'affectation, pour placer celui qui ronflait en chambre seul, a été effectué mais cette opération a nécessité de déplacer trois patients.

C. La chambre médicalisée

La présence constante d'une patiente en situation de grande faiblesse, ne parlant pas, alimentée à l'aide d'une sonde, qui sommeillait en permanence, n'a pas permis d'en effectuer une description précise pour ne pas troubler son repos.

Cette chambre, la plus proche du bureau des infirmiers, est équipée d'un lit médicalisé. L'oxygène est produit par concentrateur ou fourni en bouteilles.

D. La chambre d'isolement

Il a été indiqué que le placement à l'isolement était peu fréquent (deux à trois fois par mois pour des durées inférieures à 48 heures) et que des patients admis en soins libres y étaient parfois placés. Les contrôleurs ont observé que l'article 57 du règlement intérieur en vigueur à la date de la visite prévoit : « dans le cas d'un patient en hospitalisation libre, la mise en isolement susceptible de se prolonger au-delà de 24 heures doit être impérativement suivie d'une demande d'hospitalisation à la demande d'un tiers ».

L'unité Varennes dispose d'une chambre d'isolement, située au rez-de-chaussée, au fond du couloir desservant les trois chambres dédiées aux personnes éprouvant des difficultés à se déplacer. A plusieurs reprises, les contrôleurs ont noté que le terme « salle d'isolement » était utilisé.

A la date de la visite, cette chambre ne servait pas à l'isolement car la porte d'entrée avait été détériorée et son remplacement pas encore effectué. En revanche, une personne arrivée en urgence au cours de la semaine, angoissée, ayant des difficultés à conserver son équilibre rendant difficile son affectation dans une chambre de l'étage, y avait été provisoirement affectée, porte ouverte, faute de place disponible dans les autres chambres du rez-de-chaussée.

Aucun sas n'existe. A partir du couloir, une porte de 0,90 m de large ouvre directement sur la chambre. Sur le côté droit, une lucarne de 0,47 m de côté permet de voir l'intérieur.

La chambre proprement dite mesure 4,20 m sur 2,15 m (soit 9 m²). Le sol et les murs sont carrelés. Un détecteur de fumée est placé au plafond. Une fenêtre de 1,25 m de long et de 0,25 m de hauteur est installée à 2,10 m du sol ; son ouverture ne se fait que par les soignants. Un tube au néon, protégé dans une cavité d'un mur, sert d'éclairage ; il est mis en marche par l'intermédiaire d'un interrupteur situé à l'extérieur de la chambre. Un milieu de la pièce, se trouve un lit métallique de 2 m de long et 0,90 m de large, scellé au sol ; sur le matelas ignifugé, des draps, une couverture et un oreiller sont en place. Aucun autre équipement n'existe. Il n'y a ni interphone, ni bouton d'appel.

Une ouverture de 1,04 m de large permet d'accéder à la salle d'eau. De 2,30 m sur 2,70 m (soit 6,2 m²), également carrelée, elle est équipée d'un WC à l'anglaise en inox avec une chasse d'eau incorporée au mur et d'une douche à l'italienne. Un lavabo avait été installé mais n'a pas été remplacé après sa destruction ; une plaque de bois scellée au mur matérialise l'emplacement. Un tube au néon, protégé dans une cavité d'un mur, au-dessus de l'entrée dans la salle d'eau, sert d'éclairage. Deux fenêtres superposées laissent pénétrer la lumière du jour : l'une mesure 1,25 m de long et 0,85 m de haut, l'autre, placée immédiatement au-dessus, d'une longueur équivalente, est haute de 30 cm.

Une troisième pièce, séparée de la chambre et de la salle d'eau, est accessible par une porte du couloir. Elle est placée dans le prolongement de la salle d'eau, les deux pièces occupant globalement l'équivalent d'une chambre. Ce local de rangement, de 2,30 m sur 1,40 m, est doté de deux lucarnes : l'un, de 0,46 m de haut et 0,24 m de large, offre une vue sur la chambre proprement dite ; l'autre, de 0,32 m de haut et 0,21 m de large, permet de voir l'intérieur de la salle d'eau., Un réveil, placé sur un rebord du mur devant la première lucarne, et une pendule, installée sur le mur opposé, permettent à la personne placée en chambre d'isolement de connaître l'heure. Dans un angle, un meuble sert à ranger des ceintures de contention. Des serviettes y sont également stockées.

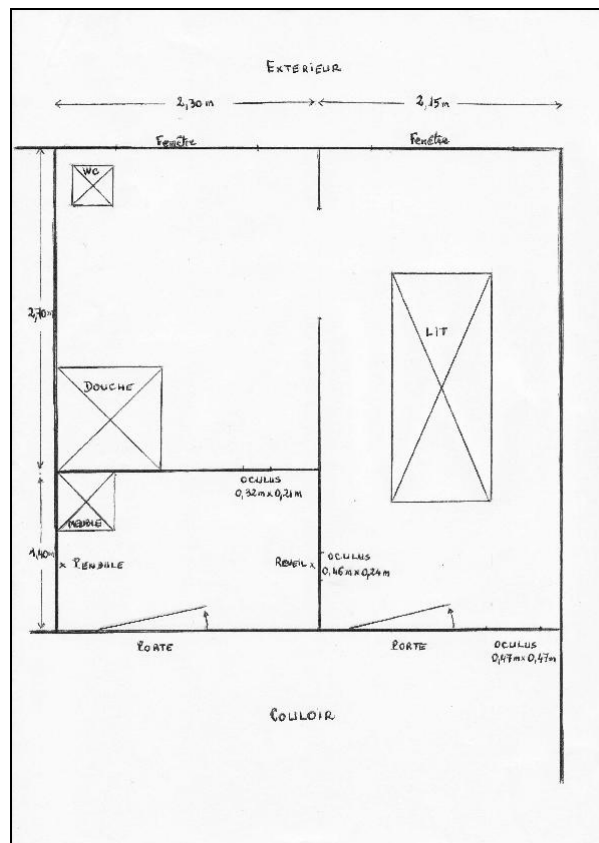


Schéma de la chambre d'isolement du bâtiment Varennes

4.2.3.3 Le fonctionnement de l'unité

A. Les personnels

Trois psychiatres à plein temps sont affectés à ce secteur ; un poste à mi-temps n'est pas occupé.

Lors de l'arrivée d'un patient, ces praticiens hospitaliers :

- prenaient en charge ceux qu'ils suivaient déjà en extra-hospitalier ;
- se répartissaient les autres.

Le 12 octobre 2011, le chef de service en traitait quatorze, un deuxième six et le troisième cinq.

Un médecin généraliste consulte dans le service chaque matin, du lundi au vendredi. Il effectue notamment les examens somatiques d'entrée. Durant ses congés, un autre, parmi ceux affectés à l'établissement, assure son remplacement.

Selon les informations recueillies, les psychiatres assurent au total cinq heures de présence par jour mais il arrive que deux, voire trois, soient présents au même moment dans le service pour y mener des entretiens. Parfois, le médecin généraliste consulte en même temps. Chacun est alors assisté d'un infirmier ; l'ensemble de ces professionnels présents est monopolisé et aucun n'est disponible pour répondre aux sollicitations des patients. Il a été indiqué que la coordination entre les psychiatres, pour permettre un meilleur étalement au cours de la journée, avait été demandée, sans succès jusqu'alors.

Trois psychologues travaillent sur le secteur mais un seul d'entre eux se rend à l'unité Varennes, trois heures par semaine. Il a été indiqué qu'une heure était consacrée aux transmissions et que les deux autres heures permettaient de recevoir les patients qui le demandaient.

Le personnel compte aussi :

- une cadre de santé à temps plein ;
- dix-neuf infirmiers à temps plein (dont quatre hommes) : quatorze (dont trois hommes) assurent le roulement de jour, quatre (dont un homme) travaillent de nuit et une (seule infirmière de service psychiatrique) prend en charge l'ergothérapie ;
- six aides-soignants (dont un homme) : cinq assurent le service de roulement de jour (un travaillant à 75 %, un à 80 % et trois à temps plein) et un (à temps plein), le service de nuit ;
- cinq agents des services hospitaliers : quatre à temps plein et un à mi-temps.

Parmi les quatorze infirmiers présents en roulement de jour, neuf sont affectés depuis moins de dix-huit mois. Un tutorat a été mis en place au profit de ces jeunes professionnels. Deux infirmières, volontaires, sont les tutrices et leur consacrent deux heures par semaine.

L'effectif minimum est :

- le matin : trois infirmiers, un aide-soignant et un agent des services hospitaliers ;
- l'après-midi : trois infirmiers, un aide-soignant et un agent des services hospitaliers ;
- la nuit : un infirmier et un aide-soignant (ou deux infirmiers).

Des transmissions sont organisées à chaque relève : de 6h30 à 7h, de 13h30 à 14h30 et de 21h à 21h30. Les contrôleurs ont assisté à celle du soir, le 13 octobre 2011 : chaque

situation a été abordée et les événements de la journée ont été présentés à l'équipe montante.

L'organisation des réunions de synthèse est difficile car il est impossible de prévoir une présence simultanée des psychiatres, a-t-il été précisé. Depuis plusieurs mois, une réunion mensuelle se tient avec un seul des trois praticiens, celui-ci variant d'un mois à l'autre pour permettre une rotation. Lorsque la séance a lieu avec les trois psychiatres, les échanges portent principalement sur les pratiques professionnelles.

B. L'admission

Après être passé au bureau des entrées (cf. § 3.2.1), le patient est accueilli à son arrivée dans l'unité par les soignants en service.

Une personne provenant du service des urgences psychiatriques de l'hôpital Manchester à Charleville-Mézières (cf. § 4.2.8.1) est arrivée le 11 octobre 2011, en fin de journée. Après une évaluation rapide, elle a été installée dans un fauteuil roulant car, angoissée, elle perdait l'équilibre. Elle a pu prendre une douche et se changer car elle avait souillée ses vêtements. L'interne de garde l'a reçue en entretien.

Il a été indiqué que l'interne reçoit les patients arrivants à compter de 17h, en présence d'un infirmier. En journée, l'entretien est mené par un psychiatre du service, en fonction de leur disponibilité.

Un entretien avec un infirmier est ensuite réalisé en fonction de l'état de la personne soit immédiatement, soit un peu plus tard. L'accueil se déroule alors dans le bureau des infirmiers, local inadapté à ce travail : des appels téléphoniques y arrivent, les autres infirmiers, qui ont besoin d'accéder à des documents, y entrent...

Selon les renseignements fournis, un contrôle de régularité des arrêtés d'admission sous contrainte est effectué, même si ce travail a déjà été réalisé au bureau des entrées.

L'histoire de la maladie est abordée avec le patient.

Une feuille de « données administratives » est renseignée par le soignant. Sous la date d'entrée et le mode d'hospitalisation³¹, elle comporte quatre parties :

- la première traite des éléments d'identité : nom (y compris de jeune fille), prénom, date et lieu de naissance, sexe, nationalité, adresse, numéro de téléphone professionnel, numéro de téléphone du domicile ;
- la deuxième porte sur la situation familiale : une case à cocher pour indiquer la situation³², le nom et le prénom du conjoint ou du concubin, le nombre d'enfants à charge et non à charge ;
- la troisième aborde la situation socioprofessionnelle : profession et nom de l'employeur, la position³³, la prise en charge sociale³⁴, la protection juridique³⁵, le nom du tuteur et

³¹ Les termes « HL » (hospitalisation libre), « HDT » (hospitalisation à la demande d'un tiers) et « HO » (hospitalisation d'office) sont toujours utilisés.

³² « Célibataire », « Veuf (ve) », « Marié(e) », « Divorcé(e) », « Concubin ».

³³ « Actif (ve) », « Retraité(e) », « Chômage », « Invalidité », « AAH » ou « RMI » (terme toujours utilisé).

³⁴ « Assuré social : « oui » ou « non » et indication de l'organisme et du numéro » ; « Mutuelle : « oui » ou « non » et indication de l'organisme et du numéro » ; « CMU : « oui » ou « non » ».

son numéro de téléphone, les « droits et responsabilités des usagers ».

Cette dernière rubrique, intitulée « droits et responsabilités des usagers », permet la désignation de la personne de confiance par l'indication de ses nom, prénom, adresse, téléphone et lien de parenté. Une case doit être cochée si aucune personne de confiance n'a été désignée ; cette case a été récemment ajoutée à l'imprimé pour ne pas faire d'erreur d'interprétation, un paragraphe non renseigné pouvant être le résultat d'un oubli et non d'une absence de désignation.

- la quatrième partie sert à indiquer si le patient donne ou non son accord à la communication des informations concernant sa santé.

Rien n'indique le nom du soignant ayant rempli l'imprimé.

Une visite des locaux est faite avec l'arrivant pour lui permettre de découvrir les lieux.

L'inventaire des affaires amenées par le patient est réalisé, avec lui, par deux soignants. En cas de découverte, les produits illicites sont remis à la direction ; les valeurs (carte bancaire, chèques...) sont transmises pour être conservées au coffre-fort du standard avant d'être confiées à la trésorerie générale du CHG Manchester ; les objets de valeur sont conservés par le patient ou mis à l'abri dans le coffre-fort du standard ; les sommes importantes en liquide sont, de préférence, remises à la famille ; les petits matériels (notamment les clés) sont conservés dans des boîtes de plastique à la « tisanerie ».

Un stock de vêtements, complémentaire de celui de la blanchisserie de l'établissement (cf. § 4.1.3), sert à équiper ceux ou celles qui en sont dépourvus.

Une feuille intitulée « Règles de vie des usagers – service Varennes » est remise. Elle est affichée dans toutes les chambres. Ce document, d'une page au format A4, cosigné du médecin-chef de l'unité et de l'infirmière cadre de santé, aborde :

- les horaires des repas ;
- les horaires des visites ;
- la fermeture des chambres ;
- les droits et obligations : l'interdiction de fumer dans les locaux, l'interdiction des produits stupéfiants ou à base d'alcool, l'interdiction du téléphone portable dans l'unité, l'interdiction du stockage des aliments périssables dans les chambres, le dépôt des bijoux, argent et autres biens personnels au coffre-fort de l'hôpital ou laissés à la famille ;
- les règles de vie en collectivité basées sur le respect :
 - « respect de soi-même et d'autrui (politesse, courtoisie, discrétion, hygiène et tenue vestimentaire correcte ...) ;
 - respect du sommeil et du repos de chacun : la télévision est éteinte de 23h à 13h ;
 - respect des soins (consignes médicales et paramédicales) ;
 - respect des locaux et de leur propreté ;
 - respect des opinions politiques et religieuses ou autres convictions de chacun ».

³⁵ Une case à cocher pour indiquer : « Tutelle », « Curatelle », « Curatelle renforcée », « Sauvegarde », « Aucune ».

Il rappelle la possibilité de remplir le questionnaire de satisfaction (cf. le livret d'accueil – § 3.2.3) avant la sortie.

Il a été indiqué qu'aucune fouille n'était effectuée sur les patients partant ou revenant d'une permission.

C. Les règles de vie

- **le rythme de vie**

Après le lever prévu entre 7h30 et 7h45 et le petit déjeuner servi dans la salle à manger entre 8h30 et 9h, les patients peuvent retourner dans leur chambre jusqu'à 10h, heure de fermeture à partir de laquelle est effectué l'entretien des locaux.

Ils se retrouvent alors dans la salle de vie du rez-de-chaussée. Cette vaste pièce bénéficie de baies vitrées donnant sur l'arrière du bâtiment. Quelques tableaux et une horloge sont accrochés aux murs. Neuf fauteuils et treize chaises ainsi que deux tables rondes sont à la disposition des patients. Un téléviseur de 102 cm de diagonale est placé sur une tablette, le long d'un mur. Un meuble bas contient des jeux de société (jeu de dames, yams, Scrabble® ...); quelques journaux et des revues sont posés sur des étagères. Une table de tennis de table est en place : les contrôleurs, présents dans l'unité à plusieurs moments de la journée durant le temps de la visite, ont constaté que des personnes hospitalisées y jouaient.

Cette salle de vie n'est pas cloisonnée par des séparations légères du type claustras; aucune autre pièce ne permet de s'isoler du groupe, à aucun moment de la journée.

D'autres patients vont dans la cour ou à l'ergothérapie.

Après le déjeuner, servi à 12h, les patients peuvent rejoindre leurs chambres, accessibles entre 13h et 15h.

Un goûter est proposé à 16h.

Après le dîner servi à 19h, l'accès aux chambres est possible à partir de 20h. Ceux qui le souhaitent peuvent regarder la télévision jusqu'à la fin du programme de première partie de soirée.

- **L'hygiène corporelle**

Chaque patient fait sa toilette du matin dans la salle d'eau attenante à sa chambre, entre l'heure du lever et le petit déjeuner. Il peut arriver que certains la fassent après s'être restaurés.

Les soignants aident en particulier les personnes dépendantes, regroupées dans les chambres du rez-de-chaussée, et celles dont l'état de santé le justifie. Ils sont soucieux de l'autonomie de chacun, a-t-il été précisé.

Les produits d'hygiène sont à la charge des patients. Un nécessaire est cependant fourni chaque mois à ceux qui ne disposent pas de ressources suffisantes.

L'accès à l'eau chaude constitue une difficulté majeure, comme dans les autres unités du centre hospitalier. A la date de la visite, l'alimentation était normale mais il arrive que le débit soit très faible et/ou que l'eau soit tiède. Selon les informations recueillies, quelques mois avant la visite, l'eau chaude n'arrivait plus dans les chambres des patients. Ainsi, durant

deux jours, les soignants ont organisé des norias pour permettre aux personnes hospitalisées dans l'unité Varennes d'aller faire leur toilette dans d'autres unités. Lorsqu'elle n'est pas à température satisfaisante, il arrive aussi que les soignants chauffent de l'eau et la transportent dans des bassines jusqu'aux chambres.

Une fiche d'évènement indésirable indique « pas d'eau chaude à Varennes » le 9 juin 2011.

- **l'entretien du linge**

Un gant de toilette et une serviette de bain sont fournis et changés chaque jour.

Les draps sont changés généralement tous les deux jours mais il arrive que cette opération intervienne plus fréquemment, notamment lorsque le lit a été souillé.

- **les soins**

Les psychiatres, présents chaque jour, reçoivent les patients très rapidement après leur admission. Des entretiens sont ensuite effectués régulièrement, tous les deux à trois jours pour des personnes dépressives.

La préparation des médicaments est effectuée par l'équipe de nuit.

La dispensation des médicaments s'effectue ensuite trois fois par jour dans la salle de soins, après vérification des piluliers. Les patients se regroupent alors dans le couloir et attendent l'heure d'ouverture de la porte ; certains, plus impatients, entrent pour demander leur traitement et sont invités à retourner dans le couloir, le temps que les infirmiers achèvent leur préparation. Les patients se présentent ensuite l'un après l'autre dans la salle de soins, les autres restant en retrait.

- **la restauration**

Le réfectoire se trouve dans le couloir menant à la cour. Le menu du jour est affiché sur une ardoise, devant l'entrée. Pour le dîner du 12 octobre 2011, était mentionné : « steak haché et coquillettes – yaourt aromatisé – compote ».

La porte d'entrée donne dans une première pièce qui fait fonction d'office. Elle est équipée d'une table de travail, d'un placard pour ranger la vaisselle, d'un réfrigérateur, d'une cuisinière électrique, d'un four pour la remise en température, d'un lave-vaisselle et d'un évier.

La seconde pièce, vaste, sert de salle à manger.

Des baies vitrées donnent sur l'extérieur et une porte ouvre sur la cour de promenade.

Onze tables rondes pour quatre convives sont réparties dans la pièce. Les assiettes sont en faïence et les couverts en métal. Des verres complètent le service. Les serviettes de table sont changées à chaque repas.

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

Un premier service est réservé à ceux ayant le plus de difficulté et nécessitant une attention particulière. Les autres prennent ensuite leur repas au cours d'un second service. Un patient servi au premier service a indiqué que « le repas est triste car les autres personnes ne parlent pas ».

Le déjeuner est prévu à 12h et le dîner à 19h. Un goûter, composé d'une boisson chaude et de biscuit, est servi dans le réfectoire, à 16h.

Lors de la visite des contrôleurs, sept tables étaient dressées et les composants du dîner s'y trouvaient à l'arrivée des patients. De la soupe était proposée à chacun, à leur entrée dans la salle, et ceux qui en demandaient étaient servis individuellement dans un bol. Il en était de même pour la salade. Les coquillettes étaient dans une barquette en plastique et les convives se sont servis.

- **la télévision**

Les patients ont accès à la télévision installée dans la salle de vie. Les chaînes gratuites de la TNT offrent un choix. La télécommande est conservée par les soignants qui sélectionnent la chaîne demandée ou celle qui pourrait intéresser le plus les patients. Ceux-ci en changent parfois manuellement, à l'aide des boutons du poste.

Des patients ont indiqué que le nombre des sièges installés face au poste était limité et ne permettait pas toujours d'avoir une place. Parfois, celui qui s'absente pour aller fumer dans la cour ne retrouve pas de siège disponible à son retour.

Le téléviseur est éteint vers 23h, à la fin de l'émission de première partie de soirée, éventuellement plus tard jusqu'à la fin du film ou du match en cours.

- **l'accès au tabac**

Les patients conservent leur paquet de cigarettes et leur briquet. Lors de la visite des contrôleurs, deux n'en disposaient pas librement mais devaient demander aux soignants « pour éviter qu'ils ne consomment tout le paquet très rapidement et qu'ils soient ensuite démunis ».

Il est interdit de fumer dans les locaux. Des affiches présentant la charte « hôpital sans tabac » sont apposées dans l'établissement.

La fermeture du « fumoir », qui se trouvait dans une pièce du rez-de-chaussée, a entraîné la création des cours (cf. *infra*) pour que les patients fumeurs puissent disposer d'un espace dédié.

- **l'accès au téléphone**

Le téléphone portable est retiré à l'admission dans l'unité et conservé par les soignants. Ensuite, chaque jour, sans qu'une prescription soit nécessaire, les patients peuvent accéder à leur appareil uniquement pour consulter la messagerie.

Un téléphone mural est installé dans la salle de vie, près de l'entrée. Seul un petit muret bas marque la séparation de la zone réservée aux communications téléphoniques. Ce lieu ne permet pas le respect de la confidentialité des conversations et n'est pas en adéquation avec la discrétion prônée par les règles de vie affichées au même endroit.

Les patients peuvent téléphoner chaque jour à partir de 17h. Le soignant compose alors le numéro sur son poste de service et bascule la communication sur le poste mural réservé aux personnes hospitalisées. Il a été indiqué que les soignants régulaient la durée des communications pour permettre à tous ceux qui le souhaitaient d'accéder au téléphone. Aucun paiement n'est demandé et le coût est supporté par le budget de l'établissement.

En cas d'urgence, pour aviser la famille dès la prescription de sortie, l'appel peut être passé avant 17h, selon le même mode opératoire.

Les appels destinés aux patients sont transmis par le central du centre hospitalier sur le poste du bureau des infirmiers. Après avoir trouvé la personne concernée, la communication est transférée vers l'appareil mural. Ces appels peuvent intervenir à tout moment de la journée mais les soignants ne dérangent pas les patients au moment des repas, lors de leur sieste en début d'après-midi ou, le soir, lorsqu'ils sont couchés.

Des prescriptions médicales peuvent limiter l'accès au téléphone. A la date de la visite, les contacts téléphoniques d'une femme avec un ancien patient étaient limités. Par ailleurs, dans le cadre d'un contrôle judiciaire, un homme ne devait pas approcher son ex-compagne.

Par ailleurs, des cabines téléphoniques publiques existent dans l'établissement, notamment une installée à la cafétéria (cf. § 4.1.4.1).

- **l'informatique et internet**

Seuls les soignants ont un accès à internet.

Selon les informations recueillies, aucune demande n'a été formulée par les patients jusqu'à la date de la visite car ces derniers arrivent lors d'une phase de forte décompensation et effectuent de courts séjours.

Il a été indiqué que des soignants avaient déjà consulté internet en présence du patient qui souhaitait obtenir une information sur des horaires de bus ou consulter son horoscope.

- **le courrier**

Le courrier arrivant est remis au PC du secteur par le vagemestre. Un tri y est effectué pour séparer les différentes catégories (courrier administratif et courrier personnel des patients). Un soignant le récupère et remet les lettres, fermées, à leurs destinataires.

Il a été indiqué qu'une aide était proposée à une personne ne sachant pas lire. Un autre cas particulier a été cité : un soignant a proposé d'assister un patient qui ne voulait pas ouvrir une lettre à en-tête du juge des tutelles.

Les colis sont conservés dans le bureau des infirmiers et sont ouverts par le destinataire en présence d'un soignant pour éviter l'introduction de produits interdits.

Les courriers au départ sont remis aux soignants en l'absence de boîte à lettres au sein de l'unité. Ils sont ensuite remis au PC du secteur où le vagemestre vient les récupérer. Des courriers peuvent aussi être directement déposés dans la boîte à lettres située près de la cafétéria (cf. § 3.11.3).

Selon les informations recueillies, aucune prescription n'est délivrée pour restreindre l'accès à la correspondance. Il a été indiqué que les soignants fournissaient du papier et des enveloppes³⁶ à ceux qui le demandaient.

³⁶ Enveloppes à en-tête du centre hospitalier.

- **les visites**

Les « règles de vie » fixent les horaires de visite : tous les jours de 15h à 19h mais « des dérogations peuvent être accordées après avis médical ».

Les créneaux de visite s'adaptent ainsi à certaines contraintes : horaires de travail ou éloignement géographique du visiteur, par exemple.

Des restrictions peuvent aussi être imposées sur prescription médicale. Dans un cas, une femme peut recevoir des visites de son mari durant une heure en présence d'un soignant, en raison de l'importance du conflit. Par ailleurs, un homme ne peut pas recevoir son ex-compagne par décision judiciaire.

Pour les autres personnes, les visites sont libres, sans préavis, sans limitation de temps. Il a cependant été indiqué qu'un certain nombre de patients restait sans liens familiaux.

Une **salle dite « de visite »**, accessible par un couloir à partir de la salle de vie, est mise à la disposition des familles. Il arrive que plusieurs se partagent cet espace, malgré le manque de confidentialité liée à l'absence de cloisonnement. Des visiteurs préfèrent parfois rester dans la salle de vie, même si elle présente les mêmes inconvénients.

Cette pièce de 25 m², au sol carrelé et aux murs peints, dispose d'une baie vitrée de 5 m de long et de 1,30 m de haut donnant directement sur la cour de promenade des patients. Ceux qui s'y trouvent peuvent voir l'intérieur de la salle. Un store dépliant permet de protéger du soleil.

Dix sièges et quatre tables meublent la pièce. Des plantes vertes et une peinture murale représentant une fleur égayent l'endroit. Une poubelle et un ventilateur ont été mis en place.

Un radiateur assure le chauffage et des tubes de néon servent à l'éclairage.

Il a été indiqué que la « chambre virtuelle » peut également servir pour les visites. Tel est notamment le cas lorsque des enfants sont présents. L'implantation de cette ancienne salle d'attente permet un accès séparé, évitant le passage par la salle de vie où sont regroupés les patients.

En revanche, aucune visite ne se déroule dans les chambres ; seul un bref passage pour récupérer du linge sale est permis.

Des sorties dans le parc sont également possible avec les familles.

- **les sorties et les promenades**

La cour de promenade est librement accessible entre 6h et 23h (après l'arrêt du téléviseur), sans que la présence d'un soignant soit nécessaire. La porte est fermée en dehors de ce créneau. Un patient a ainsi indiqué y venir très tôt le matin pour fumer. Dans la mesure où des chambres donnent sur la cour, il a été indiqué que les horaires de fermeture servaient à préserver la tranquillité de ceux qui y dormaient en évitant des discussions nocturnes entre fumeurs.

Cet espace de 100 m² est clos par une grille de 3 m de haut, composée de panneaux en treillis soudés de couleur verte. De la route desservant les bâtiments, située à proximité de l'unité, les passants peuvent voir les patients. Une rangée de thuyas a été plantée pour

assurer la discrétion et préserver la dignité des personnes hospitalisées mais en réalité ces arbustes de 0,60 m de haut ne cachent pas la vue.

La cour est goudronnée mais aucun équipement n'est en place : ni banc, ni table, ni abri. Seul un cendrier est posé au sol. Le store de la salle de visite est parfois déployé pour abriter des intempéries alors que sa fonction est de protéger du soleil.

Les patients rencontrés apprécient l'accès facile à cet endroit mais ils ont déploré son manque d'équipement. L'absence d'un abri permettant de venir fumer sans être exposé à la pluie a été maintes fois évoquée.

Un autre espace, non fermé, aménagé à l'extérieur du bâtiment et accessible par la salle de vie, est équipé de tables et de bancs. Son utilisation, qui implique la présence de soignants, est peu fréquente. Il sert notamment à la belle saison lors du barbecue annuel du service.

Les sorties en dehors de l'unité sont contrôlées : la porte donnant sur l'extérieur est toujours fermée à clé, nuit et jour. Pour se rendre à l'extérieur, il faut demander à un soignant de l'ouvrir. Dans le passé, a-t-il été précisé, la porte était ouverte car les soignants étaient en nombre suffisant pour assurer une surveillance constante des patients, ce qui n'est plus le cas.

Selon les informations recueillies, les sorties, notamment dans le parc, ne sont pas autorisées pour les personnes admises sur décision du représentant de l'Etat. Il a été précisé qu'une note du précédent directeur l'avait imposé et que la directrice en place n'avait ni abrogé le texte ni donné de nouvelles instructions. Une sortie accompagnée de deux soignants serait envisageable. Dans son courrier en réponse à l'envoi du rapport de constat, la directrice de l'établissement indique que « les sorties dans le parc sont autorisées sur décision expresse du directeur, pour les personnes admises ou ASPRE, et selon le certificat médical du psychiatre. Cette sortie est obligatoirement accompagnée ».

Les personnes admises à la demande d'un tiers ne sont pas autorisées à sortir dans le parc, au début de leur séjour, mais la règle peut être ensuite assouplie sur prescription médicale. Ainsi, à plusieurs reprises, les contrôleurs ont rencontré une personne relevant de ce statut qui se déplaçait seule, en dehors de l'unité.

La situation des patients librement hospitalisés est variable et des restrictions peuvent faire l'objet de prescriptions. A titre d'exemple, deux personnes ne pouvant pas se repérer dans l'espace devaient être accompagnées lors de leur sortie. Une autre, en période de sevrage, nécessitait une surveillance. Le protocole thérapeutique impose qu'aucune sortie ne se fasse seule, en début de traitement.

La limitation du nombre des soignants en service ne permet un tel accompagnement que de façon très ponctuelle, limitant les possibilités de sortir de l'unité et d'échapper à la promiscuité. Lorsque cette situation est mal supportée, des patients librement hospitalisés demandent à sortir « contre avis médical ».

Les sorties en ville des personnes sous contrainte nécessitent dorénavant une demande transmise à la direction de l'établissement 48 heures à l'avance. Les familles, qui viennent parfois de façon impromptue, ne peuvent plus aller se promener en ville avec le patient et « il est difficile de leur expliquer » depuis l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011. Ce qui était possible précédemment sur autorisation du chef de service ne l'est plus.

Des patients ont regretté le manque de sorties dans le parc.

- **les activités**

La bibliothèque

Une bibliothèque existait au premier étage de l'unité dans une salle partagée avec l'activité « vidéo ». Lors de la visite des contrôleurs, la pièce était en cours de transformation : des livres étaient empilés au sol, prêts à être transférés dans un nouveau lieu. Elle devait ensuite être dédiée à la diffusion de cassettes vidéo.

Au rez-de-chaussée, un ancien fumoir qui venait d'être rénové devait être transformé en bibliothèque et les livres installés sur des rayonnages.

L'ergothérapie

L'unité Varennes est le seul service d'admission à bénéficier, sur place, d'une activité d'ergothérapie. Selon une source extérieure à cette unité, cela résulte de la volonté du chef de service qui accorde un intérêt tout particulier à cette activité et qui a su y consacrer des moyens.

Une infirmière de l'unité y travaille en poste fixe du lundi au vendredi, de 9h à 17h, depuis la fin de 2007. Durant ses congés, elle n'est pas remplacée et l'ergothérapie ne fonctionne pas.

Une salle est réservée à cette activité. Elle est équipée de tables, de sièges, de plantes vertes, d'un aquarium avec un poisson rouge, de matériaux divers, de machines et d'objets confectionnés par les patients. Des peintures, des mosaïques, des guirlandes ou de la couture sont ainsi réalisées.

La porte, située dans l'axe du couloir menant à la cour de promenade, est ouverte en permanence. La matinée est réservée aux volontaires, l'infirmière indiquant commencer sa journée en allant à la rencontre des personnes hospitalisées. L'après-midi est consacré aux personnes pour lesquelles des prescriptions médicales ont été délivrées.

Les effectifs sont variables : parfois trois à quatre patients, parfois une dizaine. Les entrées et sorties sont libres.

A leur arrivée, les patients y viennent pour découvrir les possibilités d'activités. Par la suite, ils peuvent effectuer des travaux personnels qu'ils conservent ou des productions collectives. A la date de la visite, des décorations étaient confectionnées pour agrémenter l'unité à l'occasion des fêtes de fin d'année.

Durant la visite des contrôleurs, un patient est arrivé et s'est installé à une table pour coller des morceaux de papier sur des ballons. Il n'est resté que quelques minutes. D'autres, qui peuvent avoir une attention plus soutenue, y demeurent plus longtemps.

Les sorties extérieures

Des sorties extérieures sont programmées au profit des patients, hors ceux placés à décision du représentant de l'Etat (pour le motif déjà évoqué *supra*). Cela nécessite un travail préparatoire, notamment d'organisation du service pour prévoir les effectifs suffisants ce jour-là. Selon les informations fournies, les annulations sont rares, les congés de maladie étant peu fréquents dans ce service et des solutions de remplacement dégagées si nécessaire par des changements de service, en accord avec les soignants.

Cinq sorties étaient ainsi envisagées pour le mois de novembre.

Des randonnées, des sorties dans une maison forestière, des séances de cinéma sont également proposées. En fonction de leur état, jusqu'à six patients peuvent y participer.

Il a été indiqué qu'une fiche présentant les projets et les coûts avait été transmise à la direction en début d'année et que toutes les sorties avaient été acceptées. Les sorties à la maison forestière, avec pique-nique sur place, sont ainsi prévues quinze fois dans l'année.

4.2.4 Le secteur du Sedanais : l'unité La Goutelle

4.2.4.1 Les patients

Il a été d'emblée précisé aux contrôleurs que la particularité de ce secteur était d'accueillir des patients ayant d'importants problèmes sociaux, notamment d'hébergement. La conséquence principale serait que les patients restent souvent hospitalisés longtemps.

Néanmoins, la durée moyenne de séjour n'est pas plus importante que dans les autres secteurs d'hospitalisation adulte du centre hospitalier :

	Nombre de lits installés au 31/12	Nombre moyen de lits occupés	Taux d'occupation	Nombre d'entrées	Nombre de journées	Durée moyenne de séjour en jours
2009	54	52	82,75 %	436	16 311	35,23
2010	27	25,15	90,39 %	416	8 908	21,41

Source : rapport d'activité et de gestion, exercice 2010

Au 1^{er} octobre 2011, l'unité La Goutelle avait une capacité de vingt-six lits. Au 13 octobre 2011, jour de la visite, il a été constaté que l'unité comportait vingt-sept lits pour vingt-six patients présents. L'unité est fermée.

Parmi ces vingt-six patients présents :

- dix-sept étaient des hommes et neuf des femmes ;
- sept étaient en ASPDT, quatre en ASPRE et quinze en SL ;
- le patient le plus âgé avait 66 ans et le plus jeune, 16 ans ; ce mineur était présent à l'unité depuis le 6 juin 2011 ;
- le patient le plus ancien, admis en SL, était arrivé en janvier 2004 ; le plus ancien, admis sous contrainte, l'était depuis le 17 novembre 2010.

4.2.4.2 Les locaux

Les locaux sont sur trois niveaux : un sous-sol jamais utilisé car régulièrement inondé ; un rez-de-chaussée avec, sur la droite, les bureaux des soignants et les chambres individuelles et sur la gauche, les locaux communs ; un étage avec les chambres doubles.

- **les bureaux des soignants** comprennent :

- un bureau infirmier ;

- la pharmacie ;
- la salle de soins, utilisée par le médecin généraliste (cf. *infra*) ;
- un bureau médical dans lequel les médecins psychiatres reçoivent les patients.
 - **les chambres**, au nombre de dix-huit, se répartissent ainsi :
 - **huit chambres à un lit** (mais deux de ces chambres sont suffisamment grandes pour accueillir, le cas échéant, deux lits) ;
 - **neuf chambres à deux lits** toutes situées à l'étage et occupées par deux personnes au moment de la visite ;

Les chambres sont toutes dotées d'une douche. Il existe, en sus, une salle de bains à l'étage, utilisée pour les soins esthétiques et les activités en relation avec l'eau.

Les chambres sont toutes équipées de WC. Il existe également trois WC supplémentaires au rez-de-chaussée, à proximité de la salle commune, dont un est réservé aux personnes à mobilité réduite.

Plusieurs chambres sont en mauvais état ou en très mauvais état, notamment la chambre n° 4, située au rez-de-chaussée, occupée le jour de la visite par le mineur hospitalisé : la chambre ne dispose pas de plafonnier ; la table de nuit est cassée, sans tiroir ; le boîtier électrique est mal isolé de telle sorte qu'en remontant ou en abaissant les volets, il est possible de recevoir des décharges électriques ; suite à un dégât des eaux dans les sanitaires, la peinture est complètement décollée ; les WC sont recouverts de tartre.

De la même manière, à l'étage, dans la chambre double n° 14, le papier peint est décollé ; dans la chambre double n° 15, une dalle du faux plafond est manquante.

- une **chambre d'isolement**, dite « salle d'isolement » inoccupée le 13 octobre 2011 ; le patient était sorti le matin même, après trois journées passées dans ce lieu.

Cette chambre, refaite récemment, se situe au rez-de-chaussée, côté droit en entrant dans l'unité, face au bureau des infirmiers. On y accède du couloir par une porte fermant à clé qui donne dans un sas. La « salle d'isolement » se situe alors sur la gauche. Selon les déclarations recueillies et les constatations faites sur place, cette chambre offre le patient immédiatement au regard extérieur ; en effet, une fois la porte ouverte, l'angle mais aussi l'existence de deux hublots rectangulaires vitrés permettent de voir le patient du couloir, sans même entrer dans le sas. Il a été précisé aux contrôleurs que la porte était toujours immédiatement refermée par le personnel entrant.

Le sas est équipé d'une table et d'une chaise en bois, assemblées l'une avec l'autre, utilisées par le patient lorsqu'il prend ses repas. La chambre est d'une superficie de 15 m². Exactement dans l'alignement de la porte d'entrée, se trouvent successivement le lit, le WC à l'anglaise en inox et sur la gauche, la douche. Le lit métallique, scellé au sol, se trouve au milieu de la pièce. Il n'existe pas de bouton d'appel ; il est en outre apparu aux contrôleurs que, compte tenu de l'emplacement du lit, celui-ci serait en tout état de cause inaccessible au patient alité. Le WC et la douche ne sont entourés d'aucun mur de séparation et offrent à nouveau le patient au regard de la personne qui entre dans la pièce. La chambre est climatisée et équipée d'un détecteur de fumée.

- **les espaces communs**

Au rez-de-chaussée, se trouve, tout de suite à gauche en entrant dans l'unité, **la salle commune**. Celle-ci comprend deux espaces : l'un sur la gauche avec des fauteuils, une table basse et le poste de télévision ; l'autre sur la droite donnant sur la cour avec de larges baies vitrées, équipé d'une table avec des chaises. Lors de la visite, des patients jouaient aux cartes.

Dans le prolongement de cette salle commune, après l'espace réservé à la télévision, se trouve **la salle dite de visites**, séparée du coin-télévision par des paravents et dans laquelle les patients peuvent recevoir leurs proches.

La salle de visites permet d'accéder à la salle à manger, équipée de plusieurs tables et chaises, servant à la prise de l'ensemble des repas.

Deux salles d'activité se trouvent à l'étage :

- **la salle dite de détente**, grande et lumineuse, comprend un vélo et trois tapis de sol ; un grand miroir, un punching-ball, deux fauteuils et deux chaises, trois cerceaux et un meuble type secrétaire ;
- **la salle dite d'activités thérapeutiques** est équipée d'un évier avec deux bacs, d'une table avec quatre chaises, de deux étagères et d'un buffet sur lequel sont entreposés des livres et des jeux de société. Divers cartons sont déposés par terre.

Il a été dit aux contrôleurs que la première salle était très peu utilisée et la seconde, laissée à l'abandon.

- **la cour**

La porte d'accès à la cour est ouverte 24 heures sur 24, sept jours sur sept, sauf un créneau horaire de vingt minutes, au moment de la passation des consignes pour le service de nuit, afin d'éviter un défaut de surveillance. Il a été expliqué aux contrôleurs qu'une récente fugue, pendant cette passation, avait contraint le personnel de l'unité à instaurer cette règle.

La cour, comme les autres cours du CH Bélaïr, est entourée d'un grillage de couleur verte. Les personnels de l'unité ont expliqué que ce grillage avait été difficile à accepter, compte tenu de « l'aspect cage qu'il produit ». Ils ont cependant insisté sur la possibilité offerte en contrepartie à l'ensemble des patients de sortir quand ils le souhaitaient, de jour comme de nuit, pour aller fumer.

Le sol de la cour est en bitume. Elle est équipée de :

- deux cendriers : un gros en pierre, posé par terre, et un petit métallique, fixé au mur du bâtiment ;
- deux tables et chaises fixées les unes aux autres, en bois ;
- cinq bacs à fleurs ;
- un pare-soleil, d'une largeur de 1,36 m, qui se déroule ; il a été dit aux contrôleurs qu'il était utilisé, malgré son étroitesse, pour se protéger du soleil comme de la pluie à défaut d'abri.

4.2.4.3 Le fonctionnement de l'unité

- **les personnels**

Quatre praticiens hospitaliers se relaient du lundi au vendredi, par journée ou demi-journée, aux fins d'assurer la présence quotidienne d'au moins un médecin sur l'unité et si possible deux dans les conditions suivantes :

<i>Jour de présence</i>	<i>Médecins disponibles</i>
Lundi	A et B
Mardi	B et C
Mercredi	A et D
Jeudi	D le matin et B l'après-midi
Vendredi	A et C + B le matin

Ce semestre, aucun interne n'est venu compléter l'équipe.

Un médecin généraliste passe à l'unité les lundis, mardis, mercredis et vendredis à 9h et le jeudi à 15h.

Le cadre de santé présent au moment du contrôle faisait fonction depuis le 1er mars 2011. Il a été fait part d'une très importante rotation des cadres à l'unité La Goutelle mais aussi du personnel infirmier.

Des réunions médicales ont lieu environ tous les deux mois. La dernière a été organisée le 12 octobre 2011, pendant la visite des contrôleurs ; elle avait trait à l'entrée en vigueur des dispositions de la loi du 5 juillet 2011 et plus précisément à la gestion du temps autour de quelques questions : « comment concilier les entretiens, l'établissement des certificats médicaux légaux et les consultations qui demeurent ? ».

Des réunions de synthèse ont lieu chaque semaine : le psychiatre rencontre les patients dont il a la charge, dans le bureau médical, avec un infirmier.

- **l'arrivée à l'unité**

L'accueil est réalisé par une infirmière dédiée, dans le bureau médical ou dans la salle de soins. Le livret d'accueil de l'unité est remis aux patients³⁷ mais pas le règlement de vie qui est affiché à l'entrée de la salle commune. Un inventaire des effets personnels est effectué ; le cas échéant, les biens sont placés dans le coffre de l'unité (cf. *infra*). Ensuite, le patient rencontre le psychiatre de secteur s'il est présent et l'interne de garde procède alors à l'examen somatique. Si le psychiatre de secteur est absent, l'interne de garde effectuera les deux examens, psychiatrique et somatique. Enfin, il n'est pas systématiquement proposé au patient arrivant de collation ou de repas. En fonction des horaires, il sera ou non possible de commander à la cuisine centrale un repas supplémentaire.

- **les repas**

³⁷ Il en reste quelques exemplaires en stock à l'unité (cf. § 3.2.3).

Les repas sont pris dans la salle à manger aux horaires suivants :

- petit déjeuner entre 8h15 et 8h45 ;
- déjeuner entre 11h30 et 12h pour le premier service et entre 12h et 12h30 pour le second service ;
- goûter à 16h ;
- dîner entre 18h30 et 19h pour le premier service et entre 19h et 19h30 pour le second service.

Lors de la visite, l'anniversaire de l'un des patients était célébré. Un gâteau avait été confectionné par la cuisine. Il a été expliqué aux contrôleurs qu'il n'était plus possible d'y mettre des bougies pour des raisons liées à la sécurité incendie.

- **les relations avec l'extérieur**

Les visites sont soumises à autorisation médicale. Elles se font dans le salon de visite, tous les jours, du lundi au dimanche, entre 15h et 19h.

L'usage des téléphones portables est interdit. Ils doivent être remis à la famille ou au personnel soignant, y compris pour les patients admis en soins libres.

Un *point phone* est mis à la disposition des patients au sein de l'unité. Il est installé dans la salle commune, sans cloison ou paravent garantissant la confidentialité des conversations. Les patients disposent d'un fauteuil.

Au moment de la visite des contrôleurs, un patient était venu téléphoner dans le bureau des soignants. Selon les informations recueillies, il n'est pas rare que les patients téléphonent depuis ce bureau, soit à leur demande, soit parce que cela leur est proposé par le personnel de l'unité.

Les appels téléphoniques peuvent être reçus, sur prescription médicale seulement est-il indiqué, indifféremment au *point phone* ou dans le bureau des soignants, entre 8h45 et 9h45 et entre 17h30 et 19h.

La télévision est allumée à partir de 13h pour les informations et éteinte le soir, à la fin de l'émission de première partie de soirée.

Le poste de radio de l'unité est en panne.

Le journal local « L'Ardennais » est déposé tous les matins dans la salle commune.

- **l'usage du tabac**

Il est interdit de fumer au sein de l'unité. Il est en revanche permis de le faire dans la cour grillagée. Des substituts nicotiques peuvent être proposés aux patients qui le demandent. Pour le patient placé en chambre d'isolement, il a été dit aux contrôleurs qu'il était accompagné à l'extérieur pour fumer ou bien, si son état de forte agitation le nécessitait, il était muni d'un substitut nicotique (patch).

- **les activités**

Il n'existe pas de planning d'activités.

Les activités sont essentiellement constituées de sorties ponctuelles, extérieures

(environ trois sorties par mois). Les patients sont alors au nombre de six, pour trois infirmiers, ou bien deux infirmiers et un aide-soignant. Les patients sont la plupart du temps des personnes hospitalisées librement, exceptionnellement des patients hospitalisés sous contrainte.

La semaine précédant le contrôle, avait été effectuée une sortie d'une journée à Reims (Marne), avec visite de la ville, de la cathédrale et déjeuner au restaurant. La semaine du contrôle, il était prévu d'aller au magasin Ikea® d'Arlon (Belgique), distant de quelques kilomètres, puis de se rendre jusqu'au Luxembourg, situé à proximité, pour faire des achats à bon marché. La prochaine sortie, une visite du château de Sedan, devait avoir lieu le 18 octobre 2011.

- **les biens personnels**

Certains effets doivent être remis au personnel soignant : parfum, eau de toilette, après-rasage, déodorant, rasoirs, ciseaux et médicaments.

Celui-ci en effectuera l'inventaire, avant de les placer dans un coffre individualisé auquel le patient pourra avoir accès aux heures d'ouverture suivantes, en présence d'un soignant : 7h30-9h ; 11h30-12h ; 15h-15h30 ; 20h-20h30.

Les bijoux, argent ou autres biens personnels peuvent être déposés au coffre-fort de l'hôpital ou laissés à la famille.

- **la fermeture de l'unité et des chambres**

L'unité est dite mixte puisqu'elle accueille tant des patients hospitalisés librement que d'autres, sous contrainte. C'est la raison évoquée pour justifier la fermeture de la porte d'accès à l'unité, en permanence.

Il existe des horaires d'ouverture et de fermeture des portes des chambres : ces dernières sont ainsi fermées le matin dès 10h, une fois que les patients ont refait leur lit et jusqu'à 13h, puis l'après-midi à partir de 15h et jusqu'à 20h, sauf cas particuliers (notamment la porte de la chambre du mineur restait ouverte en permanence au moment de la visite des contrôleurs).

- **l'isolement et la contention**

Selon les informations recueillies, l'isolement, comme la contention ne seraient utilisés que sur prescription médicale.

Aucun dispositif d'enregistrement ne permet de connaître l'utilisation de la chambre d'isolement de La Goutelle. Tous les patients placés en chambre d'isolement sont mis en pyjamas. Des patients entendus ont néanmoins évoqué des séjours en chambre d'isolement, sans aucun vêtement.

Une surveillance a lieu toutes les deux heures, sauf exception.

4.2.5 Le secteur du Vouzinois : l'unité l'Elan

L'unité l'Elan est affectée à l'admission des patients du secteur du Vouzinois qui comprend 75 000 habitants. Il dessert une partie de la ville de Charleville-Mézières et le Sud du département des Ardennes autour de la commune de Vouziers. Il dispose d'un CMP, d'un hôpital de jour et d'un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) à Charleville-Mézières et à Vouziers, ainsi que d'appartements thérapeutiques.

L'unité est située dans la zone D, à proximité du service d'alcoologie.

Elle est fermée.

Elle comporte vingt-six lits et une chambre d'isolement.

4.2.5.1 Les patients

Les patients sont admis après un passage au CMP où l'indication de l'hospitalisation a été posée ou au CHG Manchester *via* les urgences, soit directement, soit après y avoir été adressés par un médecin généraliste.

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

- vingt-deux patients étaient présents : dix hommes et douze femmes ;
- un homme avait été admis en SPRE (il provenait du secteur du Sedanais) ;
- deux patients avaient été admis en SPDT : un homme et une femme ;
- l'hospitalisation la plus longue en soins libres avait commencé le 25 août 2010 ;
- l'hospitalisation la plus longue sous contrainte avait commencé le 15 septembre 2011, en ASPDT ;
- le patient le plus âgé avait 66 ans, le plus jeune, 25.

Parmi les sept patientes admises à la demande d'un tiers, trois étaient hospitalisées depuis deux mois, trois depuis un mois et une, depuis deux jours.

Il a été indiqué que les lits des dix-sept chambres étaient très fréquemment tous occupés.

Par ailleurs, à la date de la visite, sept patients du secteur étaient hospitalisés de jour uniquement ; cette situation particulière est liée à l'implantation du centre hospitalier sur le territoire du secteur du Rethélois, selon l'explication fournie. Ainsi, trente-deux patients étaient présents en journée. Il a été indiqué que ce chiffre avait été dépassé en septembre 2011 avec une période durant laquelle treize patients provenant de l'extra-hospitalier étaient présents en journée. Cet afflux se fait à effectif constant de soignants, prévu pour vingt-cinq malades.

4.2.5.2 Les locaux

L'entrée de l'unité donne directement dans la salle de vie.

Les locaux comportent successivement :

- la salle de vie équipée de fauteuils relax et d'un poste de télévision ;
- le bureau du cadre de santé ;

- le bureau médical ;
- le bureau des infirmiers ;
- la tisanerie ;
- la pharmacie ;
- la salle de soins ;
- la chambre d'isolement ;
- le local pour le ménage ;
- un local pour le linge sale ;
- un WC pour les patients ;
- une cour aménagée avec des plantes, trois bancs et trois cendriers. Sous une gloriette, se trouvent une table et six chaises ;
- les vestiaires pour les hommes et pour les femmes ;
- les chambres ;
- une douche dédiée aux chambres qui en sont dépourvues ;
- une salle de bains ;
- une salle d'esthétique avec le matériel pour cette activité, un lavabo ;
- une salle de télévision avec neuf fauteuils ;
- un atelier « créativité » équipé de tables, de chaises et d'armoires contenant le matériel ;
- le salon de visites servant également de salon de télévision : il est équipé de six fauteuils, de deux tables basses, d'un poste de télévision avec lecteur de DVD ;
- une bibliothèque contenant environ 200 livres avec une chaîne hi-fi, treize chaises et six fauteuils. Selon les informations recueillies, la pièce n'étant pas aux normes incendie, les patients ne peuvent s'y rendre seuls.

La salle de soins est dotée notamment d'une table d'examen : c'est là que le médecin généraliste effectue ses consultations. Elle dispose d'un accès vers la chambre d'isolement.

On accède à la **chambre d'isolement** par un sas doté de deux portes, l'une donnant sur le couloir, l'autre dans la salle de soins. Elles sont munies de lucarnes de 0,52 m de côté. Le patient peut prendre ses repas dans ce local sur une table avec une chaise. La chambre mesure 5,10 m sur 3 m soit une surface de 15,3 m² à laquelle il convient d'ajouter l'espace sanitaire de 4,5 m² situé, sans séparation, dans la chambre. Celle-ci est meublée d'un lit métallique scellé au sol. Elle dispose de deux vasistas, de deux néons, d'une climatisation, d'une douche à l'italienne et d'un WC en inox avec papier hygiénique.

Lors de la visite des contrôleurs, la chambre était occupée par un patient qui était en train de prendre son déjeuner dans le sas en présence de deux soignants.

Les **chambres** sont réparties en cinq chambres individuelles, une chambre médicalisée et dix chambres à deux lits :

- la chambre n° 1 est une chambre à deux lits mesurant 5,2 m sur 5 m soit une surface de 26 m². Elle est meublée de : deux lits, deux tables de chevet, deux chaises, deux armoires de 1,90 m de haut, 0,86 m de large et 0,60 m de profondeur, constituées d'une partie penderie et de l'autre de quatre étagères. Elle dispose d'un local sanitaire comprenant une douche dotée d'un rideau et d'une rampe, un lavabo avec porte-serviettes, miroir, tablette, néon et un WC avec abattant et balayette. Le sol est carrelé, les murs sont peints et présentent des traces d'humidité ;
- la chambre n°14 est une chambre à un lit qui mesure 5,7 m sur 3,10 m soit une surface de 17,67 m². Elle est équipée d'un lit, d'une table de chevet, d'un placard, de deux chaises. Elle dispose d'un local sanitaire de 3,20 m sur 2 m (6,4 m²) comprenant une douche, un lavabo et un WC ;
- la chambre n° 11 et la chambre n° 12 sont des chambres individuelles avec un local sanitaire comportant un lavabo et un WC.

4.2.5.3 Le fonctionnement de l'unité

L'équipe de l'unité comprend :

- le psychiatre responsable du service qui vient tous les jours du lundi au samedi ;
- un praticien hospitalier, présent le mercredi après-midi ;
- un médecin généraliste qui assure les soins somatiques tous les matins de 11h à 11h30 et tous les soirs de 17h à 18h ;
- un interne présent le mardi et le jeudi ;
- un cadre de santé ;
- dix-neuf infirmiers dont un homme ;
- cinq aides-soignants dont deux hommes ;
- 4,5 ETP d'ASH ;
- une psychologue présente le mardi et le vendredi après-midi ;
- une assistante sociale présente sur demande le mardi et le jeudi matin.

Il a été indiqué aux contrôleurs : « Du fait de la rotation importante des patients, il n'existe pas de réunion de synthèse, la durée moyenne de séjour étant de 7,5 jours avec 600 entrées par an ».

Le tableau suivant, issu du rapport d'activité et de gestion de l'établissement pour l'exercice 2010, ne confirme pas ces informations. Il retrace ainsi l'activité de l'unité en 2009 en 2010 :

	Nombre de lits installés au 31/12	Nombre moyen de lits occupés	Taux d'occupation	Nombre d'entrées	Nombre de journées	Durée moyenne de séjour
2009	41	37,55	91,58 %	413	13 705	33,18
2010	26	21,73	83,58 %	395	7 932	20,08

Une réunion de fonctionnement a lieu tous les mardis de 14h à 15h.

L'accueil des nouveaux patients est réalisé par les infirmières qui préviennent immédiatement le médecin d'une arrivée. Si l'état du patient le permet, un inventaire de ses effets est réalisé par une infirmière et une aide-soignante dans la chambre du patient en sa présence. Le bureau des entrées fait parvenir dans les 24 heures le document notifiant l'ASPD ou l'ASPRE. Le personnel soignant fait signer le récépissé de ce document au patient dès réception.

Les « règles de vie à respecter par les personnes hospitalisées » leur sont remises dès que leur état le permet.

Elles concernent :

- les horaires des repas : petit déjeuner de 8h15 à 9h15, déjeuner à 12h10, goûter à 16h, dîner à 19h ;
- les horaires des visites : de 9h à 13h et de 14h à 19h dans la salle de visites ;
- la fermeture des chambres : de 9h à 13h puis de 14h à 19h. « L'ouverture des chambres est réalisée par le personnel soignant pour un temps de réflexion, de repos, sur prescription médicale ou appréciation du personnel et (seulement) à la demande du patient » ;
- l'interdiction du téléphone portable dans l'unité : ils sont remis au personnel soignant et peuvent être consultés à partir de 18h après avis médical. « Le nombre d'appels sera limité. L'usage du matériel informatique n'est pas autorisé dans l'unité ».

Les certificats des 24 heures et des 72 heures sont rédigés par le médecin responsable du service. Pour le certificat des six-huit jours, ce dernier fait appel à un praticien hospitalier d'un autre secteur.

Selon les informations recueillies, l'unité reçoit souvent des patients des trois autres secteurs (cf. § 5). La règle établie en CME est que chaque patient est suivi par le psychiatre de son secteur qui se déplace à l'Elan pour effectuer son suivi. En fait, ces patients ne font qu'être hébergés dans cette unité.

La difficulté serait alors pour les patients d'être suivis régulièrement par leur psychiatre. Pour les infirmiers, elle serait de travailler avec plusieurs psychiatres qui ont des méthodes de prises en charge différentes et de devoir les solliciter pour qu'ils se déplacent plus fréquemment.

Selon les informations recueillies, les patients « hors secteur » repartiraient dans leurs services respectifs le vendredi, libérant ainsi des lits dans l'unité du Vouzinois, contrairement aux unités des autres secteurs. Durant les fins de semaine, de nouveaux patients « hors secteurs » seraient affectés à l'Elan, du fait de l'absence de lits dans les autres secteurs...

Un exemple de ces difficultés a été donné aux contrôleurs : un patient « hors secteur » était placé en chambre d'isolement. Le cadre de santé aurait souhaité qu'il soit vu en consultation afin d'évaluer s'il était capable d'assister à l'audience devant le JLD. Le psychiatre n'est pas venu. Le patient n'est pas allé à l'audience. La mesure d'isolement a été renouvelée pour 48 heures.

Le livret d'accueil n'est pas remis aux patients lors de leur admission.

Les téléphones portables sont conservés dans le bureau infirmier et remis aux patients à leur demande. Un patient aurait son téléphone en permanence à sa disposition.

La demande d'ordinateur portable est examinée au cas par cas par le psychiatre responsable de l'unité.

Le courrier arrive au secrétariat vers 10h ; il est remis aux patients. Le courrier en partance ne fait l'objet d'aucun contrôle.

Les patients fumeurs ont accès à la cour de 6h30 à 21h30. Aucune dérogation n'est donnée pour dépasser ce créneau horaire pour un patient qui en ferait la demande exceptionnellement.

Le médecin généraliste et le personnel infirmier abordent systématiquement la question de la contraception avec les patientes.

Les **activités** proposées aux patients sont les suivantes :

- créativité le lundi et le jeudi ;
- vidéo ou Wii™ le mardi ou le mercredi ;
- randonnée tous les mardis en utilisant un véhicule du CH ou pas ;
- découverte du département tous les jeudis : visite d'un monument ou d'un site avec pique-nique fourni par le CH. Les patients et les soignants prennent le dessert et le café dans un restaurant ;
- activité esthétique le vendredi toute la journée, tous les quinze jours et à la demande ;
- vidéo le vendredi toute la journée, tous les quinze jours en alternance avec l'esthétique ; il s'agit d'une discussion autour d'un film suivie d'un café.

Les activités sont réalisées en fonction des effectifs du personnel soignant.

4.2.6 L'unité de soins de longue durée : Clairefontaine

L'unité de soins de longue durée est située dans la zone C en face de l'USIP et à proximité de l'unité La Goutelle et du PC du secteur du Sedanais.

Il s'agit d'une unité fermée.

La semaine précédant la visite des contrôleurs, une femme de 76 ans est décédée dans cette unité à 3h du matin. Selon les informations recueillies, « elle était sanglée à la ceinture et elle se serait pendue à la ceinture ». Après vérification auprès du parquet du tribunal de grande instance de Charleville-Mézières, aucune déclaration n'avait été faite par la direction de l'établissement, au moment du contrôle, sur ce décès et ses causes.

L'unité comporte trente lits et a été complètement réhabilitée en 2009. Elle est installée sur deux niveaux et dispose de dix chambres individuelles et dix chambres à deux lits. Il existe une chambre « médicalisée » qui n'est pas comptée dans l'effectif. Il n'y a ni chambre d'isolement, ni chambre de quiétude.

4.2.6.1 Les patients

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

- vingt-six patients étaient présents ;
- aucun patient n'était admis sans son consentement ;
- le patient le plus âgé avait 85 ans, le plus jeune, 52 ans.

Selon les informations recueillies, les patients admis dans cette unité sont des psychotiques chroniques dont l'état mental empêche leur séjour dans un foyer d'accueil médicalisé, une maison de retraite ou de retourner à leur domicile. « Le critère d'admission est davantage l'échec d'insertion dans une structure que l'âge ». A partir du 1^{er} mai 2012, cinq lits seront officiellement dédiés à la géronto-psychiatrie avec l'arrivée d'un médecin spécialisé.

Les secteurs n'utiliseraient jamais les lits vacants de l'unité pour y admettre un patient aigu. Il a été rapporté aux contrôleurs que cette situation s'est produite une fois : un patient a été admis à 18h pour une ivresse pathologique avec 3 g d'alcool dans le sang. L'interne de garde a été appelé ainsi que le chef de pôle et le patient est reparti dans son unité d'admission où un lit supplémentaire a été installé.

Lorsqu'un patient est admis dans la chambre médicalisée pour une surveillance particulière, son lit est conservé. L'effectif maximum est donc de trente patients.

La plupart des patients a des problèmes de communication et les contrôleurs n'ont pu s'entretenir avec eux.

Selon les informations recueillies, aucun n'est en état de consentir aux soins.

Pour deux d'entre eux, des dossiers sont en attente pour une admission dans une maison de retraite.

4.2.6.2 Les locaux de l'unité

Les locaux de l'unité comportent **au rez-de-chaussée** :

- à l'entrée, un vestiaire contenant les vêtements chauds des patients pour l'hiver. La charte des usagers en psychiatrie y est apposée ;
- un bureau pour le médecin ;
- un bureau pour le cadre de santé ;

- un WC pour le personnel ;
- une salle à manger avec un office. Elle est meublée de six tables et de vingt-quatre chaises car les repas sont servis en deux services ;
- un local pour le ménage ;
- un local pour le linge sale ;
- un petit salon équipé de deux lavabos, onze fauteuils relax et une horloge. Lors de la visite, douze patients - dont trois en fauteuils roulants - y séjournent ;
- une salle d'activités où se font des décorations, de la peinture, des jeux de société ; elle dispose d'un évier ;
- un WC à destination des patients, notamment à mobilité réduite. Il est doté d'un lavabo avec miroir mais pas de papier hygiénique ;
- quatre chambres individuelles :

- la chambre n° 23 mesure 3,63 m sur 2,64 m soit une surface de 9,58 m². Elle est meublée d'un lit avec une table de chevet intégrée, d'une table adaptable, d'une penderie sans cintre et d'un placard situé au-dessus de celle-ci, soit à une hauteur de 2,40 m. Le sol est carrelé, les murs, peints. La pièce est notamment éclairée par une fenêtre de 1,16 m sur 1,33 m constituée de verre opaque sur une hauteur de 0,77 m. Elle dispose d'un local sanitaire comprenant une douche à l'italienne sans déclivité, dotée d'une rampe, d'une chaise-douche, d'un meuble-lavabo avec tiroir, miroir, néon, porte-serviettes et placard intégrés. La pièce est entièrement carrelée.

Les carreaux de la salle d'eau reprennent la couleur du montant du lit et du placard de la chambre : ici il s'agit de la couleur vert anis.

La porte de la chambre est munie d'une lucarne de 0,35 m de côté qui est obstruée par du papier habituellement utilisée sur les tables d'examen. L'intérieur de la chambre est visualisable sur une hauteur de 3 cm, pour respecter l'intimité du patient ;

- la chambre n° 24 est identique mais la couleur choisie pour le montant du lit, le placard et le carrelage est le bleu ;
- la chambre n° 25 est identique, de couleur parme ;
- la chambre n° 26 est identique, de couleur vert anis ;
- un local pour le linge sale ;
- un local pour le linge propre ;

- la chambre médicalisée située à proximité immédiate du poste de soins. Elle est équipée d'un lit médicalisé, d'un lève-malades mais pas des dispositifs d'arrivée des fluides³⁸. Le jour de la visite des contrôleurs, elle était occupée par une patiente qui avait personnalisé son lieu de séjour, notamment en y apportant son propre poste de télévision ;
- le poste de soins où sont notamment conservés les dossiers infirmiers et médicaux ;
- la pharmacie où se trouve une table permettant de réaliser des soins et des injections ; dans un sas se trouvent le défibrillateur, une réserve de médicaments, le chariot d'urgence et une chaise-pesée ;
- le grand salon où se trouve, dans un coin de la pièce, un poste de télévision avec sa télécommande et huit fauteuils relax ;
- la terrasse en accès libre de 7h à 20h ; elle est équipée de six chaises et d'un petit cendrier mural. Il n'existe pas d'auvent ou d'abri protégeant des intempéries ;
- les vestiaires pour les hommes et pour les femmes ;
- une salle pour l'activité esthétique avec un lavabo, un bac à shampooing, une table de massage et le matériel de maquillage ;
- deux WC séparés pour les patients, sans papier hygiénique ;
- un salon de visites avec deux accès : l'un donnant sur le couloir distribuant tous les locaux et le second directement sur l'extérieur. Il est équipé de trois fauteuils, de deux chaises et d'une table basse et il dispose d'un local sanitaire comprenant un lavabo, un WC avec papier hygiénique.

Les patients accèdent au **premier étage** par un ascenseur qu'ils ne peuvent utiliser qu'en présence d'un soignant ou par un escalier de dix-huit marches séparées par un palier.

S'y trouvent :

- six chambres individuelles identiques à celles du bas (de couleur parme, bleue et vert anis) ;
- dix chambres à deux lits identiques :
 - la chambre n° 113 est meublée de deux lits avec chevet intégré et liseuses, de deux chaises. Elle est composée d'une entrée de 6 m² où se trouvent deux placards reliés entre eux pour constituer une table, de la chambre proprement dite mesurant 6 m sur 2,64 m (15,84 m²), soit une surface totale de 21,84 m². Elle dispose d'un local sanitaire d'une surface de 6 m² identique à celui décrit dans la chambre n° 23, au rez-de-chaussée ;

³⁸ Il a été indiqué aux contrôleurs qu'en cas de problème somatique, nécessitant une prise en charge spécifique, l'indication était de demander le transfert au CHG et non de traiter le patient sur place.

- dans la chambre n° 108, occupée par une seule personne, l'accès au local sanitaire est fermé, car, selon les informations recueillies, « la personne se met en danger ». Elle dispose d'une chaise percée ;
- un local de rangement ;
- le local pour le linge propre.

4.2.6.3 Le fonctionnement de l'unité

L'équipe de l'unité Clairefontaine comprend :

- un médecin généraliste, présent dans l'unité le mercredi de 16h à 17h et à la demande ;
- un cadre de santé ;
- huit infirmiers, dont deux de nuit. Sur cet effectif, une infirmière est en congé maternité de longue durée ;
- dix-sept aides-soignants, dont cinq hommes ;
- 4,5 ETP d'ASH ;
- une assistante sociale vient à la demande du personnel soignant ou de la famille.

Une supervision mensuelle de l'équipe a lieu le vendredi après-midi.

Il n'existe pas de réunion de synthèse.

Le roulement prévoit la présence de deux infirmiers et quatre aides-soignants le matin et l'après-midi, une infirmière et quatre aides-soignants la nuit.

Lors de la visite, sur les six postes d'interne présents pour le semestre au CH, aucun n'était affecté à l'unité.

Afin de faciliter leur déroulement, le déjeuner et le dîner sont pris en deux groupes de patients homogènes : à 11h30 puis à 12h15 et à 18h30 puis à 19h15. Le petit déjeuner et le goûter sont servis en une seule fois entre 8h45 (après les toilettes) et à 16h. La composition de ces groupes est variable : elle dépend de l'état des patients. Le jour de la visite, cinq personnes bénéficiaient de repas « moulinsés » et trois devaient avoir des menus pour diabétiques. Les menus sont affichés dans la salle à manger. Chaque patient a une place attribuée.

La distribution des médicaments se fait le matin à la pharmacie et midi et soir au réfectoire. Les infirmières considèrent qu'« il s'agit d'un moment important d'échanges ».

La terrasse est ouverte de 7h à 20h. Au-delà, une demande précise sera à l'appréciation du soignant mais pourra, le cas échéant, être satisfaite.

Les chambres ne sont pas dotées de bouton d'appel. Il existe une seule sonnette mobile transportable.

Il n'existe pas de registre permettant de retracer les mesures de contention.

Selon les informations recueillies, le jour de la visite des contrôleurs, aucun patient n'était sous contention la nuit ; trois avaient une prescription de contention « si besoin » la nuit et un durant la journée. Toutes ces mesures se feraient uniquement sur prescription médicale et feraient l'objet d'une surveillance dans le dossier infirmier.

Les activités sont effectuées dès que deux soignants ont du temps disponible. Il n'existe pas de planning. Durant la visite des contrôleurs, deux aides-soignantes ont occupé la salle d'esthétique pour effectuer un shampoing à une patiente ; ce projet était prévu depuis quelques jours mais n'avait pu être réalisé, faute de temps.

Des sorties à l'extérieur sont organisées en fonction des effectifs :

- équithérapie pour trois patients ;
- marche avec pique-nique fourni par la cuisine ;
- cinéma avec déjeuner au restaurant : la dernière sortie remonterait à 2010 ;
- sortie « pêche » : trois fois depuis le 1^{er} janvier 2011 ;
- achats en ville avec un véhicule du CH ou en prenant l'autobus ;
- un séjour thérapeutique avait été préparé à Gérardmer (Vosges). Il a été annulé faute de personnels suffisants pour rester dans l'unité.

Selon les informations recueillies, « neuf membres de l'équipe soignante de Clairefontaine auraient demandé à quitter l'unité non pas, en raison de la difficulté de la prise en charge, mais par rapport à la frustration de ne pouvoir faire autre chose que les toilettes et les actions obligatoires ».

Pour l'année 2010, l'activité de l'unité peut être retracée dans le tableau suivant :

	Nombre de lits installés	Nombre moyen de lits occupés	Taux d'occupation	Nombre d'entrées	Durée moyenne de séjour en jours
2010	30	28,90	96,35 %	14	753,57

4.2.7 Le pôle de psychiatrie infanto-juvénile : l'unité départementale d'hospitalisation temporaire pédopsychiatrique (UDHTP)

4.2.7.1 Les patients

Le 12 octobre 2011, le nombre de patients hospitalisés était de deux : une jeune fille arrivée le 7 octobre 2011, âgée de seize ans révolus, transférée d'une unité pour adultes dans laquelle elle avait dit avoir fait l'objet de violences sexuelles et un garçon, hospitalisé depuis le 28 septembre 2011, âgé de treize ans.

Sur les trois dernières années, les hospitalisations des mineurs à l'UDHTP se sont faites dans les conditions suivantes :

	2008	2009	2010	2011 (jusqu'au 13/10/2011)
Nombre de mineurs hospitalisés	13	12	13	9
Age	1 mineur de 12 ans 1 mineur de 13 ans 3 mineurs de 14 ans 5 mineurs de 15 ans 3 mineurs de 16 ans	1 mineur de 10 ans 1 mineur de 13 ans 2 mineurs de 14 ans 3 mineurs de 15 ans 4 mineurs de 16 ans 1 mineur de 18 ans	1 mineur de 11 ans 3 mineurs de 12 ans 1 mineur de 13 ans 2 mineurs de 14 ans 6 mineurs de 15 ans	2 mineurs de 12 ans 2 mineurs de 13 ans 2 mineurs de 14 ans 1 mineur de 15 ans 2 mineurs de 16 ans
Mode de placement	13 HL	8 HL 4 OPP	11 HL 1 OPP 1 HO	9 HL
Durée d'hospitalisation	1 mineur pour 1 journée 2 mineurs pour 2 journées 2 mineurs pour 3 journées 3 mineurs pour 4 journées 2 mineurs pour 5 journées 1 mineur pour 7 journées 1 mineur pour 13 jours (mais en 3 hospitalisations) 1 mineur pour 120 jours (mais en 2 hospitalisations)	1 mineur pour 2 jours 1 mineur pour 3 jours 1 mineur pour 4 jours 2 mineurs pour 5 jours 1 mineur pour 8 jours 1 mineur pour 9 jours 1 mineur pour 13 jours 1 mineur pour 15 jours 1 mineur pour 23 jours 1 mineur pour 34 jours 1 mineur pour 28 jours (mais en 2 hospitalisations)	1 mineur pour 1 jour 2 mineurs pour 2 jours 2 mineurs pour 7 jours 1 mineur pour 8 jours 2 mineurs pour 10 jours 1 mineur pour 11 jours 1 mineur pour 16 jours 1 mineur pour 21 jours 1 mineur pour 22 jours 1 mineur pour 64 jours (hospitalisé également 123 jours en 2011)	2 mineurs pour 1 journée 1 mineur pour 7 jours 1 mineur pour 9 jours 1 mineur pour 14 jours 1 mineur pour 62 jours 1 mineur pour 123 jours (hospitalisé également 64 jours en 2010) 2 mineurs encore en cours d'hospitalisation
Nombre total de jours d'hospitalisation à l'UDHTP	173	149	181	217
Durée moyenne de séjour	13,3	12,41	13,9	

Au jour de la visite, un seul mineur était hospitalisé en dehors de l'UDHTP ; il s'agissait d'un jeune âgé de seize ans, hospitalisé dans une unité de psychiatrie pour adultes, à l'unité La Goutelle.

Il n'a pas été donné d'explication sur la présence en 2010 d'un mineur de moins de seize ans en hospitalisation d'office.

4.2.7.2 Les locaux

Les locaux de l'UDHTP se répartissent sur deux niveaux.

Au rez-de-chaussée, se trouvent les locaux communs et les bureaux et à l'étage, les trois chambres offrant quatre lits d'hospitalisation.

L'unité est fermée.

En entrant, sur la gauche, se situe la salle à manger qui donne, *via* une porte-fenêtre vitrée, sur une cour gazonnée. Cette salle à manger comprend, sur la droite, une table rectangulaire, couverte d'une toile cirée, pour la prise des repas mais aussi pour les activités manuelles (dessin, peinture, pâte à sel). A proximité de cette table, le long d'un mur, se trouve un baby-foot. De l'autre côté de la pièce, sur la gauche, deux tables basses, quatre fauteuils entourent un poste de télévision équipé d'un lecteur DVD. Environ cinq DVD appartiennent à la structure. Les autres ont été prêtés par des personnels ou apportés par les jeunes eux-mêmes. A proximité du « coin télévision », se trouvent des étagères sur lesquelles sont entreposés des jeux de société, une trentaine de livres, une grosse poupée et quatre peluches. D'autres jouets sont posés à même le sol ; il a été précisé aux contrôleurs qu'un inventaire devait être effectué. Au plafond, une dalle a été remplacée par une plaque de bois, suite à une fuite d'eau. La veille de la visite, une autre fuite d'eau avait obligé le personnel à installer un seau au milieu de la pièce.

La porte-fenêtre donne sur une cour grillagée ; c'est le seul grillage du CH couvert d'herbage et dès lors un peu opaque (cf. § 2.1). Le sol est uniquement fait de terre et de gazon. Il n'y a pas non plus d'abri ; dès qu'il pleut, les jeunes restent sur le seuil de la porte-fenêtre pour ne pas salir leurs chaussures. Un banc fait face à la porte-vitrée coulissante. La poignée de cette dernière est cassée. Elle ne peut être actionnée que grâce à l'utilisation d'un tournevis. Il est également impossible de la fermer à clé. Le soir, les rideaux électriques sont descendus.

Dans le prolongement de la salle à manger, tout au fond sur la droite, se situe la cuisine, dont les personnels et les jeunes disent qu'elle est trop exiguë pour s'y tenir à plus de deux personnes (7 m²). La porte en est systématiquement fermée à clé. Elle comprend : deux chambres froides, l'une pour conserver les plats cuisinés du jour, l'autre pour les suppléments alimentaires, un four à micro-ondes, une cuisinière avec un four électrique, une cafetière, un évier à deux bacs et des placards pour entreposer tant la vaisselle que les produits alimentaires non périssables. La fenêtre (1,10 m sur 1,14 m) donne également sur la cour.

En revenant vers l'entrée, côté droit, se trouvent un bureau occupé par la cadre socio-éducative du pôle, puis une salle de réunion avec des toilettes attenantes.

Face à l'entrée de l'UDHTP, une porte fermée à clé donne accès à un couloir qui dessert les cinq pièces suivantes : un débarras, le bureau du cadre de santé, le bureau du cadre supérieur de santé, un local pour les produits d'hygiène et un bureau médical. Une porte mène aussi à l'extérieur. Il est impossible de la fermer à clé. Dès lors, les stores sont systématiquement descendus mais jusqu'à mi-hauteur car ils sont bloqués par le positionnement d'une poignée.

Un escalier en bois, équipé d'une rampe, permet d'accéder au premier étage de l'unité. Il n'existe pas d'ascenseur, ni de chambre au rez-de-chaussée. Un mineur, sorti juste avant

l'arrivée des contrôleurs, avait des troubles de la marche ; les personnels féminins présents devaient le soutenir pour qu'il puisse, chaque jour et même plusieurs fois par jour, descendre dans la pièce commune ou, à l'inverse, monter dans sa chambre.

A gauche, en haut de l'escalier, se trouve un bureau médical, le bureau des soignants et les WC du personnel.

A droite, une petite pièce sert aux visites des parents. Elle est équipée d'une table basse, de quatre chaises, d'un radiateur en état de fonctionnement situé sous la fenêtre. Le sol est carrelé. Les murs ne sont pas décorés. Aucune affiche d'information n'est apposée. A proximité de cette pièce, se trouvent des WC utilisés surtout par l'occupant de la chambre la plus proche.

Tout au fond à droite, se situe en effet une première chambre, vaste (environ 16 m²), très claire puisque dotée de trois fenêtres. Cette chambre comprend deux lits, non médicalisés. Aucune sonnette ne permet d'appeler le personnel. La chambre dispose également d'une table de nuit, d'une table et d'une chaise, de deux placards – dont les portes sont dégradées – qui occupent toute la hauteur et la largeur d'un mur. La chambre est équipée de deux plafonniers et d'un détecteur de fumée. Le radiateur fuit.

Attenante à cette chambre se trouve une salle de bains, en bon état général. Mais, d'une part, le rideau de douche est accroché à une barre qui n'est pas fixée au mur, d'autre part, il n'y a pas d'eau chaude, ni dans la douche, ni au robinet du lavabo.

Au premier étage se trouvent également :

- une pièce qui sert de lingerie ;
- la pharmacie ;
- deux autres WC, correspondant aux deux autres chambres mais dont l'un est condamné car il ne fonctionne pas ;
- les deux autres chambres, pratiquement identiques à la précédente, sauf qu'il s'agit de deux chambres à un lit, pas toujours en très bon état : dans l'une, la table de nuit est cassée ; dans l'autre, le système d'ouverture de la fenêtre ne fonctionne pas. Seule, l'une des deux salles de bains dispose de l'eau chaude.

Il n'existe pas, ni au rez-de-chaussée, ni au premier étage, de chambre d'isolement ou d'apaisement.

Lors de la réunion organisée le 3 octobre 2011 concernant le projet d'ouverture permanente de l'UDHTP actuelle (cf. § 4.2.7.3), ont été évoquées certaines difficultés relatives aux locaux :

- l'absence d'issue de secours à l'étage ;
- la présence d'un escalier pour accéder aux chambres et corrélativement l'absence de chambre au rez-de-chaussée ;
- les boîtiers électriques non protégés à l'étage ;
- la fermeture défectueuse de la porte-fenêtre (possible seulement avec l'aide d'un tournevis) ;

- les volets cassés ;
- les fuites des radiateurs ;
- l'absence de défibrillateur automatique ;
- le chariot d'urgence à réajuster.

4.2.7.3 Le fonctionnement de l'unité

Comme son nom l'indique, l'unité départementale d'hospitalisation temporaire pédopsychiatrique accueille depuis le 1^{er} juillet 2004 les enfants et adolescents de moins de seize ans dans un temps limité, en hospitalisation à temps complet.

Selon les informations recueillies, avant cette date, les mineurs de moins de seize ans étaient déjà hospitalisés au CH Bélaïr et non en pédiatrie, au CH général Manchester, conformément à une convention signée entre les deux établissements en 1995. Cependant, ils étaient hospitalisés dans les unités pour adultes et c'est le pédopsychiatre qui se déplaçait.

Dans son courrier en réponse à l'envoi du rapport de constat, la directrice indique à l'inverse qu'« avant le 1^{er} juillet 2004, les mineurs de moins de 16 ans étaient d'abord hospitalisés en pédiatrie, et si la clinique de l'enfant nécessitait un transport au CH Bélaïr, celui-ci était admis dans les unités adultes et le pédo-psychiatre suivait l'enfant en zone adulte ».

• le personnel

Cette unité ne bénéficie pas d'une équipe pluridisciplinaire référente.

Les personnels infirmiers et éducateurs sont prélevés dans toutes les unités de pédopsychiatrie du département des Ardennes ; chaque unité au *pro rata* de ses effectifs donne un ou deux agents qui, par période d'un an (du 1^{er} septembre au 31 août) est affecté si besoin au CH Bélaïr. Dix agents sont ainsi de permanence par an, en principe spécialisés. Cependant, en cas de congés maladie ou de formation, les personnels des autres unités de l'hôpital peuvent être amenés à faire des remplacements à l'UDHTP.

Les personnels travaillent par équipe de deux, un infirmier et un éducateur, éventuellement deux infirmiers, selon un rythme matin, jour, nuit. En revanche, jamais deux éducateurs n'effectuent leur activité ensemble. En définitive, il a été expliqué aux contrôleurs que les équipes qui se retrouvaient sur place ne se connaissaient généralement pas.

Un cadre de santé a rejoint l'unité au mois d'août 2011 en raison d'une hospitalisation d'un enfant qui nécessitait de faire particulièrement le lien avec les services extérieurs. Auparavant, l'UDHTP fonctionnait sans cadre de santé. Sa présence à l'unité devait se prolonger jusqu'au 15 novembre 2011, même s'il continuait en même temps à exercer ses fonctions au sein de l'unité extra-hospitalière de soins pour adolescents installée à Charleville-Mézières, à laquelle il était affecté.

Le cadre supérieur de santé du pôle 2 est parti à la retraite au moins de juin 2011. Celui du pôle 3 (responsable des unités transsectorielles) assurait, au moment de la visite, l'intérim.

Il n'existe qu'un pédo-psychiatre à temps plein, responsable de la structure, et un praticien à temps partiel, donc 1,5 ETP pour toute la pédo-psychiatrie extra et intra-hospitalière. A ce propos, il a d'ailleurs été dit que le manque de pédo-psychiatres était l'une des caractéristiques et des difficultés majeures du CH Bélaïr. Le constat a été le suivant : « la prise en charge et le suivi des familles en pâtit » et la conclusion : « on se situe dans l'indispensable ».

Deux internes étaient également affectés à l'unité, au moment de la visite et jusqu'à la fin du mois d'octobre 2011. Deux autres devaient éventuellement prendre le relais à compter du 2 novembre 2011 mais un seul avait pris attache avec le service, lors du contrôle.

Enfin, un médecin généraliste, en cours de spécialisation en psychiatrie, devait également venir comme assistant à compter du 2 novembre 2011.

- **la procédure d'admission**

Les procédures d'admission des enfants de moins de seize ans à l'UDHTP ont été formalisées fin 2005.

La « procédure générale d'admission d'un enfant ou adolescent de moins de seize ans en hospitalisation complète au CH Bélaïr » doit être réactualisée à l'occasion de la mise en œuvre du nouveau projet médical, pour lesquels des moyens spécifiques sont demandés. En l'état, elle n'est pas réellement détaillée.

La « procédure d'admission d'un adolescent de moins de seize ans, sur ordonnance de placement provisoire (OPP) d'un magistrat » définit, en revanche, l'organisation, la collaboration et la coordination entre la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) et le CH Bélaïr.

L'OPP est envoyée par télécopie au directeur de l'établissement pour l'en informer. C'est le magistrat ou le service de la PJJ qui prévient le jeune et sa famille de l'OPP. Le transfert de l'enfant vers le CH Bélaïr doit être effectué par l'éducateur de la PJJ qui aura au préalable l'accord de son directeur, en lien avec l'unité de soins si le jeune était suivi. En cas de problème, la PJJ fait appel au centre 15, pour assurer ce transfert. Après l'accord du directeur territorial de la PJJ, l'éducateur se présente dans un premier temps au bureau des entrées pour y déposer les documents administratifs et médicaux. Dans les deux jours suivants, il est prévu une rencontre entre les deux équipes (CH Bélaïr et PJJ) afin de régler les problèmes de la vie quotidienne (vêtements, argent de poche, téléphone, sorties...) et définir le temps d'hospitalisation : une synthèse hebdomadaire sera organisée entre le service de soins, la PJJ et l'unité de soins référente, afin de travailler le projet de sortie.

- **les règles de vie**

Les règles de vie sont fixées par l'équipe, en fonction des patients.

En ce qui concerne la **restauration**, la cuisine centrale livre les repas à l'UDHTP tous les matins vers 10h, à la fois pour les enfants présents et pour les deux agents en service. Les horaires des repas sont fixés par les personnels ; en règle générale, les enfants sont réveillés à 8h-8h30 ; ils prennent leur petit déjeuner vers 8h45-9h, le déjeuner vers 12h, une collation à 16h (un yaourt, un verre de lait ou un fromage) et le dîner à 19h.

S'agissant du **téléphone portable**, un inventaire est fait à l'arrivée du mineur et, selon les cas, le téléphone peut ou non lui être retiré ; il est alors conservé dans le bureau des soignants. L'utilisation des téléphones portables et du téléphone fixe de l'unité (qui se trouvent dans le bureau des soignants) se fait selon la prescription médicale.

L'**accès à internet** est possible depuis le bureau des soignants qui dispose d'une connexion. Son utilisation se fait sur prescription médicale. L'accès aux réseaux sociaux (*Facebook*, *MSN*) peut être accordé.

Pour le **courrier** en partance, aucune procédure particulière n'est prévue ; il n'existe pas de boîte à lettres. Aucun des deux jeunes présents, lors de la visite des contrôleurs, n'avait demandé à envoyer du courrier.

Enfin, les cigarettes peuvent être autorisées sur prescription médicale, sans que la prescription ne détermine néanmoins le nombre de cigarettes par jour et le moment de la journée où ces cigarettes peuvent être fumées. Ces modalités sont fixées par l'équipe présente sur place ; lors du contrôle, l'éducateur référent de la jeune fille est venu déposer deux paquets de trente cigarettes pour les quinze jours à venir ; l'équipe a cherché à définir avec l'enfant les règles de consommation quotidienne de ces quatre cigarettes.

- **la transformation à venir de l'unité**

Les principales difficultés du système actuel, identifiées par les différents professionnels des structures ardennaises de pédo-psychiatrie, sont les suivantes :

- en pratique, la convention de 1995, signée avec le CHG Manchester, n'est pas appliquée ; des hospitalisations pour des enfants présentant des troubles psychiatriques importants se font de fait, en pédiatrie et monopolisent des lits, dont le nombre est en constante diminution, avec de surcroît une prise en charge psychologique et/ou psychiatrique discontinue ;
- en cas d'ouverture de l'UDHTP, les prélèvements de personnels conduisent à des annulations de rendez-vous sur les sites de proximité et à des doubles plannings pour les personnels concernant leurs activités en intra et en extra-hospitalier ;
- la prise en charge médicale et psychologique des enfants hospitalisés manque de suivi et de continuité, tant en amont qu'en aval.

Les partenaires sociaux sont intervenus début 2011 pour évoquer « la légitimité réglementaire » de la constitution de doubles plannings pour certains agents administrativement postés sur des structures de pédo-psychiatrie de proximité.

Plusieurs réunions ont été organisées début le mois de mars 2011.

Le 21 septembre 2011, le pédo-psychiatre, responsable de l'UDHTP, a demandé à l'ensemble des membres du directoire la possibilité d'ouvrir de manière permanente les quatre lits de pédo-psychiatrie sur le site du CH Bélaïr. Les locaux existants seront utilisés à titre transitoire.

Un groupe de travail a été créé, à l'initiative de la direction des soins, constitué sur la base du volontariat. Trois réunions ont eu lieu les 3 octobre, 10 octobre et 11 octobre 2011, afin de réfléchir à la transformation de l'UDHTP en unité permanente : elle deviendrait alors l'UDHP (unité départementale d'hospitalisation pédopsychiatrique), avec une ouverture prévue le 21 novembre 2011.

Le projet prévoit pour l'instant la réfection des locaux existants et la constitution d'une équipe dédiée en poste à l'unité : un cadre de santé, neuf infirmiers, deux éducateurs, un psychologue et une secrétaire médicale.

Lors de la visite, les cadres de santé de l'établissement étaient chargés de se réunir pour élaborer les profils de postes des infirmiers et éducateurs, afin de pouvoir procéder au plus vite aux recrutements qui devaient être effectifs à compter du 15 novembre 2011.

4.2.8 Le pôle de services transsectoriels.

4.2.8.1 Les urgences psychiatriques au centre hospitalier général Manchester

Des personnels du CH Bélaïr sont présents aux urgences du CHG Manchester de Charleville-Mézières : un psychiatre de 10h à 12h du lundi au vendredi, un cadre de santé à mi-temps, trois infirmières assurant la prise en charge des urgences psychiatriques de 7h à 22h³⁹ tous les jours.

L'équipe comprend actuellement 5,80 ETP. Jusqu'au 31 juillet 2011, grâce à 2 ETP supplémentaires, la présence infirmière était également assurée la nuit. Du fait du départ de deux agents qui n'ont pas été remplacés, ce créneau horaire a été abandonné. Il a été laissé à l'initiative du CHG qui ne l'a pas rempli. Il a été indiqué aux contrôleurs que la présence de cette équipe ne serait pas assurée dans le futur, ce qui crée des incertitudes sur le fonctionnement de l'équipe et sur la pertinence d'un accueil spécialisé aux urgences.

Dans son courrier d'observations, la directrice du CH Bélaïr a tenu à préciser : « le fonctionnement de l'équipe qui prend en charge l'urgence psychiatrique au SAU du CH Manchester a été réorganisée en août 2011 afin d'assurer la psychiatrie de liaison de 7h à 22h, 365 jours par an. En dehors de ces heures, la psychiatrie de liaison et la prise en charge de l'urgence sont assurées par le psychiatre d'astreinte ».

Une réunion d'équipe a lieu toutes les trois semaines en présence du cadre de santé.

Lorsqu'une personne se présente aux urgences, une infirmière « fait le tri » entre ce qui relève des soins externes, d'une hospitalisation ou de la psychiatrie.

Théoriquement, le médecin urgentiste devrait voir les patients avant que les infirmiers de psychiatrie n'effectuent leur consultation pour procéder à un examen permettant d'éliminer un problème somatique qui se présenterait derrière un tableau psychiatrique. Il devrait ensuite prescrire l'entretien psychiatrique. Etant donné la charge de travail des médecins urgentistes, ce cas de figure s'avère rarement possible : par exemple, le jour de la visite des contrôleurs, il y avait quatre heures d'attente aux urgences.

³⁹ L'une travaille de 7h à 14h36, la deuxième de 13h30 à 21h et la troisième, de 14h30 à 22h.

En pratique, lorsque l'infirmière de tri signale un problème psychiatrique, une des trois infirmières de psychiatrie vient le chercher à l'accueil et l'emmène dans la seule pièce dédiée à l'équipe, appelée « bureau de l'infirmier spécialisé ». En cas de nécessité, elles peuvent utiliser « le salon d'attente » comme lieu d'entretien. Il s'agit d'évaluer la situation du patient afin de décider de son orientation qui peut être la suivante :

- sortie ;
- sortie et prise de rendez-vous au CMP (aux heures d'ouverture) ou adresse du CMP ;
- hospitalisation à l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) ; il s'agit, par exemple, de patients ayant fait une tentative d'autolyse. Ils seront vus par le psychiatre dès que leur état somatique le permettra ;
- décision de soins au CH Béclair avec le consentement du patient : l'infirmière prévient le bureau des entrées. Le transfert est assuré par une ambulance privée ;
- décision de soins sur demande d'un tiers avec le médecin urgentiste : l'infirmière demande au psychiatre de garde de venir voir le patient pour valider cette proposition ;
- proposition de rencontrer le psychiatre entre 10h et 12h ou le psychiatre de garde après 18h.

Le patient a la possibilité de rester sur place dans le petit salon qui dépend de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) pour attendre de voir le psychiatre. Cette pièce est équipée de deux fauteuils relax, quatre fauteuils, une table et un poste de télévision. Elle dispose d'un local sanitaire comprenant un WC doté de papier hygiénique, un lavabo avec savon, essuie-mains et poubelle.

Les infirmières psychiatriques des urgences ne font pas partie intégrante, à proprement parler, de l'équipe du service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) mais se déplacent avec elle sur demande, en cas de besoin, dans n'importe quel endroit du département pour répondre à une situation d'urgence. L'équipe mobile comprend alors : une infirmière de psychiatrie, une infirmière, un médecin et un ambulancier du SMUR. Ils trouvent souvent sur place des forces de l'ordre et les sapeurs-pompiers. L'infirmière de psychiatrie a la responsabilité de tenter d'établir le contact avec le patient et d'effectuer un entretien qui pourra aboutir, le cas échéant, à une admission sur la demande d'un tiers avec le certificat du médecin urgentiste. Dans le cas où le patient aurait besoin de soins somatiques ou d'un traitement sédatif nécessitant une surveillance, l'ambulance retournerait au CHG et le patient serait admis à l'UHCD. L'infirmière de psychiatrie continuerait d'assurer une présence. Dans le cas contraire, le patient est averti qu'il est transféré au CH Béclair.

Au sein des urgences, il existe deux chambres de contention qui, selon les informations recueillies, sont très utilisées pour les patients présentant un état d'agitation, notamment dans le cas d'une ivresse pathologique, d'un problème psychiatrique ou d'un risque de sortie pour un patient nécessitant une prise en charge.

Le placement dans ces chambres se fait sur prescription du médecin urgentiste. La contention est souvent utilisée, sans forcément de traitement sédatif. La porte des chambres demeure souvent ouverte. La durée de séjour serait de l'ordre de dix heures maximum, notamment pour les personnes en état d'ivresse.

Il n'existe pas de registre permettant de retracer l'occupation de ces chambres.

Un sas comportant une armoire contenant un nombre important de sangles de contention permet d'accéder au local sanitaire composé d'un WC doté de papier hygiénique et d'un lavabo avec essuie-mains ainsi qu'aux deux chambres qui sont identiques.

Chaque chambre mesure 2,90 m sur 2,48 m soit une surface de 7,19 m². Elle est éclairée par deux ampoules de très faible voltage. Elle est équipée d'un lit métallique non scellé au sol (alors que les fixations étaient prévues) et d'un détecteur de fumée. La porte est munie d'une lucarne de 0,34 m sur 0,24 m. Dans l'une des chambres, des traces de fumée indiquent qu'un patient a tenté d'y mettre le feu.

Après 22h, le médecin urgentiste fait directement appel au psychiatre de garde du CH Béclair.

Une supervision, réalisée par une psychologue de l'UHCD, est effectuée toutes les trois semaines au bénéfice de l'équipe des urgences psychiatriques .

Les infirmières effectuent environ 3 000 actes par an.

4.2.8.2 La psychiatrie de liaison

Les infirmières psychiatriques présentes aux urgences interviennent si besoin en réanimation dans le cadre de la psychiatrie de liaison.

Pour les autres services du CHG, une répartition a été réalisée entre deux services :

- les psychiatres de la « vallée de la Meuse » interviennent en diabétologie, néphrologie, médecine interne, gastro-entérologie, service des maladies infectieuses et chirurgie ;
- ceux du Rethélois en pneumologie, cardiologie, réadaptation fonctionnelle, gériatrie et à la maison de retraite.

Les psychiatres du secteur du Sedanais interviennent également dans le cadre de la liaison. Ils effectuent des consultations au sein du Centre hospitalier de Sedan.

4.2.8.3 L'unité intersectorielle de soins de courte durée.

Cette unité disposait de locaux en centre-ville, dans l'ancien Hôtel-Dieu. Il s'agit d'un service qui n'accueille pas de personnes présentant des pathologies lourdes mais plutôt des patients ayant des symptômes névrotiques. Ils sont accueillis pour des durées assez courtes, de l'ordre d'une quinzaine de jours au maximum (la durée moyenne de séjour y est de quinze jours).

A l'origine, il s'agissait de mettre en place, à l'hôpital général Manchester, un service de psychologie médicale, correspondant à une unité de psychiatrie de liaison. A la suite de travaux de modernisation du CHG, la décision avait été prise de mettre à disposition de ce service quinze lits dans le nouvel hôpital général.

Toutefois, pour des raisons liées à la complexité de la rénovation, mais aussi, parce que, selon les propos rapportés aux contrôleurs, l'hôpital général ne considèrerait pas ce transfert comme une priorité de son nouveau projet d'établissement, il a été décidé, à la fin du bail concédé par le CHG au CH Bélaïr, de transférer les lits sur le site du centre hospitalier Bélaïr. Les personnels affectés à cette unité sont tous désormais gérés par cet établissement.

L'unité occupe, dans la zone B, celle du secteur du Rethéolois, le rez-de-chaussée du bâtiment B2. Pour cette installation, il a été nécessaire de déplacer les patients hospitalisés à la résidence Les 4 vents.

L'accès, ouvert, s'effectue par une entrée située à l'extrémité de l'édifice, disposant de quelques places de parking devant, afin de maintenir la spécificité de l'accueil et éviter la « stigmatisation » pour les patients comme pour les familles, selon l'expression rapportée aux contrôleurs. A l'occasion de cette installation, le nombre de lits a été ramené à dix, dans quatre chambres doubles et deux chambres individuelles.

Le service comporte les effectifs suivants :

- deux praticiens hospitaliers, tous deux à temps partiel (50 %), le reste de leur temps étant affecté sur un secteur ;
- un cadre de santé, affecté à mi-temps pour le service ;
- onze ETP d'infirmière ;
- quatre aides-soignantes ;
- deux ASH pour 3h30 chacune ;
- un psychologue effectuant son activité à 80 % dans cette unité, le reste étant affecté à des vacances à la maison d'arrêt de Charleville-Mézières.

Depuis l'installation dans l'enceinte du CH Bélaïr, quatre-vingt-sept patients ont été reçus, tous en soins libres. Deux seulement sont restés hospitalisés en intra-hospitalier.

Les patients admis dans cette unité peuvent recevoir sans restriction leurs familles. Ils peuvent également se servir sans limite du téléphone et ils peuvent conserver les portables. De même, ceux qui souhaitent disposer d'un ordinateur portable peuvent l'apporter et utiliser une clé leur permettant sans limite d'accéder à l'internet.

Il n'existe pas de chambre d'apaisement et, depuis l'installation dans ces locaux, il a été fait recours à la contention une seule fois, pour une mineure de seize ans. Les pathologies, comme la disposition des locaux, aérée, avec des plantes vertes, permettent de ne pas avoir recours à la contention des patients.

4.3 L'hospitalisation des personnes détenues

Deux personnes détenues ont été hospitalisées en 2010, au titre de l'article D. 398 du code de procédure pénale. Aucune ne l'avait été depuis le début de l'année 2011.

La prise en charge psychiatrique des personnes détenues à la maison d'arrêt de Charleville-Mézières, de taille modeste – moins de soixante personnes détenues – est assurée par des vacances de médecin psychiatre et un temps partiel (20 %) d'intervention d'un psychologue par ailleurs attaché à l'unité intersectorielle de courte durée.

Il est indiqué que l'absence de chef de service à l'UCSA empêche de construire un dialogue avec l'établissement pénitentiaire sur la prise en charge sanitaire des personnes détenues. La maison d'arrêt ne reçoit ni femmes, ni mineurs.

Il existe un service médico-psychologique régional (SMPR), installé à Châlons-en-Champagne mais les personnes détenues sont très réticentes à y être transférées en raison de l'éloignement pour leurs familles, la très grande majorité des personnes incarcérées étant originaires du département des Ardennes. Trois à quatre hospitalisations sont effectuées au SMPR chaque année.

5- LA SUROCCUPATION ET LES TRANSFERTS

Le bureau des admissions suit l'évolution des places au sein des quatre unités d'admission et de l'USIP. Un bilan, qui s'étend aux chambres d'isolement et aux chambres médicalisées, est effectué chaque matin et chaque soir.

Lors de l'arrivée d'un patient, l'affectation dans le bâtiment relevant de son secteur est privilégiée. Cette solution n'est pas toujours possible, faute de place disponible.

Il a été indiqué que l'unité l'Elan (secteur du Vouzinois), avec vingt-cinq lits en rez-de-chaussée et une forte rotation des personnes hospitalisées, offrait fréquemment des places.

Le jour de la visite des contrôleurs, sur vingt-deux patients présents à l'Elan, quatre étaient « hors secteur » : trois relevaient du secteur du Sedanais (La Goutelle) et un du Rethémois (unité Varennes). Selon les informations recueillies, la semaine précédant la visite des contrôleurs, onze patients « hors secteur » avaient été hébergés dans cette unité.

A l'inverse, l'unité La Goutelle (secteur du Sedanais) est souvent complète et les arrivants de ce secteur doivent alors être orientés provisoirement vers un autre lieu.

Le 14 octobre 2011, quatre patients du Sedanais, qui n'avaient pas pu être hébergés à La Goutelle, étaient ainsi placés l'unité Elan (secteur du Vouzinois - trois personnes) et l'unité Varennes (secteur du Rethémois - une personne).

Ces patients sont alors suivis par le psychiatre de leur secteur d'origine mais traités au quotidien par les soignants du bâtiment. Il a été indiqué que cette situation présentait plusieurs inconvénients :

- les psychiatres se déplacent moins fréquemment dans les autres unités et sont davantage concentrés sur la leur, entraînant des entretiens moins fréquents ;
- la liaison entre le psychiatre et l'équipe soignante avec laquelle il n'a pas l'habitude de travailler est plus compliquée ;
- le retour vers l'unité d'origine est perturbant pour le patient qui change de repère (changement de lieu et d'équipe soignante, contacts avec de nouveaux patients) alors qu'il traverse une période délicate.

Des exemples montrent que des délais pour rencontrer alors le psychiatre référent peuvent être longs. Tel est le cas de cette personne du secteur Val de Meuse admise le 12 janvier 2011 non pas à Roc-la-Tour, faute de place, mais dans une autre unité. L'entretien d'admission a été mené le jour même par un interne et l'examen somatique le lendemain. Malgré des appels des soignants de l'unité d'accueil pour qu'il soit reçu, comme il le demandait, par un psychiatre de son secteur, rien ne s'est passé avant le 17 janvier (soit cinq jours après son admission), date de son transfert à Roc-la-Tour.

Les transferts des personnes hospitalisées hors secteur vers leur unité sont décidés par entente entre les chefs de service. Le bureau des entrées, qui prononce l'affectation à l'arrivée, n'intervient plus à ce stade.

Durant la visite des contrôleurs, une personne du Rethélois a été hospitalisée dans son secteur, à l'unité Varennes mais, angoissée, éprouvant des difficultés d'équilibre rendant impossible son hébergement à l'étage, elle a dû être placée provisoirement dans la chambre d'isolement, porte ouverte, faute de place disponible au rez-de-chaussée. Pour pouvoir accueillir cette patiente dans des conditions plus dignes et lui attribuer une chambre, les responsables de l'unité ont demandé que la patiente du Sedanais placée dans une chambre du rez-de-chaussée de leur unité puisse rejoindre l'unité La Goutelle. Aucune place disponible n'y existant, ils craignaient que la situation ne se prolonge. Deux jours après, au départ des contrôleurs, aucune évolution n'était intervenue.

L'affectation des personnes hospitalisées alors qu'elles sont domiciliées dans un autre département ou à l'étranger fait l'objet d'un accord, l'unité d'admission étant déterminée par le mois de naissance, quelle que soit l'année :

- celles nées au premier trimestre sont rattachées au secteur Val de Meuse ;
- celles du deuxième trimestre au Rethélois ;
- celles du troisième trimestre au Sedanais ;
- celles du quatrième trimestre au Vouzinois.

Les personnes faisant l'objet d'une admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat sont affectées à l'USIP.

Des difficultés apparaissent avec des établissements qui, selon les renseignements fournis, cherchent à retarder le transfert. Le cas d'un patient originaire de la Moselle, qui y avait un domicile et un travail, a été cité : arrivé le 11 septembre 2011 au centre hospitalier Bélaïr, il n'a pu rejoindre son secteur que le 12 octobre 2011, soit un mois après.

Lors de la visite, les contrôleurs ont constaté que le centre hospitalier de Reims (Marne) demandait à l'unité du Rethélois de récupérer un patient relevant de ce secteur. Le lendemain, en fin de journée, le patient était présent dans l'unité Varennes.

6- LE RECOURS A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION

6.1 La procédure d'isolement

Un « protocole de soins infirmiers de mise en chambre d'isolement » a été élaboré en mars 2005 et validé par la direction des soins et le président de la CME en mars 2006. Son objet précise : « ce protocole est une référence pour la qualité optimale du soin. Il doit être adapté et personnalisé pour préserver la dignité du patient ».

La méthodologie aborde douze points concernant notamment l'absence de contre-indication ou de problèmes somatiques, la vérification des points de contention, l'information du poste de sécurité et du bureau des entrées de l'occupation de la chambre d'isolement, la propreté de la chambre (deux fois par jour) par les ASH et l'information de la famille ou du tuteur.

Le document cite ensuite en annexe 1 le référentiel de l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie⁴⁰ en vingt-trois points. Le point 8 affirme que « la conformité de la MCI (mise en chambre d'isolement) avec la modalité d'hospitalisation est examinée lors de la prescription ». L'annexe 2 cite dans le cadre des conditions de sécurité pour le patient, les indications, les contre-indications, les problèmes somatiques nécessitant une surveillance accrue et les facteurs de risque.

Pour chaque chambre d'isolement, un document doit être renseigné, permettant de calculer le taux d'occupation des chambres. Il comporte :

- le nom et le prénom du patient ;
- son sexe,
- son mode d'hospitalisation ;
- son unité d'origine ;
- la date et l'heure du début de l'isolement ;
- la date et l'heure de la fin de la mesure.

Il existe une « fiche médicale de prescription d'isolement ». Outre l'identité du patient, la date et l'heure de début de la mesure, elle permet de noter si le patient a été informé, si sa famille l'a été, ainsi que les consignes médicales sur les visites, le téléphone, la sortie de la chambre (accompagnée ou non), le bilan clinique et biologique, l'indication sur la porte (ouverte ou fermée), la fréquence des visites infirmières, le nombre de personnes nécessaires lors des interventions auprès du patient et la date et l'heure de la fin de l'isolement.

Il existe une « feuille de surveillance infirmière lors d'une mise en chambre d'isolement » qui comporte l'identité du patient et l'unité où il est traité et les différents critères de surveillance : pouls, tension artérielle, température, surveillance de l'hydratation, de l'alimentation des urines et des selles, traitements oraux et injectables, sorties de la

⁴⁰ Ce document provient de l'audit réalisé par l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) de juin 1998.

chambre, réfection du lit et entretien de la chambre, communication et comportement.

Ces deux documents se trouvent dans le dossier du patient.

Les contrôleurs ont rencontré les agents du service de sécurité incendie. Ceux-ci ont indiqué n'être plus informés depuis plusieurs années des placements des patients dans les chambres d'isolement.

En mai 2006, les experts de la Haute autorité de santé avaient émis une réserve sur « le respect des droits des patients et l'application des règles de bonnes pratiques en matière d'utilisation des chambres d'isolement et d'apaisement ». A la suite de cet avis, un groupe de travail s'est constitué et un audit sur la mise en chambre d'isolement a été réalisé ainsi que des protocoles.

En 2008, un nouveau groupe de travail a été mis en œuvre sur la rénovation architecturale de la chambre d'isolement. Les réunions ont permis de définir « une chambre d'isolement-type incluse dans un module clinique et présentant des caractéristiques précises ». Les conclusions de ce groupe de travail ont été validées par la CME.

Le schéma adopté par le groupe proposait une chambre d'isolement dotée de deux portes d'accès, une donnant sur un sas, l'autre sur une salle de bains. L'accès se fait par le sas à partir du bureau infirmier ou par la salle de bains à partir du couloir.

Une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) a été réalisée sur l'isolement et la contention.

6.2 Les chambres d'isolement

Il existe dix chambres d'isolement dont deux dites « salles d'apaisement » à la maison d'accueil spécialisé.

Le tableau indique leur répartition et leur occupation lors de la visite des contrôleurs :

Lieux d'implantation	nombre	Occupation
Roc la tour	1	Hors service
Varennes	1	Occupée en tant que chambre normale
La Goutelle	1	Vide
L'Elan	1	1 patient en ASPDT
USIP	4	1 patient en SL
Maison d'accueil spécialisé	2	1 patient depuis 7 ans

A l'unité **Roc la Tour**, il existe une feuille d'occupation de la chambre d'isolement.

Les contrôleurs ont constaté que ce document débutait le 3 septembre 2011 et se terminait le 2 octobre 2011. Durant cette période, le tableau suivant permet de connaître l'occupation de la chambre :

nom	sexe	Mode d'hospitalisation	Unité de provenance	Date début	heure	Date fin	Heure	durée
1	M	ASPDT	Elan	3-09	2h40	3-09	9h	6h20
2	F	SL	Varenes	3-09	12h	4-09	9h	21h
3	M	SL	Les 4 vents	8-09	10h	9-09	?	?
4	F	SL	UISCD	13-09	17h30	14-09	17h	23h30
5	M	ASPDT	La Goutelle	26-09	10h	29-09	11h	25h ⁴¹
6	M	ASPDT	La Goutelle	1-10	18h30	2-10	18h	23h30

Sur six mentions, trois concernent des patients en soins libres et trois admis sur demande d'un tiers. Pour deux des patients hospitalisés librement, la durée de séjour dans la chambre d'isolement est conséquente.

A l'unité l'Elan, il existe une feuille d'occupation de la chambre d'isolement.

Les contrôleurs ont constaté que ce document débutant le 2 mai 2011 était en cours lors de la visite. Durant cette période, le tableau suivant permet de connaître l'occupation de la chambre :

nom	sexe	Mode d'hospitalisation	Unité de provenance	Date début	heure	Date fin	Heure	durée
1	M	SL	Elan	2-05	16h	6-05	17h20	97h20
1	M	SL	Elan	10-05	18h30	12-05	14h30	44h
1	M	SL	Elan	13-05	22h30	14-05	12h	13h30
1	M	SL	Elan	14-05	20h30	?	?	?
2	M	SL	Elan	24-05	10h	25-05	16h	30h
3	M	SL	La Goutelle	29-05	?	31-05	?	?
4	M	ASPDT	Elan	1-09	8h	3-9	matin	?
5	M	NR	Varenes	8-9	17h	9-9	14h	21h
6	F	SL	Varenes	10-09	20h30	11-09	12h30	16h
7	M	ASPDT	Elan	14-09	11h30	19-09	21h15	129h45
8	M	ASPDT	La Goutelle	19-09	?	?	?	?
9	M	ASPDT	La Goutelle	21-09	?	?	?	?
10	M	ASPDT	Varenes	24-09	16h	27-09	10h	18h
11	M	ASPDT	La Goutelle	29-09	11h45	Présent ⁴²		

⁴¹ En consultant la feuille d'occupation de la chambre d'isolement de l'unité l'Elan, les contrôleurs ont constaté que ce patient y avait été transféré car il avait cassé la fenêtre de la chambre d'isolement de l'unité Roc la Tour.

Sur onze patients figurant sur le document, sept étaient admis en soins libres⁴³, six avaient été admis sur demande d'un tiers et pour l'un d'eux, aucune indication sur le mode d'hospitalisation n'était mentionnée.

A l'unité **La Goutelle**, il n'existe aucune feuille d'occupation de la chambre d'isolement ni aucune registre. Il a été dit aux contrôleurs que « le protocole était respecté ». Seule une feuille volante est insérée au dossier du patient.

A l'unité **Vareennes**, les contrôleurs ont consulté « l'agenda des mises à l'isolement » tenu dans ce service. Il s'agit d'un agenda de bureau, une page étant prévue pour chaque journée. Le 7 avril 2011, par note⁴⁴, le psychiatre responsable de l'unité a décidé de l'ouverture d'un « agenda des mises à l'isolement (à compter de ce jour) à la demande de [...], contrôleur des lieux de privation de liberté » et a défini son mode d'utilisation : « les médecins prescripteurs d'une mise à l'isolement mentionneront à la date de la mise à l'isolement : l'heure, les nom et prénom du patient concerné, les mentions avec ou sans contention physique. Ils mentionneront la date et l'heure de la sortie (définitive) du patient de la salle d'isolement ».

Entre le 7 avril et le 12 octobre 2011, dix-sept mesures d'isolement sont enregistrées. Le nom du patient, la date et l'heure d'entrée sont renseignés mais, à trois exceptions près, rien n'indique le recours ou non à la contention. Le nom du médecin prescripteur est rarement indiqué. Pour onze mesures, rien ne mentionne la sortie ; dans un douzième cas, l'heure de sortie manque. Ainsi, seule la durée de cinq mesures peut être quantifiée : 4 heures 30 minutes, 13 heures (deux fois), 15 heures 45 minutes et 21 heures 45 minutes. Un patient semble avoir fait un séjour supérieur à 24 heures : placé à l'isolement le 22 avril 2011 à 11h, une nouvelle mesure est prescrite le 23 avril et une reconduite pour 24 heures est portée à la date du 24 avril ; l'absence d'information supplémentaire ne permet pas de connaître la durée du séjour.

A quelques exceptions près, la situation juridique du patient n'était pas mentionnée. La mise en œuvre des directives fixées à l'article 57 du règlement intérieur en vigueur, prévoyant que « dans le cas d'un patient en hospitalisation libre, la mise en isolement susceptible de se prolonger au-delà de 24 heures doit être impérativement suivie d'une demande d'hospitalisation à la demande d'un tiers »⁴⁵, n'a pas pu être contrôlée.

Il a été indiqué que toutes les informations relatives à l'isolement sont inscrites dans le dossier médical car les deux documents relatifs à la mise en chambre d'isolement (la fiche médicale de prescription d'isolement et le tableau de surveillance infirmière lors d'une mise en chambre d'isolement) sont renseignés par les médecins et les infirmiers.

⁴² Il s'agit du patient transféré de la chambre d'isolement de l'unité Roc la Tour à la suite du bris de la fenêtre.

⁴³ Un même patient a effectué quatre séjours dans la chambre d'isolement.

⁴⁴ Cette note est collée à la page de garde de l'agenda.

⁴⁵ Cette disposition est reprise dans le projet de nouveau règlement intérieur.

6.3 Les chambres d'apaisement

Il existe un « protocole de mise en chambre d'apaisement » élaboré en juin 2006 et validé en janvier 2007 par la direction des soins et le président de la CME.

La chambre d'apaisement est définie comme « un lieu de vie du patient, à la différence de la chambre d'isolement. Cette chambre comporte le mobilier nécessaire au repos, au repas, à l'hygiène du patient et éventuellement à ses loisirs. Elle peut être fermée à clef à l'intérieur de l'unité ». Ce protocole était initialement destiné aux chambres d'apaisement situées dans l'unité la Vence, devenue aujourd'hui l'USIP.

Il existe deux chambres d'apaisement à la MAS, appelées « salles d'apaisement ».

Les deux salles d'apaisement de la **MAS** sont identiques, à l'exception de leur décoration.

Chaque chambre mesure 3,60 m sur 2,70 m, soit une surface de 9,72 m². Elle est équipée d'un matelas posé au sol, d'un vasistas situé à l'extrémité supérieure de la pièce, d'un détecteur de fumée et d'un plafonnier (hors d'état de fonctionnement dans la chambre inoccupée). Le sol est carrelé ; les murs sont peints. Dans la chambre vide, l'un des murs est orné d'une fresque réalisée, selon les informations recueillies, par une aide médico-psychologique qui représente « la campagne », tandis que dans la seconde, il s'agit « du désert du Sahara ». Une porte, dont l'accès peut être fermé à clé donne accès à un WC en email sans abattant ni papier hygiénique.

Selon les indications données aux contrôleurs, la salle d'apaisement est utilisée, sur prescription médicale pour des personnes « en crise de violence, ou en état de frustration ». Une feuille de surveillance est renseignée pour chaque placement. Elle est versée dans le dossier du patient. Il n'existe pas de registre d'occupation des salles d'apaisement.

Selon les indications données aux contrôleurs, la **première chambre** aurait été occupée d'abord de manière séquentielle par le patient qui s'y trouvait lors de la visite. Puis, progressivement, il aurait fait comprendre qu'il souhaitait y résider de manière permanente, ce qui serait le cas depuis sept ans. Il a sa chambre dans l'unité mais il reste dans la salle d'apaisement à l'exception du temps des repas qu'il prend au réfectoire.

La **seconde chambre** aurait été occupée pour la dernière fois fin septembre 2011 par un homme qui y serait resté plus de 48 heures pour « des troubles sexuels ».

Il a été rapporté qu'une injection intramusculaire sédatrice était souvent concomitante au placement dans la salle d'apaisement.

6.4 Le recours à la contention

Il existerait un document relatif à la mise sous contention qui n'a pas été remis aux contrôleurs, malgré leur demande.

A l'unité Varennes, selon les informations fournies, la contention n'est jamais utilisée au sein de l'unité, même si les matériels existent.

Les contrôleurs ont constaté l'existence de ceinture de contention dans un meuble placé dans la pièce avoisinant la chambre d'isolement (cf. § 4.2.3.2).

A l'unité La Goutelle, il a été dit aux contrôleurs que la contention n'était pas souvent utilisée mais qu'elle l'était, en revanche, à la Vallée de la Meuse. Il a aussi été fait état du cas récent d'un patient qui avait réussi à enlever les sangles qu'il avait aux pieds, aux poignets ainsi que la ceinture ventrale.

7- LES CONDITIONS DE VIE AU TRAVAIL

7.1 La gestion de la violence.

Les violences auxquelles sont confrontées les équipes ont été abordées et le manque de personnels masculins parmi les effectifs des soignants a été mis en évidence par les différents interlocuteurs. Les soignants évoquent ce sujet car ils préfèrent que des hommes interviennent lorsqu'ils sont en difficulté face à une situation imposant un recours à la force.

Les contrôleurs ont noté que le bilan social de l'établissement indique :

- s'agissant des violences de patients ayant entraîné un accident de travail :

Année	Nombre des accidents de travail	Nombre des accidents de travail liés à une agression	Taux
2008	64	10	15,6 %
2009	80	22	27,5 %
2010	79	17	21,5 %
Total sur trois ans	223	49	22 %

- s'agissant de la proportion de personnel masculin parmi les soignants :

Catégorie	Hommes	Femmes	Taux d'hommes
Cadre de santé	10	22	31,2 %
Infirmier	65	255	20,3 %
Aide-soignant et aide médico-psychologique	32	100	24,2 %
Total des soignants	107	377	22,1 %

Lors de la visite des contrôleurs, à l'unité du Rethélois (Vareennes), cinq hommes étaient présents parmi les vingt-cinq infirmiers et aides-soignants (soit 20 %).

Un dispositif minimum a été défini. Ainsi, pour une unité de vingt-cinq lits, l'effectif minimum est, sans distinction de sexe :

- le matin : trois infirmiers, un aide-soignant et un agent des services hospitaliers ;
- l'après-midi : trois infirmiers, un aide-soignant et un agent des services hospitaliers ;
- la nuit : un infirmier et un aide-soignant (ou deux infirmiers).

Deux dispositifs d'appel des travailleurs isolés (DATI) ont été mis en place dans chaque unité : un pour la journée, l'autre pour la nuit, ce dernier ayant une fonction « verticalisation » qui permet de détecter si un personnel reste allongé, laissant supposant un incident grave. L'appareil indique la zone de l'appel et permet aux autres personnels en possession d'un même dispositif de venir rapidement porter assistance à l'appelant.

Des personnels plus isolés sont dotés d'équipements de taille plus réduite, appelés

localement « médaillons ». L'appel arrive alors sur le « DATI » du service.

A la date de la visite, un groupe de travail menait une réflexion sur la maîtrise de la violence car, a-t-il été indiqué, la sécurité des personnels passait par d'autres voies que le recours à la force.

Des formations portant sur le repérage de la montée de la violence et sur la façon de la traiter sont également proposées.

Il a été précisé que du temps de psychologues manquait pour recevoir les professionnels mais que le projet de soins, en cours d'élaboration, devait l'évoquer.

7.2 Les rythmes de travail

Comme il a été indiqué précédemment, trois équipes se succèdent dans la journée.

Un premier soignant est présent dans son unité à 6h30 et la transmission avec l'équipe de nuit dure trente minutes. Les autres arrivent de façon décalée à 7h et 8h. Leur fin de service intervient respectivement à 14h30, 15h et 16h.

La première personne du service de l'après-midi est disponible à 13h et les autres à 13h30. Une heure de transmission est alors prévue. Ces soignants quittent l'unité respectivement à 21h et 21h30.

L'équipe de nuit travaille de 21h à 7h.

En ce qui concerne le service de nuit, le CH Béclair dispose d'un personnel dédié, qui travaille dix heures consécutives (de 21h à 7h ou de 20h45 à 6h45) pour un rythme hebdomadaire de trente-deux heures trente minutes.

Le personnel travaillant la nuit se répartit ainsi dans les différents services :

	Aides-soignantes (AS)	Infirmières Diplômées d'Etat (IDE)
Les 4 vents	5	0
USIP Argonne	2	3
Intersectoriel Claire-Fontaine	2	3
C.A.T Les sources	3	0
Roc la Tour	1	4
Varenne	1	4
La Goutelle	1	4
Appartements thérapeutiques Saint-Julien	3	0
Elan	1	4
Unité intersectorielle de soins de courte durée	0	3

Présents lors d'un service de nuit, les contrôleurs ont constaté que, ce jour là, les soignants quittaient l'unité plus tard car les événements de l'après-midi avaient décalé leur emploi du temps. L'un d'eux, parti à 21h45, reprenait le travail le lendemain matin à 7h.

Depuis janvier 2011, un logiciel intitulé « Agir planning » établit un planning-type pour chaque unité, qui est ensuite validé ou ajusté par le cadre de santé. Certains personnels se sont plaints de ce système : il conduirait, selon eux, à des dépassements de la durée hebdomadaire de travail et à un manque de souplesse (les changements d'emploi du temps de dernière minute doivent être exceptionnels, puisqu'ils interviennent « hors planning ») ; il aurait eu pour conséquence une augmentation du nombre de congés de maladie.

Les personnes en congé de maladie représentent 9,3 % de l'effectif en 2010. Il a été indiqué que ce taux correspondait à la moyenne nationale. La plupart d'entre eux sont des arrêts de courte durée, de telle sorte que les remplacements sont difficiles, voire impossibles.

7.3 Les réformes

Une importante réorganisation de l'établissement a eu lieu en novembre 2009, avant le terme du projet d'établissement en cours, établi pour cinq ans. Les personnels ont dû faire acte de candidature sur des postes au sein de l'établissement, même s'ils ont finalement fréquemment conservé le même. Cette situation a créé une inquiétude chez bon nombre d'agents, selon les informations recueillies.

Des transformations en cours au moment de la visite dans certaines unités continuaient de créer un sentiment d'insécurité, faute de concertation suffisante.

L'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011 a été anticipée par un certain nombre de réunions d'information, tant d'un point de vue interne qu'avec l'autorité judiciaire. Lors de la visite, les solutions retenues donnaient satisfaction à toutes les parties prenantes, même si des interrogations persistaient sur la place respective du juge et du médecin. Ont été évoqués le risque de « bureaucratisation » de l'intervention médicale comme celui, pour le juge, ne pas pouvoir recourir en temps utile aux expertises nécessaires et de ne voir soumis à son examen que le point de vue du soignant.

Enfin, dans son courrier de réponse à l'envoi du rapport de constat, la directrice de l'établissement indique que toute réorganisation d'unité supposant des changements importants et aboutissant à un nouveau projet de prise en charge fait l'objet de réunions de groupes de travail, de concertation, d'arbitrage par les instances (CTE-CHSCT), d'élaboration de nouveaux profils de postes, d'appels à candidature et de sélection.

CONCLUSIONS

Observation n° 1 : La situation des patients se promenant dans les cours des différents pavillons, entourées d'un grillage non arboré et permettant de les voir de l'extérieur, est indigne.

Observation n° 2 : Les bâtiments – à l'exception de celui accueillant la MAS – devraient faire l'objet d'une maintenance accrue et d'une remise en état globale (cf. § 2.1).

Ainsi, en est-il notamment du sous-sol et de certaines chambres ou salles de bains de l'unité La Goutelle (cf. § 4.2.4), de l'ensemble des locaux de l'unité départementale d'hospitalisation temporaire pédopsychiatrique (cf. § 4.2.7.2), du réseau de distribution de l'eau à l'unité Varennes (cf. § 4.2.3.3-C) et des équipements des cours. L'aménagement intérieur de la cour de l'UDHTP devrait être revu pour permettre aux enfants d'y sortir, y compris par temps de pluie (cf. § 4.2.7.2).

Observation n° 3 : Au moment du contrôle, non seulement le livret d'accueil du CH Bélaïr n'est plus distribué (notamment par le bureau des entrées) mais il n'est pas à jour des dispositions de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 (cf. § 3.2.1). Le site internet du centre hospitalier Bélaïr ne contenait pas non plus toutes les informations utiles relatives à cette loi (cf. § 2.3).

En outre, la remise des livrets d'accueil ou règles de vie n'est pas effectuée de manière uniforme dans tout l'établissement (voir par exemple aux § 4.2.3.3B et 4.2.4.3).

Observation n° 4 : S'agissant de la notification des décisions d'admission en soins psychiatriques sans consentement, les formulaires utilisés n'ont pas été actualisés et sont incomplets ; ils ne font pas mention, notamment, de la possibilité de saisir le juge des libertés et de la détention.

Observation n° 5 : S'agissant de la notification des décisions d'admission, les formulaires utilisés n'ont pas été actualisés ; ils ne font pas mention, notamment, de la possibilité de saisir le JLD. Les délais de notification aux patients étaient, lors du contrôle, de plusieurs semaines ; des dispositions devraient être prises pour les réduire (cf. § 3.2.1).

Observation n° 6 : Les conditions d'installation du juge des libertés et de la détention, comme les modalités de fonctionnement des audiences mériteraient d'être soulignées par leur caractère exemplaire (cf. § 3.3).

Observation n° 7 : Aucune procédure n'est mise en œuvre à l'échelle de l'ensemble de l'hôpital afin de désigner une personne de confiance (cf. § 3.7).

Observation n° 8 : Il est nécessaire d'augmenter l'effectif de médecins généralistes afin que toutes les missions dont ils sont chargés soient effectivement réalisées (cf. § 4.1.5 et 4.2.8.1).

Observation n° 9 : Il serait nécessaire d'organiser une coordination entre les médecins urgentistes, les médecins généralistes et les psychiatres afin de permettre une meilleure prise en charge des urgences psychiatriques par le SAMU (cf. § 4.1.5) et des hospitalisations en psychiatrie en urgence de personnes pour lesquelles des soins somatiques semblent prioritaires (cf. § 3.12.1).

Observation n° 10 : Il est à souligner la mise en place d'un livret de lutte contre la douleur par le CLUD (cf. § 4.1.5.4).

Observation n° 11 : Les patients admis en soins dits libres ne devraient pas être hébergés dans des unités fermées et devraient pouvoir aller et venir librement (cf. l'avis du Contrôleur général des lieux de privation de liberté du 15 février 2011 relatif à certaines modalités de l'hospitalisation d'office, publié au Journal officiel du 20 mars 2011 et les § 4.2.3.1 et 4.2.3.3-C, 4.2.4.1 et 4.2.4.3).

Il n'est ainsi pas tolérable que douze patients admis en soins libres soient hébergés dans une unité fermée dédiée aux soins intensifs en psychiatrie depuis très longtemps (cf. § 4.2.1.1) et qu'un patient soit placé en chambre d'isolement comme c'était le cas lors de la visite (cf. § 4.2.1.3).

Les patients admis en soins libres ont également des droits restreints ; ainsi à l'unité La Goutelle (cf. § 4.2.4.3), n'ont-ils pas accès à leur téléphone portable ou à certains produits d'hygiène corporelle, qui doivent être remis à la famille ou aux soignants, sur le modèle des règles applicables aux patients admis sans consentement.

Observation n° 12 : L'organisation médicale devrait être revue afin de tenir compte des priorités dans la prise en charge des patients :

- aucun psychiatre n'est affecté à l'unité de soins intensifs en psychiatrie. (cf. § 4.2.1.3) ;
- le temps médical affecté à l'unité de soins de longue durée apparaît dérisoire (une demi-journée hebdomadaire) au regard des besoins des patients. Les soignants demandent à quitter cette unité (cf. § 4.2.6.3) ;
- la pédo-psychiatrie intra et extra-hospitalière se voit affectée 1,5 ETP de médecin psychiatre et l'UDHTP ne bénéficie pas d'une équipe dédiée, même si l'unité est appelée à se transformer pour devenir permanente (cf. § 4.2.7.3).

Observation n° 13 : Les salles communes accueillent la plupart du temps les patients dans la journée, sans autre lieu pour s'isoler du groupe. Cette situation s'ajoute à l'interdiction de retourner en chambre durant ces horaires et, pour certains patients, y compris parmi ceux admis en soins libres, à l'impossibilité de sortir ne serait-ce qu'à proximité de l'unité. Une réflexion sur le projet médical de l'établissement et la possibilité d'aménager la salle de vie devrait être menée (cf. § 4.2.3.3-C).

Observation n° 14 : Les salons de visites comme les espaces réservés au téléphone ne garantissent pas toujours la confidentialité des conversations, ainsi à l'unité La Goutelle (cf. § 4.2.4.3) et à l'unité Varennes (cf. § 4.2.3.3-C).

Observation n° 15 : L'agencement des chambres ou salles d'isolement, bien que certaines aient été refaites, pourrait être amélioré.

Ainsi, la salle d'isolement de l'unité La Goutelle offre le patient au regard extérieur depuis le couloir si la première porte, menant au sas, est laissée ouverte. De même, le WC et la douche sont installés dans la même pièce que le lit ; ils ne sont entourés d'aucune cloison ou mur séparatif et offrent le patient isolé à nouveau au regard de celui qui entre. La salle d'isolement ne dispose d'aucun bouton d'appel.

La situation est plus favorable à l'unité Varennes, la chambre d'isolement bénéficiant d'une salle d'eau séparée (cf. § 4.2.3.2-D).

Observation n° 16 : Il est regrettable que des patients puissent être mis en chambres d'isolement porte ouverte, faute de place dans l'unité, comme c'est le cas à l'unité Varennes (cf. § 4.2.3.2-D).

Observation n° 17 : La traçabilité de l'utilisation des chambres d'isolement a été engagée dans plusieurs unités. Cette démarche pourrait être poursuivie et généralisée à l'ensemble des unités concernées.

Ainsi, à l'unité La Goutelle, il n'existe aucune feuille d'occupation ni aucun registre, en dehors de la feuille volante insérée au dossier du patient (cf. § 4.2.4.2 et 6.3).

En revanche, à l'unité Varennes, un « agenda des mises à l'isolement » a été mis en place, ce qui constitue un premier pas même s'il n'est pas encore renseigné avec précision (cf. § 6.2).

Par ailleurs, les agents du service de sécurité incendie devraient être informés en temps réel du placement des patients dans les chambres d'isolement (cf. § 6.1).

Observation n° 18 : Les activités sont peu nombreuses, par exemple à l'unité La Goutelle où elles sont réservées en priorité aux patients admis en soins libres. Il est également regrettable dans cette unité que le poste radiophonique soit en panne (cf. § 4.2.5.1).

De même, il serait souhaitable qu'une bibliothèque centrale soit créée et que celles des unités puissent être enrichies d'autres ouvrages (cf. § 4.1.4).

Observation n° 19 : L'atelier d'ergothérapie installé au sein du pôle 1 offre des activités débouchant sur une véritable évaluation des différentes qualités des patients et de leurs évolutions. Le travail accompli par le cadre socio-éducatif et les éducateurs mérite d'être valorisé.

De même, l'installation d'un atelier d'ergothérapie au sein d'une unité, comme c'est le cas à l'unité Varennes, mérite d'être soulignée (cf. § 4.2.3.3. C).

Enfin, les initiatives développées pour animer la cafétéria en y créant des activités doivent être encouragées.

Observation n° 20 : Les enfants de plus de seize ans ne devraient pas être accueillis dans des unités de psychiatrie adulte (cf. § 4.2.4.1 et 4.2.4.2).

Observation n° 21 : Il n'est pas admissible que le parquet de Charleville-Mézières n'ait pas été informé du décès d'un patient survenu au sein de l'unité de soins de longue durée (cf. § 4.2.6). D'une manière générale, les procédures d'information du parquet devraient être rappelées aux équipes soignantes.

Observation n° 22 : L'affectation de patients dans une unité autre que celle de leur secteur

de rattachement, faute de place disponible, nuit à la prise en charge. Ces personnes, qui sont suivies par un des psychiatres de leur secteur, ne bénéficient pas toujours de la même qualité de soins : entretiens moins fréquents, liaison entre le psychiatre et l'équipe soignante plus compliquée, retour dans l'unité de rattachement perturbante... Une réflexion visant à améliorer ce dispositif paraît nécessaire (cf. § 5).

Observation n° 23 : Il est inacceptable qu'un résident de la maison d'accueil spécialisé (MAS) soit placé dans une chambre d'apaisement depuis sept ans (cf. § 6.3).

Table des matières

1- Conditions générales de la visite.	2
2- Présentation générale de l'établissement.	3
2.1 L'implantation.	3
2.2 La psychiatrie dans le département des Ardennes	5
2.3 L'organisation fonctionnelle de l'établissement	6
2.4 Les personnels	7
2.4.1 Le personnel médical	7
2.4.2 Le personnel non médical	8
2.5 Les données financières	9
2.6 L'activité	10
3- hospitalisation sans consentement et exercice des droits	11
3.1 L'arrivée des patients	11
3.1.1 L'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers	11
3.1.2 L'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat	12
3.2 Les modalités d'admission	12
3.2.1 Les formalités administratives	12
3.2.2 La période initiale de soins et d'observation	13
3.2.3 Les informations données aux malades	14
3.3 La levée des mesures de contrainte	15
3.3.1 Les modalités de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011	15
3.3.2 Le contrôle du juge des libertés et de la détention	16
3.4 Le registre de la loi	16
3.5 L'information sur la visite des autorités	18
3.6 La protection juridique des majeurs	18
3.7 La désignation d'une personne de confiance	20
3.8 L'accès au dossier médical	20
3.9 La commission départementale des soins psychiatriques	21
3.10 L'accès à l'exercice d'un culte	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
3.12	La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC)	24
3.12.1	Les réunions de la commission.....	24
3.12.2	L'analyse des fiches d'évènements indésirables	26
3.12.3	L'analyse des questionnaires de satisfaction.....	27
3.13	La commission locale éthique (CLE)	28
3.14	L'UNAFAM	29
4-	Les conditions d'hospitalisation	30
4.1	Eléments communs à tous les secteurs.....	30
4.1.1	Le règlement intérieur.....	30
4.1.2	La restauration	30
4.1.3	La blanchisserie.....	32
4.1.4	Les activités communes	33
4.1.5	Les soins somatiques.....	37
4.2	Analyse détaillée par secteur	40
4.2.1	L'unité de soins intensifs en psychiatrie (USIP) : Argonne	40
4.2.2	Le secteur Vallée de la Meuse : l'unité Roc la Tour	48
4.2.3	Le secteur du Rethélois : l'unité Varennes	55
4.2.4	Le secteur du Sedanais : l'unité La Goutelle.....	71
4.2.5	Le secteur du Vouzinois : l'unité l'Elan	77
4.2.6	L'unité de soins de longue durée : Clairefontaine.....	81
4.2.7	Le pole de psychiatrie infanto-juvénile : l'unité départementale d'hospitalisation temporaire pédopsychiatrique (UDHTP).....	86
4.2.8	Le pole de services transsectoriels.....	93
4.3	L'hospitalisation des personnes détenues.....	96
5-	La suroccupation et les transferts.....	97
6-	Le recours à l'isolement et à la contention	99
6.1	La procédure d'isolement.....	99
6.2	Les chambres d'isolement	100
6.3	Les chambres d'apaisement.....	103

6.4	Le recours à la contention	103
7-	Les conditions de vie au travail.....	104
7.1	La gestion de la violence.....	104
7.2	Les rythmes de travail.....	105
7.3	Les réformes	106
CONCLUSIONS		107

