



**Centre hospitalier
Georges Daumézon**

Bouguenais

(Loire-Atlantique)

14-18 janvier 2013

Contrôleurs :

Jane Sautière, chef de mission ;

Guillaume Monod, contrôleur ;

Cédric de Torcy, contrôleur ;

Caroline Viguié, contrôleur.

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) Georges Daumézon, à Bouguenais, dans le département de la Loire-Atlantique, du 14 au 18 janvier 2013.

1 CONDITIONS GÉNÉRALES DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés le lundi 14 janvier 2013 à 14h30 et ont été accueillis par le directeur de l'établissement. Une réunion de présentation a eu lieu en présence de :

- la présidente de la commission médicale d'établissement (CME), chef de pôle ;
- le directeur des soins ;
- les psychiatres chefs de pôle ;
- des cadres supérieurs et de cadres de santé ;
- l'ajointe des cadres responsable des admissions ;
- la directrice des ressources humaines ;
- le directeur responsable des services économiques et des travaux ;
- la responsable qualité ;
- le praticien hospitalier, responsable du département d'information médicale (DIM) ;
- la responsable Accueil/Admissions.

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 ainsi que deux salles, l'une permettant de conduire les entretiens, l'autre équipée d'ordinateurs.

Les affichettes d'information de la visite adressées par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté étaient apposées dans différents espaces collectifs ou de circulation de l'hôpital, ainsi que dans les unités d'hospitalisation.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, comme ils le souhaitaient et en toute confidentialité, tant avec des patients qu'avec des personnes exerçant leurs fonctions sur le site. Ils ont pu effectuer une visite de nuit le mercredi 16 janvier.

Les chefs de cabinet du préfet de la Loire-Atlantique et du directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS), la présidence du tribunal de grande instance (TGI) de Nantes et le parquet ont été avisés par téléphone du contrôle le 15 janvier 2013.

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

- le président du conseil de surveillance ;
- la présidente et le vice-président de la CME ;
- le directeur des soins infirmiers ;

- la directrice des ressources humaines ;
- la qualitiennne ;
- la présidente de la commission départementale des soins psychiatriques ;
- le représentant des usagers au conseil de surveillance et à la CRUCQC, membre de l'union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM) ;
- l'aumônier catholique ;
- les psychiatres ;
- le médecin généraliste ;
- la pharmacienne ;
- la directrice adjointe, chargée des services économiques et des travaux ;
- la standardiste
- les équipes soignantes dont une équipe infirmière de nuit ;
- des patients.

Le directeur de l'établissement a organisé une entrevue entre les contrôleurs et des représentants des syndicats CGT et CFDT.

Ils ont, en outre, assisté à une réunion de travail avec l'un des juges des libertés et de la détention du TGI de Nantes.

Une réunion de fin de visite a eu lieu avec le directeur de l'établissement le 17 janvier à 17h.

2 PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT



Vue d'ensemble de l'hôpital

L'hôpital porte le nom de Georges Daumézon, psychiatre, né en 1912 à Narbonne, mort en 1979. Il a fait ses études à Montpellier et à Paris où il a obtenu une licence en droit en 1932 et son doctorat en médecine en 1935. Il devient directeur de l'hôpital de Sarreguemines, puis de Fleury-les-Aubrais, l'un des lieux qui ont marqué les débuts de la psychothérapie institutionnelle. Il devient ensuite médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Sainte-Anne et à Henri-Rousselle où il fera évoluer le système des admissions, en créant le centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA) qui porte aujourd'hui son nom.

Médecin des Hôpitaux psychiatriques de la Seine en 1951, il dirige pendant un an et demi un service du centre hospitalier Maison-Blanche où, avec Philippe Koechlin, il poursuit la mise en œuvre des thérapies institutionnelles et continue à s'intéresser à ces médicaments qu'on appelle alors ganglioplégiques, les futurs neuroleptiques.

2.1 L'implantation

Le CH Georges Daumézon est situé sur la commune de Bouguenais (Loire-Atlantique), qui est l'une des vingt-quatre communes de la communauté urbaine de Nantes et qui est située dans la première couronne de Nantes, au Sud de la Loire. La commune de 3 150 hectares abrite le site d'*Airbus Industrie* et l'actuel aéroport nantais. Elle est dotée d'une piscine, d'une médiathèque, d'un centre culturel et d'une école de musique. Elle est desservie par la ligne 3 du tramway nantais, arrêt Grande Ouche ou Les Couëts ; à cette dernière station seulement figure un panneau indicateur mentionnant la direction de l'hôpital.

L'hôpital est entouré sur trois de ses côtés de zones d'habitation pavillonnaire ou de petits ensembles immobiliers contemporains, qui, parfois, sont en vis-à-vis de l'hôpital. Cette situation, source d'inquiétude au départ pour les habitants, ne fait pas l'objet, à l'usage, de difficultés au quotidien. Sur l'enceinte de l'hôpital, une unité d'hospitalisation et de consultation de pédopsychiatrie est en construction.

L'hôpital est clos d'un grillage de couleur verte d'une hauteur d'environ 2 m, qui ne donne pas un sentiment d'enfermement. Deux espaces verts sont situés à chaque extrémité de l'hôpital. La végétation est pour le moment pauvre, les arbres étant jeunes, le déménagement ayant eu lieu en mars 2012.

Une voie privée goudronnée cerne l'hôpital permettant l'accès des véhicules sanitaires jusque dans les unités d'hospitalisation, des embranchements permettant même d'accéder jusqu'à un sas desservant les chambres de soins intensifs. Une entrée véhicules et piétons est située au terme d'une allée partant d'un rond-point qui, lui-même, donne sur l'avenue Georges Clémenceau. Différents parkings sont situés le long de la voie goudronnée.

L'hôpital est constitué d'un bâtiment unique, d'une superficie de 5 230 m², comportant un seul étage, d'une superficie de 1 686 m² ; le bâtiment est traversé par une « rue » – un très long couloir – colonne vertébrale qui dessert les cinq unités d'hospitalisation et le pôle intersectoriel.



Le couloir central

Lorsqu'on entre dans l'hôpital, on se trouve face à la banque d'accueil. Sur la gauche du couloir central, se situent :

- le local des admissions et de la facturation (192 m²) ;
- l'unité Marc Chagall (628 m²) ;
- l'espace polyvalent, bureau de l'aumônier (15 m²) ;
- l'unité Pablo Picasso (602 m²) ;
- la cafétéria (42 m²) ;
- la salle de jeu, bibliothèque (16 m²) ;
- l'espace banque des patients (11 m²) ;
- l'unité Léonard de Vinci (625 m²) ;
- l'unité Andy Warhol (630 m²) ;

Sur la droite du couloir central, se présentent successivement :

- le pôle intersectoriel Claude Monet (268 m²) ;
- à angle droit de ce pôle, les locaux de formation (93 m²) ;
- les services techniques et logistiques (480 m²) ;
- la pharmacie (112 m²) ;
- la cuisine (360 m²) ;
- le restaurant du personnel (128 m²) ;
- le local d'activité Michel Ange (62 m²) ;
- le local d'activité Séraphine (84 m²) ;
- une salle polyvalente, salle de relaxation, de gymnastique douce (35 m²) ;
- l'unité Franco Minéo (728 m²).

Au premier étage, se situent les locaux administratifs (512 m²) ainsi que, pour chaque pôle, un espace de consultation allant de 331 à 357 m². Se trouve également à l'étage le local d'activité Paul Gauguin (146 m²).

Les unités d'hospitalisation se nomment Marc Chagall, Pablo Picasso, Léonard de Vinci, Andy Warhol, Franco Minéo. Chacune est de forme cubique, distribuée autour d'un patio central, qui comporte une partie protégée par une cloison vitrée, appelée « espace contemplatif ». Les chambres des patients ont fait l'objet d'une attention particulière : utilisation de couleurs (distinctes selon les unités) qui, sans être excessives, ne sont pas fades, placard décoré de motifs floraux très stylisés, table de chevet, petit bureau jouxtant une haute fenêtre à bandeaux dépolis dans sa partie basse, lit normalisé recouvert d'un dessus de lit à motif damassé. Chaque chambre est équipée d'une salle d'eau avec toilettes et douche à l'italienne.



Un patio

2.1.1 Histoire : de Montbert à Bouguenais

La mise en fonction de l'hôpital Georges Daumézon à Bouguenais a eu lieu en mars 2012 ; il s'agit donc d'une installation très récente (dix mois de fonctionnement sur ce site au moment de la visite).

Préalablement, l'hôpital était situé sur le bourg de Montbert, commune rurale de 2 800 habitants et 2 847 hectares, située à une vingtaine de kilomètres au Sud de Nantes. L'ancien hôpital comportait une vaste emprise foncière (quarante-quatre hectares), les pavillons étant reliés entre eux par un réseau routier interne. L'hôpital était, par contre, mal desservi par les transports en commun ; un car de l'hôpital assurait en complément une liaison avec Nantes.

Cette construction est décidée en 1960 pour décongestionner l'hôpital Saint-Jacques dont l'effectif des malades était monté à 1 200. Elle a finalement été opérationnelle en 1974, après que le projet initial eut fait l'objet d'une réduction importante du nombre des lits prévus : de 750 à 400 lits (dont 100 lits enfants). Dans les faits, la capacité du CH de Montbert a été de 252 lits et places dont 103 lits et places de psychiatrie générale sur le territoire de Montbert, et 149 places d'hôpital de jour (dont 69 en pédopsychiatrie).

Dès 1998, dans le cadre de la mission nationale d'appui en santé mentale (MNASM)¹, le projet de réalisation d'un nouvel hôpital voit le jour. L'agence régionale hospitalière ne retient pas le projet envisagé par l'hôpital d'une réhabilitation des locaux de Montbert sur le site, sous l'impulsion de la MNASM, qui prône une logique territoriale d'implantation de l'hôpital. Il a été évoqué également auprès des contrôleurs qu'une réhabilitation peut s'avérer décevante, tant dans la qualité de la réalisation que dans les coûts de fonctionnement ultérieurs.

¹ La mission dite Massé contribue à l'évolution des dispositifs de santé mentale depuis maintenant plus de 18 ans. Elle est constituée d'une équipe pluriprofessionnelle de membres permanents et d'une quarantaine de correspondants travaillant dans le champ de la psychiatrie dans les établissements de l'ensemble du pays.

2.1.2 Architecture

Le concours d'architecte a été gagné en février 2007 par l'agence parisienne Lazo-Mure. Celle-ci a déjà réalisé des équipements hospitaliers, dont un établissement hospitalier de psychiatrie adulte et hôpital de jour à Aubervilliers (Seine-Saint-Denis), l'établissement psychiatrique de Versailles-Le Chesnay (Yvelines), le pôle gériatrie de Loos (Nord)...

L'agence, dans l'énoncé de son projet architectural, indique le rôle déterminant de la lumière naturelle, du déplacement dans l'espace, de la relation intérieur-extérieur. « Nous recherchons une architecture aux lignes épurées et dont la volumétrie expressive reste dépourvue de toute ornementation, l'ensemble se devant de donner du sens en étant au service de la fonction ».

L'agence décrit ainsi le projet du CH Georges Daumézon : « Ce projet s'inscrit dans une délocalisation de l'actuel centre hospitalier de santé mentale situé dans la commune de Montbert. Le projet réunit au rez-de-chaussée 103 lits répartis en cinq unités sectorielles, une plateforme d'activités thérapeutiques commune, un pôle de médecine générale et un centre de formation. A l'étage l'administration et les PC médicaux. Les unités et sous unités sont accessibles de manière autonome et s'organisent autour de vastes espaces extérieurs protégés et sécurisés. L'ensemble est distribué par une rue intérieure. La grammaire architecturale contemporaine traduit, d'une part la vocation d'accueil et l'identification de l'édifice à l'échelle du site, et d'autre part, favorise par son travail formel l'expression de l'échelle plus intime liée à la chambre et aux lieux de vie quotidienne des patients ».

2.1.3 Le déménagement et l'appropriation des lieux

Un groupe de travail « déménagement » a été constitué en décembre 2010. Les membres du groupe de travail se sont réunis à dix-sept reprises. Ils ont étudié les questions relatives à l'échéancier général, la préparation et l'organisation du déménagement, les nouvelles organisations de travail à mettre en place dans le nouvel établissement. Les réunions ont été jugées constructives et positives.

Les cadres supérieurs des pôles ont organisé des réunions au sein de chaque pôle avec les équipes soignantes. En revanche, un compte-rendu de bilan du déménagement fait apparaître que les équipes médicales se sont senties moins sollicitées et ont regretté de ne pas avoir participé aux réunions de préparation.

Des visites préalables en juillet 2010, puis en avril, septembre, octobre et décembre 2011 et enfin en janvier, février et mars 2012 ont été destinées au personnel et elles ont été jugées très utiles. Une visite destinée aux patients « chroniques » a été également organisée et estimée très positive.

Au moment de la visite, l'importance de cette opération paraissait assimilée et l'hôpital fonctionnait à un rythme habituel. Mais demeurait présente, pour certains personnels, notamment les plus anciens, la contestation de la réalisation d'un hôpital sur un nouveau site au détriment, à leur avis, d'un réaménagement du site de Montbert ; pour eux, cette décision reste celle de l'autorité de tutelle, qui doit en assumer notamment les coûts budgétaires. Or ils craignent que les surcoûts de cette réalisation doivent être absorbés par des réductions budgétaires opérées principalement sur la masse salariale. La nouvelle réalisation a fait aussi l'objet de critiques portant sur la réduction des espaces collectifs (la disparition d'un grand parc au profit d'espaces extérieurs plus réduits et de patios, l'exiguïté de la cafeteria, la disparition du gymnase, l'utilisation d'un long couloir « rabattant » les patients vers l'intérieur de l'hôpital).

D'autres personnels ont au contraire mis en avant l'amélioration notable des conditions d'hospitalisation des patients, la qualité de la réalisation et de l'accès de l'hôpital favorisant les visites des proches (elles ont, de fait, notablement augmenté).

2.2 La psychiatrie dans le département de la Loire-Atlantique

La population du département de la Loire-Atlantique s'élève à 1 259 000 habitants².

Quatre établissements de santé publics dispensent des soins psychiatriques dans le département :

- le centre hospitalier (CH) Georges Daumézon situé à Bouguenais, lieu de la visite ;
- le centre hospitalier universitaire (CHU) de Nantes qui concerne une population d'environ 480 000 habitants et qui comprend six pôles de psychiatrie adulte ;
- le centre hospitalier général de Saint-Nazaire qui comprend deux secteurs de psychiatrie adulte ;
- le CH de Blain, à 40 km de Nantes, comportant quatre secteurs de psychiatrie adulte.

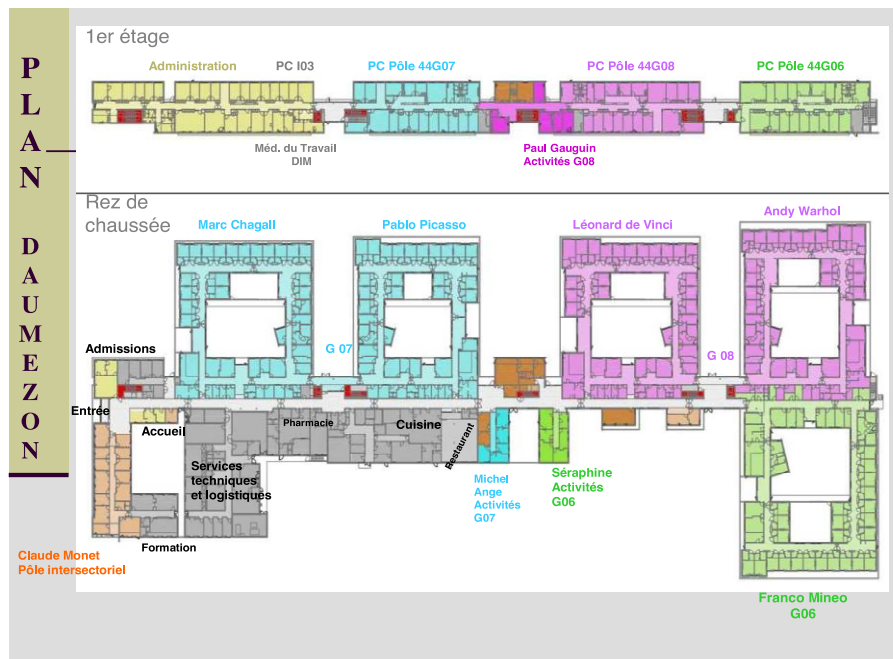
Deux cliniques privées sont installées à Nantes et à Guérande.

2.3 L'organisation fonctionnelle de l'établissement

Le principe du découpage en pôles a été défini par le conseil d'administration du 21 décembre 2006 en choisissant d'ériger chaque secteur en un pôle d'activité. Les services techniques, logistiques et administratifs restent transversaux. L'établissement comporte donc trois pôles de psychiatrie pour les adultes, un pôle de pédopsychiatrie et un pôle intersectoriel.

Tant la direction de l'hôpital que les médecins chefs d'unité et les équipes soignantes tiennent à rappeler que « l'offre de soins n'est pas centrée uniquement sur l'hospitalisation, le quart de la file active seulement relève d'une hospitalisation » et que le « fonctionnement s'inscrit dans une logique de réseau et de territoire ».

² Source : Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE).



- **le pôle G 06 :**

Il comprend :

- l'unité d'hospitalisation Franco Mineo ;
- l'unité d'activités thérapeutiques Séraphine ;
- le centre médico-psychologique (CMP) et l'hôpital de jour « Le Bois Marinier » situés à Rezé ;
- le CMP et l'hôpital de jour « Marie de Rais » situés à Machecoul ;
- le CMP et l'hôpital de jour « Les Pibales » situés à Le Pellerin ;
- l'hôpital de jour « l'Orée », situé à Montbert.

- **le pôle G 07**

Il comprend :

- les deux unités d'hospitalisation Pablo Picasso et Marc Chagall ;
- l'unité d'activités thérapeutiques Michel-Ange ;
- le CMP et l'hôpital de jour du « Bas Landreau » situés à Rezé ;
- le CMP et l'hôpital de jour « Le Champ Libre » situés à Saint-Philbert de Grand Lieu.

- **le pôle G 08 :**

Il comprend :

- les deux unités d'hospitalisation Léonard de Vinci et Andy Warhol ;
- l'unité d'activités thérapeutiques Paul Gauguin ;
- le CMP et l'hôpital de jour « La Nouaison », situés à Clisson ;
- le CMP et l'hôpital de jour « la Noë de l'Épinette » situés à Vertou.

- **le pôle intersectoriel :**

Il comprend les interventions relatives à :

- la Fédération de Santé Publique (FSP) ;
- la prévention suicide ;

- l'addictologie (alcoologie-tabacologie) ;
- la précarité.

Ainsi que :

- le centre d'accueil psychologique intersectoriel (CAPSI) ;
- la psycho-gériatrie ;

Et des unités transversales :

- la direction de l'information médicale (DIM);
- la pharmacie ;
- la médecine générale.

• Le pôle de pédopsychiatrie infanto-juvénile Nantes Sud Loire

Il est constitué de six Unités Fonctionnelles, réparties de façon homogène sur l'ensemble du territoire, comprenant chacune :

- un centre médico-psychologique pivot de l'organisation des projets de soins, lieu des premiers accueils, des consultations et des soins ambulatoires, ouvert 5 jours par semaine.
- une unité de soins à domicile.
- un CATTP (centre d'accueil thérapeutique à temps partiel).
- un hôpital de jour.

Ainsi que trois Unités Fonctionnelles sur l'agglomération nantaise et trois unités fonctionnelles réparties selon une ligne Est-Ouest, dans des communes qui sont, en termes d'intercommunalité, des pôles d'équilibre.

2.4 Les personnels

L'équipe de l'établissement est composée de quatre personnels de direction, 36,25 équivalents temps plein (ETP) de personnel médical (soit 43 médecins) plus les internes et 401,22 ETP de personnel non médical dont 176,03, 18 ETP d'infirmier (209 personnes) ainsi répartis :

Au 9 janvier 2013	Infirmiers et aides soignants de jour	Agents des services hospitaliers (ASH)	Secrétaires médicales et assistantes sociales	Cadres	Infirmiers et aides soignants de nuit	Cadres de nuit
Nombre ETP						
G 06, G 07 et G 08					3 2,8	4 4
G 06			4 3,7	5 5	9 8,8	
Minéo	19 19	8 7,4				
G 07			4 4	5 5	14 12,6	
Picasso	16 15	5 4,9				

Chagall	18 / 16,6	5 / 4,6		
M. Ange	2 / 2			
G 08			8 / 5,8	5 / 5
Warhol	16 / 15,1	6 / 5,3		11 / 10,8
Vinci	15 / 13,6	6 / 5		
Gauguin	2 / 1,8			

Le recrutement est réalisé par la direction en lien avec les secteurs au niveau du pôle de secteur ; l'affectation dans un service spécifique du pôle est fixée par le médecin chef du pôle et le cadre supérieur de santé. Chaque pôle a ses propres règles d'affectation et de rotation interne. Par exemple, au sein du secteur G07, il est organisé un système de rotation entre l'ensemble des unités. Ainsi, un personnel soignant peut passer d'une unité intra-hospitalière à une unité extrahospitalière, d'un service de jour à un service de nuit. Ces rotations sont effectuées chaque année pour une partie du personnel, en priorisant les volontariats. En général, les postes en extrahospitalier sont les plus demandés.

Le recrutement ne pose pas de problème. Au moment de la visite des contrôleurs, aucun poste n'était vacant.

Depuis cinq ans, le *turn over* des infirmiers a été d'environ 25 % ; il en résulte un rajeunissement du personnel.

Dans la mesure du possible, **le personnel soignant arrivant** est placé « en doublure » pendant les premiers jours de son service. Tout nouvel arrivant est recruté par la Directrice des Ressources Humaines et le Directeur des Soins, rencontre ensuite le cadre supérieur de santé et le cadre de l'unité où il est affecté.

Trois fois par an, une « Journée d'accueil des nouveaux arrivants » est organisée au profit d'une vingtaine de personnes – infirmiers, agents des services hospitaliers, techniciens, secrétaires – ; il leur est présenté des sujets tels que : « l'établissement » ; « la direction » ; « la prise en charge en psychiatrie » ; « le projet d'établissement » ; « l'hygiène » ; « la sécurité informatique » ; « la sécurité incendie »...

Des formations sont proposées aux personnels soignants. Notamment, en 2012, une formation de deux jours pour douze personnes a porté sur « La psychiatrie et les droits des patients » ; elle a été programmée à nouveau pour l'année 2013.

Le directeur des soins réunit l'ensemble des cadres supérieurs une fois par semaine ; « cela contribue à un esprit de mutualisation ».

L'organisation du **service de nuit** est fixée au niveau de chaque pôle.

Dans les unités des pôles G 07 et G 08, les équipes sont constituées de deux personnes dont un infirmier au moins, dans chaque unité ; le pôle G06 n'ayant qu'une unité, son équipe est composée de trois personnes dont au moins deux infirmiers.

Au sein du pôle G 07, l'équipe de nuit est composée de douze agents totalisant 10,4 équivalents temps plein (ETP) dont dix infirmiers (8,6 ETP) et deux aides soignants (1,8 ETP) ; elle compte quatre hommes et huit femmes.

Un cadre de santé et un agent technique sont présents toute la nuit pour l'ensemble de l'établissement.

Un « pool de nuit » composé de deux infirmiers et une infirmière a été créé afin de palier des absences imprévues dans une unité de l'établissement.

2.5 Les données financières

Le coût de la réalisation du nouvel hôpital est passé de 18,3 à 21,4 millions d'euros. La vente de l'ancien hôpital, évaluée à 3 millions d'euros, a dû être réévaluée à 1,5 millions d'euros. Un deuxième surcoût, non négligeable, provient de l'augmentation de la taxe de transport qui s'élève à 130 000 euros, (2 % des traitements bruts, selon la fixation opérée par Nantes Métropole, soit 80 000 euros de plus que sur le site de Montbert, non desservi par les transports en commun). La construction du service hospitalier intersectoriel en pédopsychiatrie (SHIP) en cours de réalisation se fait sur un apport de terrain (4 500 m²) opéré par l'hôpital et qui fait l'objet d'une convention d'occupation prévoyant le paiement d'un loyer.

L'effort d'emprunt pour la construction du nouvel hôpital s'élève à 15,05 millions d'euros et il doit être amorti en 25 ans. L'écart doit être assuré par les capacités d'autofinancement de l'hôpital. Par ailleurs, comme tout établissement de santé publique dans le contexte économique actuel, le CH Georges Daumézon doit faire des efforts de gestion pour maintenir son équilibre financier. Or le poste le plus élevé des dépenses est celui lié aux dépenses de personnel (environ 81 % des dépenses budgétaires), ce qui constitue une source d'inquiétude pour les organisations syndicales.

2.5.1 Les produits

	2010 (réel)	2011 (réel)	% évolution 2011-2010	EPRD 2012 notifié	% évolution EPRD 2012 - 2011
TITRE 1 - Dotation annuelle de financement	24 150 399,00	24 582 352,00	1,79 %	24 533 842,00	-0,20 %
TITRE 2 - Produits hospitaliers hors assurance maladie	1 024 064,33	1 058 232,27	3,34 %	953 488,00	-9,90 %
TOTAL DES TITRES 1 ET 2	25 174 463,33	25 640 584,27	1,85 %	25 487 330,00	-0,60 %
Part de la dotation annuelle de financement	95,93 %	95,87 %		96,26 %	
Part des produits hospitaliers hors assurance maladie	4,07 %	4,13 %		3,74 %	

Le montant global des ressources d'assurance maladie versé sous forme de dotation s'élève à **24 533 842 euros**, ce qui représente 96,26 % des produits.

Les produits hospitaliers non pris en charge par l'assurance maladie (mais pris en charge par les patients et organismes complémentaires) représentent **3,74 %** des produits hospitaliers.

2.5.2 Les charges

Le montant total des charges, en augmentation de 2,54 %, s'élève à : 27 238 058,16 euros.

Charges de personnel

Le montant des charges de personnel s'élève à **22 122 108,16 euros** soit **81,22 %** des charges totales. Les charges de personnel augmentent de 1,21 % par rapport aux charges constatées à la clôture de l'exercice 2011.

Charges médicales et pharmaceutiques

Le montant des charges médicales et pharmaceutiques s'élève à **289 462 euros** soit 1,06 % des charges totales.

Charges hôtelières et générales

Le montant des charges hôtelières et générales s'élève à **2 441 649 euros** soit 8,96 % des charges totales. Elles augmentent de **17,87 %** pour faire face aux charges exceptionnelles (paiement de l'entretien et des charges sur les deux sites, coût du déménagement, renouvellement des petits matériels hôteliers, préparation de la plateforme intersectorielle).

Charges financières, exceptionnelles, amortissements et provisions

Le montant des charges financières, exceptionnelles, amortissements et provisions s'élève à **2 384 829 euros** soit **8,76 %** des charges totales.

Les charges financières prévisionnelles s'élèvent à **661 733 euros** pour l'exercice 2012 soit une progression de **312 435,94 euros** par rapport à l'exercice 2011.

Le compte de dotation aux amortissements et provisions s'élève à **1 701 096 euros**.

2.6 L'activité

Le centre hospitalier spécialisé Georges Daumézon a une capacité totale théorique de 103 lits. L'activité pour l'année 2012 se répartit comme suit :

		44 G 06	44 G 07	44 G 08
File active globale du pôle		1370	1328	1239
Hospitalisation à temps complet	File active	287	336	1239
	Temps complet exclusif	82	114	181
	Nombre de séjours	432	769	713
	Nombres de journées	7627	12564	12382
Hospitalisation à temps partiel	File active	185	117	108
	Temps complet exclusif	13	4	17
	Nombre de séjours	249	281	171
	Nombre de venues	10861	4079	3660

Ambulatoire	File active	1278	1214	1048
	Ambulatoire exclusif	971	946	773
	Nombre d'actes	14172	8837	8729

		G 06			G 07			G 08		
		File active	Nb séjours	Nb journées	File active	Nb séjours	File active	File active	Nb séjours	File active
Hospitalisation à temps complet	Soins libres	250	367	5327	293	622	7876	373	622	9273
	SPDT normale	38	47	1193	39	85	1317	51	65	1342
	SPDT péril imminent	8	11	259	7	11	130	11	11	89
	SPDT urgence	31	34	555	41	83	1659	44	54	1008
	SPDRE ³ Préfet	1	5	13	3	3	998	3	5	589
	SPDRE Maire	5	5	45	3	6	130	5	5	35
	SPDRE détenus	1	1	5	3	3	45	1	1	5
	SPDRE irresponsabilité pénale	2	6	189	1	1	364			
	Hosp. Mineurs	2	3	41	3	3	22	5	5	19
	Hospitalisation à temps partiel	Soins libre	166	206	8758	110	254	3924	106	161
SPDT ⁴ normale		15	17	1061	110	254	3924	106	161	3552
SPDT urgence		12	14	696	5	15	68	3	4	23
SPDRE Préfet		1	5	128						
SPDRE Maire					1	6	14			
SPDRE irresponsabilité pénale		2	7	207						
Hosp. Mineurs		2	2	11						

Au 17 janvier 2013, le tableau de suivi des patients admis sans consentement faisait état de :

- quatorze patients admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE), dont les dates d'admission étaient par ordre chronologiques les suivantes : 6/03/1987, 30/07/1996, 4/01/2006, 6/03/2008, 10/04/2009, 1/11/2009, 30/04/2010,

³ Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat

⁴ Soins psychiatriques à la demande d'un tiers

19/05/2010, 2/08/2011, 25/10/2011, 6/01/2012, 10/10/2012, 22/11/2012 et 17/12/2012 ;

- quinze patients admis en soins psychiatriques à la demande d'un tiers en hospitalisation complète (SPDT), le plus ancien admis le 26 mai 2011 et cinquante patients bénéficiant d'un programme de soins, le plus ancien admis le 15/03/2000.

3 LES HOSPITALISATIONS SANS CONSENTEMENT ET L'EXERCICE DES DROITS

3.1 L'admission des patients sans consentement

3.1.1 L'arrivée

Toutes les admissions ne proviennent pas des unités médico-psychologiques (UMP) de Nantes, elles arrivent *via* les médecins généralistes ou après consultation en urgence à la demande du patient ou de la famille.

3.1.1.1 L'admission par les services d'urgences

Le CH ne dispose pas de service d'urgence. Les urgences psychiatriques sont gérées par le CHU de Nantes, qui adresse les patients en hospitalisation après la prise en charge en première intention de l'urgence, ce qui permet également de réaliser un examen somatique et, si nécessaire, des examens complémentaires.

3.1.1.2 L'admission des patients non résidant sur l'un des secteurs concernés

L'admission d'un patient non résidant sur le secteur d'hospitalisation (« hors-secteur ») se fait selon les mêmes modalités qu'un patient du secteur concerné. Le secteur de rattachement du patient est informé de l'hospitalisation dès l'admission, et le médecin de l'unité de rattachement est immédiatement sollicité.

Si le patient hors-secteur dépend d'un autre secteur rattaché au CH, il sera transféré sur son secteur de rattachement dès qu'une place se libèrera. Dans l'intervalle de temps, un médecin de son secteur de rattachement vient participer à sa prise en charge, et le rencontre à la même fréquence que les patients du secteur de rattachement.

Si le patient hors-secteur dépend d'un secteur non rattaché au CH, il sera transféré sur son secteur de rattachement dès qu'une place se libèrera. Dans l'intervalle de temps, il sera pris en charge selon les mêmes modalités que les autres patients de l'unité qui l'accueille.

Afin de mieux coordonner la prise en charge et le transfert des patients hors-secteurs, un protocole a été initié le 1^{er} février 2004 entre les quatre hôpitaux de Loire-Atlantique : le CHU de Nantes, le CH de Bouguenais, le CH de Saint-Nazaire et le CH de Blain. Ce protocole a pour principe général (article 1) de poser « le cadre de la solidarité et de la complémentarité entre établissements ».

La décision de l'admission d'un patient hors-secteur se fait à la demande de son établissement de rattachement, quand celui-ci ne dispose pas d'une place pour l'accueillir. Dans ce cas, l'admission se fait avec l'autorisation médicale d'un médecin disposé à accueillir le patient et avec l'autorisation administrative de l'administrateur de permanence. Lorsqu'un hôpital signataire du protocole émet une demande, si le CH dispose d'une place libre, l'administrateur de permanence donne systématiquement son accord pour le transfert. En revanche, en ce qui concerne l'autorisation médicale, il a été rapporté aux contrôleurs que : « certains médecins respectent le principe de solidarité et complémentarité et acceptent d'hospitaliser le patient dans leur secteur, mais d'autres médecins refusent systématiquement d'accepter un patient d'un autre

hôpital pour des raisons de commodité personnelles et mettent en avant des raisons médicales difficilement justifiables pour expliquer leur refus ».

Une convention avec la société des Ambulances *Douillard* a été passée en octobre 2011.

L'admission suivant le fléchage réservé aux ambulances permet aux véhicules de stationner devant la porte d'entrée d'un sas qui donne accès d'une part à la chambre de soins intensifs (CSI) et d'autre part, à l'unité d'hospitalisation qui va accueillir le patient. Cette modalité d'admission concerne les patients hospitalisés en SPDT et en SPDRE ces patients n'ayant ni les uns ni les autres consenti aux soins, et pouvant, les uns comme les autres, manifester un état d'agitation qui nécessite la mise en CSI le temps de la sédation, ainsi que certains patients admis en soins libres pour des raisons purement pratiques (personne âgée, faible physiquement, arthrose de la hanche, ou extrêmement déprimée...)

Cette disposition architecturale a été spécifiquement réfléchi et conçue par le corps médical lors du projet architectural du bâtiment, afin de faciliter et optimiser l'accueil des patients en état d'agitation ou de détresse psychique majeure, et qui auront besoin d'être hospitalisés en chambre de soin intensif (CSI) dès leur arrivé.

Grâce à ce parcours, l'accueil se fait selon des modalités pratiques qui permettent de rassurer et contenir les débordements des patients agités, sans que cela entraîne de conséquence gênante pour les patients déjà hospitalisés dans l'unité.

3.1.1.3 Les admissions par la porte principale du bâtiment

L'admission se fait par la porte principale du bâtiment, sauf pour les patients dont l'état de santé nécessite qu'ils soient admis directement dans l'unité.

3.1.1.4 Les modalités d'arrivée

Dès que le CH de Bouguenais est informé par un service hospitalier (généralement le service des urgences du CHU de Nantes) qu'un patient va être admis en SPDT ou en SPDRE, deux infirmiers vont se déplacer depuis le CH de Bouguenais jusqu'au service où est hospitalisé le patient, afin de le prendre en charge dans les meilleurs conditions possibles.

Le patient est amené par le véhicule jusque devant la porte extérieure du sas d'admission de l'unité qui l'accueille. Arrivé dans le sas, ses papiers d'identité, médicaux et administratifs sont récupérés par un soignant, qui les transmettra au service des admissions, afin d'effectuer les modalités administratives d'admission.

Il est informé oralement du règlement de l'unité et du protocole de mise en CSI ; aucun document écrit ne lui est remis tant qu'il est en CSI. Le livret d'accueil lui sera remis lorsqu'il sera hospitalisé dans une chambre ordinaire au sein de l'unité.

Ses effets personnels sont inspectés en sa présence, afin de vérifier l'absence de tout objet dangereux ou interdit selon le règlement intérieur. Puis ils sont stockés dans la bagagerie de l'unité.

Il est ensuite conduit dans la CSI ; les soignants restent en sa présence jusqu'à ce que son état soit jugé suffisamment apaisé pour le laisser seul dans la CSI.

Le patient est ensuite vu par un psychiatre dans l'heure qui suit son admission. Si l'admission s'effectue en dehors du temps de présence médicale sur l'unité, il est vu par le psychiatre de garde ; il sera revu le lendemain par un psychiatre de l'unité.

3.1.1.5 L'arrivée des adolescents

L'arrivée des patients mineurs se fait selon les mêmes modalités que celles des patients majeurs. L'admission de mineurs reste exceptionnelle, du fait de l'existence de services d'hospitalisation en pédopsychiatrie dans le département. Aucun protocole particulier n'est prévu pour leur accueil, mais des liens cliniques et fonctionnels sont faits avec le CMP pour adolescents en fonction de la sectorisation.

3.1.2 Les formalités administratives

Le certificat médical initial et, dans l'hypothèse d'une admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat, l'arrêté préfectoral, sont adressés par télécopie au bureau des admissions, le cas échéant, par courriel si le télécopieur ne fonctionne pas, avant l'arrivée du patient à l'hôpital. Les originaux sont apportés dès que possible par les policiers ou les gendarmes, par les ambulanciers ou encore sont adressés par courrier. Selon les informations recueillies, ces documents sont transmis dans un délai compris entre huit et dix jours après l'admission effective du patient. La notification de la décision est donc effectuée la plupart du temps à partir d'une télécopie, sans attendre la réception des originaux.

Les personnes détenues sont adressées par le service médico-psychologique régional (SMPR) du CHU de Nantes (cf. § 4.6).

Les patients sont transportés par ambulance. Dans l'hypothèse où le patient est admis sans consentement, deux ambulanciers sont nécessairement présents ; en fonction des préconisations du médecin des urgences, un soignant peut également participer au transport.

Ensuite, soit le patient est déjà connu du CH et il est admis directement sans formalité préalable, soit – dans la mesure où son état le permet – il transite par le bureau des admissions situé à l'entrée de l'hôpital. Il patiente alors dans le hall. A cet effet, deux espaces ont été aménagés :

- dans le hall, a été constitué un petit salon d'attente avec quelques fauteuils et une table basse sur laquelle sont disposées des revues et
- le bureau des admissions équipé de fauteuils.

Au besoin, si le patient est agité et ne peut pas patienter, l'ambulancier reviendra, après l'avoir accompagné jusqu'à son unité, apporter les papiers nécessaires à la constitution du dossier administratif ou bien le cadre de santé ou un personnel de l'unité qui s'en chargera, en principe dès le lendemain.

Le secrétariat médical ou le cadre de santé de l'unité concernée est contacté téléphoniquement aux fins de vérifier que le patient est bien accueilli dans cette unité. Il est ensuite procédé aux formalités administratives.

Le personnel du bureau des admissions vérifie que le patient est en possession de sa carte d'identité, de sa carte vitale et de sa carte de mutuelle (les personnels du bureau des admissions notamment ont été formés à l'identito-vigilance⁵). Il est également demandé au patient de remplir un document sur lequel est indiqué « état civil ». Sur ce document doivent être renseignées les rubriques suivantes : nom, prénom, date et lieu de naissance, nationalité, sexe, adresse, personne à prévenir, adresse, degré de parenté, médecin traitant, commune. L'ensemble de ces documents (cartes et fiche de renseignement) ainsi que la check-list qui récapitule les démarches à effectuer par l'agent sont scannés et enregistrés informatiquement dans le dossier du patient sur le logiciel

⁵ Il s'agit du système de surveillance et de gestion des risques et erreurs liés à l'identification des patients

Cariatides⁶, même s'il demeure par ailleurs des dossiers papier, aux noms des patients, rangés dans le bureau des admissions. Le bureau des admissions et l'accueil sont équipés chacun d'un photocopieur qui peut également scanner et télécopier.

Le personnel du bureau des admissions est présent de 8h30 à 17h30.

En dehors de ces horaires, cinq agents se relaient à l'accueil et procèdent alors aux admissions ; ces agents travaillent de 6h45 à 14h55 et de 13h35 à 21h15. Entre 21h15 et 6h45, c'est le cadre de santé de nuit qui procède aux admissions.

Le livret d'accueil est remis par le bureau des admissions ou par l'unité, en fonction de l'état du patient.

Un infirmier au moins de l'unité dans laquelle le patient est admis vient le chercher au bureau des admissions, s'il a pu y passer pour effectuer les formalités d'enregistrement.

Dans le compte rendu de la réunion d'équipe intervenue le 2 mai 2012 au sein de l'unité Léonard de Vinci, il est indiqué : « les collègues présents ce jour sont unanimes sur l'intérêt d'une gestion centralisée et unique des documents administratifs par le bureau des entrées ; cependant, plusieurs points restent à affiner :

- intérêt clinique d'aller chercher les patients au bureau des entrées : manque de confidentialité pour échanger dans le couloir ;
- appel tardif du bureau (doivent normalement vous appeler à l'arrivée du patient) ;
- ambulanciers qui doivent rester jusqu'à votre arrivée.

Dossier à suivre... »

3.1.3 La désignation d'une personne de confiance

Le livret d'accueil comporte une fiche explicative sur la personne de confiance et un formulaire à remplir si le patient souhaite en désigner une.

Pour l'année 2012, les statistiques du centre hospitalier présentent les informations suivantes :

	G06	G07	G08
Nombre de patients à temps complet	247	390	308
Une personne de confiance a été désignée	94	62	15
Le patient n'a pas souhaité désigner une personne de confiance	8	7	3
Aucune personne de confiance n'a été enregistrée ⁷	139	320	290

Selon les indications données aux contrôleurs par des personnels du pôle G08, dix patients de l'unité Léonard de Vinci avaient désigné une personne de confiance sur les dix-huit hospitalisés le 14 janvier 2013 et onze patients de l'unité Andy Warhol l'avaient fait sur les vingt patients admis à la même date.

3.1.4 La notification de la décision et l'information relative aux voies de recours

L'agence régionale de santé (ARS) dispose d'un numéro de téléphone et d'une adresse de messagerie d'urgence susceptibles d'être utilisés la nuit et le week-end. Les relations avec l'ARS

⁶ Cariatides est un logiciel de gestion du dossier médical du patient.

⁷ Les informations n'ont pas été enregistrées dans le logiciel Cariatides, mais selon la direction, ces données sont placées dans le dossier de soin, non accessible aux contrôleurs.

ont été qualifiées de « très bonnes » ; les personnels répondent ainsi très régulièrement – et quand ils le peuvent – aux questions d’ordre juridique posées par le personnel de l’hôpital, le cas échéant en consultant eux-mêmes leur service contentieux.

Un formulaire de notification est systématiquement pré-rempli par la responsable du bureau des admissions. Ces documents sont adressés par télécopie au secrétariat médical du pôle concerné qui le transmet au cadre de santé : c’est le cadre de santé qui procède en principe à la notification de la décision d’admission. Les originaux sont conservés dans une bannette au sein du bureau des admissions, en attente du retour du formulaire de notification signé, ce qui permet d’assurer un suivi des notifications en cours.

Deux formulaires existent :

- l’un de « notification d’un arrêté préfectoral (SPDRE) et certificat médical annexé ». Sous ce titre, il est possible de préciser l’objet de l’arrêté en cochant l’une des options suivantes : « prononçant l’admission en soins psychiatriques, prononçant le maintien en soins psychiatriques, définissant ou modifiant la forme de la prise en charge : hospitalisation complète, définissant ou modifiant la forme de la prise en charge : mise en place d’un programme de soins, de transfert du patient, mettant fin à la mesure de soins psychiatriques ». Ce formulaire contient ensuite deux cadres :
 - l’un réservé au patient. Ce dernier certifie avoir reçu copie de l’arrêté préfectoral daté du... ainsi que du certificat médical annexé à celle-ci (il doit rayer la mention inutile). Il reconnaît par ailleurs être informé des voies de recours possibles contre cette mesure et de la possibilité de présenter des observations écrites ou orales à l’attention du directeur de l’établissement, préalablement à la décision de maintien des soins psychiatriques susceptibles d’intervenir ultérieurement. Le patient doit dater et signer ;
 - l’autre réservé au cadre de santé. Celui-ci doit y porter son nom, prénom et sa fonction. Il reconnaît avoir remis au patient une copie de l’arrêté préfectoral daté du... ainsi que du certificat médical annexé à celle-ci (il doit également rayer la mention inutile). Il doit indiquer, le cas échéant, si le patient « a refusé de signer la présente notification. Je certifie l’avoir informé oralement du sens et des motifs de la décision notifiée, des voies de recours possibles contre celle-ci, ainsi que de la possibilité de présenter des observations écrites ou orales à l’attention du directeur d’établissement, préalablement à la décision de maintien des soins psychiatriques susceptible d’intervenir ultérieurement ». Le cadre de santé doit également dater et signer ;
- l’autre de « notification d’une décision du directeur (SPDT et SPI), établi exactement sur le même modèle.

Il a été indiqué que les décisions d’admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l’Etat étaient notifiées au patient assez rapidement, en principe « dans les vingt-quatre heures qui suivent l’admission physique ».

Les contrôleurs ont examiné les formulaires en attente de notification.

Le jour du contrôle, vingt-huit décisions concernant des patients admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l’Etat (ASPDRE) étaient en attente de notification. Parmi elles, la plus ancienne datait du 30 mars 2012. Il est apparu que certaines mesures avaient été levées sans que la décision initiale n’ait pu être notifiée au patient concerné.

S’agissant des admissions en soins psychiatriques à la demande d’un tiers (ASPDT), 340 décisions n’avaient pas été notifiées : 152 concernant le pôle G06, 60 concernant le pôle G07 et

111 concernant le pôle G08 (17 décisions n'avaient pas été triées et leur origine n'était pas déterminée). Ces décisions sont majoritairement des décisions de maintien en soins psychiatriques sans consentement. Il peut s'agir aussi de décisions de mainlevée ou de décisions de transformation en soins ambulatoires. Mais des décisions initiales d'admission sans consentement n'ont pas été notifiées, parfois depuis longtemps. Ainsi pour le pôle G06, huit décisions d'admission ne l'ont pas été (décisions des 6 avril, 8 avril, 11 avril, 5 mai, 30 mai, 5 juin, 6 juin et 23 juin 2012) ; pour le pôle G07, cinq décisions (décisions des 28 mars 2012, 5 avril, 6 avril, 11 avril et 17 avril 2012) ; pour le pôle G08, six décisions (décisions des 9 janvier 2012, 27 mars, 30 mars, 9 avril, 3 juin et 4 juin 2012).

En outre, une fiche de signalement d'évènement indésirable en date du 13 juillet 2012 relate les faits suivants :

« Ce jour, il nous est demandé de transmettre et d'informer un patient suivi en ambulatoire dans le cadre d'un programme de soins une notification d'arrêt préfectoral datée du 8 juin 2012, réceptionnée sur le CH en date du 14 juin et transmise au secrétariat du pôle le 12 juillet à 17h.

Hier, 12 juillet, j'ai rencontré ce patient pour lui transmettre une notification datée du 4 juillet qu'il avait déjà signée le 5 juillet et une décision du juge du 22 mars 2012 déjà signée également (découvert ce jour).

Patient : perturbé par le rappel de son hospitalisation SPDRE dans une période où il adhère aux soins. [...] ».

Deux autres fiches rédigées en 2012 évoquaient des problèmes de délai similaires.

Une fois le formulaire signé, il est scanné et enregistré dans le dossier du patient et, pour les décisions d'admissions en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat, transmis par télécopie à l'ARS.

Pour les notifications, il a été indiqué que dans l'hypothèse où le patient ne parlait pas la langue française, il était fait appel soit à un personnel de l'hôpital, soit à « l'association santé migrants Loire-Atlantique » (ASAMLA) qui fournit des interprètes alors rétribués par l'hôpital. Il a ainsi été évoqué le cas d'un patient admis en SPDRE, d'origine polonaise, résidant en Italie, qui ne parlait pas français et pour lequel l'association avait dû être sollicitée.

En principe, à l'unité Pablo Picasso, la notification de soins sans consentement est signée par le patient au moment de l'établissement de chaque certificat : le certificat d'admission, la confirmation des vingt-quatre heures, le certificat des soixante-douze heures, celui des huit jours et la convocation devant le juge des libertés et de la détention (JLD). Un exemplaire de chaque notification est remis au patient.

A l'admission, le médecin explique au patient les spécificités du mode d'hospitalisation sans consentement le concernant. C'est le cadre de santé qui procède à la notification en présence d'un infirmier ; le médecin l'accompagne s'il l'estime nécessaire. C'est à cette occasion que le cadre de santé développe et explique ses droits au patient. Il a été expliqué aux contrôleurs que les droits étaient explicités et détaillés sur une note placée sur le tableau d'affichage à l'intérieur du service ; en réalité, le tableau d'affichage ne comportait qu'une note d'une page intitulée « Instruction des plaintes ou réclamations et la CRUQPC », qui n'évoquait que cette commission.

3.1.5 L'inventaire des objets personnels

A l'arrivée, un inventaire des effets personnels du patient est effectué dans l'unité d'admission.

A l'issue de ce dernier, tout objet potentiellement dangereux est retiré et conservé dans le bureau infirmier.

S'agissant des objets de valeur, un formulaire intitulé « inventaire à l'admission en hospitalisation » est renseigné. Celui-ci mentionne l'unité dans laquelle le patient est admis. Il est daté et signé par le patient mais aussi par les agents qui y ont procédé. L'inventaire concerne les objets précieux (bijoux, téléphone portable, micro-ordinateur, MP3, radio, argent en espèces et moyens de paiement...), les vêtements portés par le patient à son admission (manteau, fourrure, cuir, bottes...), ainsi que les prothèses, appareils auditifs ou dentaires, lunettes.

Il est indiqué pour chaque objet s'il sera laissé au patient, remis à un tiers, ou conservé par l'hôpital, dans le coffre, la mini-banque (cf. § 4.1.10) ou l'unité d'hospitalisation avant, le cas échéant, transmission à la Trésorerie compétente). Ces objets seront restitués au patient en cas de permission ou de sortie définitive.

L'argent liquide est obligatoirement déposé à la Trésorerie, qui le reversera ultérieurement à la mini-banque sur demande du patient ou de son représentant légal.

3.2 Les informations délivrées au patient admis

3.2.1 Le livret d'accueil

Au jour du contrôle, la dernière mise à jour du livret d'accueil datait de juillet 2012.

Il s'agit d'une brochure en papier glacé de vingt pages qui contient les rubriques suivantes :

- mot d'accueil ;
- présentation de l'établissement ;
- sectorisation ;
- votre admission ;
- votre séjour ;
- vos droits ;
- vos devoirs ;
- votre sortie ;
- les frais d'hospitalisation ;
- la charte de la personne hospitalisée.

Les informations qu'il contient sont brèves mais exposés clairement. Les adresses utiles et les horaires des différents services (notamment du bureau des admissions ou de la cafétéria) y figurent.

Dans le rabat de la couverture, sont également insérés :

- un questionnaire de sortie ou questionnaire de satisfaction ;
- le formulaire de désignation de la personne de confiance évoqué *supra* ;
- une fiche de renseignements relative à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (cf. § 3.9.2) ;
- une autre relative aux indicateurs de qualité et de sécurité des soins ;
- deux feuilles recto-verso sur lesquelles sont mentionnés les noms et coordonnées téléphoniques des personnels médicaux et non médicaux travaillant dans chacun des pôles de psychiatrie.

Il a été indiqué aux contrôleurs que le livret d'accueil était distribué aux patients par le bureau des admissions dans les heures ouvrables et par le cadre de santé, notamment la nuit.

3.2.2 Les informations relatives à la loi du 5 juillet 2011 et aux voies de recours

Pour les patients, des informations relatives à la loi du 5 juillet 2011 sont contenues dans le livret d'accueil.

Dans la rubrique relative à l'admission, il est ainsi indiqué :

« En application de la loi 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, différents modes d'admission existent en fonction de l'état de santé de chacun.

- les soins psychiatriques libres (SL) : le malade fait l'objet de soins psychiatriques avec son consentement. Il entre dans le service de sa propre initiative ;
- les soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT) : ces soins font suite à une demande de la famille, d'un proche ou de toute personne agissant dans l'intérêt du patient quand son état de santé ne lui permet pas de manifester son désir d'être soigné ;
- les soins psychiatriques à la demande⁸ du représentant de l'Etat (SPDRE) : ces soins font suite à une décision du préfet ou du maire en cas d'urgence quand la personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui.

Si vous êtes hospitalisé sans votre consentement, vous serez informé de votre situation juridique et de vos droits.

Pour toute réclamation, vous pouvez vous adresser à la Commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), au juge des libertés et de la détention, au procureur de la République, au président du tribunal de grande instance, au préfet ».

Les adresses postales de ces différentes autorités sont ensuite développées.

Un certain nombre d'informations sont également contenues dans l'avis d'audience intitulé « avis au patient » dont les contrôleurs ont pu prendre connaissance. Est ainsi mentionnée la possibilité :

- de se faire assister d'un avocat de son choix ou commis d'office, dans cette dernière hypothèse en adressant « au plus vite votre demande, par l'intermédiaire de votre directeur d'établissement ou directement au greffe » ;
- d'avoir accès aux pièces du dossier en faisant la demande au secrétariat du directeur de l'établissement, cette consultation ayant lieu ensuite au greffe du tribunal ;
- de faire parvenir au greffe des observations par écrit dont il est précisé qu'elles seront portées à la connaissance des autres parties au cours de l'audience.

De même, à l'issue de l'audience, le directeur de l'hôpital reçoit du greffier du JLD « notification d'une ordonnance statuant sur une procédure de contrôle d'une mesure de soins psychiatriques ». Il y est spécifié qu'il convient de remettre au patient copie de l'ordonnance et « la notice indiquant les modalités de recours ainsi que les textes correspondants des codes de la santé publique et de procédure civile ». Cette notice est ainsi rédigée : « cette décision peut être frappée d'appel dans un délai de 10 jours à compter de la présente notification. Le point de départ de ce délai est le jour de la réception de ce courrier de notification. Vous voudrez bien remettre l'avis de réception au directeur de l'établissement dans lequel vous êtes hospitalisé dans les

⁸ Il s'agit d'une erreur : les soins psychiatriques ne sont pas demandés par le préfet mais décidés par lui. Il s'agit de soins psychiatriques « sur décision du représentant de l'Etat » (cf. chapitre III du titre 1^{er} du livre II du code de la santé publique).

meilleurs délais, qui le retournera ensuite au greffe ; le recours doit être formé par déclaration motivée transmise par tout moyen au greffe de la cour d'appel de Rennes. Le ministère public peut, dans tous les cas, interjeter appel dans le même délai. AVIS IMPORTANT : les délais et modalités d'exercice des voies de recours sont définis dans les articles ci-après. En application de l'article 680 du code de procédure civile, je vous indique que l'auteur d'un appel abusif ou dilatoire peut être condamné à une amende civile et au paiement d'une indemnité aux intimés ». Sont jointes à la notice la copie de l'ordonnance et l'avis de réception à retourner au greffe sur lequel le directeur peut déclarer n'avoir pu effectuer la notification à l'intéressé pour des raisons qu'il doit préciser.

S'agissant des personnels, au moment de l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011, le directeur du CH et l'agent responsable du bureau des admissions ont établi des trames d'analyse des nouveaux textes et des modèles de certificats requis par la loi. Ont également été organisées, au niveau départemental, plusieurs réunions avec l'ensemble des partenaires concernés, la préfecture, l'ARS et le TGI de Nantes. Des réunions d'information ont été mises en place au sein de l'hôpital à l'attention des médecins psychiatres et des cadres de santé.

Lors du contrôle, le comité de pilotage créé au moment de l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011 ne se réunissait plus. Il n'existait pas non plus de juriste dans l'établissement. En cas de besoin, le personnel du bureau des admissions prend attache avec l'agent référent à l'ARS ou les greffiers des juges des libertés et de la détention, disponibles par téléphone, courriel ou télécopie pour répondre à toute question.

En outre, le vendredi 18 janvier 2013, à 9h30, était organisée une réunion, suivie d'une visite de l'un des pôles de psychiatrie, avec les JLD du TGI de Nantes et leurs greffiers, à laquelle les contrôleurs ont pu assister. Etaient présents un seul JLD et son greffier et, pour l'hôpital, vingt personnes : des personnels de direction, psychiatres, cadres supérieurs et cadres de santé. A cette occasion, une présentation du CH a été effectuée. De son côté, le JLD a rappelé ses conditions de travail et les difficultés d'ordre juridique ou organisationnel qui pouvaient se poser à lui (cf. *infra*).

3.2.3 Le recueil des observations des patients

Conformément aux dispositions de l'article L.3211-3 du code de la santé publique, le patient doit être non seulement informé des projets de décision le concernant mais aussi mis à même de faire valoir ses observations.

Les observations du patient sur les mesures dont il fait l'objet peuvent être recueillies à différents stades en principe par :

- le médecin lors des entretiens qui donneront lieu à l'établissement des différents certificats médicaux, des 24 h, 48 h, 72 h, huitaine, mensuel etc. Pour autant, il n'est pas toujours mentionné, dans les certificats dont les contrôleurs ont pu prendre connaissance, que le patient a été informé de manière adaptée à son état du projet de maintien des soins psychiatriques et a été mis à même de faire valoir ses observations par tout moyen adapté et de manière appropriée à son état ; de telles précisions existent dans d'autres établissements. Pour autant, les arrêtés préfectoraux d'admission en soins psychiatriques sans consentement mentionnent ce recueil d'observations dans leurs visas : « vu l'avis motivé dans le certificat médical en date du, établi après recueil des observations du patient » ;
- le cadre de santé, au stade de la notification de la décision d'admission. Comme expliqué *supra*, dans le formulaire de notification de la décision d'admission en soins sans consentement, le patient reconnaît avoir été informé « de la possibilité de présenter des observations écrites ou orales à l'attention du directeur de l'établissement, préalablement

à la décision de maintien des soins psychiatriques susceptible d'intervenir ultérieurement » ;

- le JLD qui rappelle dans le corps de la convocation à l'audience que le patient a la possibilité de faire parvenir au greffe des observations par écrit dont il est aussi précisé qu'elles seront portées à la connaissance des autres parties au cours de l'audience (cf. *supra*).

Selon les informations recueillies, les patients n'ont pour l'instant pas fait d'observation particulière, sauf dans un cas mais à la demande expresse des magistrats. En effet, dans une affaire ayant donné lieu à une ordonnance de mainlevée du JLD (cf. *infra*) et à un appel du parquet, la juridiction d'appel a demandé au patient de faire des observations écrites : son courrier manuscrit a été joint au dossier.

3.2.4 L'information sur la visite des autorités

Il a été indiqué aux contrôleurs que les patients étaient correctement informés des visites des autorités (et notamment de celles de la CDSP).

3.3 La levée des mesures de contrainte et les sorties

3.3.1 L'avis préalable des psychiatres

3.3.1.1 L'avis conjoint

Un formulaire d' « avis conjoint de deux psychiatres pour saisine du juge des libertés et de la détention » a été établi par lequel ces derniers émettent un avis favorable ou défavorable au maintien en hospitalisation complète sans consentement qu'ils motivent. Le cas échéant, il est indiqué que « des motifs médicaux font obstacle, dans l'intérêt du patient à son audition devant le juge des libertés et de la détention au TGI de Nantes » ou encore que « l'état mental du patient fait obstacle à l'utilisation de moyens de télécommunication audiovisuelle ».

3.3.1.2 Le collège des professionnels de santé

Un formulaire type de convocation du collège a été établi. Il est fait référence à l'article L.3211-2 et non aux articles L.3211-9 et L. 3211-12 du code de la santé publique. Le directeur ou son représentant convoque :

- au titre du psychiatre participant à la prise en charge du patient, soit le « psychiatre responsable à titre principal du patient dont la situation est examinée », soit le « psychiatre participant à la prise en charge du patient » ;
- s'agissant du représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient, il s'agit également d'une personne « nommément désignée par la direction de l'établissement ».

Il est enfin mentionné sur la convocation, le nom et le prénom du patient dont la situation est examinée, le motif de la convocation, la date, l'heure et le lieu de la réunion du collège mais surtout la date avant laquelle l'avis doit être rendu.

Selon les informations recueillies, en pratique, au sein du pôle G08, les médecins s'arrangent entre eux. Les noms des membres du collège sont ensuite communiqués au bureau des admissions qui procède à la convocation. Une réunion avec tous les membres du collège est effectivement organisée. Le patient est systématiquement vu, soit par tous les membres du collège ensemble lors de la réunion, soit séparément en fonction des disponibilités de chacun. Une courte synthèse clinique est effectuée puis le certificat médical est rédigé. Il a été expliqué aux contrôleurs que cet avis était rarement différent du dernier certificat établi : les médecins craindraient qu'à défaut, le

magistrat croie que l'état du patient a évolué ou qu'il ne comprenne pas pourquoi, pour un même patient, deux analyses différentes avaient pu être émises. Cette constatation a pu être vérifiée au vu du registre (cf. § 3.4).

Au sein du pôle G07, il a été expliqué aux contrôleurs : « le collège ne se réunit pas formellement ; il rencontre systématiquement le patient ; puis le médecin référent rédige le projet de certificat et le transmet pour modifications éventuelles aux membres du collège ».

Depuis l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011, le collège a été réuni pour quatre patients : deux admis au sein du pôle G06 et deux autres au sein du pôle G07.

3.3.2 Le contrôle du juge des libertés et de la détention

L'organisation des audiences a été arrêtée à la suite des réunions qui se sont tenues sous l'égide de l'ARS, les 5 et 27 juillet 2011. Elle a fait l'objet d'une « note sur l'organisation pratique des audiences au tribunal de grande instance de Nantes des personnes hospitalisées sans leur consentement », rédigée par le président du TGI, le 4 août 2011. Il y est indiqué que « les audiences du juge des libertés et de la détention se tiennent par principe au palais de justice ». Les raisons évoquées dans cette note sont les suivantes : il importe que ces audiences aient pour les patients, autant que leur état de santé le permet, « le sens d'une véritable instance judiciaire » ; de même, ces considérations conduisent à écarter également, sauf exception, le recours à la visioconférence.

En pratique, il a été indiqué que les audiences dans l'enceinte même de l'hôpital ont aussi été écartées, en raison de l'absence de disponibilité des JLD. Ceux-ci sont en effet au nombre de deux mais représentent un ETP ; chacun des magistrats a pour partie d'autres attributions.

Le CH n'est pas équipé de matériel de visioconférence. Celui du TGI n'est jamais utilisé. Les magistrats ne seraient pas opposés à l'organisation d'audience par visioconférence, à condition que ce mode d'audience ne devienne pas la norme et que des critères soient, le cas échéant, établis en commun avec les médecins psychiatres.

En l'état, les audiences ont dès lors lieu les lundis et jeudis matins au tribunal. Le transport jusqu'au tribunal se fait grâce aux véhicules à disposition des secteurs.

Aucun magistrat du parquet n'y assiste ; des réquisitions écrites sont jointes aux dossiers.

A Nantes, les patients ont droit à un avocat commis d'office en toute hypothèse. Celui qui intervient pour les audiences du JLD est celui désigné par le bâtonnier au titre de la « permanence pénale d'urgence » hebdomadaire (du vendredi au vendredi). Il a été précisé que sur le ressort aucun avocat n'était, pour l'instant, spécialisé sur ce type de contentieux et qu'ils ne soulevaient aucune difficulté et notamment n'invoquaient jamais l'insuffisance de motivation des certificats médicaux.

Il a été signalé aux contrôleurs que les familles – lorsqu'elles sont le tiers qui a demandé l'admission en soins psychiatriques⁹ – n'étaient pas correctement informées de la procédure devant le JLD. « Elles sont déconcertées, n'en comprennent pas le sens, appellent le médecin pour avoir des explications. Il faudrait pouvoir leur remettre un livret explicatif au moment de la demande de soins du type SPDT ».

⁹ Elles sont alors avisées de l'audience conformément aux dispositions des articles R.3211-12 et R.3211-15 du code de la santé publique.

Le personnel qui accompagne le patient reste souvent dans la salle d'audience. Des agents ont expliqué aux contrôleurs que « leur présence lors des audiences au tribunal troublait des patients qui ne savaient plus si ces personnels étaient chargés de les soigner ou de les contrôler ».

Les décisions sont rendues par les JLD en règle générale le jour même mais vers 17h ou le lendemain de l'audience, afin d'éviter de provoquer le cas échéant des incidents pendant le trajet de retour à l'hôpital. Elles sont transmises par le greffe de la juridiction au bureau des admissions par télécopie. Ce dernier, comme pour la procédure de notification des décisions initiales (cf. *supra*), adresse ces télécopies aux secrétariats médicaux des différents pôles et c'est le cadre de santé qui sera chargé de notifier la décision judiciaire au patient. Selon les informations recueillies, ces notifications sont effectuées immédiatement et retournées au bureau des admissions sans difficulté.

En 2012, les JLD du TGI de Nantes ont rendu au total 436 décisions concernant des patients admis en soins psychiatriques sans consentement.

Selon les informations recueillies, deux mainlevées pour des patients admis au CH Georges Daumézon en soins psychiatriques à la demande d'un tiers auraient été prononcées depuis l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011, les 23 octobre 2012 et 14 novembre 2012.

Dans le premier cas, le JLD avait constaté que les certificats médicaux versés au dossier mentionnaient une hospitalisation pour un épisode d'excitation psychique déclenché par la prise d'un médicament, le Baclofène®. L'avis conjoint indiquait que le patient critiquait en partie son épisode pathologique passé, qu'il était dans le contact et qu'une permission de sortie de moins de douze heures lui avait été accordée afin de le mettre rapidement en programme de soins. Dix jours s'étaient passés. A l'audience, le patient exposait sa situation de façon posée et se disait prêt à se soumettre à un programme de soins. Selon le JLD, les troubles mentaux que rencontrait ce patient ne nécessitaient pas en l'état la poursuite de la mesure d'hospitalisation. Il convenait donc d'ordonner la mainlevée en différant celle-ci de 24 h afin qu'un programme de soins puisse le cas échéant être établi. La décision était assortie de l'exécution provisoire.

Le procureur de la République a fait un appel suspensif, en indiquant que la permission envisagée n'avait pas eu lieu – la famille ayant refusé d'accueillir à nouveau l'intéressé – que le patient avait des antécédents psychiatriques « lourds » et qu'il n'était pas établi que la signature d'un programme de soins était envisagée dans les jours à venir. Il était également fait référence au casier judiciaire du patient, condamné pour récidive de conduite en état alcoolique. L'appel du parquet était notifié au patient. La juridiction d'appel demandait à ce dernier de faire des observations écrites : son courrier manuscrit était joint à la procédure.

Statuant au fond, la cour d'appel a indiqué que si l'audition du patient à l'audience permettait de constater que celui-ci tenait toujours des propos d'ordre mégalomane, il en ressortait également qu'il adhérait au traitement médical qui lui avait été prescrit à sa sortie du centre hospitalier qu'il estimait adapté à son état de santé et aux rencontres bimensuelles prévues avec le psychiatre qui l'avait soigné dans l'établissement. Selon les magistrats de la cour d'appel, « il résulte de ce qui précède que [le patient] est atteint de troubles mentaux nécessitant des soins immédiats mais non que ces troubles rendent impossible son consentement aux soins ni qu'ils imposent une surveillance médicale accrue. Il convient en conséquence de confirmer l'ordonnance déférée ».

Dans le second cas, la mainlevée a été ordonnée pour des motifs d'ordre procédural. L'ordonnance du JLD en date du 14 novembre 2012 exposait ainsi : « il résulte de la lecture combinée des articles L.3211-12-1 du code de la santé publique et R.3211-27 du même code que le juge doit être saisi au plus tard dans les trois jours avant l'expiration d'un délai de quinze jours à compter de la décision par laquelle le directeur de l'établissement a modifié la forme de la prise en

charge du patient en procédant à son hospitalisation complète ». « En l'espèce, le juge a été saisi le 14 novembre 2012 pour un délai expirant le 12 novembre 2012 soit après l'expiration du délai prévu ». « La loi fait obligation au juge de constater la mainlevée de la saisine s'il n'est pas justifié de circonstances exceptionnelles à l'origine de la saisine tardive ; qu'il n'est pas justifié de telles mesures ». « Il convient donc de constater la mainlevée de la mesure d'hospitalisation ».

Dans ces deux hypothèses, c'est la responsable du bureau des admissions qui est allée elle-même informer le patient, avec le cadre de santé de l'unité. Selon les informations recueillies, dans le premier cas, le patient est sorti immédiatement ; dans le second, la mesure a été transformée en soins libres. Quinze jours après, un programme de soins puis une réintégration en hospitalisation complète ont été ordonnés.

Lors de la réunion relative à la loi du 5 juillet 2011 organisée le 18 janvier 2013 avec le personnel de l'hôpital (cf. *supra*), le JLD a d'abord expliqué qu'au terme de la loi¹⁰, depuis le 1^{er} janvier 2013, les JLD connaissent des contestations relatives à la régularité des décisions administratives d'admission, contentieux autrefois jugé par les juridictions administratives ; à ce propos, il s'est ouvertement interrogé sur la mise à jour des livrets d'accueil et des formulaires d'information remis aux patients par les hôpitaux du ressort.

Il a ensuite évoqué les difficultés suivantes :

- les dossiers des patients convoqués pour l'audience des quinze jours parviendraient à la juridiction généralement autour du 12^{ème} jour. Or, dans l'hypothèse où le patient a été admis en soins psychiatriques à la demande d'un tiers, celui-ci – généralement un membre de la famille – doit être avisé. Il l'est pas courrier simple mais, compte tenu de cet envoi tardif, la lettre arrive parfois le jour même de l'audience de telle sorte que la personne concernée ne peut être présente, même si elle le souhaite. Dans son courrier en réponse à l'envoi du rapport de constat, le directeur indique que les dossiers des patients convoqués sont toujours faxés entre le 5^{ème} et le 8^{ème} jour au TGI puis adressés par courrier simple ;
- certains programmes de soins ressembleraient à des hospitalisations complètes, soit parce que les sorties ne sont pas envisagées de manière précise – par exemple, il est indiqué « si possible permission à domicile » – soit parce que la sortie est très brève et très exceptionnelle. Le magistrat pourrait alors considérer que ce programme de soins n'a eu comme seul but que d'éviter son contrôle, requalifierait la mesure en une hospitalisation complète et la lèverait alors pour non-respect de la procédure ;
- certains certificats seraient très succincts. D'une part, il manquerait des éléments de contexte permettant de comprendre la nécessité de la mesure imposée contre le gré du patient. D'autre part, trop peu étayés, ils se contrediraient avec d'autres certificats établis pour un même patient. Cette insuffisance d'éléments rendrait difficile la motivation de la décision de justice et des expertises seraient alors, dans ces hypothèses, ordonnées, le

¹⁰ Ainsi, selon l'article L.3216-1 du code de la santé (combiné à l'article 18 de la loi du 5 juillet 2011 relatif à l'entrée en vigueur du nouveau texte) « la régularité des décisions administratives prises en application des chapitres II à IV du présent titre ne peut être contestée que devant le juge judiciaire.

Le juge des libertés et de la détention connaît des contestations mentionnées au premier alinéa du présent article dans le cadre des instances introduites en application des articles L. 3211-12 et L. 3211-12-1. Dans ce cas, l'irrégularité affectant une décision administrative mentionnée au premier alinéa du présent article n'entraîne la mainlevée de la mesure que s'il en est résulté une atteinte aux droits de la personne qui en faisait l'objet.

Lorsque le tribunal de grande instance statue sur les demandes en réparation des conséquences dommageables résultant pour l'intéressé des décisions administratives mentionnées au premier alinéa, il peut, à cette fin, connaître des irrégularités dont ces dernières seraient entachées. »

magistrat imaginant que ces expertises permettraient aussi d'expliquer au patient la nécessité du maintien de la mesure. Il a néanmoins été évoqué des difficultés importantes pour trouver des experts psychiatres dans le département de la Loire-Atlantique.

3.3.3 Les sorties

Un formulaire-type d' « autorisation de sortie de moins de 12 heures » a été établi. Celui-ci est divisé en deux parties : dans le premier cadre, le praticien hospitalier autorise le patient admis sans consentement à sortir pour se rendre dans un lieu déterminé, à une date et dans un créneau horaire spécifiés, accompagné de personnes nommément désignées. Le second cadre est réservé à l'autorisation délivrée par le directeur du CH.

Il a été indiqué aux contrôleurs que les psychiatres du CH Georges Daumézon modifiaient quasi-quotidiennement les modalités de prise en charge des patients ; dès lors qu'ils souhaitent permettre aux patients de sortir sans être accompagnés ou bien de sortir pour une durée supérieure à douze heures, ils demandent que la mesure d'admission sans consentement soit transformée en un programme de soins ce qui les oblige ensuite, une fois la sortie achevée, à demander une réadmission en soins psychiatriques contraints. Cette procédure est jugée très lourde par les psychiatres mais a été validée par le juge des libertés et la détention, lors de la réunion précitée du 18 janvier 2013, qui dès lors constate un surcroît d'activité au moment des fêtes de fin d'année.

3.4 Les registres de la loi

Le CH de G. Daumézon tient deux types de registres¹¹ : l'un relatif aux admissions en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat, l'autre aux admissions en soins psychiatriques à la demande d'un tiers. Les registres sont entreposés à l'accueil car ce sont les agents d'accueil qui les renseignent.

Les contrôleurs ont pu examiner les quatre registres suivants :

- registre SPDRE n° 6, ouvert à Montbert le 10 juillet 2009 par le maire de cette commune. Les 100 folios sont renseignés. Sur le dernier folio, une décision du JLD en date du 30 août 2012 est collée ;
- registre SPDRE n° 7, ouvert le 11 juin 2012 à Bouguenais par l'un des adjoints au maire. Le jour du contrôle, les folios 1 à 27 étaient renseignés ; sur le folio 27, un arrêté préfectoral daté du 9 janvier 2012 était collé ;
- registre SPDT n° 35, ouvert par le maire de Montbert le 13 octobre 2011. Les 100 folios étaient renseignés ;
- registre SPDT n° 36, ouvert le 6 août 2012 par l'un des adjoints au maire de Bouguenais. Le dernier folio rempli était le jour du contrôle celui numéroté 95, faisant état d'une décision du directeur du CH, en date du 11 janvier 2013.

Ces registres ont été visés :

- par un magistrat du parquet les 24 juin 2010, 28 novembre 2011, 6 juillet 2011, 24 octobre 2011 et 8 novembre 2012 ;
- par un membre de la CDHP devenue CDSP, le 27 avril 2010, 17 mars 2011 et 31 mai 2012.

¹¹ Les registres de la loi sont de couleur verte, référencés 530 155 B, Berger-Levrault (0110).

Il ressort de leur examen que :

- des photocopies en format réduit des certificats médicaux sont collées sur les pages du registre ;
- aucun certificat ou presque n'est horodaté ;
- les certificats relatifs à l'état d'un patient admis sur décision du représentant de l'Etat sont, conformément à la loi¹², systématiquement dactylographiés. Il apparaît en outre que les certificats médicaux relatifs à l'état d'un patient admis à la demande d'un tiers sont aussi dactylographiés, à quelques exceptions près, même si les textes ne l'exigent pas ;
- certains certificats médicaux sont non seulement très motivés mais la motivation tient compte de l'évolution de l'état du patient et diffère dès lors d'un certificat à l'autre. D'autres certificats sont succincts ; ainsi d'un certificat médical daté du 8 novembre 2012 évoquant la « stabilité du tableau clinique » et une « poursuite des soins à l'identique » (registre n° 7, folio 23) ;
- les avis conjoints sont souvent des « copier-coller » des certificats précédents ; ainsi un avis conjoint du 12 décembre 2012 reprend mot pour mot le certificat mensuel établi deux jours auparavant, le 10 décembre 2012, par l'un des deux médecins du patient concerné (registre n° 7, folio 22) ;
- les renseignements relatifs à l'identité du tiers sont toujours portés sur le registre ; en revanche, la « profession du tiers » n'y est pas systématiquement portée. Elle semble néanmoins être mentionnée lorsqu'elle présente un possible intérêt pour l'équipe soignante, ainsi : aide à domicile, mère aide-soignante, sœur psychologue, épouse infirmière libérale etc. ;
- dans certaines hypothèses, des expertises ont pu être ordonnées, notamment parce que « les certificats médicaux, par ailleurs visés dans l'acte de saisine de l'ARS, ne figurent pas au dossier au moment de l'audience ; qu'en dehors de l'acte de saisine de l'ARS, aucun autre document ne (...) permet de connaître la situation [du patient] au moment de l'audience ». La commission d'experts est relativement détaillée. L'expert a ainsi pour mission « de consulter tous documents utiles à l'accomplissement de sa mission, d'examiner [le patient] et de décrire précisément son état, de retracer la longue histoire psychiatrique de [ce dernier] et de recueillir ses doléances notamment quant aux effets secondaires de son traitement ; de dire si à son avis cet état de santé requiert une hospitalisation en service de psychiatrie ; de dire si les troubles dont souffre [l'intéressé] ne relèvent pas d'un autre type de prise en charge, de dire si ces troubles rendent impossible le consentement aux soins ». Dans l'hypothèse considérée, l'ordonnance désignant l'expert est datée du 12 mars 2012 et l'expert doit rendre son ordonnance au plus tard le 20 mars pour une nouvelle audience, le 22 mars.
- les ordonnances des JLD sont réduites de format et collées *in extenso* dans le registre même si la loi¹³ prévoit que seul le dispositif des décisions peut y être conservé.

3.5 La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)

La commission est composée, outre de sa présidente, magistrate, de deux médecins, de deux membres d'association et d'un psychiatre libéral ; celui-ci n'assiste plus aux réunions.

¹² cf. l'article R.3213-3 du code de la santé publique.

¹³ cf. l'article L.3212-11 du code de la santé publique.

La CDSP a visité le nouvel établissement en mai 2012 et en a apprécié la réalisation. La commission relève toutefois une difficulté de signalisation rendant difficile l'orientation des visiteurs.

Lors de cette visite, dix patients avaient souhaité rencontrer les membres de la commission :

- un patient âgé de 37 ans admis en SPDT depuis une quinzaine de jours. Il venait de rencontrer le JLD qui a décidé le maintien de l'hospitalisation complète. Il se déclare satisfait des conditions de son hospitalisation mais il souhaiterait que son traitement soit diminué ;
- un patient de 52 ans, hospitalisé en SPDRE depuis seize ans. Il estimait pouvoir vivre de façon autonome. Il souhaitait, notamment, que ses heures de sortie soient élargies (une heure par jour en ce moment). La décision devait être prise dans le mois suivant ; si elle lui est défavorable, il fera appel et saisira la CDSP ;
- une patiente de 43 ans, admise en SPDT depuis quinze jours à la demande de son conjoint. Elle s'est débattue pour s'enfuir et porte quelques hématomes, ce dont, d'ailleurs, elle ne se plaint pas ; elle souhaiterait par contre que les médecins portent un badge avec la mention de leur nom et de leur fonction ;
- un patient de 65 ans, admis en SPDT depuis quatre mois et demi. Il conteste fortement son hospitalisation ; il pense être la victime d'un complot de révolutionnaires. Le JLD a rencontré son avocat sans lui car il n'était pas en état ;
- un patient de 44 ans, en SPDRE depuis un temps très long qu'il n'arrivait plus à compter. Il avait déjà été hospitalisé deux fois en unité pour malade difficile (UMD); il a été vu avec son infirmier, car il était très faible ; il n'avait rien de précis à dire à la commission ;
- un patient de 29 ans, admis en SPDT à la demande de son père, à la suite d'une rupture de traitement au bout de trois ans d'obligation de soins. Il indiquait trouver le nouvel hôpital beaucoup mieux ;
- un patient de 45 ans, admis en SPDT depuis quinze jours à la demande de sa mère. Le JLD avait décidé de la poursuite du placement en hospitalisation compétente ; il n'était pas satisfait des nouveaux locaux (il y a trop de vitres, de couleurs) ;
- une patiente de 60 ans, admise en SPDT depuis trois mois à la demande de sa fille. Le JLD avait décidé de son maintien ; elle avait déjà été hospitalisée à Montbert ; elle trouvait le nouvel hôpital trop grand, moins convivial ;
- une patiente de 53 ans, admise en SPDT depuis trois semaines à la demande de son mari. Le JLD avait décidé du maintien de son placement ; elle plaignait de l'inactivité, en outre sa douche ne fonctionnait pas ;
- une patiente de 47 ans, admise en SPDT depuis quelques jours à la demande de son mari. Elle n'adhérait pas à son traitement (elle avait fait une crise de tétanie à la suite d'une séance de relaxation et avait été conduite aux urgences).

La commission s'est également réunie le 4 décembre 2012 dans les locaux de l'ARS.

Elle a examiné, outre des questions de planning, treize dossiers ; le compte-rendu communiqué aux contrôleurs ne permet pas de savoir s'il s'agit de patients de l'hôpital Saint-Jacques ou de Bouguenais.

La commission effectue chaque mois, alternativement, la visite d'un établissement psychiatrique et une réunion interne à l'ARS. A l'occasion de ces réunions internes, sont examinés les dossiers des patients. Les dossiers des patients admis en SPDT depuis plus de trois mois et les

placements en urgence sont examinés systématiquement. La présidente de la commission indique n'avoir jamais rencontré de problèmes pour la consultation des dossiers des patients au CH Georges Daumézon. Le personnel est tout à fait coopératif avec la commission. Il n'y a pas de plaintes de patient, les registres sont très correctement tenus, il apparaît que les patients sont plutôt rassurés par leur prise en charge.

3.6 La protection juridique des majeurs

Les personnels qui sont susceptibles d'intervenir au titre de la protection juridique des majeurs dépendent, depuis 2012, du service des mandataires judiciaires du centre hospitalier Loire Vendée Océan situé à Challans (Vendée), dans le cadre d'une convention passée entre cet établissement et le CH Georges Daumézon.

Ce service est composé de cinq personnes : deux mandataires judiciaires dont l'un est aussi le responsable du service, une assistante, un comptable et une secrétaire. L'un des mandataires – toujours le même – intervient une fois par mois sur le site de Bouguenais. Le jour du contrôle, sa dernière visite datait du 8 janvier 2013. Lorsqu'il intervient, l'hôpital met à sa disposition une salle de réunion au premier étage, à proximité des bureaux occupés par la direction ainsi qu'un poste téléphonique. Il vient, en revanche, avec son propre ordinateur portable, équipé du logiciel de gestion des mesures de protection, qui n'est accessible que grâce à un mot de passe.

Le mandataire peut recevoir les patients dans cette salle ; néanmoins, en règle général il se déplace dans les unités et voit les patients, seuls, dans les salons réservés à l'accueil des familles. Lors du premier entretien, il remet le livret d'accueil ainsi que la charte du service, contre signature d'un récépissé. Pour les entretiens ultérieurs, le mandataire fait une impression du relevé de compte bancaire de la personne concernée aux fins de l'informer de sa situation financière et de servir de base à un entretien plus développé.

Au jour du contrôle, les patients du CH Georges Daumézon suivis par ce service étaient au nombre de sept, tous en soins libres : cinq patients en hospitalisation complète et deux en soins ambulatoires.

Il a été indiqué aux contrôleurs que le service de protection juridique était averti dès qu'un changement dans les modalités de la prise en charge intervenait (par exemple, en cas de mise en place d'un programme de soins). Plus généralement, il a été fait état du « très bon accueil » et du « sur-mesure » mis en place pour chaque patient. En revanche, selon les informations recueillies, les mandataires judiciaires n'auraient aucun lien avec les JLD du TGI de Nantes qui ne leur demanderaient jamais d'avis écrit ni ne les convoqueraient à l'audience.

3.7 La confidentialité des soins

3.7.1 La confidentialité de l'hospitalisation

La confidentialité de l'hospitalisation est garantie pour tous les patients, quel que soit leur statut (SL, SPDT, SPDRE). Elle est assurée selon un protocole établi par le service des admissions.

Quand un particulier téléphone de l'extérieur ou bien se présente à l'accueil de l'hôpital et qu'il cherche à savoir si un patient est hospitalisé, la personne qui reçoit la demande ne donne aucune information ; elle demande à quel secteur est rattachée la personne prise en charge, puis elle l'oriente vers l'unité de soin concernée.

Lorsqu'un proche appelle pour avoir des informations sur l'état de santé d'un patient, s'il est connu, il lui est donné quelques précisions. En tout état de cause, il est toujours conseillé à la personne appelant de contacter le médecin. Si c'est possible, la communication est passée directement au patient.

Tout autre appel, notamment ceux provenant d'un organisme public (police, gendarmerie), est transmis au médecin ou à la direction.

Le personnel soignant de l'unité ne donnera les renseignements demandés qu'après avoir vérifié les consignes données par le médecin référent du patient.

3.7.2 L'accès au dossier médical

L'accès au dossier médical se fait sur demande écrite auprès du directeur de l'établissement ; la demande est relayée auprès d'un cadre de santé de l'unité dans lequel le patient est admis, qui gère le dossier.

Un courrier est adressé le lendemain de la réception de la demande. Il comprend deux feuilles distinctes : la première informe le patient des dispositions légales et des modalités pratiques d'obtention du dossier, la seconde est une feuille de renseignements à retourner à la direction de l'hôpital, indiquant la modalité choisie (consultation sur place ou bien transmission des photocopies du dossier) et le médecin désigné pour être l'intermédiaire de la communication du dossier.

Dès réception de la feuille renseignant les modalités choisies par le patient, la procédure d'accès au dossier est déclenchée. Le délai moyen entre le premier courrier de demande et l'accès au dossier est de vingt-quatre jours.

En 2011, quinze demandes ont été effectuées. En 2012, douze demandes ont été présentées : neuf par des patients, trois par des ayants-droits. Elles concernaient un patient admis en SPDRE, trois en SPDT et huit en SL. Aucune demande de dossier n'a été suivie d'une réclamation auprès de la CDSP.

3.8 L'union nationale des amis et famille des malades psychiques (UNAFAM)

Le représentant de l'UNAFAM rencontré lors de la visite est président de l'UNAFAM Loire-Atlantique ; il en est le coordinateur régional et il est l'interlocuteur de l'ARS ; il représente également les usagers à la CRUQPC et au conseil de surveillance du CH Georges Daumézon.

Il est d'avantage sollicité par les familles des patients que par les patients eux-mêmes.

Les locaux de l'UNAFAM sont situés dans le centre de Nantes ; ils sont facilement accessibles. Une permanence téléphonique est tenue du lundi au samedi. La réception se fait sur rendez-vous. L'UNAFAM aide les proches à rédiger les courriers pour la CRUQPC et accompagne cette démarche.

L'UNAFAM soutient le projet de création d'une maison des associations au CH, qui est de nature à permettre une meilleure information et un accueil plus facile des patients et de leurs proches.

Il a été dit aux contrôleurs qu'il n'y avait pas de problèmes majeurs dans cet établissement ; les personnes sont reçues et ont des réponses dans des délais corrects.

3.9 Les incidents et leur traitement

3.9.1 Le traitement des plaintes et des réclamations

Un document d'information sur l'instruction des plaintes est remis au patient à son arrivée avec le livret d'accueil (cf. § 3.2.1). Ce document est également affiché sur les panneaux d'information de l'hôpital dans les espaces collectifs ou les unités d'hospitalisation.

Le document indique au patient qu'il est préférable qu'il exprime son mécontentement oralement au responsable du pôle où il est admis. Il est précisé que les plaintes peuvent également

être écrites, adressées au directeur de l'hôpital, président de la CRUQPC. Une réponse est adressée rapidement, est-il indiqué, même provisoirement, une recherche d'informations pouvant succéder à cette première réponse.

La saisine d'un médiateur figure dans la réponse initiale adressée au demandeur, celui-ci pouvant intervenir tant à la demande du patient (ou de son proche) que de la direction de l'hôpital. La distinction entre médiateur médical et non médical est précisée, ainsi que le délai de huit jours dans lequel le médiateur reçoit le demandeur.

Le directeur reçoit et s'informe sur chacune des plaintes reçues. Il accuse réception du courrier dans la semaine et peut donner des éléments de réponse d'emblée s'il en possède les éléments ; sinon, il indique devoir faire des investigations.

Il a été rapporté aux contrôleurs que le directeur reçoit sans aucun formalisme les patients qui souhaitent le voir et que cela arrivait assez régulièrement.

La consultation du registre des plaintes fait apparaître pour l'année 2012 :

- un courrier de parents d'un patient en date du 16 juin 2012, s'inquiétant de savoir que leur fils, sortant de l'unité pour malades difficiles de Plouguernevel, a été placé en chambre d'isolement dès son arrivée au CH Georges Daumézon. La réponse du directeur est intervenue sept jours plus tard, en proposant une rencontre avec le médecin traitant du patient ;
- un courrier en date du 1^{er} juin 2012 de parents d'un patient admis en SPDT qui a interrompu ses soins à l'extérieur. Les parents ont également écrit à la CRUQPC, se plaignant de leur difficulté à avoir un contact avec le médecin traitant. L'UNAFAM a relayé cette demande. La famille a été reçue avec un représentant de l'UNAFAM le 5 septembre 2012 ;
- une feuille non datée, non signée, écrite manuellement et adressée au directeur mentionne : « la loie (*sic*) interdit les bouddhistes internés en psychiatrie ». Il est évidemment impossible d'y répondre, le courrier a néanmoins été classé au registre.

Les réclamations sont collectées à partir des questionnaires de satisfaction, des éléments remontés par les soignants et par l'analyse des événements indésirables.

Le taux de réponse au questionnaire de satisfaction, s'il est en augmentation, reste inégal d'une unité à l'autre.

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

Un feuillet d'information recto verso, intitulé « La commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) » et, au recto, « Instruction des plaintes ou réclamations et la commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge », inséré au livret d'accueil, est remis au patient à son arrivée.

Sont mentionnés :

- l'objet de la CRUQPC, en soulignant sa fonction d'amélioration de l'accueil, de la prise en charge et du respect des droits ;
- la composition de la commission, nom et qualité professionnelle étant indiqués ;
- le numéro de téléphone permettant de joindre la commission ;
- le rapport que la CRUQPC établi annuellement, notamment à partir des observations des patients ;

- le rôle de proposition de recommandations auprès du conseil de surveillance et l'analyse de l'impact des mesures prises.

Un paragraphe conclusif en caractère gras indique l'importance de l'expression des patients pour connaître besoins et attentes et tenter d'y répondre ; « que vous soyez satisfait(e) ou non, il est donc très important que vous fassiez part de vos observations ».

La CRUQPC se réunit quatre fois par an ; elle est composée :

- du directeur de l'hôpital, président ;
- du directeur adjoint ;
- de l'ingénieur qualité ;
- du médiateur médical titulaire ;
- du médiateur médical suppléant ;
- du médiateur non médical titulaire ;
- du médiateur non médical suppléant ;
- d'un représentant titulaire des usagers de l'UNAFAM ;
- d'un représentant titulaire des usagers de l'union départementale des associations familiales (UDAF).

Parmi les points abordés dans les derniers comptes rendus communiqués, figurent les projets de révision du circuit du patient du fait de la nouvelle configuration de l'hôpital et de réalisation des formalités administratives lors de l'admission du patient en hospitalisation complète par un service des admissions, et non plus directement par unité. Ce projet a permis également de mettre en place l'identito-vigilance et de dégager le temps de gestion administrative du dossier pour les personnels infirmiers. Pour cela, différents cas de figure sont prévus : admission par le bureau des admissions en présence du personnel infirmier ou admission directe en unité de soins impliquant une coordination entre le bureau des admissions et l'unité.

Le bilan pour l'année 2011 fait apparaître quatre plaintes instruites relatives à :

- une demande d'information d'un patient sur son traitement ; la première réponse est intervenue en vingt jours et l'instruction a été close dans le même temps ;
- une demande d'information de l'entourage ; la première réponse est intervenue en quatorze jours et l'instruction a été close en 206 jours ;
- l'accessibilité des soins ; la première réponse est intervenue en seize jours et l'instruction a été close dans le même temps ;
- l'information d'un patient et de son entourage sur les suites de sa prise en charge ; la première réponse est intervenue en dix-huit jours et l'instruction a été close dans le même temps.

Le même bilan fait état du taux de réponses aux questionnaires de sortie des patients hospitalisés :

- pour le secteur G06 : 34 questionnaires soit 8 % de taux de réponse ;
- pour le secteur G07 : 29 questionnaires soit 5,7 % de taux de réponses ;
- pour le secteur G08 : 141 questionnaires, soit 26,8 % de taux de réponses.

Le médiateur-médecin indique que la CRUQPC est peu sollicitée ; lorsqu'elle l'est, il s'agit le plus souvent de familles qui ont besoin d'information sur l'état et le suivi de leur proche. Un rendez-vous est souvent proposé avec le médecin traitant.

Les problèmes signalés au travers des rencontres avec le directeur, les courriers et les questionnaires de satisfaction concernent essentiellement des vols, l'excès de bruit, le manque d'activité, la nourriture.

Le médiateur-médecin estime également que la CRUQPC est maintenant mieux connue des patients mais que les séjours sont trop courts pour que les questions de fond relatives aux droits des patients émergent. Ainsi, le libre choix de son praticien n'est jamais abordé, alors que la règle du secteur impose de fait un praticien.

3.9.3 Les violences et événements indésirables

Si un patient manifeste un état d'agitation excessif avec un risque de comportement violent, il est vu sans délai par un infirmier puis, si cela s'avère nécessaire, par un médecin. Au besoin, il est isolé du reste des patients de l'unité. En dernier recours, il est placé en chambre de soins intensif, auquel cas une prescription doit être établie et signée par le médecin dans l'heure qui suit le placement.

Les personnels soignants disposent de téléphones avec un système de protection du travailleur isolé (PTI) qui se déclenche manuellement ou dès que le téléphone est en position horizontale. Son déclenchement provoque un appel sur tous les PTI avec indication du lieu d'appel. Tous les personnels disponibles de l'établissement se rendent alors sur place sans délai.

En cas d'agression ou de violence de la part d'un patient, le personnel soignant est invité à renseigner une « **Fiche de signalement des situations de violence envers un membre du personnel** ». La commission « vigilance violence » analyse les situations de violence qui se produisent ; elle compte parmi ses membres une psychologue du travail. « Elle ne s'est pas réunie de puis longtemps », depuis la vacance de poste du psychologue du travail.

Pour l'année 2012, vingt fiches de signalement ont été rédigées dont douze concernaient des patients hospitalisés dans une des unités du nouveau site, tous majeurs : six en soins libres, trois en SPDT et trois en SPDRE ; deux des patients en soins libres, un en SPDT et les trois en SPDRE ont été placés en chambre de soins intensifs.

Les événements indésirables font l'objet de l'établissement d'une « **Fiche de signalement d'évènement indésirable** ». Ces fiches sont examinées par une « cellule d'analyse des fiches d'évènement indésirable » composée des membres suivants : le directeur, le médecin coordinateur des risques associés aux soins, le directeur des soins et le responsable qualité ; cette cellule, constituée en 2012, s'est réunie quatre fois au cours de l'année 2012, ce qui lui a permis de procéder à l'analyse des causes approfondies des événements en lien avec :

- le médicament (erreurs médicamenteuses, problèmes d'approvisionnement de médicament) ;
- la procédure administrative d'admission en soins sans consentement ;
- l'informatique ;
- le bilan sanguin non traité en urgence par le laboratoire ;
- les lits hôteliers, en lien avec le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

Une des fiches d'évènement indésirable rédigées en 2012 évoque le cas d'un patient admis en SPDT qui a téléphoné depuis la cafétéria à un service d'ambulance, lequel est venu le chercher devant l'établissement alors qu'à l'arrivée de l'ambulance, l'accueil avait signalé à l'ambulancier l'absence de document concernant ce transport.

Les événements les plus déclarés au cours du premier semestre 2012 ont été les dysfonctionnements informatiques (en majorité résolus sur le nouveau site), les problèmes d'eau chaude ou de chauffage (résolus courant avril 2012), l'utilisation des douches dans les chambres de patients, la hauteur des lits et la sonnette des chambres de soins intensifs ; ces trois derniers éléments ont été également évoqués dans le cadre du CHSCT.

Entre le 1er juin et le 20 septembre 2012, 102 fiches d'évènement indésirable ont été réalisées mettant notamment en évidence :

- la sonnette activée de manière intempestive par les patients en CSI ; une réflexion est en cours sur un projet d'acquisition d'un logiciel permettant de gérer les appels à distance ;
- de nombreux problèmes informatiques ;
- des difficultés concernant le circuit des médicaments (erreur de distribution, stock insuffisant) ;
- des problèmes engendrés par les lits hôteliers (trop bas et faisant mal au dos des ASH).

Pour l'année 2012, les évènements indésirables ont été les suivants :

- problème informatique (117 fiches, soit 37 %) ;
- panne, dysfonctionnement de matériel (31 fiches, soit 10 %) ;
- chute ou risque de chute (27 fiches, soit 9 %) ;
- problème lié au transport sanitaire (18 fiches, soit 6 %) ;
- agression, violence (15 fiches, soit 5 %) ;
- ergonomie, condition de travail (14 fiches, soit 5 %) ;
- prise en charge insatisfaisante (13 fiches, soit 4 %) ;
- problème dans la réalisation des soins (12 fiches, soit 4 %) ;
- défaut d'approvisionnement de médicaments, distribution (11 fiches, soit 3 %) ;
- défaut d'entretien, de nettoyage (8 fiches, soit 3 %) ;
- erreur ou risque d'erreur d'administration de médicament (7 fiches soit 2 %) ;
- défaut de gestion des déchets ou du linge (7 fiches, soit 2 %) ;
- autres (31 fiches, soit 10 %).

Pour l'année 2011, les évènements indésirables les plus signalés ont été les suivants :

- problème informatique, problème d'accès au logiciel dossier patient (125 fiches, soit 62 %) ;
- problème lié au transport sanitaire : retard, départ sans attendre le soignant accompagnant ou les affaires personnelles du patient (10 fiches, soit 5 %) ;
- erreur ou risque d'erreur lié à l'administration des médicaments (8 fiches, soit 4 %) ;
- agression, violence envers le personnel (8 fiches, soit 4 %) ;
- manque de linge dans les unités (8 fiches, soit 4 %) ;
- incident lié à l'utilisation d'un dispositif médical (« matério-vigilance ») (5 fiches, soit 2 %) ;
- chute ou risque de chute (4 fiches, soit 2 %) ;
- problème d'approvisionnement de matériel (4 fiches, soit 2 %) ;
- autres (31 fiches, soit 15 %).

Il a été réalisé 311 fiches d'évènement indésirable en 2012, 203 en 2011, 240 en 2010, 280 en 2009 et 264 en 2008.

3.9.4 La gestion des sorties sans autorisation

Un protocole sur la conduite à tenir pour les sorties sans autorisations (les « fugues ») est en voie d'ajustement en raison du changement de site : un document de travail daté du 14 décembre 2012 a été rédigé par le président de la CME, le directeur des soins, la directrice de l'hospitalisation. Il sera présenté en CME, à une date qui reste à définir, afin de le valider définitivement.

Le protocole spécifie que la famille du patient doit être avertie par le cadre de santé de l'unité dès que l'évènement est constaté, ainsi qu'un médecin du service. Puis, deux soignants sont désignés pour aller effectuer des recherches à proximité du CH (la limite géographique définie est

l'arrêt du tramway). Pour les patients admis en soins libres, si l'état de santé est jugé inquiétant, la gendarmerie est prévenue afin qu'elle puisse prendre les mesures nécessaires. Pour les patients en SPDT et SPDRE, l'appel de la gendarmerie est systématique, quel que soit l'état de santé. Une confirmation par écrit est adressée par télécopie.

Un « rapport de sortie sans autorisation » est renseigné et diffusé par les soignants : un exemplaire est consigné dans le dossier médical, un second est remis au chef de pôle, un dernier est transmis à la direction.

3.10 Le droit de vote

Lorsque des élections sont organisées, les patients sont informés de la possibilité de voter par procuration s'ils n'ont pas la possibilité de sortir pour aller voter eux-mêmes.

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'à Pablo Picasso, unité ouverte, les élections présidentielles et législatives de 2011 n'avaient donné lieu à l'établissement d'aucune procuration.

3.11 L'accès à l'exercice d'un culte

Le livret d'accueil comporte une mention sur l'accès aux cultes qui précise que le patient peut rencontrer le représentant de son culte en s'adressant au cadre de santé de son unité. Une mention particulière est faite concernant l'aumônerie catholique pour préciser que celle-ci : « [vous] propose un accompagnement humain et spirituel lors des rendez-vous individuels à [votre] demande et/ou de l'accueil collectif à l'aumônerie près de la cafétéria pour un moment d'écoute et de dialogue ».

Par ailleurs, une note d'information est diffusée dans les unités précisant que la responsable de l'aumônerie catholique est présente à l'établissement tous les lundis de 14h à 16h. Il est également indiqué qu'elle peut se déplacer au sein des unités sur demande des patients et après accord des équipes soignantes.

De fait, l'aumônerie catholique est la seule constituée et, par voie de conséquence, la seule qui fasse l'objet d'une indemnisation, laquelle est versée à l'aumônerie des hôpitaux de Nantes. Une convention en date du 9 juillet 2002 a été signée entre le délégué épiscopal et le directeur de l'hôpital précisant le cadre de l'intervention.

La responsable de cette aumônerie intervient depuis sept ans à l'aumônerie des hôpitaux psychiatriques ; elle intervient également à l'hôpital Saint-Jacques de Nantes. Elle se conforme strictement aux termes de la note de service : ses interventions ont lieu à la demande du patient, celle-ci lui étant transmise par le personnel soignant. Mais ce dispositif ne permet pas de savoir si les demandes sont bien transmises ni si elles sont entendues. Elle reçoit les demandes lorsqu'elles sont déposées à l'accueil.

L'aumônier occupe un bureau proche de la cafétéria qu'elle partage avec un personnel de l'établissement. Elle dispose d'une armoire en propre, de chaises pliantes, d'une grande table. Le changement avec l'ancien site de Montbert est considérable, puisqu'elle y disposait d'une chapelle. Elle indique que les malades souhaiteraient avoir plus de lieux pour se poser et plus de lieux collectifs. Pour les célébrations, elle peut utiliser une salle plus vaste qui sert habituellement pour les activités de relaxation et de gymnastique douce. Quinze patients ont pu ainsi assister à la messe de Noël. Si un patient souhaite rencontrer un prêtre, elle fait appel à la paroisse.

L'exercice des autres cultes n'est pas formalisé. De ce fait, peu de demandes émergent.

La possession d'objet culturel n'est pas non plus formalisée. Ainsi, la fiole d'eau bénite d'une patiente a été jetée, compte tenu de l'incertitude qui pesait sur la nature du liquide contenu dans celle-ci.

4 LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION

4.1 Eléments communs à tous les secteurs

4.1.1 Le règlement intérieur

Le règlement intérieur de l'établissement est une version de janvier 2004. Par conséquent, il est obsolète à deux titres : vis-à-vis des dispositions fixées par la loi du 5 juillet 2011 et du fait de l'installation du CH dans son nouveau site au début de l'année 2012. Un nouveau projet a été communiqué aux contrôleurs mais il n'était pas encore validé par les différentes instances de l'établissement.

Au sein des pôles, chaque unité dispose de son propre « Règlement intérieur ». Il s'agit en général d'un texte tenant sur deux pages qui présente succinctement les règles de vie de l'unité. Certains règlements ont été rédigés alors que le CH était encore sur le site de Montbert.

A titre d'exemple, le règlement intérieur de l'unité ouverte du pôle G07, Pablo Picasso, « validé en réunion de fonctionnement le 18 octobre 2007 », expose sur deux pages les thèmes suivants :

- « votre admission ;
- « votre séjour :
 - o les repas ;
 - o les médicaments ;
 - o le soir ;
 - o la chambre ;
 - o les sorties ;
 - o les effets personnels ;
 - o les visites ;
 - o les communications téléphoniques ;
 - o le courrier
- usage des locaux et du matériel » ;
- un rappel des interdictions de fumer et d'introduire certaines substances.

4.1.2 La restauration

L'établissement possède une cuisine qui assure une restauration par liaison froide.

Une équipe de huit personnes assure la production de près de 400 repas par jour au profit des patients et du self-service du personnel.

La cuisine fonctionne du lundi au vendredi. Les repas du week-end sont préparés à l'avance. Le samedi et le dimanche, une seule personne de l'équipe est présente ; elle assure le conditionnement des repas dans les chariots des unités ; le self est fermé le week-end.

La distribution des repas dans les unités de soins est réalisée par le moyen de chariots isothermes comportant un compartiment chaud et un compartiment froid. Chaque matin et chaque soir, un agent apporte les chariots dans chaque unité ; le week-end, c'est un agent des services hospitaliers (ASH) de chaque unité qui vient chercher les chariots.

Les repas sont préparés en plats de quatre portions. Selon les unités, les plats sont disposés sur les tables ou servis dans des assiettes individuelles.

Chaque unité dispose d'une dotation de conserves destinées aux arrivées inopinées.

Le petit déjeuner est préparé dans chaque unité. Des boules de pain sont apportées avec le chariot du matin.

Chaque chariot comporte trois parts supplémentaires destinées aux personnels qui participent au repas avec les patients : c'est ce qu'on appelle les « repas thérapeutiques ».

Des repas améliorés sont préparés le jour de l'An, à Noël, le soir de la Saint-Sylvestre, le jour de Pâques, le dimanche de la Pentecôte, le 1^{er} mai, le 8 mai, le 15 août, le 1^{er} novembre, le 11 novembre. Ces jours-là, le petit déjeuner est également amélioré avec une viennoiserie en supplément.

Chaque unité passe sa commande la veille en précisant éventuellement les besoins spécifiques tels que menus, suppléments, remplacements – par exemple, remplacer les œufs par du jambon.

Le 15 janvier 2013, la cuisine avait préparé pour le repas de midi vingt-deux régimes, soit 25 % des repas préparés : cinq hypocaloriques, trois diabétiques, deux végétariens, deux hyperprotéinés, deux sans sel dont un sans sucre, sans potassium et sans graisse, un mixé, un sans assaisonnement et sans acidité, un sans porc, un halal, un sans œufs, deux riches en fibres et un comportant plus de légumes verts.

Le menu est préparé par le responsable de la restauration ou, en son absence, son adjoint, à partir d'un plan alimentaire ; il est affiché dans chaque unité.

La commission des menus se réunit tous les mois. Il n'y a pas de diététicienne ; il est envisagé d'en recruter une à temps partiel (à 20 %) afin de permettre d'assurer un meilleur équilibre des régimes en fonction de chaque patient.

En principe un contrôle vétérinaire est réalisé une fois par an. Au moment de la visite des contrôleurs, il n'avait pas encore eu lieu depuis que l'établissement était dans ses nouvelles installations, c'est-à-dire depuis dix mois.

Un échantillon de chaque repas est conservé au froid pendant une semaine. Chaque mois, un contrôle aléatoire de trois échantillons est réalisé par le laboratoire départemental d'analyse IDAC. A l'examen des documents remis aux contrôleurs, sauf rares exceptions, il donne lieu à la conclusion : « conforme aux critères de sécurité du règlement 2073/2005 et aux critères d'hygiène des procédures fixées par le client ». La dernière observation remontait au 10 décembre 2012 ; il avait été indiqué à propos d'un échantillon d'endives au jambon : « non conforme aux critères d'hygiène fixés par le client mais conforme aux critères de sécurité ».

Chaque mois, une analyse de surface est réalisée sur cinq éléments par le service de cuisine de l'établissement. Cette analyse n'a jamais donné lieu à des observations de non conformité.

Les réponses aux questionnaires de sortie révèlent globalement une satisfaction sur la qualité des repas (33 % très satisfaits et 50 % satisfaits).

En complément des repas du matin, de midi et du soir, chaque unité organise en son sein un goûter vers 16h et une tisane vers 22h.

4.1.3 L'hygiène et la sécurité

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

Le CLIN est présidé par un médecin généraliste, qui est également praticien hospitalier au CH ; un praticien hospitalier en est le vice-président. Il se réunit tous les quatre mois environ ; la dernière réunion a eu lieu le 18 octobre 2012. Lors de la visite des contrôleurs, le calendrier pour l'année 2013 était fixé ; la prochaine devait avoir lieu le 14 février 2013.

Au sein de chaque unité, une infirmière, une aide-soignante et un agent des services hospitaliers sont désignés comme correspondant hygiène et qualité et effectuent le relais dans

l'unité des décisions et actions du CLIN. Une réunion trimestrielle est organisée avec l'ingénieur qualité pour le suivi des protocoles.

Le procès-verbal de la réunion du 18 octobre 2012 indique que six protocoles ont été validés.

4.1.3.2 Le linge

Le nettoyage du linge hôtelier se fait par prestation de service d'une société extérieure. Il est collecté trois fois par semaine par des logisticiens de l'équipe de nuit afin d'éviter sa circulation au contact des patients et du personnel. Le rapport du CLIN du 18 octobre 2012 fait état d'un audit sur le circuit du linge et des déchets dans les cinq unités d'hospitalisation en septembre 2012. L'audit pointe que, sur douze critères étudiés, cinq nécessitent des actions d'amélioration.

Le nettoyage des effets personnels des patients est généralement assuré par leurs familles. Lorsque cela n'est pas possible, les patients ont accès à la lingerie, où un lave-linge est mis à leur disposition. La lessive est fournie par l'hôpital. Au moment de la visite des contrôleurs, c'était le cas pour quatre des dix-neuf patients de Pablo Picasso.

La lingerie est sous la responsabilité d'une lingère, qui effectue également des travaux de couture pour les patients qui n'en ont pas la capacité. L'accès à la lingerie est situé dans le couloir central ; elle est constituée de deux pièces, l'une disposant de cinq machines à laver, l'autre de cinq sècheuses ainsi qu'un « atelier » situé dans le couloir des syndicats.

L'accessibilité de la lingerie et sa configuration rendent possible le projet d'accompagnement par un soignant de certains patients pour faire laver leur linge, dans le cadre de leur prise en charge clinique et de leur projet d'autonomisation.

4.1.3.3 Les déchets

Les déchets de chaque unité sont stockés dans un local dédié, qui dispose d'un accès depuis l'unité et d'un accès depuis le couloir central. Les déchets sont évacués par les logisticiens de nuit afin d'éviter leur circulation au contact des patients et des soignants. Un tri sélectif avec valorisation¹⁴ est effectué par le prestataire qui les récupère, favorisant ainsi un traitement écologique des déchets.

Les déchets liés à l'activité des soins à risque infectieux (DASRI) sont prélevés la nuit par le logisticien de nuit pour être confiés à un prestataire de service, tous les lundis, chargé de leur incinération.

Le rapport du CLIN du 18 octobre 2012 fait état d'un audit sur le circuit du linge et des déchets dans les cinq unités d'hospitalisation en septembre 2012. Vingt-deux critères sur le circuit des déchets ont été étudiés ; dix nécessitent une action d'amélioration (tels le rappel sur la réglementation des DASRI ; l'hygiène des mains avant le port de gants, avant un geste propre et avant un geste sale ; le remplissage des sacs de linge sale au deux tiers uniquement ...).

4.1.3.4 Les prélèvements d'eau

Le contrôle de l'eau s'effectue par un laboratoire accrédité du groupe ALPA. Le suivi et les résultats des contrôles ont été abordés dans deux points à l'ordre du jour de la réunion du CLIN du 18 octobre 2012.

¹⁴ La valorisation des déchets est l'ensemble des procédés par lequel on transforme un déchet matière en un produit de qualité ou d'utilité supérieure.

Un problème de contamination de la fontaine du self avait été mis en évidence au mois de juillet 2012. Elle a été mise hors service et des bouteilles d'eau minérale ont été mises à disposition des usagers. La fontaine a été remplacée en octobre par l'entreprise qui l'avait installée.

4.1.3.5 La sécurité

Il n'existe volontairement aucun dispositif de vidéosurveillance dans l'établissement, l'usage de cette technologie n'étant pas jugé utile et pouvant être même être inapproprié à la prise en charge des patients.

Il n'a jamais été organisé d'exercice d'évacuation d'urgence. Chaque personnel soignant a sur lui une liste des patients présents avec l'indication de leurs chambres, ce qui doit permettre d'assurer une évacuation rapide en cas de nécessité. De nombreuses issues de secours sont disposées dans l'établissement.

L'ensemble du personnel reçoit une formation à la lutte contre les sinistres.

4.1.4 La sur-occupation et les transferts

Les admissions sont faites par le bureau d'accueil et gérées par l'équipe d'encadrement des unités d'hospitalisation des pôles. En cas d'absence de place disponible lors d'une demande d'hospitalisation, le patient est transféré sur un autre hôpital, selon le protocole décrit (cf. §3.2), relatif à l'hospitalisation des patients hors-secteur.

Il a été indiqué aux contrôleurs que, lorsqu'une mesure d'admission en soins psychiatriques sans consentement était levée et que le patient était alors hospitalisé librement, il ne changeait généralement pas d'unité.

4.1.5 Le téléphone

Dans les unités ouvertes, les patients sont en général autorisés à conserver leurs téléphones portables avec des restrictions d'usage : utilisation exclusivement dans la chambre ou à l'extérieur, interdiction d'utiliser les appareils photo.

Mais des variations importantes peuvent exister d'une unité à l'autre, qu'elles soient ouvertes ou fermées :

- au moment de la visite des contrôleurs, à **Pablo Picasso**, au début de son hospitalisation, un patient soigné sous contrainte n'est pas autorisé à téléphoner, recevoir de la visite et sortir. La durée de ces interdictions dépend de son état ; leur levée totale ou partielle est décidée par le médecin. Ainsi, un patient admis en SPDRE était limité à un appel par semaine d'une durée maximale de vingt minutes en présence d'un personnel soignant. Il était arrivé qu'un jeune patient fût limité à un appel d'une heure par demi-journée à la suite de plaintes de ses parents car il les appelait toute la journée ;
- dans l'unité **Franco Minéo**, le téléphone portable des patients est remis au personnel à l'arrivée. Cette disposition a été prise parce qu'un patient avait pris des photos d'autres patients et les avaient placées sur la page de son réseau social. Par ailleurs, le portable est jugé trop absorbant et parasitant pour les patients qui ont souvent besoin se couper avec l'extérieur.

Quand le patient veut appeler, il le demande à l'infirmier (mais pas au delà de 21h30). Cette disposition est soutenue par l'équipe soignante également au titre des tensions qui ont parfois été vécues lorsque certains patients pouvaient disposer de leur téléphone portable et pas d'autres. Exceptionnellement, un patient a été autorisé à téléphoner de son portable, car il préparait son insertion professionnelle avant sa sortie ;

- dans l'unité **Marc Chagall**, les patients peuvent utiliser leur téléphone portable selon leur état clinique sur un créneau horaire déterminé avec l'équipe soignante. La possession du téléphone portable fait débat dans l'équipe, car certains patients prennent des photos d'autres patients sans leur consentement, et l'usage de ces images ne peut pas être contrôlé ;
- dans l'unité **Andy Warhol**, les portables sont dès l'arrivée conservés dans les casiers des patients, situés dans le bureau infirmier. Si le médecin en a donné l'autorisation, le téléphone sera restitué le temps de la communication téléphonique.

Deux téléphones fixes peuvent également être utilisés : l'un est installé dans le salon visiteurs, l'autre dans le salon d'entretien. Selon les informations recueillies, aucun créneau horaire ne serait imposé pour les communications téléphoniques, sauf règle contraire spécifiée dans le contrat de soins. Dès lors, il a été indiqué que des communications téléphoniques pouvaient être passées le soir, y compris jusqu'à 22h. Les communications passées vers les organismes sociaux notamment ne sont pas comptabilisées au titre des appels autorisés.

Au jour de la visite, treize patients pouvaient téléphoner sans restriction particulière, six patients pouvaient passer seulement certains appels et un patient avait interdiction de téléphoner.

- dans l'unité **Léonard de Vinci**, les patients qui ont le droit de téléphoner sans restriction conservent leur téléphone portable que ce dernier ait ou non la fonction « appareil photo » et qu'il permette ou non un accès à internet. Il leur est demandé de téléphoner dans leur chambre. Les téléphones sont retirés la nuit et conservés dans les casiers au nom des patients dans le bureau infirmier.

Il a été expliqué aux contrôleurs s'agissant du téléphone fixe que les postes se trouvant dans les deux salles d'entretien étaient initialement prévus pour le personnel. Les numéros sont composés depuis le bureau infirmier et basculé sur la ligne concernée. Les appels passés depuis ces postes transitent nécessairement par le standard ; les communications sont décomptées et seront facturées au patient à sa sortie.

Au jour du contrôle, treize patients pouvaient téléphoner sans restriction, trois patients sous condition et deux patients en étaient privés.

Pour les personnes ne disposant pas de téléphone portable, ou lorsque l'usage de celui-ci est interdit dans l'unité, un combiné est à leur disposition dans un bureau d'entretien. Un personnel soignant transmet à l'accueil de l'hôpital le numéro à appeler afin que l'appel soit facturé sur le compte du patient, puis la communication est passée au bureau infirmier qui la transmet sur le combiné du bureau et prévient le patient. Par ailleurs un *point-phone* est placé à l'entrée de la cafétéria.

4.1.6 Le courrier

Si un patient le demande, il lui est remis de quoi écrire un courrier : crayon, papier, enveloppe et timbre.

Le courrier est en principe affranchi par les patients puis remis aux infirmières qui le donnent au cadre de santé. Ce dernier le dépose dans la bannette du secrétariat médical, à l'étage. Le courrier part vers 15h. Qu'il s'agisse du courrier sortant ou du courrier entrant, il a été indiqué qu'il n'était pas ouvert par les soignants. Il peut arriver néanmoins s'agissant du courrier administratif – et reconnaissable comme tel – que les infirmières restent pendant que le patient

ouvre le pli, surtout s'il s'agit d'une convocation attendue, afin de lui expliquer, le cas échéant, ce dont il s'agit.

Le courrier arrivé est distribué tous les matins.

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

La possibilité de conserver un ordinateur personnel est une décision médicale ; selon les informations données aux contrôleurs, elle est rarement accordée.

Les patients n'ont accès à un ordinateur dans aucune unité. En cas de besoin, il arrive néanmoins que l'un des postes informatiques du bureau des infirmiers soit prêté à un patient, afin qu'il consulte ses courriels ou encore qu'il mette à jour ses droits pour le versement mensuel des allocations chômage.

Pour autant, il n'existe pas de salle informatique et les patients, lors des réunions soignants-soignés, se plaignent parfois des conditions d'accès au téléphone et au poste informatique.

4.1.8 La cafétéria



Cafétéria l'Aquarelle

La cafétéria, nommée « l'Aquarelle », est située entre les unités Pablo Picasso et Léonard de Vinci, en face des locaux d'activités Michel-Ange et Séraphine. L'emplacement est central dans l'hôpital.

La pièce, d'une surface de 42 m², est éclairée par de grandes ouvertures qui donnent accès à une terrasse extérieure aménagée de tables rondes et de sièges métalliques. Au delà de la terrasse, une pelouse a été équipée de bancs, à la demande des patients. Les arbres sont trop jeunes pour donner de l'ombre et il est prévu d'équiper la terrasse d'un auvent.

Cet espace est animé par deux aides-soignantes et une animatrice. Le lieu est géré par une association composée de membres du personnel (mais les salaires sont pris en charge par l'hôpital). « L'esprit du lieu n'est pas celui d'un "Relais H" tel qu'on peut en trouver dans les hôpitaux, mais d'un lieu d'accueil où les patients peuvent venir même s'ils ne consomment pas », cette affirmation est corroborée par les observations des contrôleurs, la dimension associative et d'accueil étant manifeste.

La cafétéria est ouverte du lundi au vendredi de 9h15 à 10h45 et de 13h à 15h30 et le weekend de 9h15 à 11h15 et de 13h30 à 16h.

Il s'agit d'un lieu très investi par les patients. Vingt personnes peuvent s'y asseoir derrière des tables rondes ou un comptoir ; environ soixante personnes s'y présentent par jour, pour un séjour moyen d'une demi-heure. Le weekend, il arrive très souvent que des familles s'y installent avec les patients. Des enfants sont autorisés dans cet espace, à tout âge, ce qui n'est pas le cas dans les unités. Les patients sont toujours prioritaires dans l'accueil par rapport aux personnes extérieures.

Le prix des consommations est indiqué sur un panneau noir: « L'Aquarelle, association joie et détente, vous propose : petit café : 0,60 euro, avec lait 0,65 euro. Grand café : 1,20 euro, avec lait 1,30 euro, possibilité d'avoir du décaféiné. Chocolat : 0,70 euro. Thé ou tisane : 0,65 euro, avec lait 0,70 euro. Le sirop sans sucre : 0,30 euro. Les sirops à l'eau : 0,30 euro. Bouteille 0,50 cl, Perrier, Orangina : 1,60 euro. Bouteille d'eau à 0,55 euro. Lait : 0,50 euro. Lait + sirop : 1,80 euro. Pomme, orange : 0,10 euro. Carte téléphonique 25 unités: 7,50 euros ».

On y trouve, outre ces consommations, des objets de première nécessité (brosse à dents, dentifrice, savon, rasoir jetables...), des friandises, des journaux (*Femme Actuelle*, *Paris Match*, *Ouest France*, *Presse Océan*). Une armoire-vitrine expose de petits objets (animaux en peluche, stylos, porte-monnaie) qui peuvent, notamment, être offerts par les patients à leurs enfants.

Une fontaine à eau et un distributeur de boissons sont mis à disposition.

En amont de l'entrée de la cafétéria, est placée une cabine téléphonique ouverte.

Une animation se déroule une fois par trimestre. A Noël, un chanteur est venu, en mars est programmé du karaoké et en juin, un grand goûter. Les mois où il n'y a pas d'animation, une activité ludothèque se tient avec l'appui d'une association extérieure. Les activités proposées sont affichées.

A plusieurs reprises, personnels ou patients ont dit aux contrôleurs que cet espace était trop petit pour son usage et qu'aux moments de grande fréquentation, il pouvait perdre son caractère de lieu de détente. Souvent la comparaison a été faite avec la cafétéria de l'ancien hôpital « trois fois plus grande ».

4.1.9 La bibliothèque et la salle de jeux

Il s'agit d'une seule pièce de 16 m² à laquelle on accède par la cafétéria.

Cet espace ne permet pas de tenir une véritable bibliothèque, mais un « coin lecture » tel qu'indiqué sur la porte. Il n'existe pas de lien avec une bibliothèque extérieure, mais les patients peuvent accéder à la bibliothèque de la commune de Bouguenais ; par ailleurs, un patient se rend à la médiathèque de Rezé. Des visites de médiathèque ont déjà été organisées.

La bibliothèque de l'ancien hôpital Montbert détenait plus de 2 000 ouvrages, qui ont été pour la plupart vendus aux personnels ou aux patients. Ont été gardés et déménagés les romans les plus lus et les bandes dessinées. Avec l'argent de la vente du fond de Montbert, des livres de poches ont été achetés (« Ils prennent moins de place et peuvent être renouvelés à bas prix »).

Les ouvrages sont essentiellement des bandes dessinées, des romans populaires, des biographies, des romans policiers et fantastiques.

L'inscription est obligatoire pour pouvoir emprunter et un logiciel permet la gestion des prêts. Le prêt a lieu du lundi au vendredi de 11h à 11h30 et se fait pour sept jours pour un seul ouvrage avec prolongation possible. Si l'ouvrage emprunté n'est pas rendu ou est rendu en mauvais état, un nouveau prêt peut être refusé.

Au jour de la visite, trente-et-un lecteurs étaient inscrits.

Une armoire contient les différents jeux de société mis à disposition des patients qui peuvent jouer dans cette salle. Du matériel de fabrication d'objets décoratifs (confection d'albums photos, de bijoux, décoration de boîtes, dessins...) permet à l'animatrice de mener des ateliers de loisirs créatifs. Toutes ces activités ont lieu avec l'accord de l'équipe soignante pour ne pas interférer sur les activités thérapeutiques ; les patients peuvent s'inscrire auprès des accueillantes de la cafétéria.

Un baby-foot est installé dans cet espace.

4.1.10 La banque des patients

Tout patient est invité à déposer à son arrivée numéraire, carte bleue, chéquier, objets de valeur qui sont placés au coffre de l'établissement. Un inventaire est remis au patient et un compte est alors ouvert à son nom. Les biens déposés sont remis à la Trésorerie de référence qui adresse un reçu au patient. Les tuteurs peuvent déposer l'argent de poche des patients sur ce compte.

Les patients signent un bordereau dit « de remise de fonds » qui mentionne le nom de l'agent auquel l'argent peut être remis, la somme remise et le numéro du compte. Il est contresigné par le patient, par le cadre de santé de l'unité et par le régisseur. Le bordereau, issu d'un carnet à souche porte la mention « banque des hospitalisés, centre hospitalier Georges Daumézon ».

Si les patients ne peuvent venir eux-mêmes à la mini-banque, les agents de celle-ci remettent l'argent aux patients dans leur unité. Dans le cas où un patient est dans l'incapacité de signer le bordereau, une liste précise les soignants – et eux-seuls – qui sont habilités à signer dans la case « signature du patient pour acquit » en tant que témoins habilités.

Pour les achats à l'extérieur des patients qui ne peuvent sortir, un autre bordereau, intitulé « de remise d'avance », indique le nom de la personne à qui la somme prévue peut être remise. Il est contresigné de la même façon et porte les mêmes indications que le bordereau de remise de fonds. La facture de l'achat est remise au patient et la monnaie est reversée sur le compte.

La banque des patients est située dans un petit local placé en amont de l'entrée de la cafétéria, elle est ouverte de 15h45 à 16h30 du lundi au vendredi. Les patients s'y présentent munis de leur bordereau et l'argent leur est remis immédiatement.

4.2 Les unités intra hospitalières du secteur G06

4.2.1 Présentation du pôle

Le secteur est divisé en trois sous-secteurs :

- **Bouguenais** : qui recouvre les communes de Bouguenais (17 244 habitants), Pont-Saint-Martin (5 538 habitants), Saint-Aignan de Grand Lieu (3 536 habitants).
Le CMP et l'hôpital de jour du Bois-Marinier, situés à Rezé, sont compétents pour les publics de ce sous-secteur ;
- **Le Pellerin**, qui recouvre les communes de : Le Pellerin (4 345 habitants), Bouaye (5 824 habitants), Brains (2 565 habitants), Cheix-en-Retz (729 habitants), La Montagne (6 123 habitants), Port-Saint-Père (2 578 habitants), Rouans (2 536 habitants), Saint-Jean de Boisseau (4 779 habitants), Saint-Léger les Vignes (1 430 habitants), Vue (13 48 habitants).
Le CMP et l'hôpital de jour des Pibales, situés sur la commune du Pellerin, sont compétents pour les publics de ce sous-secteur.

- Machecoul, qui recouvre les communes de : Bourgneuf-en-Retz (3 207 habitants), Chémère (2 123 habitants), Fresnay-en-Retz (1158 habitants), Saint-Cyr en Retz(2 300 habitants), Saint-Hilaire de Chaleons (1 870 habitants), Saint-Meme le Tenu (1 152 habitants), Sainte-Pazanne (5 023 habitants), La Marne (1 362 habitants), Paulx (1 855 habitants), Machecoul (6 042 habitants), Saint-Etienne de Mer Morte (1 293 habitants), Touvois 1 484 habitants).

Le CMP et l'hôpital de jour Marie de Rais, situés sur la commune de Machecoul, sont compétents pour les publics de ce sous-secteur.

L'Orée, qui est resté sur le site de Montbert, est un atelier thérapeutique à visée intersectorielle organisé avec les moyens du pôle G 06, mais ouvert à l'ensemble des patients de l'établissement en fonction des places disponibles.

La même équipe suit le patient et des binômes médicaux sont créés entre le CMP et l'hôpital de jour pour éviter les ruptures dans le suivi.

Les CMP du secteur ont été longtemps ouverts tous les jours de la semaine. Depuis l'application des 35 heures ils sont fermés le dimanche et les jours fériés. L'activité (entretiens physiques, entretiens téléphoniques, visites à domicile) du samedi est sur prescription médicale.

En 1996, deux pavillons de l'ancien hôpital Montbert ont été réunis pour couvrir le secteur 44 G 06.

Du fait de cette politique de prise en charge *princeps* par le secteur extrahospitalier, les hospitalisations sont de courte durée, elles sont surtout anticipées le plus possible et les sorties préparées avec l'équipe qui suit le patient sur le secteur.

Les personnels de l'intrahospitalier de l'extrahospitalier travaillent ensemble. Le matin la réunion du *staff* a lieu avec des personnels de l'extrahospitalier des sous-secteurs (assistant de service social et personnel soignant, cadres de santé secrétaires). Une même référence médicale est maintenue en intra et en extra hospitalier.

4.2.2 L'unité fermée Franco Minéo

Cette unité est la seule qui comporte un unique bâtiment d'hospitalisation, nommé Franco Minéo, du nom d'un peintre italien contemporain. Elle comporte vingt-quatre lits. Il s'agit d'une unité fermée, ce qui ne signifie pas que les patients ne peuvent pas sortir, mais qu'ils ne peuvent le faire qu'en sollicitant sortie et entrée auprès du personnel.

L'unité est fortement articulée sur le secteur géographique ; cette dimension a des implications directes sur le suivi du patient, pour lequel le médecin chef de pôle indique qu'il doit se faire au plus près de son lieu de vie. L'hospitalisation est une séquence de la prise en charge du patient et ne doit pas être détachée de celle-ci.

La vie de l'unité est rythmée par diverses réunions où le souci d'une prise en charge non clivée avec le secteur est perceptible :

- tous les matins, réunion du *staff* avec le personnel intra et extrahospitalier de 9h à 9h30 ;
- les passages de consignes ont lieu matin midi et soir à chaque relève de service,
- **les lundis :**
 - o tous les lundis se tient une réunion médicale ;

- tous les lundis, un groupe de parole est animé par le psychologue et le cadre de santé. Les patients peuvent y parler de tout, de la vie institutionnelle, des désaccords, sauf de ce qui est trop intime ;
 - le conseil de pôle se tient les deuxièmes lundis tous les deux mois, il s'agit de débattre et de valider, par le vote, les grandes orientations du pôle. C'est une instance consultative, un lieu d'expression plus formalisé pour les professionnels (le dernier sujet abordé concernait le projet d'une solution de logement en colocation pour les patients). Le médecin responsable du pôle suit les votes ;
 - tous les lundis, se tient un groupe d'analyse de la pratique à Séraphine
 - une réunion de synthèse hebdomadaire se tient le lundi après-midi en équipe pluridisciplinaire ;
 - tous les lundis également, médecins et cadre de santé se réunissent ;
 - tous les lundis, se tient le groupe d'analyse de la pratique.
- **les mardis :**
- tous les mardis, les cadres supérieurs de santé de l'hôpital se réunissent à la direction des soins ;
 - une réunion de fonctionnement les 2^e et 4^e mardis du mois traite du projet global de l'unité et du projet de soin ;
 - une fois par trimestre se tient une réunion de l'équipe soignante de nuit ;
- **les mercredis :**
- une réunion d'équipe, avec le cadre supérieur du pôle et les cadres de santé du pôle, traite de l'organisation des soins des plannings et de partage d'information ;
 - la réunion Institutionnelle est une réunion d'expression du personnel rassemble tous les professionnels du pôle, toutes catégories confondues, les participants parlent en leur nom propre et y amènent ce qu'ils souhaitent ; elle a lieu le 1^{er} mercredi de chaque mois ;
 - le premier vendredi du mois se tient le bureau de l'association « Le Petit Pébrol » ;
- **les jeudis :** une fois par mois, se tient une réunion des agents de service hospitaliers ;
- **les vendredis :**
- tous les vendredis, se tient une réunion de synthèse avec les différentes structures du service et les secteurs de l'établissement
 - tous les vendredis également, une réunion permet de faire des bilans individuels des patients
 - une fois par mois, une réunion de fonctionnement de l'Orée a pour fonction de faire les synthèses et les bilans individuels des patients.

4.2.2.1 Les locaux

L'unité Franco Minéo est située au bout du long couloir qui traverse l'hôpital. Elle se décline dans les tons de vert.

Les locaux professionnels sont répartis entre le rez-de-chaussée et le premier étage.

Au premier étage, on trouve :

- une salle d'attente de 14 m² ;
- le secrétariat (36 m²) ;
- les vestiaires des personnels, hommes (15 m²) et femmes (23 m²) avec douches et toilettes ;
- un vestiaire pour le *pool* de nuit avec douches et toilettes ;
- une salle de pause pour les agents (12 m²) ;
- les bureaux de l'assistante de service social (14 m²), des deux psychologues (15 m²), des infirmiers de secteur (15 m²), du médecin chef (17 m²), des médecins (cinq bureaux médicaux de 14 m²), des cadres de santé (14 m²), du cadre supérieur de santé (15 m²), un bureau pour les soins ambulatoires (14 m²) ;
- un local de ménage (6 m²) et les toilettes (5 m²) ;
- une salle de réunion (24 m²) ;
- une salle d'archives (13 m²).

Les fenêtres sont bloquées dès lors qu'il s'agit de bureaux d'entretien.

Au rez-de-chaussée

L'entrée dans l'unité se fait en sonnant à la porte d'accès du rez-de-chaussée.

Les locaux sont divisés en espace jour et espace nuit.

Les locaux sont distribués autour d'un patio central, dont une partie est accessible par les patients dans la journée et dont l'autre (le patio contemplatif), est séparé du patio central par une cloison de verre. Il est maintenant accessible par une porte qui a été ajoutée dans la perspective de créer un jardin potager et d'agrément, cultivé par les patients. Un couloir longe l'ensemble de l'unité, dont quelques dégagements permettent d'installer des espaces conviviaux où peuvent s'installer les patients pour des jeux de société ou bien pour jouer au baby-foot.

Dans **la partie jour**, face à l'entrée dans l'unité, se trouvent :

- le bureau des infirmiers (20 m²) équipé pour trois personnes, dont on signale aux contrôleurs qu'il manque de stores et qu'il est trop chaud en été ;
- un petit salon (14 m²), assez nu, équipé de trois chaises et d'une table qui sert aux appels téléphoniques des patients et à l'accueil des familles lors des visites. Les portes de chaque salon ou bureau d'entretien comporte une plaque glissante qui permet de basculer de « libre » à « occupé ». Néanmoins un patient a indiqué que la mention « occupé » ne l'avait pas protégé d'une intrusion (les soignants cherchaient un espace disponible) ;
- un salon de télévision (20 m²) équipé d'une table ronde, de chaises avec repose-pieds. Elle sert également de salle de lecture des journaux (récupérés à la cafétéria) ;
- une salle à manger (46 m²), donnant sur l'extérieur, équipée d'une desserte et de sept tables séparées les unes des autres, munies chacune de quatre chaises, l'ensemble est lumineux ;
- une petite salle en face fait office de salon de réception des familles (14 m²), de lieu d'appel téléphonique, mais il permet également de prendre des repas individuellement ;
- des sanitaires (9 m²) destinés aux patients, ceux-ci étaient fermés et accessibles sur demande, du fait de l'hospitalisation d'une patiente potomane ;

- un autre salon de télévision (20 m²), qui sert également au groupe de parole soignants / soignés.

La partie nuit comporte :

- deux chambres pour personne à mobilité réduite (PMR) d'une surface de 19 m², dotées d'une salle de bain et toilettes aux normes, d'un lit médicalisé ;
- en face de ces chambres, une salle de bain médicalisée (12 m²) permettant aux patient de prendre des bains de confort ou des bains thérapeutiques ;
- vingt-deux chambres individuelles (15 m²) ;
- deux chambres de soins intensifs (CSI) d'une surface globale de 50 m² ;
- à l'angle du bâtiment, proche des CSI, une porte extérieure permettant l'accès d'un patient par un véhicule sanitaire.

Jouxtant la partie nuit, on trouve :

- un local linge propre (5 m²) et un local linge sale (8 m²);
- un local de rangement du matériel médical (9 m²) ;
- un bureau d'entretien (10 m²) équipé de cinq chaises, sans téléphone, il peut également servir de local pour les soins esthétiques ;
- le bureau du cadre de santé (12 m²) ;
- une « valiserie » (7 m²) où est également entreposé le linge des patients chroniques ;
- en face, la salle de soins (12 m²) et le local de pharmacie (9 m²) ;
- un local pour entreposer le matériel de ménage (5 m²);
- un local déchet (7 m²) ;
- la salle de pause de l'équipe soignante (14 m²), équipée de fours à micro-ondes, d'un four, d'un réfrigérateur...
- les toilettes pour le personnel soignant (7 m²).

Le manque d'espace collectif a été signalé aux contrôleurs, notamment du fait de la nécessité, relevée par certains personnels, que les malades psychotiques puissent « déambuler ». Il a été également dit que l'environnement était trop médicalisé, manquant d'espace, les salons sont trop petits, beaucoup de lieux sont ressentis comme clos et donnent un sentiment d'enfermement. Il n'y a pas assez d'espaces dédiés aux familles.

Les chambres

Elles sont toutes individuelles et donnent sur le patio contemplatif ou sur un pré au-delà duquel se trouvent des habitations.

Les chambres sont toutes équipées d'un grand placard montant jusqu'au plafond décoré de fleurs stylisées. Ce placard peut être fermé à clef par le patient. La chambre doit en revanche rester ouverte. Contre le placard, s'appuie un petit bureau muni d'une chaise. On trouve ensuite une fenêtre, dépourvue de rideaux, mais dont les vitres sont dépolies dans la moitié basse afin de permettre la vue dans sa partie médiane et haute. Le lit, de 90 cm de large, est recouvert d'un dessus de lit blanc en satinette de coton damassée, il est jouté d'une table de nuit. Les murs sont peints en vert amande, le mur opposé à la fenêtre est blanc.

La salle de bains est équipée d'une douche à l'italienne carrelée de vert, d'un lavabo surmonté d'un grand miroir, de WC suspendus.

Les lits ne sont pas des lits médicalisés, ce qui donne aux chambres le caractère d'une chambre de ville, mais ils sont de ce fait malcommodes pour les personnels soignants et doivent être changés.

4.2.2.2 Le personnel

L'ensemble des médecins intervient au niveau de l'unité d'hospitalisation. De part la formation de binômes au moins un médecin de chaque sous-secteur est présent tous les jours de la semaine. L'organisation médicale est telle qu'il y a toujours une présence médicale matin et après-midi du lundi au samedi matin.

L'équipe est composée de :

- huit médecins (4 praticiens hospitaliers, 2 assistants, 1 interne de médecine générale et 1 interne de spécialité) ;
- un cadre supérieur de santé qui exerce à temps plein, ainsi qu'un cadre de santé (trois autres cadres sont affectés aux sous-secteurs extra hospitaliers).

L'équipe Minéo (jour/nuit) est composée de :

- vingt infirmiers pour 19,40 ETP (trois d'entre eux exercent à 80 %), cinq aides soignants pour 4,80 ETP, (l'un exerçant à 80%) ;
- trois infirmières pour l'unité Séraphine pour 2,60 ETP (deux infirmières exerçant à 80 %) ;
- un assistant de service social à temps plein ;
- deux psychologues, pour 1,5 ETP l'un étant à temps plein et l'autre à mi-temps ;
- trois secrétaires médicales pour 2,60 ETP, l'une exerçant à 80 % et deux à 90 %.

4.2.2.3 Les patients

Le jour de la visite, les vingt-quatre places étaient occupées par neuf hommes et quinze femmes. Une femme avait été admise en SPDRE, deux hommes et trois femmes en SPDT.

La durée la plus longue d'hospitalisation en SPDRE était de cinquante-quatre jours. La durée la plus longue d'hospitalisation en SPDT était de quarante-huit jours.

Trois patients au long court séjournait dans le service, dont un en SL depuis près de vingt ans (les séjours sont émaillés de séjour en foyer, en séjours thérapeutiques, en famille d'accueil). La patiente la plus âgée avait 80 ans et le patient le plus jeune, 20 ans.

Le rapport des autres patients aux patients hospitalisés au long cours » est travaillé au moment de l'arrivée d'un nouveau patient afin que ce dernier n'éprouve pas d'inquiétude à leur contact.

Il peut arriver qu'il y ait des mineurs, s'il n'y a pas de place au SHIP ou bien si le mineur y est indésirable.

La prise en charge des personnes âgées est fondée sur le maintien à domicile. Toutes les semaines, des infirmiers du secteur visitent les patients qui sont en maison de retraite. Treize maisons de retraite sont ainsi visitées pour favoriser l'acceptation et le suivi des patients âgés souffrant de pathologies mentales.

L'unité est parfaitement tenue, les patients portent leurs vêtements, aucun n'a paru négligé ou souillé. Lors de la visite, il a été constaté que le personnel soignant demeurait auprès des patients, partageait repas et activités avec eux.

4.2.2.4 Les règles de vie

Le patient est vu à l'entrée et un entretien d'accueil a lieu avec un personnel soignant. Le livret d'accueil est remis à ce moment s'il ne l'a pas été au moment des démarches d'admission. Un document intitulé « Règles de vie et informations pour les personnes hospitalisées » est également remis.

Un contrat de soins personnalisé est convenu avec le patient au moment de son admission, il précise si les sorties se font accompagnées ou non, les modalités des appels téléphoniques (possible, impossible, quantifiés), les modalités des visites. Ces dispositions ne sont pas liées au mode d'admission, mais sont convenues selon la clinique, sauf pour les patients en SPDRE qui ne peuvent sortir qu'accompagnés. Ce contrat évolue en fonction de l'état du patient.

Pendant la première semaine du séjour, il n'y a pas de **sorties** possibles. Cette disposition n'est pas mentionnée dans le document des règles de vie, mais paraît néanmoins instituée et a été mentionnée à plusieurs reprises aux contrôleurs.

Trois types de limitation de contrat existent de façon indépendante :

- Contrat rouge : sorties non autorisées ;
- Contrat orange : sorties limitées et précisées ;
- Contrat vert : il n'y a pas de restriction.

Les **visites** sont autorisées (sauf indications contraires du médecin) de 14h30 à 18h45 dans les salons d'accueil. Les visiteurs ne vont pas dans les chambres, les visites ont lieu dans les salons de l'unité. Les familles peuvent aussi aller à la cafétéria, ce qui est moins confortable pour elles lorsqu'il y a de l'affluence. Les enfants de moins de 15 ans ne sont pas autorisés à rentrer dans l'unité. Ils peuvent venir en visite, mais il faut alors en prévenir l'équipe soignante pour que soit réservé un espace (une salle de réunion à l'étage, ou le local de Séraphine, ce qui implique alors la présence d'un personnel).

L'usage du **tabac** est interdit à l'intérieur du pavillon, il est possible de fumer dans le patio (de 7h30 à 21h30). Lorsqu'un patient souhaite fumer au delà de 21h30, il peut demander au personnel d'accéder au patio. Sauf pour certains patients et sur avis médical, l'usage du tabac n'est pas restreint.

Les relations sexuelles ne sont pas autorisées, ce qui est mentionné explicitement dans le document des règles de vie.

Les repas sont pris avec les patients midi et soir. Certains patients ne pouvant pas prendre leur repas avec les autres peuvent le faire dans un petit salon situé face à la salle à manger collective. La salle à manger est ouverte au moment des repas :

- pour le petit déjeuner de 8h30 à 9h ;
- pour le déjeuner à 12h ;
- pour le goûter à 16h ;
- pour le dîner à 19h ;
- pour la tisane du soir à 22h.

4.2.3 L'unité d'activités thérapeutiques Séraphine

Les activités (télévision, jeux de société) peuvent se dérouler au sein de l'unité Franco Minéo et sont animées par le personnel soignant. Mais une unité, nommée Séraphine¹⁵, est dédiée aux activités thérapeutiques. Celles-ci sont prescrites par le médecin, soit à la demande du patient, soit lorsque le patient est incité à avoir une activité dans le cadre de sa prise en charge thérapeutique. Tous les vendredis, les patients expriment lors d'une réunion un choix d'activité. Un entretien d'accueil a toujours lieu dans l'unité afin de mieux définir les attentes du patient et de lui présenter l'unité. Un planning lui est ensuite proposé.

L'unité Séraphine fonctionne comme un petit hôpital de jour. Des activités fixes existent, mais elles sont adaptées, ou même créées, en fonction des pathologies, du projet de soin et des souhaits des patients. L'unité Séraphine est ouverte du lundi au vendredi et les soignants déjeunent avec les patients qui ont été en activité le matin. Seuls deux ou trois patients n'ont pas d'activité avec d'autres : ils font l'objet d'une prise en charge individuelle du fait de la nature de leurs troubles. L'unité n'est pas fermée. Les patients peuvent sortir de l'unité pour aller aux toilettes, pour fumer ; il n'y a jamais eu de fugues.

Trois infirmières sont détachées à Séraphine, elles exerçaient toutes antérieurement à l'unité Franco Minéo. Elles ne portent pas de blouse. Elles participent aux réunions de transmission et aux synthèses de l'unité d'hospitalisation.

Les activités du matin se déroulent de 10h30 à 13h30, les patients prennent leur repas avec les infirmières. Les activités de l'après midi se déroulent de 14h30 à 16h.

Un panel d'activités est proposé ; il peut évoluer selon les envies des patients.

Ainsi, se déroulent :

- des activités autour de la cuisine (atelier pâtisserie, goûter) ;
- des jeux de société ;
- des soins de bien-être, corporels et esthétiques (manucure, massage) qui sont proposés tant aux hommes qu'aux femmes ;
- des activités d'arts plastiques (collages, peinture), mais il n'y pas d'intervention d'artistes faute de moyens financiers ;
- les activités de gymnastique douce et relaxation, dans le salon polyvalent ;
- des sorties (au moment de la visite a eu lieu une promenade le long de la rivière de Bouguenais).

Les observations suivantes sont extraites des données collectées en décembre 2012 (le taux d'activité est légèrement en baisse du fait de congés maladie et maternité dans cette période à l'unité d'activités Séraphine) : trois patients hospitalisés au long court ont fait l'objet de quinze prises en charge individuelle (PCI) du fait de leur état.

Ont eu lieu :

- huit séances de relaxation, bien être et gymnastique douce :
 - une séance pour deux patients ;
 - deux séances pour quatre patients ;

¹⁵ Séraphine Louis dite Séraphine de Senlis, née à Arsy (Oise) le 3 septembre 1864 et morte de faim le 11 décembre 1942 (à 78 ans) à l'hôpital psychiatrique de Villers-sous-Erquery, est une artiste peintre française dont l'œuvre est rattachée à l'art naïf. Autodidacte, elle s'est inspirée des images pieuses. Ses motifs décoratifs répétés, ses tableaux gorgés de lumière et de couleurs, sont parfois interprétés comme le reflet de son état psychique (source *Wikipédia*).

- trois séances pour trois patients ;
- trois séances pour cinq patients ;
- sept ateliers d'art plastique (collage, peinture) :
 - une séance pour six patients ;
 - deux séances pour quatre patients
 - trois séances pour trois patients ;
 - une séance pour cinq patients ;
- quatre séances de jeux de société :
 - deux séances pour quatre patients ;
 - deux séances pour trois patients ;
- deux séances de revues de presse :
 - une séance pour quatre patients ;
 - une séance pour trois patients
- cinq ateliers de pâtisseries et deux de préparation de goûters :
 - une séance pour quatre patients ;
 - trois séances pour trois patients ;
 - deux séances pour cinq patients ;
 - une séance pour deux patients ;

En outre, six sorties ont eu lieu pour des promenades, des visites au marché, des séances de cinéma :

- cinq sorties pour deux patients ;
- une sortie pour trois patients.

Pour pouvoir mettre en place, concevoir et financer ces activités, une association de service « le Petit Pébrol » donne des subventions à l'unité Séraphine ainsi qu'à l'ensemble des unités fonctionnelles du pôle. Le secteur est doté de six voitures et il y a un véhicule dédié à l'unité Séraphine. Les infirmiers accompagnent régulièrement les patients lors de sortie (achats divers, coiffeur, retour au domicile pour revoir le logement).

L'unité Séraphine comporte :

- une salle de restauration collective, lumineuse et bien agencée (19 m²);
- une petite cuisine (11 m²), entièrement équipée (lave-vaisselle, réfrigérateur, cuisinière électrique, évier, placards, desserte roulante) ;
- un salon esthétique (9 m²) meublé d'une table d'examen, d'un meuble bas de rangement, d'une table basse, d'un fauteuil et de chaises ; il est équipé d'un grand miroir placé au-dessus d'un plan de travail muni d'un lavabo ;
- une salle d'arts plastiques (19 m²) équipée de deux grandes tables et du matériel *ad hoc* (peinture, colle, feutres de couleurs ...) ;
- un salon de musique et télévision (12 m²) équipés de sièges, il peut également servir de lieu de réception pour les familles avec enfants ;
- un bureau pour le personnel soignant (14 m²).

4.3 Les unités intrahospitalières du secteur G07

4.3.1 Présentation du pôle G 07

Le pôle G 07 intervient sur l'un des secteurs Sud Loire, qui regroupe un bassin de population de 87 978 habitants¹⁶ et seize communes : Rezé en zone urbaine et, en zone rurale ou semi-rurale, Aigrefeuille, Corcoué, Geneston, La-Chevrolière, La-Limouzinière, La-Planche, Le-Bignon, Lège, Maisdon-sur-Sèvres, Montbert, Remouillé, Saint-Colomban, Saint-Luminé-de-Coutains, Saint-Philbert-de-Grand-Lieu et Vieillevigne.

Il comporte :

- trois unités intrahospitalières : l'unité fermée « Marc Chagall », l'unité ouverte « Pablo Picasso » et l'unité d'activités thérapeutiques « Michel-Ange » ;
- deux structures extrahospitalières, composées chacune d'un centre médico-psychologique et un centre de thérapie: « Le Bas Landreau » à Rezé et « Le Champ Libre » à Saint-Philbert-de-Grand-Lieu.

L'équipe intra-hospitalière du pôle G 07 comporte :

- un médecin, chef de pôle ;
- 2,8 équivalents temps plein (ETP) de praticiens hospitaliers psychiatres ;
- 1,5 ETP de psychologue ;
- 45 ETP d'infirmiers ;
- 6 ETP d'aides-soignants ;
- une assistante sociale ;
- un cadre supérieur de santé ;
- quatre cadres de santé ;
- 2,9 ETP de secrétaires médicales ;
- 10 ETP d'agents des services hospitaliers.

Chacune des deux unités d'hospitalisation – Pablo Picasso et Chagall – compte quatre hommes parmi les personnels soignants.

4.3.2 L'unité fermée Marc Chagall

4.3.2.1 Les locaux

L'unité Marc Chagall comporte dix-sept chambres individuelles d'une surface de 15 m², deux chambres aménagées pour l'accueil de personnes à mobilité réduite de 18,5 m², une chambre sécurisée de 15 m² et une chambre de soins intensifs de 10 m².

Le mobilier de chaque **chambre** comprend : un lit, un bureau, une chaise et une table de chevet avec un tiroir, un placard fermant à clé. L'éclairage est constitué par deux projecteurs verticaux (un vers le haut et un vers le bas), commandés par des interrupteurs à la tête du lit. Les murs sont décorés d'un papier peint coloré. La fenêtre de la chambre est verrouillée par mesure de sécurité, et est ouverte par les soignants sur demande des patients.

Une salle d'eau isolée par une porte est installée dans un coin de la chambre, elle est équipée d'un siège de WC suspendu, un lavabo avec miroir et une douche à l'italienne avec rampe d'appui ; la température de l'eau est réglable avec un mitigeur.

L'organisation générale de l'unité est celle d'un couloir dessinant les quatre cotés d'un carré, avec en son centre un patio de 290 m² et un jardin contemplatif de 30 m². Le **patio** est aménagé avec quatre bancs fixés au sol, une table de ping-pong, un préau avec douze chaises de

¹⁶ Selon le dernier recensement, datant de 2011

jardin. De nombreuses plantations, dont trois arbres, ont été réalisées à partir d'un plan d'architecte paysagiste. Le jardin contemplatif n'est accessible que par une porte fermée à clé ; l'équipe soignante envisage d'y installer un potager, au titre d'une activité thérapeutique.

Le bureau des personnels soignant est situé à distance de la porte d'entrée, et les soignants en poste dans le bureau ne peuvent pas voir les personnes qui entrent ou sortent de l'unité.

La salle de soins et la pharmacie sont suffisamment spacieuses et bien agencées pour permettre une distribution des médicaments et la réalisation des soins de manière agréable pour les patients et efficace pour les soignants.

Près de la porte d'entrée, un **salon pour visiteurs**, de 10 m², sans fenêtre, est meublé de quatre chaises et d'une table ronde de 1,20 m de diamètre. Il n'est pas utilisé en dehors des visites familiales. Pour les enfants de moins de 15 ans, les visites ne se font pas dans l'unité : elles ont lieu soit dans un bureau de consultation situé au premier étage (en semaine), soit dans la salle d'activités Michel-Ange (le week-end).

A coté du poste de soins, deux **bureaux** sont destinés aux entretiens, l'un de 9 m² (équipé de quatre sièges et d'une table basse) et l'autre de 15 m² (équipé de sept sièges et d'une table de 1,20 m de diamètre). Le bureau de 15 m² est équipé d'une chaîne hi-fi et d'une armoire contenant des magazines et jeux de société. Les portes des bureaux sont équipées à l'extérieur d'un panneau glissant indiquant que le bureau est libre ou bien occupé. Les patients peuvent recevoir en toute confidentialité des appels téléphoniques dans ces bureaux.

Deux **salons** polyvalents de 18,5 m² sont équipés d'un téléviseur. L'un possède six chaises et trois appui-pieds, ainsi qu'une armoire contenant des livres et magazines, l'autre contient cinq chaises, quatre fauteuils et deux repose-pieds.

Une zone du couloir de 4 m de long et de 2 m de large est délimitée par une baie vitrée qui donne sur l'extérieur de l'hôpital, elle est équipée de quatre chaises ; un jeu de fléchettes est suspendu au mur.

Des bacs avec des plantes vertes sont disposés près du salon pour visiteurs et des bureaux d'entretien, ainsi que dans le sas qui donne sur le préau.

Une **salle de bains** de 12 m² avec une baignoire est accessible aux patients. Elle est cependant peu utilisée, et l'équipe soignante réfléchit à lui trouver une utilisation à visée thérapeutique.

La **salle à manger** de 41 m² est équipée de cinq tables à quatre places, deux tables à deux places et vingt-quatre chaises. Une grande baie vitrée donne directement sur l'extérieur de l'hôpital, et la pièce est visible depuis le parking de l'hôpital. Les repas sont pris collectivement, quelques exceptions sont faites sur prescription médicale, pour des patients qui souhaitent prendre leurs repas seuls dans le petit salon dédié aux visites. La salle à manger est reliée à une kitchenette et un office. L'office est accessible depuis le couloir central de l'hôpital, les chariots transportant les repas y sont stockés. La salle à manger est décorée par un bac avec une plante verte et par deux tableaux réalisés par des patients.

L'ensemble des pièces et des couloirs est dépourvu de décorations. L'équipe soignante est en train de constituer un atelier thérapeutique d'arts plastiques, afin de réaliser des décorations pour la salle à manger ainsi que les autres espaces communs.

Une **bagagerie** de 7 m² est installée à proximité de la porte d'entrée. Elle est fermée à clé, les patients y ont accès sur demande auprès de l'équipe soignante. Au regard de la faible surface, les patients et leurs familles sont encouragés à ne garder dans l'unité que le minimum d'effets personnels.

4.3.2.2 Le personnel

L'unité est sous la responsabilité d'un psychiatre, présent à mi-temps dans l'unité. Chaque psychiatre du pôle se rend au moins une fois par semaine dans l'unité, pour y rencontrer les patients qu'il a en référence clinique.

L'équipe soignante est composée de :

- 1 ETP de cadre de santé ;
- 11 ETP d'infirmiers;
- 2 ETP d'aides-soignants ;
- 4,6 ETP d'agent des services hospitaliers qualifié.

4.3.2.3 Les patients

Au moment de la visite, dix-huit patients étaient soignés à Marc Chagall dont deux hommes admis en SPDRE et trois femmes et deux hommes en SPDT.

Les hospitalisations les plus longues étaient les suivantes : trois ans et trois mois pour un patient en SPDRE et deux mois et dix-sept jours pour un patient en SPDT.

Le patient le plus âgé avait 78 ans et 9 mois, le plus jeune, 20 ans et 11 mois.

4.3.2.4 Les règles de vie

L'unité dispose d'un règlement intérieur, rédigé pour le site de Montbert, qui n'a pas été réactualisé. La réactualisation était en cours, mais sans qu'il y ait de date définie pour finaliser le travail. De même, l'unité ne dispose pas d'un projet thérapeutique rédigé. Les prises en charges au sein de l'unité se font de façon spontanée et informelle, selon la disponibilité des soignants et des patients. Un groupe réunissant plusieurs soignants s'est constitué afin de travailler sur ces deux questions.

A son arrivée dans l'unité, un patient hospitalisé sous contrainte n'est pas autorisé à communiquer avec l'extérieur ni à recevoir de visiteurs. Ce cadre de prise en charge décidé par le médecin, est révisable à tout moment de l'hospitalisation, en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient.

Lors de l'arrivée du patient, ses effets personnels sont fouillés par l'équipe soignante en sa présence, afin de retirer tout objet dangereux (couteaux, ciseaux) ou interdit (alcool, stupéfiants). Les objets indésirables sont remis à la famille ou bien stockés dans la bagagerie.

Il n'est pas formellement interdit aux patients de garder avec eux des objets de valeur (ordinateur portable, play-station) mais cela leur est vivement déconseillé.

L'usage du tabac est strictement limité au patio ou aux espaces extérieurs de l'hôpital. Il n'y a aucune restriction, sauf dans quelques cas d'usage excessif. Une consultation anti-tabac est alors proposée au patient et sa consommation peut être limitée avec son accord.

Les patients ont accès à leur chambre, sauf en dehors de deux créneaux horaires : de 10h à 11h30 et de 15h30 à 16h30. Cela leur est présenté comme étant nécessaire pour faire le ménage. Le ménage n'est effectué que sur le créneau du matin. Cette restriction de l'accès a pour but que les patients ne fassent pas la sieste la journée et ne soient donc pas victimes d'insomnie la nuit.

L'accès au patio est libre, entre 7h du matin et 23h. En cas de trouble du sommeil, un patient peut être autorisé exceptionnellement à y accéder dans le courant de la nuit.

La question des rapports sexuels entre patients a fait débat dans l'unité, sans qu'aucune ligne de conduite n'ait pu être définie. Du fait de la durée moyenne de séjour courte, il est

exceptionnel que cela ait lieu. Un projet d'installer un distributeur de préservatifs à la cafétéria a été évoqué, mais aucune décision n'a été prise.

Au sein du pôle G 07, une pièce située à l'étage permet les visites avec des enfants de moins de 15 ans. Lorsqu'une personne vient accompagnée d'un tout petit, dans la mesure des disponibilités, une pièce de l'unité d'ergothérapie est mise à sa disposition, en particulier le week-end.

Il n'existe pas de réunion soignants-soignés dans l'unité. De telle réunion avaient lieu sur le site de Montbert, mais elles n'ont pas été remises en place à la suite du transfert de l'hôpital à Bouguenais.

Il n'existe aucune procédure pour la désignation de la personne de confiance, car l'équipe soignante trouve qu'il y a une trop grande ambiguïté avec la personne à prévenir en cas de nécessité et elle ne peut donc pas expliquer le sens de la démarche auprès des patients.

Après leur admission, les patients sont vus au moins une fois par semaine par leur psychiatre référent. L'organisation du temps médical dans le pôle G07 a été établie de manière à ce que chaque médecin consultant en extrahospitalier passe au moins une fois par semaine à l'unité Chagall, pour rencontrer les patients dont il est référent. Cela permet une évaluation clinique et une articulation optimale des projets de soins pour les patients admis en SPDT et SPDRE, qui seront suivis sur le secteur après leur hospitalisation.

Les traitements médicamenteux sont donnés dans la pharmacie. Le suivi des prescriptions est effectué sur le poste informatique qui équipe chaque chariot.

Tous les matins, de 9h à 9h30, un *staff* clinique réunit : un soignant, le cadre de l'unité, le cadre supérieur du pôle, les médecins présents, une infirmière intervenant à Michel-Ange, un aide-soignant, une secrétaire médicale. Cette réunion permet de faire circuler les informations cliniques.

Une réunion clinique a lieu le vendredi de 13h35 à 14h45 ; les situations des patients qui posent un problème particulier sont abordées.

Le lundi de 13h35 à 14h35, un psychologue extérieur au pôle intervient auprès de l'équipe soignante pour une analyse des pratiques cliniques.

Une réunion de fonctionnement de l'unité a lieu le 1^{er} et le 3^{ème} mercredi du mois, de 14h à 15h. Elle réunit les médecins présents, le cadre de l'unité et les soignants disponibles, et a pour but de réfléchir à la pratique clinique quotidienne au sein de l'unité.

Deux à trois fois par an, des demi-journées sont organisées soit au sein de l'unité, soit au sein du pôle, pour réfléchir à des problématiques cliniques théoriques et/ou pratiques générales.

4.3.3 L'unité ouverte Pablo Picasso

4.3.3.1 Les locaux

L'unité Pablo Picasso comporte dix-huit chambres individuelles dont deux sont médicalisées, c'est-à-dire aménagées pour l'accueil de personnes à mobilité réduite ; elle dispose également d'une chambre sécurisée et d'une chambre de soins intensifs.

Comme toutes les autres unités, elle est organisée autour d'un patio de 240 m² dont elle occupe les quatre côtés. Un couloir en fait le tour avec des pièces de part et d'autre.

Le bureau des personnels soignants est situé à proximité de l'entrée de l'unité avec vue directe sur la porte au travers d'une baie vitrée donnant sur le couloir. Une salle de soins et une pharmacie permettent simultanément de distribuer des traitements et de soigner un patient. Un défibrillateur est installé dans la salle de soins.

Une **chambre** individuelle mesure 15 m² ; les chambres médicalisées sont légèrement plus grandes : 18 m². Chaque chambre est meublée d'un lit avec couvre-lit à motifs, un bureau avec une chaise et une table de chevet avec un tiroir. Un placard fermant à clé est décoré d'un papier peint avec motifs de couleur. Une rampe de lumière est fixée au mur au-dessus de la tête du lit avec un éclairage vers le bas et un éclairage vers le plafond ; des interrupteurs sont placés à portée du lit.

Un angle de la chambre est occupé par une salle d'eau isolée par une porte et comportant un siège de WC suspendu, un lavabo avec miroir et une douche à l'italienne avec rampe d'appui ; la température de l'eau est réglable avec un mitigeur.



Chambre individuelle unité Pablo Picasso

La chambre dite sécurisée dispose d'un sas. L'accès à la salle d'eau n'est possible qu'en passant par le sas ; lorsque le patient est enfermé dans sa chambre, il n'y a pas accès à moins d'appeler un personnel soignant qui doit alors se déplacer pour lui ouvrir.

La fenêtre de la chambre est verrouillée : seul le personnel soignant peut ouvrir une partie coulissante sur 10 cm ou complètement.

L'ensemble ressemble davantage à une chambre d'hôtel qu'à une chambre d'hôpital.

Un **salon pour visiteurs**, de 9 m², sans fenêtre, est meublé d'une table basse, trois chaises, une table ronde de 1,20 m de diamètre. Une petite chaîne hi-fi permet d'écouter de la musique. Cette pièce est très peu utilisée ; parfois un patient y va pour s'isoler au calme.

Deux **bureaux** sont destinés aux entretiens, dont un avec un combiné téléphonique sur lequel le personnel soignant peut transférer des communications pour les patients.



Salon d'entretien

Deux salles sont équipées d'un téléviseur, une de 11 m² et l'autre de 22 m². La plus grande comporte deux placards avec des jeux de société ; on y trouve également des numéros du quotidien *Ouest France* et du périodique *Courrier International*, auxquels l'unité est abonnée.

Un baby-foot, un « marcheur » et une table de ping-pong pliable sont disposés dans une partie large du couloir ; l'été, la table de ping-pong est installée dans le patio.



Salle de loisir, unité Picasso

Il n'y a pas de bibliothèque dans l'unité. Quelques CD et DVD sont rangés dans le bureau des personnels soignant.

Une **salle de bains** avec baignoire est ouverte aux patients à leur demande ; « elle est utilisée environ une fois par semaine ». Décorée avec des cadres sur les murs et des plantes vertes, elle est occupée régulièrement par une intervenante qui organise des soins esthétiques.



Salle de bains unité Pablo Picasso

La **salle à manger** comporte cinq tables à quatre places, deux tables à deux places et vingt-deux chaises. Elle dispose d'une grande baie vitrée donnant directement sur la terrasse de la cafétéria ; en l'absence de store ou de rideau, il arrive que des patients viennent de la terrasse pour regarder à l'intérieur de la salle, troublant la quiétude de ses occupants. En principe, tous les patients prennent leurs repas dans cette salle ; il arrive – « mais cela doit rester exceptionnel » – qu'une personne prenne, à sa demande, son repas dans sa chambre.

La salle à manger permet d'accéder à une kitchenette et un office qui sont aussi accessibles directement depuis le couloir central qui traverse tout le bâtiment, ce qui permet notamment d'apporter les chariots des repas.

Dans l'office, est affiché un tableau des enregistrements journaliers des températures des plats. En principe, selon les indications portées sur la fiche, les plats froids doivent être à une température comprise entre 0 et 3 degrés. Au moment de la visite des contrôleurs, les températures relevées pour le mois de janvier 2013 étaient : 5,1°, 5,3°, 5,6°, 6,1°, 5,6° et 6,3°. Interrogé sur ce point, le personnel soignant présent a expliqué que sa responsabilité s'arrêtait à relever les températures.



Salle à manger

Une **bagagerie** permet de déposer les effets des patients ; elle est peu fournie « car les familles viennent récupérer les effets que les patients ne peuvent ou ne veulent pas conserver dans leurs chambres ». Quelques locaux techniques (linge propre, linge sale, poubelles) sont accessibles soit depuis l'unité, soit par le couloir central.

4.3.3.2 Le personnel

L'équipe soignante, placée sous la responsabilité d'un psychiatre, est ainsi composée :

- un cadre de santé à temps plein ;
- 10,7 équivalents temps plein (ETP) d'infirmiers dont quatre hommes parmi lesquels un infirmier de secteur psychiatrique ;
- 2 ETP d'aides-soignants ;
- 4,9 ETP d'agents des services hospitaliers qualifiés (ASHQ).

En principe, l'effectif soignant minimum est fixé à trois personnes dont au moins deux infirmiers et un ASHQ le matin et autant l'après-midi, y compris les week-ends et jours fériés.

4.3.3.3 Les patients

En principe, les personnes hospitalisées sans leur consentement au sein du secteur G 07 sont admises à l'unité fermée Marc Chagall ; par la suite, il peut arriver qu'elles soient placées dans l'unité ouverte Pablo Picasso.

Au moment de la visite, dix-neuf patients étaient soignés à Pablo Picasso dont trois hommes admis en SPDRE et trois hommes en SPDT ; cinq de ces six patients bénéficiaient d'un programme de soins, c'est-à-dire qu'ils quittaient l'établissement régulièrement.

Les hospitalisations les plus longues étaient les suivantes : dix ans et trois mois pour un patient en SPDRE avec programme de soins et deux ans et dix mois pour un patient en SPDT avec programme de soins.

Le patient le plus âgé avait 88 ans et 8 mois, le plus jeune, 28 ans et 8 mois.

4.3.3.4 Les règles de vie

A leur arrivée, les patients sont invités à remettre aux personnels soignants les objets considérés comme dangereux ; il s'agit essentiellement des objets contondants et des

médicaments ; certains patients, selon leur état de santé, doivent se séparer également d'autres effets comme, par exemple, les eaux de toilettes qui contiennent de l'alcool.

S'agissant d'une unité ouverte, sauf cas particulier, les patients admis en SPDRE ou en SPDT qui y sont placés sont autorisés à en sortir dans la journée entre 9h et 19h. Il peut arriver qu'un patient hospitalisé sous contrainte soit placé dans l'unité Pablo Picasso en raison d'un manque de place à l'unité Marc Chagall, auquel cas l'unité est fermée et toute sortie est contrôlée par les personnels soignants ; cela s'est produit une fois depuis le déménagement de l'établissement. Au moment de la visite des contrôleurs, tous les patients de l'unité étaient autorisés à sortir.

L'accès aux chambres est libre dans la journée sauf au moment du ménage. Il peut arriver, exceptionnellement, qu'un patient se voit interdire l'accès à sa chambre pour éviter qu'il ne dorme toute la journée.

En général, l'usage du tabac est libre. Il peut arriver qu'un contrat soit établi avec un patient, limitant le nombre de cigarettes ; au moment de la visite des contrôleurs, c'était le cas pour deux personnes en soins libres.

Le patio est ouvert de 7h à 23h sans restriction. La nuit, il peut arriver, exceptionnellement, qu'il soit ouvert lorsqu'un patient en fait la demande.

La distribution des médicaments est organisée avant chaque repas : les patients sont invités à entrer individuellement dans la pharmacie. Les traitements sont disposés dans un chariot comportant des tiroirs individuels nominatifs et un système de gestion informatisée.

Le soir, les patients sont invités à rentrer dans leurs chambres avant 23h mais il est tenu compte de l'heure de la fin des programmes de télévision du début de la soirée. La nuit, les chambres ne sont pas verrouillées par le personnel soignant ; il n'est pas possible non plus au patient qui le souhaite de s'enfermer.

Une **réunion** soignants – soignés est programmée un lundi sur deux de 16h15 à 16h45 en présence d'un psychologue et du cadre. « Les patients sont peu investis ; ils étaient trois la dernière fois ».

Le lundi sans réunion soignants – soignés, se tient une réunion de l'équipe soignante appelée « groupe de régulation », avec un psychiatre de l'extérieur en dehors de la présence du cadre.

Un règlement intérieur spécifique à l'unité date du 18 octobre 2007. Il est en cours de refonte depuis le déménagement de l'établissement. Le règlement en vigueur ne donne pas de directives concernant les relations sexuelles ; il a été dit aux contrôleurs que la question serait évoquée dans le futur règlement.

Au moment de la venue des contrôleurs, deux patients de Pablo Picasso n'avaient aucune visite ; il s'agissait de deux personnes en SPDRE de longue durée. La visite des enfants de moins de 15 ans se fait selon la même procédure que pour l'unité Marc Chagall (voir § 4.3.2.4).

4.3.4 L'unité d'activités thérapeutiques Michel-Ange

Les activités thérapeutiques proposées aux patients hospitalisés dans une des deux unités intrahospitalières du pôle G 07 sont organisées autour d'une unité appelée Michel-Ange qui regroupe l'ensemble des moyens en locaux, équipements et personnels. Elles sont animées par **deux infirmiers** expérimentés, spécialement affectés à cet effet et présents du lundi au vendredi de 9h à 17h10.

Les locaux sont regroupés à proximité des deux unités, au rez-de-chaussée de l'autre côté du couloir central de l'établissement. Ils sont composés :

- d'une cuisine équipée de 12 m² ;
- une pièce attenante de 17 m² comportant trois tables de quatre places, un téléviseur fixé au mur et des placards de rangement ;
- une « salle d'écoute musicale » de 8 m² réservée à des prises en charge individuelles ;
- une salle de travail manuel (peinture, pyrogravure, dessin) de 13 m²
- une salle esthétique de 12 m² mutualisée avec le pôle G 08.

De nombreux personnels soignants ont exprimé aux contrôleurs leurs regrets que le nouveau site ne comporte aucun gymnase contrairement aux installations précédentes. Il s'agirait d'un choix de la direction au moment de l'élaboration du projet de nouvelle installation, lié à des considérations essentiellement financières. Afin de permettre au plus grand nombre de patients de participer à des activités sportives à l'extérieur, des permissions de moins de 72 heures sont établies « mais certains patients ne peuvent en bénéficier et sont donc privés d'activité sportive ». « Par ailleurs, il conviendrait de développer les prises de contact avec les communes avoisinantes pour obtenir la possibilité d'utiliser leurs installations sportives ».

Les activités sont proposées selon le programme hebdomadaire suivant :

Au 14/01/13	Activité	Places	Dernière fois		Lieu
		Max	Nombre	Date	
Lundi	Achats pour atelier cuisine	3	1	17 déc	Ext
	Arts plastiques	4	1	17 déc	CH
	Prise en charge individuelle bien être	1 + 1	1 + 1	7 jan	CH
Mardi	Atelier cuisine et repas thérapeutique	3	2	8 jan	CH
	Pyrogravure	3	1	8 jan	CH
	Prise en charge individuelle	1	1	8 jan	CH
Mercredi	Jeu de société	7	7	9 jan	CH
	Médiathèque	3	2	2 jan	Ext
Jeudi	Sortie (randonnée)	3 ou 5 ¹⁷	3	10 jan	Ext
	Cinéma (ou autre sortie)	3 ou 5	3	10 jan	Ext
Vendredi	Gymnastique douce	5	2	11 jan	CH
	Prise en charge individuelle	1	1	11 jan	CH

Selon le tableau ci-dessus, les activités proposées chaque semaine par l'équipe d'ergothérapie totalisent quarante-deux places au maximum, soit une moyenne d'une activité par patient et par semaine.

Les patients hospitalisés sous contrainte participent très rarement aux activités thérapeutiques. Au moment de la visite des contrôleurs, sur les six patients de Pablo Picasso en soins sans consentement, seul un admis en SPDT y allait le mercredi matin et le jeudi matin.

¹⁷ Selon le véhicule disponible

Au sein de chaque unité d'hospitalisation, les soignants disposent de matériel d'activités créatrices, notamment des jeux de société. Ils organisent des activités telles que du jardinage dans une partie du patio ou des sorties à l'extérieur, en fonction de leurs compétences et des disponibilités. Ainsi, durant le mois de décembre 2012, à l'unité Pablo Picasso, il a été proposé la visite d'une exposition sur l'art tribal pour trois patients, une sortie au marché de Noël pour trois patients, un atelier punch sans alcool, un atelier pâtisserie et une participation à un tournoi de ping-pong dans l'établissement.

Il a été expliqué aux contrôleurs que, lorsque l'hôpital était installé sur l'ancien site, des activités thérapeutiques étaient mutualisées entre les secteurs. Depuis le déménagement, il n'y a plus d'activités intersectorielles mais des réflexions sont conduites sur le sujet.

4.4 Les unités intrahospitalières du secteur G 08

4.4.1 Présentation du pôle

Le pôle G 08 couvre un secteur en partie rural et en partie urbain pour un bassin de population d'environ 90 000 habitants.

Sur l'ancien site de Montbert, les structures d'hospitalisation étaient constituées de trois pavillons situés côte à côte. Sur le site de Bouguenais, les unités du pôle G 08 se trouvent à l'opposé de l'entrée principale de l'établissement, au bout du long couloir transversal, sur deux niveaux : au rez-de-chaussée se trouvent les deux unités ouverte et fermée – au premier étage, les bureaux des médecins, psychologues, assistantes sociales et le secrétariat médical, ainsi que l'unité d'activités Paul Gauguin. Au sein du CH Georges Daumézon, le pôle se différencie des autres par la couleur des murs : un rose un peu mauve.

Le pôle G 08 est composé de deux unités : Andy Warhol (unité fermée) et Léonard de Vinci (unité ouverte) qui sont presque identiques, s'agissant des locaux (cf. *infra*).

Si chacune a son fonctionnement propre¹⁸, les psychiatres interviennent dans l'une et l'autre, de la même manière qu'ils interviennent en intra et en extrahospitalier. Cette organisation permettrait, d'une part, aux patients d'être suivis par les mêmes médecins quel que soit leur parcours et d'autre part, aux médecins de mieux connaître les structures extérieures et de favoriser dès lors la communication entre l'intra et l'extrahospitalier.

Outre le personnel non médical de chaque unité examiné *infra*, le personnel du pôle – selon les documents communiqués aux contrôleurs par le cadre supérieur de santé du pôle – se compose de¹⁹:

- cinq praticiens hospitaliers dont le chef de pôle et deux médecins référents pour chacune des deux unités ouverte et fermée. Le rôle du médecin référent est notamment d'être l'interlocuteur des soignants et d'animer les différentes réunions internes à l'unité (cf. *infra*). Un planning mensuel de présence médicale est établi. En principe, au moins un PH est présent par demi-journée ;
- un assistant généraliste ;
- un interne en psychiatrie et un interne en médecine générale ;
- trois psychologues ;

¹⁸ Il a été évoqué un règlement intérieur commun aux deux unités datant de 2009. En réalité, les contrôleurs ont pu constater que chaque unité fonctionnait selon des règles qui lui étaient propres. Selon les informations recueillies, ces règles pourraient être rediscutées mais aucune réelle harmonisation ne serait à l'ordre du jour.

¹⁹ Le directeur indique des données différentes quant à la présence de personnels: deux assistants spécialistes en sus de l'assistant généraliste, deux psychologues au lieu de trois, quatre secrétaires au lieu de cinq.

- une assistante sociale à 80 %, présente tous les jours sauf le mercredi ;
- un cadre supérieur de santé ;
- cinq secrétaires ;
- huit infirmières de nuit (dont un infirmier de secteur psychiatrique) et trois aides-soignantes de nuit.

Lors du contrôle, aucun problème d'effectif n'était évoqué.

Les relations entre personnel médical et personnel soignant ont paru aux contrôleurs de bonne qualité ; les psychiatres et les cadres se tutoient.

Pour autant si l'unité fermée accueille des patients hospitalisés en soins libres et à l'inverse l'unité ouverte des patients admis sans consentement, les règles d'admission seraient les suivantes :

- seraient admis dans l'unité fermée : les patients admis sur décision du représentant de l'Etat inconnus, les personnes détenues, les patients susceptibles de fuguer, les patients dits « difficiles », les patients mineurs ;
- à l'inverse, seraient admis dans l'unité ouverte : plutôt les patients admis en soins libres ou qui sont dans l'alliance, les patients connus.

L'ensemble du personnel du pôle se réunit :

- tous les matins, à 9h15 ; il s'agit du « *staff* » auquel participent les médecins psychiatres, les cadres de santé, des infirmiers, les assistantes sociales et au moins un infirmier de l'équipe de soins ambulatoires autonome et si possible, une secrétaire médicale ;
- au moins une fois par mois, dans le cadre d'une réunion dite institutionnelle ;
- trois ou quatre fois par an, dans le cadre du « conseil de pôle » dont les membres sont élus ; cette instance assure notamment le lien avec la direction ou encore les services administratifs de l'hôpital par le biais du cadre administratif, directeur du service de soins infirmiers ;
- une fois par an, au mois de juin, à l'occasion des « journées du G 08 », des journées de réflexion et de formation. En juin 2012, le thème retenu avait été « les espaces ».

Le plan annuel de formation du pôle G 08 est axé pour l'année 2013 sur le thème de la psychose.

Chaque unité se retrouve ensuite :

- chaque jour à l'occasion des transmissions, entre 6h45 et 7h, 13h45 et 14h25 puis entre 21h et 21h15 ;
- pour les réunions de synthèse dite aussi d'équipe, le mardi entre 14h et 15h pour l'unité Andy Warhol (à l'intérieur de l'unité, au sein du réfectoire) et le vendredi, entre 14h et 15h pour l'unité Léonard de Vinci (à l'étage dans la salle dite de *staff*) ;
- une heure par semaine pour la réunion dite soignants-soignés ;
- une heure tous les quinze jours pour une analyse des pratiques faite par un psychiatre attaché ;
- une fois par mois, pour les réunions d'unité, qui dure en principe une heure.

4.4.2 L'unité fermée Andy Warhol

4.4.2.1 Les locaux

La surface totale de l'unité est de 630 m² ainsi répartis :

- espace hébergement : 315 m² ;
- espace de soins : 137 m² ;
- espace de vie : 109 m² ;
- locaux de service : 69 m².

L'unité Andy Warhol dispose de dix-huit chambres à un lit et d'une chambre à deux lits (la chambre n° 14), pour un total de vingt lits ; en outre elle dispose d'une chambre de soins intensifs (CSI). Chaque chambre dispose d'une douche et de WC. Il existe également deux WC collectifs ainsi qu'une salle de bains avec baignoire, joliment décorée de trois tableaux accrochés au mur.

Il convient de préciser que dans le salon réservé à la télévision, la télécommande est à la libre disposition des patients. En revanche, la console de jeu Wii est sous clé. L'unité ne dispose pas de chaîne hi-fi.

Dans le grand salon, des livres – environ une cinquantaine – sont à la disposition des patients.

Le salon réservé aux visiteurs est aveugle et non décoré.

4.4.2.2 Le personnel

Le personnel non médical de l'unité Andy Warhol se décompose comme suit :

- un cadre de santé ;
- douze infirmiers dont deux infirmiers de secteur psychiatrique ;
- quatre aides-soignantes ;
- cinq agents des services hospitaliers.

S'agissant du personnel, il a été précisé que :

- chaque patient a un médecin référent et un ou deux infirmiers référents, notamment pour les patients présents depuis longtemps, qui s'auto-désignent ;
- les entretiens médicaux se font systématiquement en présence d'un soignant.

4.4.2.3 Les patients

Le 14 janvier 2013, l'unité Andy Warhol comptait vingt patients hospitalisés :

- douze hommes et huit femmes ;
- quatre patients admis en ASPDRE, cinq, en ASPDT (deux hommes et trois femmes, dont l'un était en CSI) et onze patients en SL.

Les durées les plus longues d'hospitalisation étaient les suivantes :

- pour les ASPDRE, dix-sept ans ;
- pour les ASPDT, quinze mois ;
- pour les SL, vingt ans.

Le patient le plus âgé avait soixante-dix neuf ans, le plus jeune, vingt-sept ans.

Le patient admis le plus récemment l'avait été le 14 janvier 2013 ; la sortie la plus récente datait du même jour.

4.4.2.4 Les règles de vie

Les contrôleurs ont eu communication d'un document intitulé « Règlement intérieur – Pôle 44 G 08 » qui ne concernerait en réalité que l'unité Andy Warhol mais qui n'aurait pas été actualisé

depuis le déménagement à Bouguenais. Ce document n'est pas affiché dans l'unité. Selon les informations recueillies, il n'apparaît pas qu'il soit remis aux patients.

Aucune chambre hôtelière n'est jamais fermée à clé, sauf prescription médicale. Les chambres sont néanmoins aérées le matin, souvent pendant le temps du petit déjeuner et alors, elles sont fermées.

Au réfectoire, les patients s'attablent librement. Seuls certains malades sont placés. Les soignants disposent d'une table qui leur est dédiée ; ils prennent leurs repas en même temps que les patients. Les horaires des repas sont les suivants : à 8h30 pour le petit déjeuner, à 12h pour le déjeuner, 16h pour le goûter, 19h pour le dîner et, entre 21h et 21h30, pour la tisane.

Il peut également arriver que le **patio** – en principe ouvert – soit fermé à clé sur prescription médicale, lorsque l'unité accueille un patient « fugueur ». En effet, plusieurs patients auraient déjà fugué en passant par le toit, relativement bas et accessible simplement en posant une chaise sur l'une des tables de jardin. Selon les informations recueillies, le patio n'a néanmoins jamais été fermé plus de deux jours et les patients étaient néanmoins accompagnés au patio pour fumer, alors enfermés à clé à l'extérieur. Le patio est également fermé la nuit par l'équipe de nuit et ouvert vers 6h30. Un personnel a indiqué que cette crainte de la fugue pourrait, le cas échéant, avoir une incidence sur la mise en chambre d'isolement ou sur le maintien en isolement.

Selon les informations recueillies, il n'existerait pas d'horaires pour faire sa toilette, sauf cas particulier.

Les règles relatives au téléphone, aux visites et sorties sont fonction des prescriptions médicales.

Les **visites** sont autorisées entre 14h30 et 18h30 dans les salons, jamais dans les chambres ; certaines visites peuvent néanmoins avoir lieu le matin, lorsque les gens travaillent et n'ont pas d'autre solution. Les jeunes enfants (moins de 10 ans) ne peuvent en principe entrer dans l'unité ; les enfants de plus de 10 ans ou adolescents sont immédiatement conduits, dès leur arrivée, dans l'un des salons, pour éviter qu'ils ne patientent dans les couloirs. Lors du contrôle, douze patients pouvaient recevoir des visites sans restriction, cinq patients ne pouvaient recevoir que certaines visites et enfin, trois patients n'avaient pas l'autorisation de recevoir des visites. Toutefois, parmi, les patients autorisés, deux patients sur les vingt hébergés ne recevaient aucune visite.

Le 17 janvier 2013, les contrôleurs ont constaté que deux membres d'une famille reconduisaient dans l'unité un patient admis en soins libres qui venait de faire une sortie accompagnée pour la journée

Il n'existerait aucune réglementation pour le **tabac**, sauf cas particulier des patients déficitaires ou chroniques qui sont généralement limités à une cigarette par heure. Le jour du contrôle, d'autres patients avaient des limitations, ainsi : un patient était limité à deux cigarettes par heure, un autre avait sa boîte de tabac à rouler remplie deux fois par jour, un troisième disposait de son paquet tous les matins. Les patients conservent en principe leur briquet ; lors du contrôle, un seul patient se voyait retirer son briquet la nuit.

S'agissant des **activités**, il a été indiqué que « tous les patients se plaignent d'un manque d'activité ». Les activités thérapeutiques profitent pour autant à presque tous les patients : lors du contrôle, un seul patient n'en bénéficiait pas. Au sein de l'unité, un soignant animait une activité « console de jeu » ; deux patients étaient concernés.

4.4.3 L'unité ouverte Léonard de Vinci

- La porte de l'unité est en principe ouverte, sauf :
- pendant les repas ;

- à partir de 18h30-19h jusqu'au lendemain matin 8h30-9h ;
- sur prescription médicale.

Une traçabilité des périodes où l'unité a été fermée a été réalisée. Un tableau avec la date, l'identité du patient à l'origine de la fermeture de l'unité, son mode d'admission, la fermeture subséquente du patio, le motif, la signature du médecin doit être renseigné. Au mois de juin 2012, l'unité a été fermée sept jours, en juillet, vingt jours, en août, une journée, en septembre, une journée, en novembre, une journée et en décembre 2012, six jours.

Un bilan des fermetures de l'unité a également été effectué. Il en ressort que :

- le nombre de journées de fermeture pour l'année 2012 était de 100, contre 95 en 2010 ;
- le nombre de personnes concernées en 2012 étaient de 27 contre 20 en 2010 ;
- les admissions étaient à 68 % des SPDT, contre 32 % des SL ;
- dans 67 % des cas, il s'agissait de prévenir un risque de fugue, dans 33 % un risque suicidaire.

Pour autant dans le compte rendu de la réunion d'équipe du 7 novembre 2012, le cadre de santé indique : « j'ai le sentiment que depuis notre arrivée l'unité est nettement plus fermée qu'ouverte : il est évident que l'état clinique de plusieurs patients ont nécessité ces fermetures mais je crois que nous devons, tous, être plus vigilants à bien participer à l'évaluation quotidienne de l'ouverture/fermeture de l'unité ».

4.4.3.1 Les locaux

La surface totale de l'unité est de 625 m² ainsi répartis :

- espace hébergement : 315 m² ;
- espace de soins : 131 m² ;
- espace de vie : 111 m² ;
- locaux de service : 68 m².

L'unité Léonard de Vinci dispose de dix-huit chambres à un lit et d'une chambre à deux lits (la chambre n° 6), pour un total de vingt lits et d'une chambre de soins intensifs (CSI). Il a été précisé qu'au départ la chambre double était destinée à des patients en fin d'hospitalisation qui avaient besoin de sociabilisation. En réalité, l'attribution de cette chambre est toujours compliquée. Les patients demanderaient : « pourquoi moi ? » ou « qu'ai-je fait pour mériter ça ? ». Chaque chambre dispose d'une douche et de WC, ainsi que d'un placard. Chaque patient dispose de la clé de son placard. Le remplacement de la clé perdue (il n'existe pas de double) est facturé 45 euros. Dès lors, le personnel conserve la clé des patients qui ne sont pas capables de le faire. Il existe également deux WC collectifs ainsi qu'une salle de bains avec baignoire dans l'unité.

Le patio est équipé de trois bancs fixés au sol, de sept chaises en plastique ainsi que de deux cendriers muraux. Comme dans l'unité fermée, le patio est en principe fermé par l'équipe de nuit et ouvert le lendemain matin.

Les espaces vacants au sein des couloirs de circulation de l'unité ont été investis : des tables et des chaises y ont été placés et des revues déposées sur les tables. Dans l'un d'eux, une armoire contient des « loisirs créatifs » notamment des feutres et des coloriages ; dans un autre, se trouve une table de ping-pong.

Comme dans l'unité fermée, la télécommande du poste de télévision est laissée à la libre disposition des patients qui disposent également d'une chaîne hi-fi. Aucun des deux salons ne dispose en revanche d'une console de jeux vidéo ni de lecteur DVD.

4.4.3.2 Le personnel

Le personnel non médical de l'unité Léonard de Vinci se décompose comme suit :

- un cadre de santé ;
- treize infirmiers dont deux infirmiers de secteur psychiatrique ;
- deux aides-soignantes ;
- six agents des services hospitaliers.

Il a été précisé que le patient avait systématiquement deux référents. Chaque soignant a toujours sur lui un petit tableau avec le nom des référents de chaque patient et ses droits en matière de visite, téléphone et sortie : un code couleur vert pour « possible », orange pour « réglementé » et rouge pour « interdit » permet de s'y retrouver rapidement.

Le cadre de santé établit des comptes rendus des réunions d'équipe et des réunions d'unité que les contrôleurs ont pu consultés. Ces comptes rendus sont insérés dans un classeur rangé dans le bureau infirmier et dès lors susceptibles d'être consultés par l'ensemble des soignants.

4.4.3.3 Les patients

Le 14 janvier 2013, l'unité Léonard de Vinci comptait dix-huit patients hospitalisés :

- six hommes et douze femmes ;
- aucun patient admis en SPDRE, deux en SPDT (un homme et une femme, dont l'un en CSI) et seize en SL.

Les durées les plus longues d'hospitalisation étaient les suivantes :

- pour les ASPDT, soixante-quinze jours ;
- pour les SL, neuf ans.

Le patient le plus âgé avait 79 ans, le plus jeune, 24 ans.

Le patient admis le plus récemment l'avait été le 11 janvier 2013 ; la sortie la plus récente datait du même jour.

4.4.3.4 Les règles de vie

Il a été indiqué, que le patient n'était pas systématiquement informé des règles de vie, en tout cas dès son arrivée : « l'idée ce n'est pas de rappeler ce qui ne peut pas être fait mais d'accompagner le patient ». Au jour du contrôle, lorsque ces règles étaient communiquées, elles l'étaient oralement, au moment de la prise de possession de la chambre et de l'inventaire des effets personnels.

Les chambres ne sont jamais fermées, sauf prescription médicale. Comme dans l'unité Andy Warhol, les portes sont néanmoins fermées, pendant le ménage, lorsque les ASH aèrent et que dès lors, les fenêtres restent ouvertes.

Le patio, à la différence de celui de l'unité Andy Warhol, n'est jamais fermé.

Les repas sont pris, sauf exception, dans le réfectoire. Sur la porte, côté extérieur, est affiché le menu de la semaine. Les patients peuvent se placer où ils veulent. Une table est réservée aux soignants. Le petit déjeuner, servi à 8h30, est en réalité une sorte de buffet : à l'exception des boissons chaudes, ce sont les patients qui vont se servir. Tous les autres repas sont servis à l'assiette.

Il n'existe pas d'horaire particulier pour les douches et « le dimanche, on essaye de ne pas les réveiller ». Il est possible de venir au petit déjeuner en pyjama à condition de revêtir une robe de chambre, soit la sienne, soit celle fournie par l'hôpital.

La distribution des médicaments a lieu à partir du local réservé à la pharmacie, en principe à 8h30, 11h30, 18h15 et dure environ un quart d'heure.

S'agissant des **visites**, il a été précisé aux contrôleurs que les enfants, quel que soit leur âge, n'étaient pas autorisés à pénétrer dans le service. Au jour du contrôle, treize patients bénéficiaient de visite sans restriction, quatre patients sous certaines conditions et un patient ne pouvait recevoir aucune visite.

S'agissant des **sorties**, au jour du contrôle, sept patients pouvaient librement sortir, six patients étaient susceptibles de le faire sous certaines conditions et quatre patients n'avaient pas l'autorisation de sortir.

Les cigarettes sont en principe conservées par les patients, sauf exception.

4.4.4 L'unité d'activités thérapeutiques Paul Gauguin

Les activités thérapeutiques proposées aux patients hospitalisés pour les deux unités du pôle G 08 sont organisées autour d'une unité appelée Paul Gauguin qui regroupe l'ensemble des moyens en locaux, équipements et personnels. Elles sont animées par deux infirmiers expérimentés, spécialement affectés à cet effet et présents du lundi au vendredi de 9h à 17h10.

Les locaux sont regroupés au premier étage à proximité des bureaux de consultation des deux unités. Ils sont comportent :

- une cuisine équipée de 13 m² ;
- une pièce attenante de 18 m² destinée aux repas thérapeutiques (le lundi au retour de la piscine et le mardi), à l'atelier documentaire, à l'écoute musicale et aux jeux de société ;
- une salle d'activité manuelle de 17 m² (où se déroulerait également un projet d'écriture) ;
- une salle polyvalente de 18 m² partagée avec les deux autres pôles ; elle est utilisée une à deux heures par jour sauf le mercredi pour pratiquer de la gymnastique douce ou de la musique, ainsi que parfois pour une séance de karaoké ou une cérémonie religieuse (par exemple la messe à Noël).

Les activités sont proposées selon le programme hebdomadaire suivant :

Au 17/01/13	Activité	Places	Dernière fois		Lieu
		Max	Nombre	Date	
Lundi	Piscine	3	2 SL, 1 SPDRE	14 jan	Ext
	Atelier documentaire	5	2 SL, 1 SPDRE, 1 SPDREPS ²⁰	14 jan	CH
	Repas thérapeutique	3	3 SL	14 jan	CH
Mardi	Repas thérapeutique	3	3 SL	15 jan	CH
	Chant	6	3 SL, 1 SPDT	15 jan	CH
	Jeu de société	5	3 SL	15 jan	CH
Mercredi	Prise en charge individuelle (soins esthétiques)	3 x 1	2 SL	16 jan	CH
	Gymnastique douce	5	3 SL, 1 SPDREPS	16 jan	CH
Jeudi	Marche	5	2 SL, 1 SPDT	17 jan	Ext

²⁰ SPDREPS : soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'Etat, en programme de soins

	Pâtisserie	3	1 SL, 1 SPDREPS	17 jan	CH
	Ecoute musicale	6	3 HL, 1 SPDRE	17 jan	CH
	Goûter	5	2 SL	17 jan	CH
Vendredi	Sortie (ville, centre commercial, bord de mer ...)	3	2 SPDRE	11 jan	Ext

Des activités sont également programmées régulièrement à l'extérieur de l'établissement, notamment de l'équithérapie dans un centre équestre proche.

En 2012 trois sorties exceptionnelles ont été organisées :

- 27 juillet : sortie en bord de mer avec cinq patients dont un admis en SPDRE ;
- 17 août : sortie en bord de mer avec trois patients dont un admis en SPDRE et un en SPDT ;
- 7 décembre : repas avec l'association EPICEA (cf. *infra*) pour huit patients dont deux admis en SPDRE.

Une association loi 1901 soignants et soignés, « EPICEA » (entraide pour l'insertion, la citoyenneté et l'autonomie), apporte un soutien dans le développement et la promotion des activités à visée de réinsertion et/ou d'entraide des personnes prises en charge par le pôle G 08 par la gestion de fonds associatifs, de biens meubles et immeubles (appartement protégé), l'organisation et la gestion d'activités socioculturelles et sportives et l'animation d'activités au profit des patients.

4.5 Le recours à l'isolement et à la contention

4.5.1 Description des chambres de soins intensif

L'établissement possède six chambres de soins intensifs (CSI) : une dans chaque unité des pôles G 07 et G 08 et deux dans l'unité Minéo du G 06. Dans cette unité, l'entrée se fait, par un sas commun comportant des étagères où sont entreposés des pyjamas, des affaires de toilette et dans deux casiers en plastiques sont déposées les sangles de contention ; ce qui n'est pas le cas par exemple au pôle G 08 où les sangles n'étaient pas entreposées à proximité des CSI, ce qui peut indiquer que placement en CSI n'équivaut pas forcément contention. Une salle de bains est commune aux deux chambres et est dotée de WC.

Les CSI, d'une surface de 10 m², sont toutes faites selon le même modèle.

La pièce ne comporte rien d'autre qu'un lourd matelas d'environ 40 cm d'épaisseur enveloppé dans une housse plastifiée et faisant office de sommier, sur lequel est posé un matelas avec draps et couverture, sans oreiller. La fenêtre est la même que celle des chambres des unités. Une ouverture vitrée, entièrement dépolie, permet malgré tout l'entrée de la lumière naturelle. Des stores roulant peuvent être actionnés de l'extérieur de la chambre.

Les CSI sont munies de deux portes pour permettre un accès, même dans l'hypothèse où le patient bloque l'une d'entre elles. Ces portes sont munies d'oculus qui sont équipés de stores à lamelles pour protéger l'intimité du patient.

Une porte permet d'accéder dans le sas depuis l'extérieur du bâtiment. Ainsi, lorsqu'un patient y est placé au moment de son admission ou lorsqu'une équipe de personnels soignants est amenée à intervenir auprès d'un patient agité, cela peut se faire discrètement vis-à-vis des autres patients de l'unité.

Une salle d'eau est accessible depuis le sas d'entrée de la chambre ; elle est identique à celles des chambres des unités mais elle est dépourvue de miroir.

La CSI est équipée d'un bouton d'appel qui envoie un signal dans le bureau des infirmiers. L'extinction du signal n'est possible que depuis le sas de la chambre, ce qui oblige le personnel soignant à se déplacer jusqu'à la chambre. Comme l'accès aux toilettes est impossible, afin d'éviter que l'occupant n'appelle trop souvent, un seau hygiénique est placé dans sa chambre.

Une horloge à aiguille ou digitale (selon les unités) est fixée au mur du sas, visible depuis la chambre au travers du hublot de la porte.

Il a été expliqué aux contrôleurs que, lorsque les médecins de l'établissement avaient critiqué l'absence d'accès direct entre la CSI et la salle d'eau, le projet était trop avancé et il n'était plus possible d'y remédier. Cette lacune est très critiquée par ces derniers à plusieurs titres : outre l'atteinte à la dignité du patient, le seau hygiénique peut présenter un danger pour lui-même – il est arrivé qu'un patient bute sur le seau dans la nuit – et pour le personnel soignant – il est arrivé qu'un patient jette le seau et son contenu à la figure d'un personnel soignant.

Il a été regretté l'absence de norme – et même de réflexion – nationale sur la composition d'une chambre de soins intensifs, qui aurait pu éviter une telle lacune dans une construction neuve.

Le choix du lit a également été évoqué comme un sujet traité de façon non satisfaisante : il s'agit d'un matelas épais et lourd posé à même le sol. Cette solution présente les défauts suivants : malgré son poids, le matelas peut être déplacé ; il est très dur et inconfortable ; la fixation des moyens de contention n'est pas satisfaisante (manque de points d'attache, fragilité). Une expérimentation est conduite dans une CSI où le matelas a été remplacé par un lit scellé au sol ; il a été dit aux contrôleurs que cette solution présentait un risque d'automutilation et de chute.



Chambre de soins intensifs

4.5.2 Le placement en CSI

Le placement en CSI est régi par une procédure approuvée le 5 mars 2009 dont l'objet est ainsi libellé : « Isolement thérapeutique : modalités de mise en chambre d'isolement et modalités de suivi (CSI – chambre de soins intensifs) ». Ainsi, la notion d'isolement, qui n'apparaît plus dans l'appellation des chambres, reste clairement mentionnée dans le titre de la procédure ; le texte de la procédure emploie régulièrement le terme de chambre d'isolement.

Il n'existe pas de registre permettant de suivre l'occupation des CSI avec les dates et heures précises d'entrée et de sortie. Il a été expliqué aux contrôleurs que la fiche établie pour chaque placement était placée dans le dossier du patient. « Le logiciel de gestion des patients, Cariatide, permettrait d'enregistrer toutes les données concernant le placement en CSI à condition de mettre en place des requêtes informatiques qui n'y sont pas encore ».

Les contrôleurs ont pu consulter les cahiers de « Transmission Encadrement de nuit » ; il s'agit de registres tenus à l'accueil, qui indiquent notamment les CSI qui sont occupées à deux heures précises de la journée (17h et 21h). Il ressort de l'étude de ces éléments – qui ne sont pas toujours correctement remplis – qu'entre avril et décembre 2012, les taux d'occupation des CSI des pôles G 06 et G 07 ont été équivalents et que, comparativement, les CSI du G 08 ont été occupées presque deux fois moins (63 % et 55 % du taux d'occupation des deux CSI du G 06 et G 07).

Lorsqu'une personne placée en chambre de soins intensifs présente un état d'agitation nécessitant l'intervention d'une équipe, par exemple au moment de la délivrance du repas ou pour pratiquer une injection, il est fait appel à du personnel soignant en renfort parmi les équipes du secteur. Il peut arriver, exceptionnellement, que des personnels des services techniques soient également appelés mais uniquement « pour faire nombre » : ces personnes ne sont pas autorisées à entrer dans la chambre et resteront devant la porte dans un but dissuasif.

A l'unité fermée Franco Minéo (G 06), il est très rare que le placement en chambre de soins intensifs se fasse d'emblée après une admission, sauf cas signalé par les urgences psychiatriques. Les patients sont vus deux fois par jour par le médecin de l'unité (et par les internes le weekend). Au moment de la visite, un patient était admis en CSI du fait de la dégradation brutale de son état, liée à la notification d'une convocation auprès du juge des libertés et de la détention. Son séjour a été progressivement aménagé par la prise de ses repas dans un des salons et quelques sorties hors de la chambre.

Au sein du pôle G 08, lors du contrôle, deux patients admis en SPDT se trouvaient en CSI, dont l'un était en isolement séquentiel c'est-à-dire quelques heures par jour seulement et la nuit : de 10h30 à 11h30, de 14h30 à 15h30, de 17h à 18h et à partir de 22h30. Les repas étaient pris en chambre. Dans l'une des unités, il a été indiqué que seule une grande cuillère en inox était remise au patient pour manger, dans l'autre, des couverts en plastique.

S'agissant de la CSI de l'unité Léonard de Vinci que les contrôleurs ont pu visiter, outre le lit mou, une partie du placard est réservée aux « affaires patients », comme indiqué sur l'étiquette. Il a été précisé que les patients revêtaient systématiquement le pyjama de l'hôpital, de couleur bleue, aux fins de vérifier qu'ils ne conservaient pas d'objet par devers eux.

4.5.3 La contention

La mise en contention peut être pratiquée dans une chambre de soins intensifs ou dans une chambre médicalisée. Chaque unité dispose d'un équipement de contention dont l'état est vérifié, ainsi que le chariot d'urgence, une fois par mois. Cet équipement fait l'objet de manipulations régulières par le personnel soignant à titre d'entraînement.

Comme pour le placement en CSI, la traçabilité est, en principe, faisable sur Cariatide mais ne l'est pas en réalité, faute de requêtes informatiques. Une fiche de contention est renseignée, conformément à un protocole, et placée dans le dossier du patient.

A l'unité fermée Franco Minéo (G 06), la contention n'est presque jamais utilisée. La dernière contention remonte au mois de juillet 2012. La surveillance du patient se fait tous les quarts d'heure, la prescription de la contention étant toujours une décision médicale.

Par contre, un patient autiste atteint de gestes incontrôlables est muni d'un gilet spécial, qui limite, mais n'empêche pas, les mouvements des bras. Ce gilet a été commandé au Canada et des vêtements spéciaux lui ont été confectionnés pour lui permettre de mener une vie la plus normale possible au sein de l'unité.

Entre le 1^{er} au 31 décembre 2012, trois patients en SL ont été placés en CSI – l'un pour deux jours, l'autre pour huit jours, le dernier pour un jour – et une patiente admise en SPDRE a été placée en CSI pour 31 jours, avec en fin de séjour – du 24 au 26 décembre – des temps de sortie en unité pour le goûter.

Les statistiques concernant les prescriptions médicales d'isolement et les mises en place de contention pour l'année 2012 sont les suivantes :

		Isolement			Contentions : 65 partielles, 5 totales ²¹		
		Prescriptions	Patients	Moyenne par patient	Nombre	Patients	Moyenne par patient
G 06	Minéo	461	31	15	73	4	18
G07 ²²	Chagall	220	31	7	19	4	5
	Picasso	177	19	9	3	1	3
G 08 ²³	Warhol	162	30	5	2	1	2
	Vinci	196	32	6	2	2	1

Selon les indications fournies aux contrôleurs, en 2012, il a été établi 1 212 fiches de prescription médicale d'isolement concernant 104 patients parmi lesquelles 99 prescrivait également une contention : 65 contentions partielles, 5 contentions totales et 29 sans précision.

En 2012, une formation « Contention, isolement et soins infirmiers chez l'adulte : la contrainte aux soins » a été organisée pour quinze personnels soignants sur une durée de quatre jours.

4.6 L'hospitalisation des personnes détenues dans le cadre de l'article D. 398 du code de procédure pénale

Le patient-détenu est conduit à l'hôpital en ambulance, comme les autres patients ; en revanche, au retour vers la prison, le transport est effectué au moyen d'un fourgon pénitentiaire.

En préalable à une extraction vers l'hôpital, les noms du chauffeur et des ambulanciers, une copie de la carte d'identité et le numéro d'immatriculation du véhicule doivent être adressés à l'établissement pénitentiaire. Sont nécessairement présents deux ambulanciers et deux soignants. Le patient arrive directement dans l'unité correspondant à son secteur géographique de rattachement.

Le bureau des admissions a établi une liste des informations à rassembler pour le « transfert d'un détenu en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat ou d'un patient en

²¹ vingt-neuf fiches sont insuffisamment renseignées pour connaître le type de contention.

²² huit patients ont été isolés dans les deux unités du G 07.

²³ huit patients ont été isolés dans les deux unités du G 08.

provenance d'un établissement pénitentiaire et admis selon l'article 3213-17 ». Ces informations sont à insérer dans les rubriques suivantes :

- nom et prénom du patient ;
- réception des documents ;
- organisation prévue avec le service des admissions ;
- organisation prévue avec le service ;
- faxer les noms des personnes qui iront chercher le patient, le nom de la société d'ambulance et les références du véhicule au centre de détention ;
- organisation prévue avec le centre pénitentiaire.

Il est enfin mentionné que toutes les personnes doivent se munir d'une pièce d'identité.

Au pôle G 08, il a été indiqué qu'un patient-détenu était en règle générale admis en CSI pendant 48 h mais qu'il était susceptible d'en sortir ensuite, en fonction de son état. Par le passé, un patient-détenu avait même été accueilli en chambre double, ce qui avait posé des difficultés car il avait raconté tout son passé judiciaire au patient hébergé avec lui.

Les relations entre le service médico-psychologique régional du centre pénitentiaire (SMPR) de Nantes et l'hôpital Georges Daumézon sont décrites comme bonnes. Lorsque la besoin d'un séjour hospitalier pour les personnes détenues est nécessaire, il est toujours précédé d'une prise de contact par le médecin psychiatre traitant du SMPR. Les séjours sont rares et, en général, courts.

Les patients sous main de justice sont très rares. Depuis le 1^{er} janvier 2012, deux personnes détenues ont été admises au CH.

Depuis l'ouverture des nouvelles installations en mars 2012, l'établissement a reçu une personne détenue pendant trois semaines. Celle-ci a passé toute la durée de son hospitalisation dans une chambre de soins intensifs qu'elle a détériorée (notamment bouton d'appel arraché du mur). Il a été expliqué aux contrôleurs que le comportement violent de ce patient s'expliquait par le fait qu'il avait fait l'objet d'un traitement médical qui mettait plusieurs jours à faire son effet.

Il a été remis aux contrôleurs la copie d'une lettre du directeur adressée à la JLD du TGI de Nantes : une personne détenue admise en SPDRE souffrant d'une rage de dents durant un week-end, un rendez-vous a été pris en urgence pour le lundi ; après que la direction de l'établissement a contacté l'établissement pénitentiaire, la gendarmerie, l'ARS et le cabinet du préfet, ce dernier lui a déclaré que le patient ne présentait pas une dangerosité justifiant la mobilisation des forces de l'ordre. Eu égard à l'état de grande souffrance du patient, le directeur a pris la décision de le faire conduire chez le dentiste, accompagné de plusieurs soignants. Trois jours plus tard, ce même patient devant être entendu par la JLD, celle-ci a demandé une extraction avec un transfert assuré par les forces de l'ordre ; il a été conduit au TGI escorté par quatre gendarmes de la brigade d'intervention.

A la suite de cette affaire, le directeur a écrit la lettre précitée à la JLD, lui demandant « de bien vouloir lui indiquer la procédure qui aurait dû être suivie par le centre hospitalier pour permettre de conduire le patient, détenu et en soins sur décision du représentant de l'Etat, à une consultation médicale hors de l'hôpital (en cas de rendez-vous programmé ou en cas d'urgence) ».

Quatre mois plus tard, il n'avait toujours pas reçu de réponse.

Aucun protocole ne formalise le séjour des personnes détenues. Il a été dit aux contrôleurs que leur présence, si elle constitue un embarras lié au risque d'évasion, n'est pas particulièrement redoutée. « Il s'agit avant tout de patients ». Ces patients peuvent d'ailleurs sortir de l'unité accompagnés par un soignant.

4.7 Les soins somatiques

4.7.1 Le médecin généraliste

La médecine générale est assurée par une généraliste, praticien hospitalier, en poste depuis 1999 sur l'établissement. Initialement recrutée à 0,4 ETP, elle est depuis deux ans à temps plein. Elle dispose d'une secrétaire médicale à temps partiel.

Quel que soit le statut du patient (SL, SPDT, SPDRE), les rendez-vous sont pris soit par les médecins psychiatres référents du patient, soit par les patients eux-mêmes *via* un membre de l'équipe soignante. Les soignants rencontrés ont souligné auprès des contrôleurs la grande disponibilité de ce praticien.

Les consultations ont lieu de préférence au cabinet, pour garantir la confidentialité de l'acte médical, différencier les espaces somatiques et psychiatriques et disposer de l'équipement technique. Si le patient ne peut s'y rendre, le médecin va le rencontrer sur l'unité.

Le secrétariat médical et le cabinet médical sont mitoyens, tous les deux accessibles depuis le couloir central de l'hôpital. Le secrétariat et le cabinet médical sont de bonnes dimensions, lumineux, agréablement décorés.

Pour les patients hospitalisés au long cours (SL, SPDT ou SPDRE), un examen clinique systématique est réalisé tout les six mois.

Le médecin déplore l'absence d'intervention d'une diététicienne sur l'établissement. Elle a, en effet, effectué en septembre 2007 une étude sur la prévalence de la surcharge pondérale chez les patients hospitalisés au long cours, qui pointe la nécessité de l'intervention d'une diététicienne. Le médecin a rapporté aux contrôleurs que depuis plus de six ans elle fait la demande du financement d'un temps de présence d'une diététicienne, mais sans réponse positive à ce jour.

4.7.2 Les consultations de spécialités

Deux vacations hebdomadaires de spécialistes sont assurées, une de cardiologie et une de neurologie, par deux médecins installés en libéral.

Une consultation d'addictologie est assurée par la fédération intersectorielle de santé publique. Pour les patients tabagiques hospitalisés en CSI, un protocole de substitut nicotinique (patch) leur est systématiquement proposé.

Pour toute autre consultation spécialisée et pour les soins dentaires, le médecin généraliste fait appel à son réseau personnel de consultants, exerçant soit au CHU de Nantes, soit en libéral. Il n'existe aucun protocole pour ces consultations. Les patients sont accompagnés par un infirmier de leur unité d'accueil.

Pour les patients admis en SPDT ou SPDRE, les autorisations préfectorales de sorties sont systématiquement délivrées, il n'y a jamais d'ajournement d'une consultation par défaut d'obtention d'une autorisation.

4.7.3 La pharmacie

L'équipe de la pharmacie est composée :

- une pharmacienne à 0,6 ETP présente depuis 1985 sur l'établissement ;
- deux préparateurs en pharmacie, à 1 et 0,8 ETP.

La pharmacie est accessible depuis le couloir central de l'hôpital ; elle ne fait l'objet d'aucune signalétique dans le couloir afin de limiter les intrusions indésirables.

Elle est constituée d'un sas, de la pièce principale de stockage et de préparation des chariots, de deux bureaux (un pour la pharmacienne, un pour les préparateurs). Les locaux sont sécurisés et ne sont accessibles au personnel soignant que lorsque la pharmacienne est présente dans l'établissement. La porte entre le sas et la pharmacie proprement dite est fermée à clé par les préparateurs ; elle n'est ouverte que pour le temps nécessaire aux équipes soignantes de récupérer les chariots médicaux.

Depuis l'été 2013, les prescriptions sont informatisées ; les chariots médicaux sont tous équipés d'un poste informatique, ce qui permet la validation en direct de la remise au patient de son traitement et donc une traçabilité et une sécurisation optimales du circuit du médicament au sein des unités.

5 L'AMBIANCE GENERALE

Le CH Georges Daumézon a connu une mutation profonde en quittant le site de Montbert pour venir s'installer à Bouguenais. D'un système de pavillons totalement séparés, répartis à l'intérieur d'un grand parc ouvert aux patients, on est passé à une structure compacte, sur un terrain à la surface réduite, où tous les services sont implantés à l'intérieur d'un même bâtiment, répartis de part et d'autre d'un long couloir central.

Les nouvelles installations de Bouguenais révèlent une grande attention portée au patient, tant par l'architecture que le décor ou le confort des locaux, ce qui dépasse la simple notion d'amélioration « hôtelière ».

L'ensemble du personnel avait manifesté des inquiétudes à la perspective de ce déménagement. Auparavant, chacun vivait dans une certaine indépendance ; le nouveau site impliquait une organisation qui laissait craindre une perte d'initiatives et de liberté.

En définitive, il a été dit aux contrôleurs – qui l'ont en effet constaté – que cette véritable révolution dans le mode de travail de chacun avait été globalement acceptée et vécue de façon positive et constructive. Malgré la réduction importante de la superficie du terrain par rapport à l'espace disponible à Montbert, chacun reconnaît des avantages à cette nouvelle vie, y compris, selon les informations recueillies, les patients hospitalisés depuis longtemps. L'un des patients a ainsi indiqué aux contrôleurs : « Montbert c'était trop vétuste, ici c'est impeccable ». En outre, La localisation de l'hôpital permet plus facilement aux patients de sortir et aux familles de venir en visite.

Néanmoins, il a été fait remarquer aux contrôleurs que si l'espace hébergement avait été réfléchi, les espaces extérieurs, patio, ou encore les équipements collectifs tels cafétéria ou les équipements sportifs étaient sous-dimensionnés par rapport aux besoins des patients.

CONCLUSION

A l'issue de la visite du centre hospitalier Georges Daumezon, les contrôleurs formulent les observations suivantes :

Observation n° 1 : La conception de l'hôpital, en l'insérant dans un espace urbain, favorise le lien avec les familles d'autant plus que l'établissement est très accessible par les transports en commun. Dans ce registre le projet de création d'une maison des associations est de nature à permettre une meilleure information et un accueil plus facile des patients et de leurs proches et doit être encouragé.

Il convient, en outre, de souligner la qualité des aménagements intérieurs, pensés dans l'intérêt des patients, qu'il s'agisse de la décoration des chambres, de l'existence de placards fermant avec une clé (cf. § 4.4.3.1 pour l'unité Léonard de Vinci par exemple), de l'accès direct aux CSI, voire même de l'accessibilité de la lingerie et sa configuration qui rendent possible le projet d'accompagnement par un soignant de certains patients pour faire laver leur linge, dans le cadre de leur prise en charge clinique et de leur projet d'autonomisation (cf. § 4.1.3.2), ou encore la question de couloirs non rectilignes autour du patio qui peuvent ainsi être aménagés et permettre des temps d'isolement (cf. 4.4.3.1).

Mais un aménagement plus soutenu des espaces collectifs extérieurs pourrait permettre d'en atténuer l'exigüité (cf. § 2).

Observation n° 2 : Il est regrettable qu'il existe encore, dans cette structure pourtant neuve, des chambres doubles que les personnels ont d'ailleurs du mal à attribuer aux patients (cf. par exemple § 4.4.3.1) et plus encore des chambres de soins intensifs sans accès direct aux sanitaires de telle sorte que sont utilisés, comme dans les vieux asiles, des seaux hygiéniques (cf. § 4.5.1).

Observation n° 3 : l'existence d'un protocole entre les quatre hôpitaux de Loire-Atlantique permettant l'accueil et la prise en charge des patients hors secteur doit être soulignée même si certains médecins ne respectent malheureusement pas les principes de solidarité et complémentarité (cf. § 3.1.1.2).

Observation n° 4 : L'existence d'un accès direct aux chambres de soins intensifs permet de faciliter et optimiser l'accueil des patients en état d'agitation ou de détresse psychique majeure, sans gêner les autres patients accueillis dans l'unité. Ce choix architectural doit être loué (cf. § 3.1.1.2).

Observation n° 5 : Il est particulièrement regrettable qu'au jour du contrôle un nombre important de décisions d'admission en soins psychiatriques sans consentement n'ait pas été notifié aux patients (cf. § 3.1.4).

Observation n° 6 : Pour les notifications de décisions à des personnes ne parlant pas la langue française, l'établissement a recours à « l'association santé migrants Loire-

Atlantique » (ASAMLA) qui fournit des interprètes alors rétribués par l'hôpital. Cette pratique doit être encouragée (cf. § 3.1.4).

Observation n° 7 : Les modalités de recueil des observations des patients suite aux décisions qui ont été prises les concernant doivent être améliorées : outre le fait que le certificat médical ne mentionne pas toujours que le patient a été informé de manière adaptée à son état du projet de maintien des soins psychiatriques et a été mis à même de faire valoir ses observations par tout moyen, il s'agit d'une information qui résulte d'une phrase-type insérée dans le formulaire de notification des droits ou dans l'avis de convocation à l'audience du JLD. D'ailleurs, au jour du contrôle, aucun patient n'avait émis d'observation (cf. § 3.2.3).

Observation n° 8 : Il est regrettable que la réunion du collège prévu par les articles L.3211-9 et L. 3211-12 du code de la santé publique n'obéisse pas aux mêmes modalités suivant les pôles mais surtout que le certificat médical issu de cette réunion soit une reprise mot pour mot du certificat précédent, donnant l'impression que le patient n'a pas été vu (cf. § 3.3.1.2 et 3.4).

Observation n° 9 : S'agissant de l'audience devant le JLD (cf. § 3.3.2., il est regrettable que :

- les tiers qui ont demandé l'admission en soins psychiatriques ne puissent pas toujours être avisés de la date d'audience devant le JLD en temps utile et, lorsqu'ils le sont, que l'information sur la procédure et le rôle du JLD ne leur soit pas plus clairement dispensée ;
- le magistrat du parquet soit systématiquement absent et ne fonctionne que par voie de réquisitions écrites ;
- de manière systématique, les audiences aient lieu au tribunal, même si une réflexion était en cours, lors du contrôle, pour adapter les modalités de l'audience au profil du patient.

Observation n° 10 : S'agissant des certificats médicaux, il est regrettable qu'aucun certificat médical ou presque ne soit horodaté, mettant ainsi en péril la validité des procédures, que certains soient insuffisamment motivés et que d'autres ne soient pas joints aux dossiers, obligeant alors le JLD à ordonner une expertise qui aurait pu évitée (cf. § 3.4).

Observation n° 11 : Il serait nécessaire de mettre une procédure pour améliorer le taux de réponse aux questionnaires de satisfaction (cf. § 3.9.1).

Observation n° 12 : Il serait utile de réserver un espace consacré exclusivement à l'exercice des cultes, notamment pour permettre les célébrations collectives tout en respectant la diversité culturelle (cf. § 3.11).

Observation n° 14 : Un règlement intérieur de l'établissement doit être finalisé et doit servir de référence à l'ensemble des pôles. Il est en effet regrettable que le seul règlement intérieur en vigueur et validé date de 2004 c'est-à-dire qu'il

n'intègre ni la réforme du 5 juillet 2011 ni même la nouvelle implantation et, par conséquent, l'organisation de l'établissement (voir § 4.1.1).

La mention de l'interdiction de relations sexuelles ne peut être apportée sans aucune nuance dans le règlement intérieur et ne doit viser que les relations sexuelles prohibées par les textes (relations sous contrainte, ou imposées à la vue d'autrui, outrage public à la pudeur etc.). Les interdictions et privation de téléphone, les limitations des relations familiales ne peuvent être absolues et générales ; elles doivent être prises en fonction du projet thérapeutique relatif à un patient.

Observation n° 15 : Il est remarquable que les téléphones portables puissent être utilisés par les patients y compris dans l'une des unités fermées (cf. § 4.1.5) et à l'inverse regrettable que l'accès à l'informatique et à internet ne puisse être assuré (cf. § 4.1.7).

Observation n° 16 : Il est en revanche regrettable que les patients ne pouvant utiliser de téléphone portable soient contraints à téléphoner dans le bureau infirmier et non dans un endroit où la confidentialité est assurée (cf. § 4.1.5).

Observation n° 16 : Un partenariat avec la médiathèque de Bouguenais permettrait d'améliorer la bibliothèque hospitalière (cf. § 4.1.9).

Observation n° 17 : Il conviendrait de s'assurer que les plats sont transportés dans les unités à des températures respectant les règles (cf. § 4.1.2).

Observation n° 18 : Les patients le souhaitant devraient avoir la possibilité de s'enfermer la nuit dans leurs chambres, seuls les personnels soignant ayant alors la possibilité d'ouvrir les portes (cf. § 4.3.3.4).

Observation n° 18 : Il semblerait possible et appréciable de mettre à profit la proximité des locaux destinés aux activités thérapeutiques pour mutualiser celles-ci davantage (cf. § 4.4.4).

Observation n° 19 : Il est regrettable qu'il n'existe pas de registre²⁴ permettant de suivre l'occupation des chambres de soins intensifs avec les dates et heures précises d'entrée et de sortie, ce qui serait utile afin d'assurer la sécurité des patients en cas de difficulté mais surtout de constituer un retour utile sur les pratiques usitées dans cet établissement (cf. § 4.5.2).

Observation n°20 : il serait nécessaire de rédiger un protocole relatif à la prise en charge des personnes détenues (cf. § 4.6).

²⁴ Cf. recommandations du Contrôleur général des lieux de liberté du 18 juin 2009, parues au journal officiel du 2 juillet 2009.

Table des matières

1	Conditions générales de la visite.....	2
2	Présentation générale de l'établissement	3
2.1	L'implantation.....	4
2.1.1	Histoire : de Montbert à Bouguenais.....	6
2.1.2	Architecture	7
2.1.3	Le déménagement et l'appropriation des lieux.....	7
2.2	La psychiatrie dans le département de la Loire-Atlantique.....	8
2.3	L'organisation fonctionnelle de l'établissement	8
2.4	Les personnels	10
2.5	Les données financières	12
2.5.1	Les produits	12
2.5.2	Les charges	12
2.6	L'activité.....	13
3	Les hospitalisations sans consentement et l'exercice des droits.....	15
3.1	L'admission des patients sans consentement.....	15
3.1.1	L'arrivée.....	15
3.1.2	Les formalités administratives.....	17
3.1.3	La désignation d'une personne de confiance	18
3.1.4	La notification de la décision et l'information relative aux voies de recours	18
3.1.5	L'inventaire des objets personnels.....	20
3.2	Les informations délivrées au patient admis	21
3.2.1	Le livret d'accueil.....	21
3.2.2	Les informations relatives à la loi du 5 juillet 2011 et aux voies de recours	22
3.2.3	Le recueil des observations des patients	23
3.2.4	L'information sur la visite des autorités	24
3.3	La levée des mesures de contrainte et les sorties.....	24
3.3.1	L'avis préalable des psychiatres	24
3.3.2	Le contrôle du juge des libertés et de la détention.....	25
3.3.3	Les sorties.....	28
3.4	Les registres de la loi	28
3.5	La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)	29
3.6	La protection juridique des majeurs	31
3.7	La confidentialité des soins.....	31
3.7.1	La confidentialité de l'hospitalisation	31
3.7.2	L'accès au dossier médical.....	32
3.8	L'union nationale des amis et famille des malades psychiques (UNAFAM).....	32
3.9	Les incidents et leur traitement	32
3.9.1	Le traitement des plaintes et des réclamations	32
3.9.2	La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC).....	33
3.9.3	Les violences et événements indésirables	35
3.9.4	La gestion des sorties sans autorisation	36
3.10	Le droit de vote	37
3.11	L'accès à l'exercice d'un culte	37
4	Les conditions d'hospitalisation	38
4.1	Eléments communs à tous les secteurs.....	38
4.1.1	Le règlement intérieur.....	38

4.1.2	La restauration	38
4.1.3	L'hygiène et la sécurité.....	39
4.1.4	La sur-occupation et les transferts.....	41
4.1.5	Le téléphone	41
4.1.6	Le courrier.....	42
4.1.7	L'informatique et l'accès à l'internet	43
4.1.8	La cafétéria	43
4.1.9	La bibliothèque et la salle de jeux.....	44
4.1.10	La banque des patients.....	45
4.2	Les unités intra hospitalières du secteur G06.....	45
4.2.1	Présentation du pôle	45
4.2.2	L'unité fermée Franco Minéo.....	46
4.2.3	L'unité d'activités thérapeutiques Séraphine	52
4.3	Les unités intrahospitalières du secteur G07.....	54
4.3.1	Présentation du pôle G 07.....	54
4.3.2	L'unité fermée Marc Chagall.....	54
4.3.3	L'unité ouverte Pablo Picasso.....	57
4.3.4	L'unité d'activités thérapeutiques Michel-Ange	62
4.4	Les unités intrahospitalières du secteur G 08.....	64
4.4.1	Présentation du pôle	64
4.4.2	L'unité fermée Andy Warhol.....	66
4.4.3	L'unité ouverte Léonard de Vinci.....	67
4.4.4	L'unité d'activités thérapeutiques Paul Gauguin	70
4.5	Le recours à l'isolement et à la contention	71
4.5.1	Description des chambres de soins intensif.....	71
4.5.2	Le placement en CSI.....	72
4.5.3	La contention.....	73
4.6	L'hospitalisation des personnes détenues dans le cadre de l'article D. 398 du code de procédure pénale.....	74
4.7	Les soins somatiques.....	76
4.7.1	Le médecin généraliste.....	76
4.7.2	Les consultations de spécialités.....	76
4.7.3	La pharmacie	76
5	L'ambiance générale	77
	CONCLUSION	78