



**Centre hospitalier  
De Nemours**

(Seine et Marne)

*30 mars au 2 avril 2015*

## SYNTHESE

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, cinq contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier de Nemours (Seine et Marne) du 30 mars au 2 avril 2015. Un rapport de constat a été adressé au directeur général qui a fait valoir ses observations, lesquelles ont été prises en considération pour la rédaction du présent rapport.

L'hôpital général de Nemours, auquel sont rattachés trois secteurs de psychiatrie générale et un secteur de psychiatrie infanto-juvénile, est dans le champ de la psychiatrie au service, de la population des bassins de vie de Fontainebleau, de Nemours et de Montereau, soit une population de l'ordre de 190 000 habitants.

En matière d'hospitalisation, le pôle de psychiatrie dispose de soixante lits pour adultes, répartis en trois unités sectorielles de vingt lits qui sont des unités ouvertes. Le renforcement des moyens sur cette zone géographique prévoit, à très court terme, l'augmentation des capacités d'hospitalisation avec un total de soixante-quinze lits dont une unité fermée de quinze lits, ainsi que trois à cinq lits qui seront plus spécifiquement réservés aux adolescents.

Lors de la visite du CGLPL, cinquante-huit patients étaient hospitalisés dont dix-sept avaient été admis en soins sans consentement.

Dans un contexte de relatif isolement géographique et de difficultés de recrutement médical, l'hôpital de Nemours a développé une approche cohérente de réponse aux besoins de soins psychiatriques de la population du sud du département de la Seine-et-Marne en s'inscrivant dans une réelle dynamique partenariale.

L'importance des collaborations médicales au sein du pôle, ainsi que les articulations étroites entre les différents métiers présents dans le pôle au service du soin et de l'accompagnement des patients, permet une approche pluridisciplinaire efficace. L'homogénéisation des pratiques au sein des trois unités du pôle mérite également d'être soulignée ainsi que le choix délibéré de maintenir ces unités ouvertes permettant aux patients d'aller et venir librement.

Il faut noter la qualité des relations entre l'hôpital – personnels administratifs et médecins – et la juridiction : des réunions sont organisées deux fois par an à l'initiative de la présidente du tribunal de grande instance afin de partager les connaissances relatives aux soins sans consentement, de confronter les diverses interprétations des textes et d'approfondir les liens entre les différents partenaires.

### **Cependant des pratiques susceptibles de porter atteinte aux droits fondamentaux des patients ont été relevées.**

L'organisation actuelle ne permet pas de garantir une attention suffisante à la prise en charge somatique des patients. Dans l'attente du recrutement effectif d'un médecin généraliste attaché au pôle, la communauté médicale doit apporter une réponse adaptée et s'assurer des délais de prise en charge et d'interprétation des examens complémentaires pour éviter tout retard aux soins.

Le pourcentage élevé de patients admis dans le cadre de la procédure d'urgence, expliqué localement par le faible nombre de médecins généralistes interrogé, tant sur le respect de

l'esprit de la loi que sur les conditions d'accessibilité aux soins de premiers recours, notamment pour les patients présentant des troubles psychiatriques. Un suivi local et national de cette réalité devrait être mis en place.

Concernant les programmes de soins, des difficultés relatives à des réintégrations en hospitalisation complète à la suite d'une modification substantielle de la forme de la prise en charge et de la transformation du programme de soins ont été constatées. Il convient de rappeler que la réintégration imposée au patient en hospitalisation complète requiert une transformation de la mesure. Ainsi, dans le cas où la réintégration concerne un patient faisant l'objet d'une mesure de soins sur décision du préfet, l'information de ce dernier est obligatoire, conformément aux dispositions de l'article R. 3211-1 VI du code de la santé publique. Or, il a été rapporté au CGLPL que l'agence régionale de santé s'opposerait de façon récurrente à ce type de réintégration, contraignant l'établissement à maintenir en programme de soins des patients en hospitalisation complète de fait. Il doit impérativement être mis fin à cette pratique, qui prive les patients des garanties que leur apporte le contrôle du juge des libertés et de la détention.

Enfin, si l'ouverture des unités en journée permet à la majorité des patients d'aller et venir librement, elle entraîne en contrepartie un recours plus fréquent à l'isolement et à l'utilisation du pyjama. Ces pratiques portent atteinte à la dignité des patients. Il conviendrait de retravailler les modalités d'appréhension des conditions de séjour au regard des droits fondamentaux des personnes et des situations cliniques, compte tenu des évolutions organisationnelles possibles, afin de limiter le recours à la chambre de soins intensifs en nombre et en durée, ainsi que le port du pyjama.

De même, lors de leur admission en unité d'hospitalisation, tous les patients se voient retirer leur téléphone, quel que soit leur état de santé psychique. Le caractère systématique de cette pratique constitue une atteinte au droit de communiquer librement avec son entourage. Seul l'état clinique du patient devrait justifier l'interdiction relative à l'usage du téléphone.

### **Enfin, les conditions matérielles d'hébergement nécessiteraient des améliorations.**

L'état actuel des locaux et des équipements, marqués par la vétusté, nécessite rapidement d'une part la mise œuvre de travaux de rénovation ou de réparation, et d'autre part une plus grande vigilance à la régularité de l'entretien. Ceci concerne notamment l'isolation des fenêtres, la réparation des volets cassés ou des systèmes d'appels défectueux, des peintures et des revêtements de sols usés et une hygiène parfois défectueuse. Chaque chambre devrait disposer d'un mobilier minimal et fonctionnel.

De même, il convient de rendre possible la fermeture, par les patients, des portes des sanitaires ainsi que celle de la porte de leur chambre et de leur placard afin de préserver leur intimité (tout en offrant un éventuel accès aux soignants pour des raisons évidentes de sécurité). Les conditions d'équipement des douches et des sanitaires doivent permettre aux patients de se doucher et de s'habiller dans des conditions respectueuses de leur intimité.

## OBSERVATIONS

### A – Bonnes pratiques

1. L'homogénéisation des pratiques au sein des trois unités du pôle et la bonne articulation entre le personnel médical et paramédical favorisent efficacement une approche pluridisciplinaire (cf. § 5.4).
2. Les unités d'hospitalisation sont généralement ouvertes dans la journée, permettant ainsi à la majorité des patients d'aller et venir librement (cf. § 2.1.3).
3. Les droits des personnes hospitalisées sans consentement sont systématiquement notifiés par un cadre de santé du service de psychiatrie en même temps que les certificats de 24 heures et de 72 heures (cf. § 3.2.3).
4. Les avocats désignés d'office sont systématiquement pris en charge par l'aide juridictionnelle (cf. § 3.4.2.1).
5. La mise en place d'un pôle d'accompagnement et d'activités de la psychiatrie et d'ateliers d'ergothérapie mérite d'être soulignée (cf. § 5. 2. 3).

### B – Recommandations

1. Il convient de limiter le recours aux chambres de soins intensifs ainsi que le port du pyjama (cf. § 5.5).
2. En l'absence d'un médecin généraliste, il est urgent de trouver une solution afin que les patients puissent bénéficier d'une prise en charge somatique (cf. §.5.3).
3. Il doit être mis fin à la pratique consistant à maintenir en programme de soins un patient qui, bien que faisant des sorties régulières, est de fait hospitalisé à temps plein, car ce type d'hospitalisation doit être soumis au contrôle du juge des libertés et de la détention (cf. 3.4.2.4).
4. Lorsqu'un cadre de santé est absent, les notifications interviennent avec un délai supérieur à 72 heures ; il conviendrait de trouver une solution pour raccourcir ce délai, qui peut interdire au patient de faire valoir ses droits de recours (cf. § 3.2.3).
5. Seul l'état clinique du patient doit justifier l'interdiction à l'usage du téléphone (cf. § 4.7.2).
6. Aucun patient ne doit être placé dans une chambre de soins intensifs dépourvue de système d'appel (cf. § 5.5).
7. Les patients hospitalisés dans l'unité Montereau doivent pouvoir accéder à l'ergothérapie (cf. § 5.2.3).
8. Il convient que le livret d'accueil et le règlement intérieur soient réactualisés et remis systématiquement au patient lors de son admission (cf. § 3.3.1).
9. L'état actuel des locaux et des équipements, marqués par la vétusté nécessite des travaux de rénovation ou de réparation et une plus grande vigilance sur l'entretien régulier (cf. §. 5.1.1.).
10. Les mineurs hospitalisés doivent avoir la possibilité de sortir de leur chambre lorsqu'elle est fermée à clef pour assurer leur sécurité (cf. §. 5.1.1).
11. Un panneau d'information doit annoncer la présence d'un système de vidéosurveillance dans les escaliers et les couloirs des unités de psychiatrie (cf. § 5.1.4.2).

## SOMMAIRE

SYNTHESE .....	2
OBSERVATIONS .....	4
SOMMAIRE .....	5
1- Les conditions de la visite.....	8
2- L'organisation de la psychiatrie dans la Seine-et-Marne.....	9
2.1    Présentation générale du CH de Nemours.....	10
2.1.1    L'implantation de l'établissement .....	10
2.1.2    L'organisation fonctionnelle de l'établissement.....	11
2.1.3    Le bâtiment de psychiatrie adulte .....	12
2.2    Les personnels au sein du pôle de psychiatrie.....	12
2.2.1    Les effectifs médicaux et non médicaux.....	12
2.2    Les données financières .....	15
2.3    L'activité .....	15
3- L'hospitalisation sans consentement et l'exercice des droits .....	18
3.1    L'arrivée des patients admis sans consentement.....	18
3.2    Les modalités d'admission .....	18
3.2.1    Les formalités administratives .....	18
3.2.2    L'inventaire et la conservation des effets personnels .....	19
3.2.3    La notification de la décision d'admission et les voies de recours .....	20
3.3    L'information des patients admis .....	21
3.3.1    Le livret d'accueil et le règlement intérieur.....	21
3.3.2    Les informations relatives à la loi du 5 juillet 2011 modifiée .....	24
3.3.3    Le recueil des observations des patients .....	25
3.3.4    La période initiale de soins et d'observations .....	25
3.4    La levées des mesures des mesures de contrainte .....	26
3.4.1    La levée des ASPDRE sur avis du psychiatre participant à la prise en charge.....	26
3.4.2    Le contrôle du juge des libertés et de la détention .....	26
3.5    La visite des autorités .....	31
3.6    Le contrôle de la commission départementale des soins psychiatriques .....	31
3.7    La traçabilité du respect de la procédure dans le registre de la loi.....	32
3.8    Les sorties.....	33
4- Les droits des patients hospitalisés .....	34
4.1    La protection juridique des majeurs .....	34
4.2    La gestion de l'argent des patients .....	34

4.3	La confidentialité des hospitalisations .....	35
4.4	L'accès au dossier médical.....	35
4.5	L'accès à l'exercice du culte .....	36
4.6	Le droit de vote .....	36
4.7	La communication avec l'extérieur.....	37
4.7.1	Les visites .....	37
4.7.2	Le téléphone .....	37
4.7.3	Le courrier.....	38
4.7.4	L'informatique et l'accès à internet.....	38
4.8.	La place laissée aux représentants des familles et des usagers .....	38
4.9.	Les incidents et leur traitement .....	39
4.9.1.	Le traitement des plaintes et réclamations .....	39
4.9.2.	La commission des relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge (CRUQPC) .....	40
4.9.3.	Les violences et les événements indésirables.....	40
4.10.	Le comité d'éthique.....	42
5-	Les conditions d'hospitalisation .....	42
5.1	Eléments communs à tous les secteurs.....	42
5.1.1	La restauration .....	42
5.1.2	La blanchisserie.....	44
5.1.3	Les transports .....	44
5.1.4	La sécurité.....	45
5.2	Les activités communes .....	46
5.2.1	La cafétéria .....	46
5.2.2	La bibliothèque .....	46
5.2.3	Les activités.....	47
5.2.4	Les installations sportives .....	49
5.3	Les soins somatiques .....	49
5.3.1	L'accès au médecin généraliste .....	49
5.3.2	La pharmacie.....	49
5.3.3	Le laboratoire.....	50
5.4	Le pôle psychiatrie .....	50
5.4.1	L'unité du secteur Nemours .....	51
5.4.2	L'unité du secteur Montereau .....	57
5.4.3	L'unité du secteur Fontainebleau .....	60
5.5	Le recours à l'isolement et à la contention.....	64
5.5.1	La procédure d'isolement .....	64
5.5.2	La procédure de contention .....	66

---

6- Eléments d’ambiance ..... 66

**Contrôleurs :**

Bonnie Tickridge, cheffe de mission ;  
 Catherine Bernard ;  
 Céline Delbauffe ;  
 Isabelle Fouchard ;  
 Vianney Sevaistre

En application de la loi du 30 octobre 2007 instituant le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, cinq contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier de Nemours (Seine et Marne) du 30 mars au 2 avril 2015.

**1- LES CONDITIONS DE LA VISITE**

Les contrôleurs sont arrivés au centre hospitalier de Nemours situé au 15 rue des Chaudins le 30 mars 2015 à 14h. Ils en sont partis le 2 avril à 15h.

Une visite de nuit a eu lieu le mercredi 1<sup>er</sup> avril à partir de 21h.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par le directeur général, le directeur délégué, le chef de pôle de psychiatrie et la députée maire, présidente du conseil de surveillance.

Une réunion de début de visite a pu être organisée avec le directeur délégué, la chef de pôle de psychiatrie, les médecins psychiatres, la pédopsychiatre, les cadres des unités, le directeur responsable des ressources humaines, le représentant de l'union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM) et les représentantes du culte catholique.

Ont été avisés de leur visite :

- un membre du cabinet du préfet ;
- la délégation territoriale de Seine et Marne de l'agence régionale de santé (ARS) d'Ile-de-France ;
- la présidente du tribunal de grande instance (TGI) de Fontainebleau;
- le substitut du procureur.

Les contrôleurs ont rencontré en outre : le directeur délégué, la cheffe de pôle de psychiatrie, les médecins psychiatres, la pédopsychiatre, le directeur responsable des ressources humaines, le représentant de l'union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM), les représentantes du culte catholique, un des juges des libertés et de la détention (JLD), le président de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP).

Les contrôleurs ont également eu un entretien téléphonique avec le substitut du procureur et le bâtonnier.

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

L'affichette annonçant leur visite a été diffusée dans les services de soins et les lieux collectifs.

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

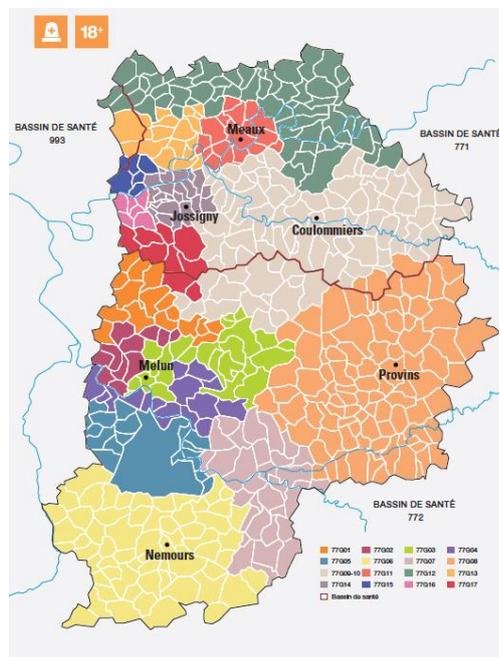
Une réunion de restitution a eu lieu le 2 avril en présence du directeur général, du directeur délégué, du chef de pôle de psychiatrie, le cadre de l'unité Fontainebleau faisant office de cadre supérieur de santé et la direction des affaires médicales.

Un rapport de constat a été adressé au directeur général le 19 août 2015. Celui-ci a fait valoir ses observations par un courrier en date du 15 septembre 2015 ; elles ont été prises en considération pour la rédaction du présent rapport.

## 2- L'ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE DANS LA SEINE-ET-MARNE

Au 1er janvier 2015, la population du département de la Seine-et-Marne est de 1 377 102 habitants et celle de la commune de Nemours de 12 962 habitants<sup>1</sup>. Le département qui représente la moitié de la superficie de l'Île-de-France s'étend sur 5915 km<sup>2</sup> et regroupe 534 communes dont les trois-quarts ont moins de 2000 habitants. Les transports en commun sont peu développés sur les zones rurales avec des difficultés d'accès aux services pour les personnes non motorisées.

Le département est découpé en dix-sept secteurs de psychiatrie générale et cinq secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. L'offre d'hospitalisation est assurée par six hôpitaux publics et trois établissements privés et le département dispose, avec une démographie de psychiatres faible et un ratio de 1 lit ou place pour 1000 habitants, d'une offre en psychiatrie générale inférieure à la moyenne régionale (1,3) comme à la moyenne nationale (1,6) ; ce constat est comparable pour la pédopsychiatrie. Ceci a conduit l'ARS à reconnaître ce département comme prioritaire dans son plan régional de santé et à y soutenir les projets de développement de l'offre en particulier dans le Sud de la Seine-et-Marne.



Carte de la sectorisation psychiatrique, source Psycom.

<sup>1</sup> Source INSEE- recensement 2012.

L'hôpital de Nemours, auquel sont rattachés trois secteurs de psychiatrie générale et un secteur de psychiatrie infanto-juvénile (G05, G06, G07 et I03), est au service, dans le champ de la psychiatrie, de la population des bassins de vie respectivement de Fontainebleau, de Nemours et de Montereau, soit une population de l'ordre de 190 000 habitants. L'hôpital de Nemours a une convention de partenariat avec la clinique psychiatrique Pays de Seine, sise à Bois-le-Roi. Cet établissement, situé à vingt-cinq kilomètres de Nemours et huit de Fontainebleau, accueille également en hospitalisation des adultes et des adolescents de ces bassins de vie, pour lesquels des suivis en ambulatoire peuvent être assurés dans les centres médico-psychologiques (CMP) des secteurs concernés. Un conseil local de santé mentale est actif sur Nemours au sein du contrat local de santé. L'hôpital de Nemours a développé des collaborations avec les professionnels de santé sur le territoire en particulier en s'impliquant dans la création des maisons de santé pluri professionnelles.

## 2.1 Présentation générale du CH de Nemours

L'hôpital de Nemours est inscrit dans une dynamique de recomposition de l'offre de soins du sud du département marqué en premier lieu par un rapprochement avec l'hôpital de Fontainebleau avec lequel a été créé un groupement de coopération sanitaire ; ce dernier accueille maintenant l'activité obstétricale et chirurgicale, l'hôpital de Nemours ayant développé l'offre médicale, psychiatrique et de soins de suite et de réadaptation.

Depuis le printemps 2014 une direction commune a été instituée pour les trois établissements de Fontainebleau, Montereau et Nemours qui gardent chacun toutefois leur autonomie juridique, la direction du CH de Nemours est assuré par un directeur délégué.

### 2.1.1 L'implantation de l'établissement

Le centre hospitalier (CH) de Nemours est situé au 15 rue des Chaudins à Nemours. Cet établissement est un ancien hospice, le « Rocher Vert », dont les bâtiments étaient initialement inclus dans l'actuelle mairie de la ville. Le centre médico-chirurgical a été construit en 1979 sur le site actuel et les locaux de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto juvénile ont vu le jour en 1981.

L'établissement est situé à proximité du centre-ville, à 2,6 km de la gare SNCF. Des panneaux indiquant la direction de l'hôpital sont positionnés dans le centre-ville. Il existe au départ de la gare, une correspondance vers le CH par la ligne de bus 5. Les départs ont lieu toutes les vingt minutes de 5h45 à 21h. Des bus circulent également les week-ends. L'arrêt de bus fait face à l'entrée principale de l'établissement hospitalier.

Il n'existe qu'un seul accès pour pénétrer dans l'hôpital. Il n'existe pas de barrière de sécurité à l'entrée et aucun personnel de sécurité n'est présent. Les visiteurs motorisés ont la possibilité de stationner leur véhicule dans l'enceinte de l'établissement. L'hôpital dispose de trois lots de parking, situés face aux trois bâtiments de l'établissement dont celui de la psychiatrie. Ils comprennent respectivement environ quatre-vingts, et deux fois quarante places. Les contrôleurs ont constaté que ces parkings sont souvent complets mais les visiteurs peuvent stationner leur véhicule aux abords des voies menant à l'hôpital.

Le CH comprend trois bâtiments qui sont reliés par un passage souterrain :

- un bâtiment principal regroupant les bureaux de la direction et les bureaux administratifs, le bureau des admissions, le service de médecine, l'unité de court séjour gériatrique, le service de consultations externes et de chirurgie ambulatoire, le service de soins de suite et de réadaptation polyvalente et l'hôpital de semaine. Les

locaux du service des urgences et de l'unité de surveillance continue sont adjacents au bâtiment principal, tout comme la pharmacie et le laboratoire ;

- le centre de gériatrie le « Rocher Vert » ;
- les services de psychiatrie comprenant trois unités d'hospitalisation ouvertes pour adultes ainsi que le service de consultations Scoubidou pour les 0-3 ans et l'hôpital de jour des adolescents ; l'hôpital de jour pour les enfants est situé sur un terrain contigu de l'autre côté de la rue à proximité des deux collèges et du lycée.

Des espaces verts ont été aménagés autour de ces bâtiments qui disposent chacun d'un parking comme indiqué *supra*.

### 2.1.2 L'organisation fonctionnelle de l'établissement

L'établissement est organisé sur la base de quatre pôles : le pôle de médecine, le pôle psychiatrie, le pôle médico-technique et le pôle gériatrique.

La présidence de la commission médicale d'établissement est actuellement assumée par la responsable du pôle de psychiatrie ce qui, sans doute, favorise la prise en compte des spécificités de cette discipline médicale par l'établissement.

Ce pôle regroupe les trois secteurs « adulte » et le secteur de psychiatrie infanto-juvénile. L'offre de service de chacun des trois secteurs de psychiatrie générale permet aux personnes d'accéder, sur chacune des trois villes principales, à un centre médico-psychologique (CMP) et à un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP). Les CMP sont ouverts de 9h à 17h, ceux de Fontainebleau et de Montereau sont ouverts le samedi matin.

La psychiatrie infanto-juvénile dispose de trois CMP, deux CATTP et sur Nemours de deux hôpitaux de jour (un pour enfant - un pour les adolescents de 13 à 18 ans) mais ne dispose pas de lits spécifiques et, en cas de besoin, les hospitalisations seront faites soit en pédiatrie, soit pour les plus de 16 ans à la clinique du Pays de Seine ou dans les services de l'hôpital de Nemours ce qui est plus rare. Un protocole d'hospitalisation pour la prise en charge des adolescents a été formalisé qui prévoit des procédures différenciées selon que le jeune a plus ou moins de 16 ans. Une dizaine d'hospitalisations par an concerne les enfants de moins de 16 ans, principalement en pédiatrie, systématiquement une fiche de liaison est complétée et l'équipe de pédopsychiatrie intervient directement dans la prise en charge. Concernant les mineurs de plus de 16 ans, la réponse dépend d'un éventuel suivi antérieur par le service et de la nécessité de mobiliser une expertise particulière. L'hospitalisation sera faite en chambre individuelle pour assurer la sécurité du mineur. La création récente de l'hôpital de jour pour adolescents dans le bâtiment peut permettre l'accueil, à certains moments de la journée, d'un mineur hospitalisé dans un des trois services de psychiatrie générale.

Des partenariats ont été développés avec des temps de psychiatrie de liaison sur chacun des hôpitaux (adulte et enfant) ainsi qu'une équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée.

En matière d'hospitalisation le pôle dispose de soixante lits répartis en trois unités sectorielles de vingt lits qui sont des unités ouvertes. Le renforcement des moyens sur cette zone géographique prévoit, à très court terme, l'augmentation des capacités d'hospitalisation avec un total de soixante-quinze lits dont trois à cinq seront plus spécifiquement réservés aux adolescents. Le projet médical est de faire évoluer l'organisation hospitalière, actuellement fondée sur l'origine géographique des patients, vers une organisation mutualisée entre les trois secteurs, prenant en compte les spécificités de la prise en charge (soins aigus, post aigus, réhabilitation psychosociale).

### 2.1.3 Le bâtiment de psychiatrie adulte

Le bâtiment de psychiatrie adulte est situé à gauche de l'entrée principale. Les personnes à mobilité réduite peuvent y accéder en empruntant une rampe située à l'extérieur de l'entrée. Un escalier précède également l'entrée principale. La structure est implantée sur trois niveaux. Chaque étage comprend deux ailes desservies par un palier central. L'ascenseur, le monte-charge et l'escalier principal donnent sur ce palier central. Par ailleurs, un escalier de secours est situé à l'extrémité de chaque aile.

Les trois unités d'hospitalisation et les différents locaux se répartissent comme suit :

- le rez-de-chaussée regroupe les bureaux du personnel dont ceux des assistantes sociales, des secrétaires médicales, du cadre supérieur de santé et une partie des bureaux des praticiens hospitaliers. Un espace « cafétéria » décrit au § 5.2.1 a été aménagé au niveau du hall d'entrée;
- le premier étage regroupe les unités des secteurs Fontainebleau et Montereau situées respectivement dans chaque aile ;
- le second étage abrite l'unité du secteurs de Nemours dans une aile ; les bureaux des cadres des unités et d'une assistance sociale, la salle d'activité du pôle d'accompagnement et d'activités de psychiatrie, deux salles d'ergothérapie, la salle de tennis de table, une salle équipée de dix vélos d'appartement, les bureaux des praticiens hospitaliers et la salle d'audience du JLD sont situés dans l'autre aile.

Les contrôleurs ont constaté que les locaux d'hospitalisation étaient relativement vétustes et résistaient mal au temps.

Dans le cadre de la restructuration du pôle, la construction d'un nouveau bâtiment en prolongement du bâtiment existant devrait aboutir avant 2017.

## 2.2 Les personnels au sein du pôle de psychiatrie

### 2.2.1 Les effectifs médicaux et non médicaux

Le secteur de psychiatrie infanto juvénile fait face à une pénurie de pédopsychiatres. A ce jour, ce secteur ne compte que deux praticiens hospitaliers (PH), et trois postes restent vacants. A cet égard, l'ARS Ile-de-France propose aux hôpitaux et aux établissements hospitaliers universitaires le financement partiel de postes d'assistants spécialistes à temps partagé entre deux structures. Le CH de Nemours s'est rapproché du centre hospitalier de Sainte-Anne et a lancé un appel à candidatures afin d'intégrer un à deux postes d'assistants spécialistes partagés en pédopsychiatrie. Il est prévu que ces assistants spécialistes consacrent environ 30 % de leur temps à Nemours.

Les effectifs médicaux en psychiatrie adulte sont les suivants :

Statut	Secteur Fontainebleau Psychiatrie adulte	Secteur Nemours Psychiatrie Adulte	Secteur Montereau Psychiatrie Adulte
PH ETP	2,8	4	2
PH attaché	0,2	0	0,5

PH attaché associé	1	0	1
PH contractuel	0	0	0,40
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>3,9</b>
Internes	vacant	vacant	vacant

Les effectifs cibles seraient de quatre praticiens hospitaliers (PH) par secteur. Seul le secteur Nemours dispose de quatre PH, cependant un des postes, resté vacant durant six mois, venait juste d'être pourvu lors de la visite des contrôleurs. Pour pallier la pénurie d'effectifs de PH, l'hôpital a recruté des praticiens attachés associés. Détenteurs d'un diplôme étranger, ces médecins ont passé auparavant l'épreuve d'autorisation d'exercice consistant en une vérification des connaissances. Cette procédure leur permet d'exercer, et d'effectuer des gardes, sous l'autorité d'un senior. Il convient de préciser que ces praticiens attachés associés ne sont pas autorisés à établir des certificats d'hospitalisation sans consentement. Les praticiens attachés n'interviennent pas dans les centres médico-psychologiques (CMP) pour des raisons de responsabilité et d'encadrement.

Les autres praticiens répartissent leur temps de travail entre les unités d'hospitalisation et les autres activités sectorielles. Certains d'entre eux consacrent également une demi-journée aux activités « d'intérêt général » au sein d'établissements médico-sociaux ce qui renforce les partenariats avec les établissements susceptibles d'héberger ou d'accompagner également les patients du secteur. Ces interventions s'effectuent sur la base du volontariat. Les contrôleurs ont examiné le planning hebdomadaire des temps médicaux pour chaque unité et ont constaté qu'une présence médicale était assurée par un ou deux psychiatres simultanément du lundi au vendredi toute la journée.

Au cours de l'année 2014, le pôle a accueilli un seul interne. Selon les propos recueillis, l'hôpital reste peu attractif pour les internes malgré la possibilité de bénéficier d'un logement gratuit.

Les effectifs non médicaux dans les unités d'hospitalisation sont les suivants :

Fonction	Secteur Fontainebleau		Secteur Nemours		Secteur Montereau	
	ETP	Effectif théorique	ETP	Effectif théorique	ETP	Effectif théorique
Agents des services hospitaliers	4	4	4,8	3,8	4	4
Aides soignants	5	5,8	8	5,8	6	5,8
Assistances sociales	1	1	0,8	1	1	1
Assistances médico-administratives	2,5	2,5	2,8	3	2,1	2,3
Ergothérapeutes	1	1	0,7	1	0	1
Cadres de santé	1	1	0	1	2,5	2,5 <sup>2</sup>
IDE faisant fonction de cadre de santé	0	0	1	1	0	0
IDE <sup>3</sup>	14	15,4	13,1	14,4	15,4	14,4
Psychologues <sup>4</sup>	3	3	3	3	3	3
<b>TOTAL</b>	<b>31,5</b>	<b>33,7</b>	<b>34,2</b>	<b>33</b>	<b>35</b>	<b>34</b>

Il est à noter que l'effectif actuel des aides-soignants est supérieur aux effectifs prévus.

85% des postes sont occupés par du personnel titularisé, les autres postes étant pourvus par du personnel en contrat à durée indéterminée, ou des contrats à durée déterminée notamment pour assurer les remplacements.

Les contraintes budgétaires ont conduit en 2011 à la mise en place d'un rythme de travail basé sur douze heures continues, permettant ainsi de réduire de treize postes l'effectif total des unités d'hospitalisation. Dans sa réponse, le directeur précise que l'effectif total des unités d'hospitalisation n'a pas été réduit de treize postes. Cette nouvelle organisation a été réalisée à effectif constant. Lors de la visite des contrôleurs, la majorité du personnel soignant semblait plutôt satisfait de ce nouveau rythme de travail, bénéficiant ainsi d'un nombre plus important de jours de repos.

<sup>2</sup> Un cadre est affecté la nuit.

<sup>3</sup> Sur l'ensemble des effectifs infirmiers du pôle, trois infirmiers ont le diplôme d'infirmier de secteur de psychiatrie, les autres sont infirmiers diplômés d'Etat. Les effectifs du PAAP ne sont pas comptabilisés dans ce tableau.

Les psychologues répartissent leur activité entre les unités d'hospitalisation et le CMP du secteur concerné. Ils assurent environ un jour et demi de présence hebdomadaire chacun dans les unités.

L'organisation actuelle garantit la présence de trois soignants par unité en journée (deux infirmiers et un aide-soignant) et deux soignants durant la nuit (un infirmier et un aide-soignant). Il n'existe pas de système de rotation entre l'équipe de jour et l'équipe de nuit et certains soignants exercent la nuit depuis une dizaine d'années. L'effectif de jour est apparu insuffisant pour répondre aux besoins notamment en matière d'accompagnement des patients à l'extérieur et d'organisation d'activités, l'hôpital vient de créer le pôle d'accompagnement et d'activité de psychiatrie (cf. § 5.2.3.1) avec un effectif de trois infirmiers et une éducatrice spécialisée, nouvellement recrutée, à temps plein.

Pour l'année 2014, les trois unités ont comptabilisé 1 817 jours d'absentéisme dont 1 356 jours étaient imputés au personnel infirmier. Il est à noter qu'un personnel infirmier a bénéficié de 214 jours de congés maladie dans le cadre d'un accident du travail. Au cours de cette même année, l'hôpital a créé un pool de remplacement rattaché au pôle de psychiatrie adulte. Ce pool, constitué de trois ETP d'infirmiers et d'un ETP d'aide-soignant, ne semble pas être suffisamment pourvu en personnel infirmier pour pallier l'absentéisme. En conséquence, l'hôpital fait également appel à du personnel vacataire. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'au cours de l'année 2014, les effectifs avaient été constamment maintenus au sein des unités.

Selon les propos recueillis, le taux de rotation parmi le personnel soignant est relativement bas notamment chez le personnel de nuit. La direction des ressources humaines souhaite mettre en œuvre un projet de parcours individualisé favorisant la mobilité au sein du pôle.

L'effectif des agents des services hospitaliers (ASH) comprend un pool de onze ASH dont trois travaillent en 12h, soit un par secteur, et deux en 7h30 pour les espaces communs, hall d'entrée et bureaux.

## 2.2 Les données financières

Le budget hospitalier de l'établissement pour 2015 est de l'ordre de 41,3 millions d'euros<sup>5</sup>. Pour l'essentiel, les recettes viennent de l'assurance maladie avec 30% environ des recettes liées à la tarification à l'activité, la dotation pour les activités de soins de suite et de réadaptation et une dotation annuelle de fonctionnement (DAF) pour la psychiatrie de près de 15 millions. Cette DAF fait l'objet d'un suivi particulier et n'est utilisée maintenant qu'au profit des activités psychiatriques.

Le déficit d'exploitation a été de 200 000 euros en 2014 mais 900 000 euros destinés à la construction du nouveau bâtiment pour développer les activités de psychiatrie ont été provisionnés ainsi que quelques crédits pour des actions de rénovation du bâtiment actuel.

## 2.3 L'activité

En 2014, la file active globale du centre hospitalier de Nemours était de 3 147 patients en psychiatrie générale dont 259 nouveaux patients; parmi eux, 464 patients ont été hospitalisés au moins une fois<sup>6</sup>.

Selon les sources d'information les données d'activité apparaissent différentes en raison sans doute de la prise en compte ou non des doublons ou des admissions secondaires à une hospitalisation dans un autre service, etc. Il serait utile, dans l'avenir, que ces données fassent l'objet d'une consolidation interne.

<sup>5</sup> L'établissement gère de plus, les budgets annexes pour l'USLD et deux EHPAD.

<sup>6</sup> Source : Rapport de l'activité intersectorielle de 2014.

Les deux tableaux suivants<sup>7</sup> complétés à partir des informations fournies par le bureau des entrées de l'hôpital, indiquent pour l'un, le nombre de patients hospitalisés en 2013 et 2014 pour chaque secteur et pour le second, le nombre de séjours et le nombre de journées par unité (le tableau pourrait comporter des doubles comptes).

Patients hospitalisés par secteur	Nombre de patients en 2014	Nombre de patients en 2013
Fontainebleau	187	232
Nemours	167	178
Montereau	208	169
<b>TOTAL</b>	<b>562</b>	<b>579</b>

Unités	Nombre de séjours par unité			Nombre de journées par unité		
	2013	2014		2013	2014	
Fontainebleau	274	234	-15%	7 140	6 746	- 5%
Nemours	229	234	+ 2%	6 995	6 706	- 4%
Montereau	223	266	+ 19%	6 833	6 450	- 5%
<b>TOTAL</b>	<b>726</b>	<b>734</b>	<b>+ 1%</b>	<b>20 968</b>	<b>19 902</b>	<b>- 4 %</b>

En 2013, la durée moyenne de séjour (DMS) était de 33 jours et de 31 jours en 2014 pour l'ensemble des unités. Il convient de préciser que la DMS s'est allongée depuis 2012 où sa durée était de 27 jours. Le taux d'occupation des lits était de 95% en 2013 et de 91% en 2014. Ces taux, comme celui supérieur à 100% dans l'unité de Nemours tant en 2012 qu'en 2013, témoignent d'une pression importante sur l'hospitalisation et d'une occupation fréquente des chambres de soins intensifs (CSI).

Ceci conduit à ne pas toujours pouvoir accueillir dans une de ces trois unités les patients dont l'état de santé nécessite une hospitalisation pour une prise en charge psychiatrique et ce malgré le rajout de lit complémentaire dans les chambres. Ces patients, si l'hospitalisation ne peut être reportée, seront alors hospitalisés dans le service de médecine avec l'intervention de l'équipe de psychiatrie de liaison ou transférés à la clinique Pays-de-Seine dans le cadre de la convention sus-citée.

Selon les propos recueillis, l'augmentation de la capacité de l'hospitalisation prévue d'ici 2017, devrait permettre de garantir une meilleure réponse aux besoins en la matière et de réduire l'utilisation des CSI.

Le 1<sup>er</sup> avril, cinquante-huit patients étaient hospitalisés dont 17 en soins sans consentement. Le tableau suivant<sup>8</sup> indique le nombre de patients hospitalisés par type de statut d'hospitalisation :

<sup>7</sup> Source : Rapport de l'activité intersectorielle année 2014.

<sup>8</sup> Données communiquées par le bureau des entrées

Statuts	Nombre de patients au 31 mars 2015
Soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT)	2
Soins psychiatriques à la demande d'un tiers - Urgence - (SPDTU)	6
Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE)	9
Hospitalisation libre (HL)	41
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>

Le tableau<sup>9</sup> indique le nombre de mesures pour les années 2012, 2013 et 2014 :

MESURES	2012	2013	2014	Mesures prises en 2013 et maintenues en 2014
Péril imminent	3	15	16	0
SPDT	138	150	136*	11
SPDRE	19	41	22	5
Soins psychiatriques aux personnes jugées pénalement irresponsables	2	6	N/C <sup>10</sup>	N/C
<b>Total des mesures en soins sans consentement</b>	<b>162</b>	<b>212</b>	<b>174</b>	<b>16</b>
Soins libres	415	550	412	0
<b>Total des mesures</b>	<b>577</b>	<b>762</b>	<b>586</b>	<b>16</b>

\*Il convient de préciser que parmi les 136 patients hospitalisés à la demande d'un tiers en 2014, 118 (86%) ont été admis en urgence, et que sur le département de Seine-et-Marne le pourcentage de SPDTU pour cette même année est de 76% (cf. § 3.7). On peut s'interroger sur ce pourcentage très élevé alors même que la mesure d'urgence, telle que conçue par le législateur, devrait rester exceptionnelle. Les données concernant le nombre de SPDTU pour les années précédentes (2012 et 2013) n'ont pas été communiquées.

Le nombre de mesures en soins sans consentement pour l'année 2014 représente 30 % de la totalité des hospitalisations. En 2013 et 2012 elles représentaient 28 % de la totalité des hospitalisations.

<sup>9</sup> Source : Rapports d'activité 2013 et 2014

<sup>10</sup> Données non communiquées

### 3- L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT ET L'EXERCICE DES DROITS

#### 3.1 L'arrivée des patients admis sans consentement

Les patients hospitalisés sans consentement au centre hospitalier de Nemours sont en premier lieu pris en charge aux urgences puis admis dans les unités d'hospitalisation de psychiatrie correspondant à leur secteur. Les patients en soins libres sont admis également via le service des urgences. Les seules admissions en psychiatrie qui ne passent pas par le service des urgences sont celles réalisées au titre d'une « mutation interne » au centre hospitalier.

Le patient arrive aux urgences en véhicule qui peut être une ambulance, un véhicule des pompiers, le SMUR le cas échéant, ou exceptionnellement un véhicule de police ou de gendarmerie.

Les patients arrivant manifestement dans le cadre d'une prise en charge psychiatrique sont placés dans le box n° 6, ou si ce box est déjà occupé, dans un autre box, et si les boxes sont tous occupés, ils sont installés sur une chaise dans la salle d'attente. Cette dernière solution est évitée car outre l'absence de confort, elle facilite les fugues.

Dès que possible, le patient est vu par un infirmier du service des urgences puis par un médecin urgentiste, dans le but de lever un éventuel doute sur l'existence d'une pathologie somatique. A l'issue de cet examen, l'infirmière de liaison, disponible entre 8h et 20h, est appelée, ainsi que le médecin psychiatre de garde ; la nuit, en l'absence d'infirmière de liaison, le médecin urgentiste fait directement appel au médecin psychiatre de garde.

L'infirmière de liaison appartient administrativement au pôle de psychiatrie. Elle assure la liaison ou la relation entre le pôle, les urgences, la famille du patient et le patient avant son admission dans l'unité d'hospitalisation. Elle mène un entretien avec le patient, dans le box des urgences, avant l'examen médical du médecin psychiatre qui prescrit, le cas échéant, le traitement requis et précise les modalités de l'hospitalisation. Le patient est dirigé vers l'unité d'hospitalisation de psychiatrie où il se rend soit sur un brancard soit à pied, accompagné par un brancardier et un infirmier. Un inventaire des effets du patient est réalisé aux urgences, en présence d'un personnel soignant, avant le départ vers l'unité d'hospitalisation de psychiatrie.

Tout patient qui présente un risque de fugue, ou qui est placé en chambre d'isolement, est systématiquement revêtu d'un pyjama.

#### 3.2 Les modalités d'admission

##### 3.2.1 Les formalités administratives

Trois procédures, selon les informations recueillies par les contrôleurs, ont fait l'objet d'un protocole diffusé par la cellule qualité du centre hospitalier :

- la « procédure d'accueil et de sortie administrative des patients en vue d'une hospitalisation » enregistrée sous l'appellation PRO ADM GAP 19, validée en juillet 2009 ;
- la « procédure de soins psychiatriques libres » enregistrée sous l'appellation PRO ADM PSY 40, validée en juillet 2011 ;
- la « procédure de prise en charge du patient en psychiatrie » enregistrée sous l'appellation PRO ADM PSY 41, validée en août 2011.

Les formalités internes au centre hospitalier d'admission des patients, admis dans l'unité d'hospitalisation de psychiatrie, sont accomplies dans un premier temps au service des urgences à l'exception des patients provenant d'autres unités d'hospitalisation du centre hospitalier. Elles sont effectuées dans un second temps par le secrétariat du pôle de psychiatrie qui retransmet au bureau des admissions les documents et informations recueillies au sein du service. En effet, à l'arrivée dans le secteur d'hospitalisation, « *le patient est accueilli et pris en charge par l'infirmière et l'aide-soignante responsables du secteur de soins<sup>11</sup>* » qui lui demandent un certain nombre de renseignements à caractère administratif, dont l'identité de la personne à prévenir et l'identité de la personne de confiance. Par la suite, si le patient n'a pas désigné de personne de confiance, il pourra en désigner une, à tout moment.

Les formalités externes pour l'admission des patients en soins sans consentement, sont conduites selon les modalités définies dans la note de service n° 69/2011 du 9 décembre 2011 du directeur du centre hospitalier de Nemours qui précise le rôle respectif des équipes de psychiatrie, du cadre de santé, du psychiatre et du service des admissions dans la transmission des informations à la préfecture et à la délégation territoriale de l'ARS. Le bureau des admissions compte onze personnes dont la cheffe. Le bureau est ouvert du lundi au vendredi – sans interruption – de 8h à 17h30 selon le livret d'accueil et selon les informations recueillies à l'accueil, mais de 8h30 à 17h selon le site internet de l'hôpital. Trois personnes se relaient pour assurer l'accueil et les admissions : l'une assure l'accueil du public au guichet, deux – en retrait – construisent les dossiers.

Pendant les week-ends, l'accueil est assuré par le service des urgences.

Le bureau des admissions tient à jour le dossier « *procédure pour administrateur de garde le week-end – hospitalisation sans consentement – de l'admission jusqu'à la période d'observation des 72 heures* » destiné aux administrateurs de garde pendant les week-ends, jours fériés et nuits, contenant des aides mémoire et des documents types pour la mise en œuvre des procédures d'hospitalisation pour soins psychiatriques sans consentement.

### 3.2.2 L'inventaire et la conservation des effets personnels

La fiche de procédure PRO-ADM-GAP-09 définit le placement en dépôt des objets personnels et des valeurs. La fiche de procédure PRO-ADM-GAP-11 en définit les modalités de restitution aux patients ou à leur famille.

Après avoir quitté le service des urgences, à l'arrivée dans le secteur d'hospitalisation un inventaire des effets personnels du patient est réalisé en présence du patient par deux soignants ; cet inventaire est glissé dans le dossier de soin. Le patient se voit proposer de déposer ses objets de valeur au coffre de l'hôpital et les effets qu'il ne peut ou ne veut pas conserver dans sa chambre au dépôt du centre hospitalier. Ces points sont mentionnés dans la procédure d'admission en psychiatrie PRO ADM PSY 41 citée *supra*.

Le patient est invité à déposer les objets, qui sans être de valeur, méritent de rester à sa disposition, tels que clés, briquet, agenda, téléphone portable, carnet de chèque, rasoir, carte bleue, bouteille en verre, etc. Ces objets sont conservés dans la salle de soins dans une armoire comportant des tiroirs nominatifs, au même titre que les paquets de cigarettes pour les patients qui le demandent. Cette possibilité de stockage est mentionnée dans la partie du règlement intérieur propre au service de psychiatrie, qui n'est pas affichée, mais n'apparaît pas dans la partie du règlement intérieur propre au service, qui – elle – est affichée.

<sup>11</sup> Termes utilisés dans la procédure PRO ADM PSY 41.

### 3.2.3 La notification de la décision d'admission et les voies de recours

Après avoir été accueilli dans l'un des trois secteurs d'hospitalisation, le lendemain après l'examen médical effectué dans les 24h suivant l'admission, le patient est reçu en entretien par le cadre de santé qui lui notifie le certificat médical et la décision d'admission en soins psychiatriques sans consentement ainsi que ses droits. Si l'examen médical est effectué un jour férié ou pendant un week-end, la notification est assurée par le cadre de santé le premier jour travaillé qui suit. Le cas échéant, cette notification est simultanée à celle du certificat de l'examen médical effectué dans les 72h suivant l'admission, de la décision du maintien en soins psychiatriques sans consentement ainsi que des droits afférents, ou de la décision de la levée de la mesure de soins sans consentement.

Le cadre de santé notifie la décision et communique l'avis du médecin psychiatre en faisant une lecture commune avec le patient ; il explique les droits du patient, ses garanties et voies de recours. Il propose une copie de ces documents au patient, s'il le souhaite, la notification comportant la liste des droits du patient, ses garanties et voies de recours.

Les notifications des décisions d'admission en soins psychiatriques sans consentement, soumises à la signature du patient, comportent dans l'ordre, les informations suivantes :

- la durée du maintien en soins psychiatriques sans consentement et la procédure utilisée (décision du représentant de l'Etat ou du maire ou du directeur) ;
- la liste des droits : communiquer avec les autorités (préfet, président du tribunal de grande instance, le procureur de la république, le maire de Nemours) ; saisir la CDSP ou la commission de relation avec les usagers ; saisir le CGLPL ; prendre le conseil d'un médecin ou d'un avocat ; émettre ou recevoir du courrier ; consulter le règlement intérieur ; exercer le droit de vote ; se livrer à des activités religieuses ou philosophiques ;
- la liste des garanties et voies de recours : contestation possible devant le juge des libertés et de la détention ; nécessité de la décision de ce juge dans un délai de douze jours ou de six mois, selon le cas ;
- la signature du directeur du centre hospitalier, avec mention de la date et du lieu ;
- la personne de la famille à prévenir, choisie par le patient ;
- la personne de confiance, choisie par le patient ;
- le cas échéant, les coordonnées de la tutelle ;
- les observations éventuelles du patient ;
- la signature du patient, avec mention de la date et du lieu ;
- en cas de refus de signature par le patient, les motifs en sont mentionnés et la notification est datée et signée par le cadre de santé ; en cas d'impossibilité de signature du patient, les motifs sont mentionnés sur le document ou sur un document particulier par un médecin - il est précisé que la notification est reportée à un moment où le patient sera réceptif.

Lorsqu'une décision de maintien en soins sans consentement avec la mise en place d'un programme de soins (SPDRE) ou « *des soins ambulatoires pouvant comporter des soins à domicile et le cas échéant des séjours effectués dans un établissement de santé habilité* » soins pour péril imminent (SPPI), une notification particulière est rédigée. Le texte est proche du document précédent ; les droits et garanties et voies de recours cités sont alors les suivants :

- la liste des droits : communiquer avec les autorités (préfet, président du tribunal de grande instance, le procureur de la république, le maire de Nemours) ; saisir la CDSP ou la commission de relation avec les usagers ; saisir le CGLPL ; prendre le conseil d'un médecin ou d'un avocat ; émettre ou recevoir du courrier ;
- la liste des garanties et voies de recours : contestation possible devant le juge des libertés et de la détention ; le programme de soins sous contrainte demeure valable tant qu'une autre forme de prise en charge ne lui est pas substituée par décision du directeur prise sur proposition médicale.

Lorsqu'une décision de levée de soins sans consentement, faisant suite à un SPDT ou à une SPDTU est prise à l'issue de la période d'observation de 24h, cette décision comporte la précision « *la forme de prise en charge retenue pour les soins psychiatriques est une hospitalisation complète en service libre* ». La notification soumise à la signature du patient prévoit également le refus et l'impossibilité de signer.

Les droits des personnes hospitalisées sans consentement sont notifiés par un cadre de santé du service de psychiatrie en même temps que les certificats de 24 heures et de 72 heures. Quand un cadre de santé n'est pas disponible, ces notifications interviennent avec un délai supérieur à 24 ou 72 heures. Ce délai apparaît important.

### 3.3 L'information des patients admis

#### 3.3.1 Le livret d'accueil et le règlement intérieur

##### 3.3.1.1 Le livret d'accueil

Le livret d'accueil, de format A5, est un livret cartonné à trois volets, contenant neuf fiches ou pages volantes :

Le livret cartonné à trois volets donne les informations suivantes :

- la page de garde ;
- la page 1 contient un paragraphe de bienvenue, la liste des services du centre hospitalier et quelques données chiffrées (nombre d'agents et de médecins, nombre de passages aux urgences dans l'année, etc.) ;
- la page 3 contient la charte de la personne hospitalisée ;
- la page 4 mentionne l'existence de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), en précisant ses coordonnées, et fait état du questionnaire sur la qualité présent dans le livret ;
- la page 5 comporte le plan général du centre hospitalier ;
- la page 6 présente le plan du centre-ville de Nemours avec la position du centre hospitalier ; elle mentionne le bus desservant la gare et le centre hospitalier et le parking.

Le livret contient en page 3 la « *charte de la personne hospitalisée* », mais ne comporte pas la « *charte de l'utilisateur en santé mentale* » diffusée par le service qualité sous la référence Enr-INF-ADM-GAE-11.

Les fiches ou pages volantes donnent les informations suivantes :

- la liste des examens et des consultations offerts ainsi que l'existence d'un centre d'évaluation et de traitement de la douleur ;
- la « *gestion de l'hôpital* » avec la description de ses principales instances telles que le directoire, le conseil de surveillance, la commission médicale d'établissement, le comité technique d'établissement, la commission de soins infirmiers de rééducation et médico-technique, le conseil de vie sociale, etc. ;
- « *vos arrivées / vos départs* » avec les horaires d'ouverture, les pièces nécessaires à la constitution des dossiers, les informations nécessaires pour payer les frais de prise en charge, pour se faire rembourser, pour bénéficier du transport en ambulance ou en véhicule sanitaire léger. Cette fiche donne des informations sur les hospitalisations à la demande d'un tiers (HDT) et les hospitalisations d'office (HO) et sur les procédures de recours possibles ;
- « *vos séjours* » avec notamment des indications sur les horaires de repas (petit-déjeuner à partir de 8h, déjeuner de 12h30, dîner de 18h30), sur les menus et les choix que les patients peuvent exprimer, sur les visites (entre 13h30 et 20h), sur les coordonnées des assistantes sociales, sur le dépôt des objets de valeur, sur les cultes, sur le linge, sur le téléphone (chaque lit est équipé d'un téléphone qui permet d'appeler et de recevoir des appels) et la télévision (qui reçoit la TNT), sur le courrier, sur le recours à un interprète, sur la cafétéria (des distributeurs de boisson sont disposés dans le hall d'accueil du centre hospitalier et en psychiatrie), sur la vidéosurveillance (la finalité est de prévenir l'atteinte aux biens), sur la sécurité incendie, sur l'accès au serveur internet. Il est précisé que « *une fiche plus spécifique au fonctionnement de votre service vous est remise conjointement avec ce livret d'accueil* » ;
- « *vos droits – vos devoirs* » avec notamment une information sur la désignation de la personne de confiance, sur les dépôts de plaintes et de réclamations, sur la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), sur les représentants des usagers, sur l'accès au dossier médical, sur la consultation du règlement intérieur – il est précisé que ce règlement est applicable aux personnels et aux patients –, sur l'interdiction de fumer dans l'hôpital, sur l'identification des patients – le port du bracelet délivré pour l'identitovigilance lors d'une hospitalisation n'est pas mentionné ;
- « *services, spécialités et principales activités* » avec notamment les adresses des services du pôle psychiatrie : les centres médico-psychologiques (CMP) de Fontainebleau, de Nemours et de Montereau, l'inter secteur de psychiatrie infanto-juvénile, les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)...
- « *centre hospitalier de Nemours, consultations externes* » avec les noms des médecins, leurs coordonnées et leurs heures de consultation pour le pôle médico-chirurgical et le pôle médico-technique ;
- « *les vigilances* » avec la description du principe – des réseaux de correspondants recueillant et transférant les déclarations des incidents et les alertes – avec notamment l'identitovigilance sans précision sur ses modalités de mise en œuvre et également un passage sur la qualité, l'accréditation et la certification

- « *le centre hospitalier de Nemours, qu'en pensez-vous ?* », questionnaire de satisfaction à remplir par les patients au moment de la sortie.

La fiche complémentaire au livret d'accueil, spécifique au pôle de psychiatrie, est affichée sur les murs des secteurs d'hospitalisation. Mise à jour en décembre 2014, elle donne les informations suivantes sur une feuille A4 en format livret :

- la page 1 « *une équipe vous entoure* » précise les noms et les responsabilités des médecins et cadres de santé de l'unité d'hospitalisation de psychiatrie (le pôle, les trois secteurs) ; le nom du médecin généraliste est laissé en blanc ;
- la page 2 « *votre confort* » donne des précisions sur les locaux, la gestion du linge et des objets personnels, ainsi que sur les horaires des repas (petit-déjeuner à 8h30, déjeuner à 12h, goûter à 16h et dîner à 19h) ;
- la page 3 « *pour vos proches* » apporte des précisions sur les heures auxquelles les familles sont invitées à téléphoner – après 13h -, sur les visites – les enfants de moins de quinze ans ne sont pas autorisés -, sur les permissions ou congés d'essai des patients, sur *les voies de recours* – qui sont explicitées par l'équipe soignante – et sur les numéros de téléphone du service et notamment ceux des cabines téléphoniques ;
- la page 4 « *votre sortie* » fait état de la possibilité de prise de rendez-vous avec le CMP et d'envoi d'un compte rendu d'hospitalisation dans les quarante-huit heures à un médecin au choix du patient.

Le livret d'accueil n'est pas à jour des dernières modifications législatives, notamment sur la suppression des hospitalisations à la demande d'un tiers (HDT) et des hospitalisations d'office (HO) et la création des soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT) et des soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE). La « *charte de l'utilisateur en santé mentale* » diffusée par le service qualité sous la référence Enr-INF-ADM-GAE-11 n'est pas non plus à jour.

Le livret d'accueil n'est pas remis de façon systématique aux patients ; il ne leur est remis que de façon exceptionnelle ; c'est également le cas pour le questionnaire de satisfaction. La fiche du livret d'accueil « *votre séjour* » porte la mention « chaque lit est équipé d'un téléphone qui permet d'appeler et de recevoir des appels » ce qui n'est pas le cas dans le pôle psychiatrie.

Dans sa réponse, le directeur indique qu'il est prévu de réactualiser le livret d'accueil au cours du dernier trimestre 2015.

### 3.3.1.2 Le règlement intérieur

Le règlement intérieur compte quatre-vingt-cinq pages dans les huit chapitres suivants :

- 1<sup>er</sup> : le fonctionnement général du centre hospitalier ;
- 2<sup>ème</sup> : les dispositions relatives aux hospitalisations et aux consultations externes ; notamment le § 1 de la section 3 prévoit la délivrance d'un livret d'accueil par patient lors de son arrivée dans l'unité de soins ; le § 16 le « *maintien en position arrêt des téléphones portables en raison des risques de perturbation des dispositifs médicaux fonctionnant avec des systèmes électroniques* » ; le § 14 fait état de l'interdiction de fumer dans tous les locaux de l'établissement ; le § 16 prévoit la remise d'un questionnaire de satisfaction avant toute sortie ;
- 3<sup>ème</sup> : les dispositions spécifiques aux hospitalisations en psychiatrie ; le § 3 de la section 4 intitulée « *droits des patients hospitalisés* » prévoit un « *règlement intérieur* »

*spécifique au pôle psychiatrie » ;*

- 4<sup>ème</sup> : la règle de circulation et de stationnement dans le cadre hospitalier – il s'agit des véhicules ;
- 5<sup>ème</sup> : les relations avec les autorités de justice et de police et dispositif de sécurité ;
- 6<sup>ème</sup> : le traitement automatisé des informations nominatives ;
- 7<sup>ème</sup> : les obligations des professionnels ;
- 8<sup>ème</sup> : les modalités d'adoption et d'évolution du règlement intérieur.

Le « *règlement intérieur à l'intention des patients du pôle psychiatrie* », prévu par le 3<sup>ème</sup> chapitre du règlement intérieur, a été également communiqué aux contrôleurs. Il est daté de 2006 et porte la mention « réajustement à prévoir en septembre 2007 ». Il précise notamment :

- que l'interdiction de fumer est levée dans le salon fumeur ;
- que pour des raisons de sécurité les portes du bâtiment et des unités peuvent être maintenues fermées en cas de force majeure ;
- que les portes du bâtiment sont fermées entre 20h et 8h.

Le règlement intérieur appelle les observations suivantes :

- il n'est ni daté ni signé ;
- il n'a pas pris en compte les évolutions législatives et réglementaires, notamment :
  - o le chapitre 1<sup>er</sup> décrit le conseil d'administration, mais n'évoque pas l'existence du conseil de surveillance ;
  - o le chapitre 2<sup>ème</sup> cite le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) mais n'évoque pas l'existence de l'ARS ;
  - o le chapitre 3<sup>ème</sup> n'a pas intégré les modifications apportées par les lois de 2011 et de 2013 : le terme de HO est employé, les termes de SPDT et de SPDRE ne le sont pas, la mission du juge des libertés et de la détention (JLD) n'est pas évoquée ;
- il n'évoque pas le sujet des relations sexuelles, ce sujet fait l'objet d'une réflexion au sein d'un groupe de travail mis en place au sein du pôle au début de l'année 2015 ;
- son existence est mal connue ou inconnue des patients ; la partie spécifique à la psychiatrie est également mal connue ou inconnue des patients (cf. *supra* § 3.2.1).

### 3.3.2 Les informations relatives à la loi du 5 juillet 2011 modifiée

Les informations relatives à la loi du 5 juillet 2011 modifiée, notamment le rôle du juge des libertés et de la détention, sont précisées par les cadres de santé des secteurs de psychiatrie quand ils rencontrent les patients hospitalisés sans leur consentement pour leur notifier les décisions médicales après les examens des 24h et de 72h.

Dans chaque secteur, sont affichés de façon visible, à proximité du fumoir, sur des feuilles de format A4 les modalités de voie et délais de recours :

- une feuille mentionne pour les personnes hospitalisées sans consentement à temps complet ou bénéficiant d'un programme de soins :
  - o « *si vous contestez le bienfondé de la décision, vous pouvez à quelque époque que ce soit vous pourvoir par simple requête devant le juge des libertés et de la détention auprès du tribunal de grande instance de Fontainebleau (159 rue Grande 77300 Fontainebleau)* » ;
  - o « *si vous contestez la légalité de la décision, vous pouvez former un recours devant le juge des libertés et de la détention auprès du tribunal de grande instance de Fontainebleau (159 rue Grande 77300 Fontainebleau)* » ;

- sept feuilles, extraites de la plaquette « *modalités de soins psychiatriques* » éditée par *Psycom* décrivent les modalités des soins psychiatriques sans consentement, des sorties et des recours. Le rôle du juge des libertés et de la détention, les délais dans lesquels les patients doivent lui être présentés sont précisés ; il est mentionné que « *l'assistance par un avocat est imposée à partir de septembre 2014* ».

La liste des avocats de l'ordre des avocats de Fontainebleau n'est pas affichée. Dans sa réponse le directeur précise que depuis la visite des contrôleurs, les coordonnées des avocats sont affichées.

### 3.3.3 Le recueil des observations des patients

Les patients peuvent adresser leurs réclamations par écrit au directeur, à la CRUQPC ou aux autres personnes prévues par la loi, comme cela apparaît sur l'extrait de la plaquette « *Psycom Modalités de soins psychiatriques* » placé dans le panneau d'affichage à côté du fumoir.

Le questionnaire de satisfaction, inséré dans le livret d'accueil, a pour but de recueillir les observations des patients, mais est rédigé à l'attention de toutes les personnes hospitalisées.

Il convient cependant de préciser que, lors de l'admission, il n'est pas prévu de dispositif permettant aux patients admis en soins sans consentement de contester cette mesure par écrit.

### 3.3.4 La période initiale de soins et d'observations

L'admission, ainsi que la période de soins et d'observation, est décrite dans le § 3.2 *supra*. Le présent paragraphe décrit le service des urgences en matière de psychiatrie.

Dans le service des urgences, le patient est placé dans le box n° 6 s'il n'est pas déjà occupé (cf. § 3.1. *supra*). Ce box est équipé d'un lit, d'un bureau avec un ordinateur destiné au personnel soignant, d'un bureau avec une chaise de chaque côté permettant de conduire un entretien, de deux chaises, d'une colonne mobile portant les appareils de mesure des paramètres vitaux et d'un semainier contenant différents imprimés spécifiques aux admissions en psychiatrie et un exemplaire du livret d'accueil. Une porte du box donne sur le couloir ; de l'autre côté une porte et une fenêtre donnent sur l'extérieur. L'ensemble est clair et lumineux ; il donne une impression de sérénité.

Selon les informations recueillies par les contrôleurs, la durée du maintien en observation du patient dans le box est au minimum d'une heure ; le temps de passage aux urgences varie d'une à quelques heures en fonction de la durée des entretiens.

L'utilisation de la contention est rare, selon les informations recueillies par les contrôleurs ; les contentions sont décidées le plus souvent par le médecin urgentiste, qui est le premier médecin à recevoir le patient ; selon les propos recueillis, elles concerneraient principalement les personnes alcoolisées et les personnes âgées démentes qui sont dirigées vers l'unité de court séjour de gériatrie.

Certains patients sont autorisés à fumer, quand ils apparaissent en situation de manque ; ils sont alors conduits dehors par un personnel soignant qui reste à proximité.

Quand un patient demande à téléphoner, un cadre ou un personnel soignant lui prête le téléphone du service des urgences.

Certains patients demandent à se doucher, notamment ceux qui sont sans domicile fixe et dont les vêtements sont souillés, ce qui leur est accordé ; en aucun cas, ils ne sont soumis à une douche forcée.

Un bracelet d'identification est remis au patient ; fréquemment, ce bracelet est enlevé par le patient dès sa sortie du box. La vérification de la mise en place de ce bracelet apparaît dans la procédure PRO ADM PSY 41 citée au § 3.2.1 supra. Cependant ni le règlement intérieur ni le livret d'accueil ne citent l'existence d'un tel outil d'identitovigilance. Dans sa réponse, le directeur indique qu'il est prévu de formaliser la procédure d'identitovigilance au cours du dernier trimestre 2015.

### 3.4 La levée des mesures des mesures de contrainte

#### 3.4.1 La levée des ASPDRE sur avis du psychiatre participant à la prise en charge

Selon les informations recueillies, la préfecture suit systématiquement l'avis du psychiatre participant à la prise en charge lorsqu'il préconise une mainlevée de la mesure de SPDRE ; l'examen du patient par un second psychiatre n'est jamais sollicité.

#### 3.4.2 Le contrôle du juge des libertés et de la détention

##### 3.4.2.1 L'organisation de l'audience

La saisine du juge des libertés et de la détention (JLD), transmise par mail crypté au greffe du juge, est accompagnée de l'avis motivé d'un psychiatre de l'établissement d'accueil se prononçant sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète et sur la capacité du patient à être entendu par le magistrat dans les locaux du centre hospitalier. Entre le 1<sup>er</sup> septembre 2014, date d'entrée en vigueur de la loi du 27 septembre 2013<sup>12</sup> modifiant la loi du 5 juillet 2011<sup>13</sup>, et le jour du contrôle, dix-huit patients avaient été déclarés non auditionnables sur les quatre-vingt-quinze convoqués par le JLD<sup>14</sup>.

La saisine est également accompagnée de l'éventuelle demande d'admission formulée par le tiers, des décisions du directeur et de tous les certificats médicaux établis depuis la décision d'admission, en général jusqu'à celui des 72h.

Le service des admissions<sup>15</sup> saisit directement le JLD pour toutes les mesures effectuées sur décision du directeur – admissions à la demande d'un tiers, demandes en urgence et procédures dites de péril imminent – dans un délai variant entre cinq et huit jours après la décision d'admission. La gestion administrative relative aux audiences du JLD des patients hospitalisés sur décision du représentant de l'Etat est effectuée par l'ARS, l'hôpital se contentant de transmettre – par fax et envoi des originaux par courrier – à cette dernière les pièces utiles.

Un formulaire type intitulé « saisine par le directeur d'établissement pour contrôle du juge des libertés et de la détention d'une mesure d'hospitalisation complète en soins psychiatriques » a été établi. Il vise l'article L. 3211-12-1 de la loi du 5 juillet 2011 telle que modifiée par celle du 27 septembre 2013.

<sup>12</sup> Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi no 2011-803 du 5 juillet 2011.

<sup>13</sup> Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

<sup>14</sup> Source : bureau des admissions et de la facturation.

<sup>15</sup> Un agent de ce service est affecté à mi-temps à la gestion administrative des hospitalisations sans consentement et à la tenue des livres de la loi.

Les convocations à l'audience sont transmises par courriel crypté par le greffe du JLD le jour même de l'envoi de la saisine ou au plus tard le lendemain matin ; elles sont notifiées par le cadre de santé au patient. Au cours de cette notification, le cadre de l'unité recueille auprès des patients, sur une lettre type, les informations relatives à l'avocat, choisi ou désigné d'office. Aucune information relative aux ressources des patients n'est collectée ; il a été précisé que puisque les patients n'avaient pas d'autre choix que d'être assisté par un avocat, l'aide juridictionnelle était automatiquement accordée dans le cadre de la commission d'office.

Cette lettre pré remplie propose également au patient d'exprimer le choix suivant en cochant la case correspondante :

- accepte d'être entendu(e) par le juge au tribunal de grande instance ;
- refuse d'être entendu(e) par le juge au tribunal de grande instance.

Au-delà de sa formulation, cette alternative offerte au patient est pour le moins surprenante dans la mesure où la loi prévoit que la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est entendue par le juge sauf si « *au vu d'un avis médical motivé, des motifs médicaux font obstacle, dans son intérêt, à son audition*<sup>16</sup> ». En 2014, trente-quatre des 148 patients convoqués (22,97 %) à l'audience du JLD ont été déclarés non auditionnables par le médecin psychiatre.

La lettre type est ensuite adressée par le service des admissions au greffe du JLD.

Les décisions sur le fond sont rendues le jour de l'audience et transmises à l'hôpital par courriel crypté entre 16h et 17h. Le bureau des admissions les édite et les transmet aux unités concernées ; les cadres procèdent à leur notification.

Quatre magistrats non spécialisés du tribunal de grande instance (TGI) de Fontainebleau assurent alternativement chaque semaine les fonctions de JLD : la présidente du tribunal et les trois vice-présidents.

Les audiences ont lieu au sein de l'hôpital depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2014 ; en cas d'appel, les patients sont conduits à la cour d'appel de Paris.

Le JLD tient généralement deux audiences par semaine au sein du centre hospitalier, les mardi et jeudi matins. Il peut arriver que seule l'organisation d'une audience unique dans la semaine soit nécessaire ; tel était le cas lors de la visite des contrôleurs qui n'ont de ce fait pas pu assister à une audience.

En 2014, les JLD ont rendu 147 ordonnances relatives à des patients en soins sans consentement du centre hospitalier.

Comme le prévoient les textes<sup>17</sup>, une convention relative à la salle d'audience a été signée le 28 août 2014 entre le TGI de Fontainebleau et l'ARS d'Ile-de-France « organisant les modalités de contrôle judiciaire des mesures de soins psychiatriques en application de l'article L. 3111-12-2 du code de la santé publique ».

<sup>16</sup> Article L. 3211-12-2 du code de la santé publique.

<sup>17</sup> Cf. article 6 de la loi du 5 juillet 2011 qui dispose notamment : « Le juge des libertés et de la détention statue dans une salle d'audience attribuée au ministère de la justice, spécialement aménagée sur l'emprise de l'établissement d'accueil ou, en cas de nécessité, sur l'emprise d'un autre établissement de santé situé dans le ressort du tribunal de grande instance, dans les circonstances et selon les modalités prévues par une convention conclue entre le tribunal de grande instance et l'agence régionale de santé. Cette salle doit permettre d'assurer la clarté, la sécurité et la sincérité des débats ainsi que l'accès du public. Lorsque ces conditions ne sont pas satisfaites, le juge, soit d'office, soit sur demande de l'une des parties, statue au siège du tribunal de grande instance ».

Les interlocuteurs rencontrés ont indiqué aux contrôleurs que l'emplacement de la salle d'audience dédiée au sein de l'établissement convenait à tout le monde. La présidente du TGI s'est félicitée d'avoir obtenu de l'établissement l'ensemble des aménagements sollicités, y compris en termes de décoration et estime que les conditions de travail des JLD y sont très bonnes ; « ce sont de magnifiques locaux à la hauteur de la ville de Fontainebleau et de son château ». Cependant, les magistrats déplorent un accroissement considérable de leur temps de travail consacré aux hospitalisations sans consentement en raison essentiellement des déplacements de l'ordre d'une heure et demie aller-retour.

Les patients sont convoqués toutes les demi-heures à partir de 9h45 – quinze minutes avant le début de l'audience – et peuvent s'entretenir avec leur avocat pendant que les autres comparaissent afin d'éviter les retards et permettre que les dossiers soient examinés les uns à la suite des autres, sans interruption. Il a été précisé que le JLD avait régulièrement un quart d'heure ou une demi-heure de retard et, qu'à son arrivée, il n'était pas rare que deux patients soient déjà présents dans la salle d'attente.

Les patients sont accompagnés par un infirmier depuis leur unité jusqu'à la salle d'audience ; un infirmier du pôle d'accompagnement et d'activités de psychiatrie est alors détaché dans l'unité afin de renforcer l'équipe ce qui pénalise l'organisation des activités.

Le magistrat et le greffier sont en robe à l'audience ; selon les témoignages fournis, cette solennité est source d'angoisse pour certains patients.

Le barreau de Fontainebleau a établi une liste de treize avocats commis d'office volontaires chargés des audiences relatives aux hospitalisations sans consentement ; cette charge a été intégrée par le barreau au service pénal. Les permanences s'effectuent par jour d'audience.

Le barreau n'a pas organisé de formation spécifique mais il a cependant été précisé aux contrôleurs que les avocats étaient compétents et que des conclusions de nullité étaient régulièrement déposées ; le barreau a par ailleurs participé avec les magistrats à une visite du bâtiment de psychiatrie organisée par la direction de l'hôpital.

Le parquet n'est jamais représenté à l'audience, il se contente de réquisitions écrites jointes aux dossiers.

Les relations entre l'hôpital – personnels administratifs et médecins – d'une part, et la juridiction, d'autre part, sont jugées de très bonne qualité ; des réunions sont organisées deux fois par an à l'initiative de la présidente du TGI afin notamment de partager les connaissances relatives aux soins sans consentement, de confronter les diverses interprétations des textes et d'approfondir les liens entre les différents partenaires.

### 3.4.2.2 Les locaux

Les audiences du juge des libertés et de la détention se tiennent au sein de l'hôpital, dans une salle réservée à cet effet située au deuxième étage du bâtiment de psychiatrie, au bout de l'aile où se situent notamment les bureaux des médecins psychiatres et des cadres de santé. Cette salle est fléchée depuis la sortie des ascenseurs.

La salle d'audience est signalée au moyen d'une plaque fixée sur la porte d'entrée. D'une surface de 30 m<sup>2</sup> environ, elle est lumineuse, éclairée notamment par deux grandes fenêtres. Deux des murs sont peints d'une couleur rose foncé, les autres sont blancs. La salle dispose de deux bureaux rectangulaires destinés au juge et au greffier et d'une table de forme trapézoïdale faisant face aux bureaux. Les douze chaises en plastique qui meublent cette pièce sont de

couleur verte ou orange et les deux fauteuils de bureaux recouverts de tissu vert pomme. Ces couleurs vives contribuent à rendre moins solennelle l'atmosphère de la salle d'audience.



*Salle d'audience*

La salle de délibérés ouvre sur la salle d'audience mais est également accessible par une porte située à gauche de la porte d'accès à la salle d'audience. D'une surface de 8 m<sup>2</sup> environ cette pièce aveugle est dotée d'un bureau, d'un fauteuil et de deux armoires. Elle est équipée d'un ordinateur, d'un téléphone, d'une imprimante et d'un fax.

Les avocats disposent d'un local réservé de 15 m<sup>2</sup> environ, équipé d'une table ronde et de trois chaises.

Un recoin de couloir équipé de cinq chaises fait office de salle d'attente visiteurs.

Le JLD accède à la salle d'audience par un escalier distinct de celui réservé au public et débouchant à proximité immédiate de cette pièce. Par ailleurs, la juridiction dispose de deux emplacements de parking réservés situés au pied de l'escalier menant à la salle d'audience.

### 3.4.2.3 Les mainlevées

Cinq mainlevées ont été prononcées par le JLD en 2014 et quatre entre le 1<sup>er</sup> janvier 2015 et le jour du contrôle. Selon les informations recueillies, ce faible nombre s'expliquerait par la disparition progressive des vices de procédure ; de fait, sur les neuf mainlevées ordonnées, seules deux l'ont été pour des motifs d'ordre procédural :

- dans un cas, une irrégularité entachait la procédure d'admission du patient ; la délégation de signature du directeur était absente du dossier et n'était pas affichée dans les locaux de l'hôpital ;
- dans le second, un patient hospitalisé sur décision du représentant de l'Etat en 2009 avait été maintenu en hospitalisation complète sans aucun renouvellement de la mesure par décision du préfet et, de fait, sans contrôle du JLD.

A trois reprises, la mainlevée a été prononcée parce que le choix du type de mesure d'admission sans consentement n'était pas le bon. Il est important de noter que ces décisions ont été prises par deux magistrats différents :

- ainsi, une mainlevée a été ordonnée, en l'absence de caractérisation de péril pour la santé du patient. En effet, « *l'admission en soins psychiatriques de Monsieur X s'est faite au vu d'un seul certificat médical établi le 19 mars 2015 ; que ce certificat médical indique que Monsieur X présente des troubles délirants liés à la consommation de stupéfiants ; qu'il ne ressort pas de ce certificat médical l'existence d'un risque grave*

*d'atteinte à l'intégrité physique du malade, laquelle ne peut se déduire du seul fait qu'il présente des troubles délirants ; qu'il en est de même pour l'urgence » ;*

- dans un autre cas le juge a estimé que *« pour autant, la situation de Madame X ne relève pas d'une prise en charge psychiatrique mais d'un accompagnement socio-éducatif lui permettant d'accéder à une certaine autonomie, à un statut social et donc familial valorisant et à un apaisement des relations avec son entourage » ;*
- dans le cadre d'une admission sur décision du représentant de l'Etat, *« il n'est d'aucune manière démontré en quoi le comportement de Madame X serait de nature à compromettre la sûreté des personnes ou porter atteinte, de façon grave, à l'ordre public (...). Qu'il ressort par ailleurs du certificat médical du docteur X en date du 4 mars 2015 qu'aucun traitement autre que les anxiolytiques n'est administré à Madame X et que la poursuite de son hospitalisation aurait pour finalité une évaluation de sa personnalité et une aide à ses démarches à entreprendre, lesquelles relèvent, le cas échéant, de la compétence des services sociaux ».*

Toutes les ordonnances prononcées ont un effet immédiat à défaut de mention particulière.

#### 3.4.2.4 Les programme de soins

Les contrôleurs ont été informés de difficultés relatives à des réintégrations en hospitalisation complète à la suite d'une modification substantielle de la forme de la prise en charge et de la transformation du programme de soins.

La réintégration imposée au patient en hospitalisation complète requiert une transformation de la mesure. Dans le cas où la réintégration concerne un patient faisant l'objet d'une mesure de soins sur décision du préfet, l'information de ce dernier est obligatoire, conformément aux dispositions de l'article R. 3211-1 VI du code la santé publique<sup>18</sup>.

En l'espèce, selon les informations fournies aux contrôleurs, un agent de l'ARS chargé des hospitalisations sans consentement s'opposerait de façon récurrente à ce type de réintégration, contraignant l'établissement à maintenir en programme de soins des patients en hospitalisation complète de fait.

Au moment du contrôle, un patient ayant bénéficié de plusieurs programmes de soins sous la forme de séjours chez sa mère toujours suivis d'une réintégration en hospitalisation complète aurait vu son programme de soins modifié le 16 mars 2015, selon les termes ci-après exposés, en raison de l'opposition de l'ARS à procéder à sa réintégration au retour de son dernier séjour chez sa mère :

*« Monsieur X se rendra chez sa mère (...) cette dernière viendra le chercher et le ramènera à l'hôpital. Elle veillera durant le séjour à ce que Monsieur X prenne son traitement correctement :*

<sup>18</sup> « IV.-Lorsque la décision de soins psychiatriques a été prise en application du chapitre III du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale, le directeur de l'établissement de santé transmet sans délai au préfet du département ou, à Paris, au préfet de police, une copie du programme de soins prévu à l'article L. 3211-2-1 et de l'avis motivé prévu au troisième alinéa de [l'article L. 3211-2-2](#). Il lui transmet les programmes suivants accompagnant les certificats médicaux mentionnés au premier alinéa de [l'article L. 3211-11](#) et au I de [l'article L. 3213-3](#).

Le représentant de l'Etat est informé de la modification du programme de soins lorsque celle-ci a pour effet de changer substantiellement la modalité de prise en charge du patient, afin de lui permettre, le cas échéant, de prendre un nouvel arrêté. S'il prend un nouvel arrêté suite à la modification du programme de soins, il recueille à nouveau l'avis du collège prévu au III de [l'article L. 3213-1](#) ».

- du 31 mai 2015 au 14 juin 2015
- du 16 août 2015 au 30 août 2015
- du 25 octobre 2015 au 8 novembre 2015
- du 20 décembre 2015 au 3 janvier 2016
- du 28 février 2016 au 13 mars 2016
- du 1<sup>er</sup> mai 2016 au 15 mai 2016 ».

En dehors de ces périodes, le patient est hospitalisé. Il est pour le moins étonnant de voir qualifiées de programme de soins des périodes d'hospitalisation complètes de fait aussi longues, échappant à tout contrôle du JLD. De surcroît, le patient a été placé en chambre d'isolement du 20 au 28 mars 2015 alors que, selon les termes de l'article L 3211-2-1 III, « aucune mesure de contrainte ne peut être mise en œuvre à l'égard d'un patient pris en charge sous une forme autre que l'hospitalisation complète ».

Cette qualification est par ailleurs contraire à la jurisprudence du JLD de Fontainebleau qui a prononcé, le 24 octobre 2014, la mainlevée d'une mesure de soins sans consentement aux motifs « *qu'il se déduit de plusieurs éléments que Mr X fait l'objet d'une mesure d'hospitalisation complète de fait depuis le 13 février 2014 ; que les décisions prises depuis cette date par le directeur du centre hospitalier qualifient de manière erronée la prise en charge de Monsieur X de soins ambulatoires avec possibilité d'hospitalisation partielle ; qu'une hospitalisation partielle qui perdure au-delà d'un délai de huit jours, qui est le délai de saisine du juge des libertés et de la détention en cas de modification de la prise en charge, doit être considérée comme une hospitalisation complète, avec toutes conséquences de droit* ».

### 3.5 La visite des autorités

Selon les informations fournies, la présidente du TGI visite les unités d'hospitalisation une à deux fois par an.

Les visites annuelles de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) sont annoncées plusieurs semaines à l'avance afin de permettre aux cadres de santé d'informer les patients et de recueillir les demandes de rendez-vous.

Les livres de la loi sont contrôlés annuellement par les autorités suivantes :

- la CDSP ; dernier visa en date du 26 mars 2015 (livre 48) ;
- la présidente du TGI, dernier visa en date du 20 mars 2014 (livre 45) ;
- le substitut du procureur, dernier visa en date du 10 décembre 2014 (livre 47).

Aucune de ces trois autorités n'a formulé d'observation particulière au sujet des livres de la loi.

### 3.6 Le contrôle de la commission départementale des soins psychiatriques

La CDSP de la Seine-et-Marne n'est composée que de quatre membres titulaires et non de six, comme le prévoit la loi<sup>19</sup>, faute de candidats pour les sièges de psychiatre (désigné par

<sup>19</sup> Cf. article L.3223-2 du code de la santé publique : deux psychiatres, l'un désigné par le procureur général près la cour d'appel, l'autre par le préfet ; un magistrat désigné par le premier président de la cour d'appel ; deux représentants d'associations agréées respectivement de personnes malades et de familles de personnes atteintes de troubles mentaux, désignés par le représentant de l'Etat dans le département ; un médecin généraliste désigné par le préfet.

le préfet) et de représentant des malades : un médecin psychiatre hospitalier (un second psychiatre est désigné comme suppléant), un médecin généraliste, un magistrat du TGI de Melun et un membre de l'union nationale des amis et familles de personnes malades et/ou handicapés psychiques (UNAFAM), président de la CDSP. Au moment de la visite cependant, la nomination d'un représentant d'association de personnes malades était imminente.

La délégation territoriale de l'agence régionale de santé (DTARS) met à disposition de la CDSP une secrétaire qui consacre 70% de son temps à la commission et se déplace lors des visites de cette dernière.

La CDSP ne dispose pas de bureau mais ses membres se réunissent entre eux quatre fois par an dans les locaux de la DTARS.

Par ailleurs, les six établissements relevant de sa compétence sont visités une fois par an. Ainsi, le centre hospitalier de Nemours a-t-il été visité le 25 mars 2015, le 7 mars 2014 et le 29 mars 2013.

Les visites qui durent environ cinq heures débutent en principe à 9h30 par une réunion entre les membres de la CDSP présents, un ou plusieurs membres de la direction de l'hôpital, des médecins, le cadre de pôle et des cadres de santé. Au cours de cette réunion sont abordées différentes questions relatives au personnel (départs et recrutements envisagés), à l'état des locaux, aux travaux effectués ou demandés, aux activités développées, aux difficultés particulières liées notamment à l'application de la loi, etc.

Cette réunion est suivie d'une visite des unités où une attention plus particulière est accordée aux chambres d'isolement.

Les membres de la CDSP rencontrent ensuite, dans la salle d'audience, les patients qui ont demandé à être reçus par la commission. En 2014, sept patients avaient sollicité un entretien et en 2013, onze.

La visite s'achève par l'examen des livres de la loi dont la CDSP estime qu'ils sont « très lisibles et bien tenus ».

Il a été précisé que la commission ne reçoit que très peu de plaintes de patients et de familles ; les courriers (dix-neuf en 2014 pour l'ensemble des six établissements) font généralement état d'interrogations des patients sur le bien-fondé de leur hospitalisation.

Selon les informations recueillies, les membres de la CDSP sont bien accueillis à l'établissement et les relations entre les membres de la CDSP, la direction de l'hôpital, les médecins et les cadres infirmiers sont qualifiées de très bonnes.

### 3.7 La traçabilité du respect de la procédure dans le registre de la loi

Le service des admissions tient un seul registre regroupant les admissions en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat et celles effectuées sur décision du directeur (admissions à la demande d'un tiers, demandes en urgence et procédures dites de péril imminent).

Un folio est dédié à chaque patient ; si la mesure se prolonge et que les quatre pages du folio sont remplies, un folio complémentaire est ouvert et une référence au numéro du folio précédent est inscrite en haut de la première page du nouveau folio.

Un répertoire alphabétique des patients est tenu parallèlement ; il précise les nom, prénom, numéro(s) de livre et numéro(s) de folio correspondant à chaque admission.

Les contrôleurs ont examiné plus précisément le registre en cours, sur lequel il est indiqué au marqueur noir « livre 48 », ouvert le 12 février 2015. Le 2 avril 2015, jour de la visite, ce registre était renseigné des folios 1 à 34 inclus, la dernière admission enregistrée datant du 26 mars 2015.

*In fine*, l'index est renseigné et précise le type de mesure d'admission en soins psychiatriques sans consentement:

- 10 SPDRE ;
- 22 SPDTU ;
- 2 selon la procédure dite du péril imminent.

Ces chiffres reflètent les constats effectués par la CDSP sur l'ensemble du département et repris dans son rapport d'activité 2014 : « *au total, les mesures de SDDE « en urgence », qui ont été conçues par le législateur comme devant être exceptionnelles, représentent près des deux tiers (63%) du total des admissions en soins psychiatriques sans consentement et plus des trois quarts des soins sur décision du directeur (641/842=76%). Cette situation pose question. Comment expliquer que la procédure « classique », fondée sur un certificat médical établi le plus souvent au domicile de la personne malade et un certificat établi à l'arrivée à l'hôpital, soit désormais si rarement mise en œuvre ?* ». En 2014, 77,63%<sup>20</sup> des admissions en soins sans consentement prises par le directeur du centre hospitalier de Nemours l'ont été suivant la procédure d'urgence. Dans sa réponse, le directeur formule l'observation suivante : « le recours accru à la procédure d'urgence constaté par les contrôleurs ainsi que par la CDSP s'explique en grande partie par la pénurie de médecins généralistes constatée sur le territoire. Ces derniers sont en effet le plus souvent rédacteur du premier certificat ».

Des copies, en formats réduits, des certificats médicaux, notifications, ordonnances, et arrêtés sont collées par ordre chronologique sur les pages du folio. La présentation en est claire et lisible.

Sur la première page de chaque folio, côté gauche, l'identité et les coordonnées du patient sont bien précisées, mais sa profession n'est pas systématiquement renseignée. La case relative à l'intervention du juge des libertés et de la détention n'est jamais renseignée. Dans trois cas, les contrôleurs ont constaté que le mode d'admission en soins psychiatriques n'était pas précisé (folios 16, 18 et 23) ; au folio 18, la date de l'admission du patient n'est pas renseignée.

### 3.8 Les sorties

Les autorisations de sorties accompagnées de moins de douze heures et de sorties non accompagnées d'une durée maximale de quarante-huit heures, accordées par le directeur de l'établissement, ne sont pas consignées sur un document spécifique mais validées par la signature et le cachet de ce dernier, apposés sur le certificat médical sollicitant la sortie.

Lorsque le patient a été admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat, l'établissement transmet à l'ARS le certificat médical de sortie de moins de douze heures ou de moins de quarante-huit heures ; sauf opposition écrite du préfet, la sortie peut avoir lieu.

<sup>20</sup> Chiffres fournis par l'hôpital.

Le certificat médical précise le nom, prénom, date et lieu de naissance et adresse du patient, les éventuelles mesures de protection, la date d'entrée dans l'établissement ainsi que la nature de la mesure d'amission. Les certificats relatent le contexte de l'admission et développent les motifs de la demande de sortie.

Il a été précisé aux contrôleurs qu'en trois ans, aucune demande de sortie n'avait été refusée par le représentant de l'Etat ou par le directeur. Il a également été précisé que les autorisations de sortie étaient progressives, une sortie de moins de quarante-huit heures étant toujours précédée d'une ou plusieurs sorties de moins de douze heures.

## 4- LES DROITS DES PATIENTS HOSPITALISES

### 4.1 La protection juridique des majeurs

Il n'existe pas de service de protection juridique des majeurs au sein de l'établissement. La majorité des patients relevant d'une mesure de protection sont souvent sous curatelle ou sous tutelle avant d'être hospitalisés. Selon les propos recueillis, il est très rare qu'un signalement au procureur soit effectué en urgence dans le cadre d'une demande de mesure de protection. Lorsque le cas se présente, l'assistante sociale accompagne le patient dans la procédure, notamment dans le choix du curateur lorsqu'il s'agit d'un placement sous curatelle. Selon les témoignages, le juge des tutelles ne se rend jamais à l'hôpital ; il appartient au personnel soignant, plus rarement à l'assistance sociale, d'accompagner le patient au tribunal.

Le médecin psychiatre peut également requérir une sauvegarde de justice qui permet au patient d'être représenté pour certains actes (renouvellement d'un bail par exemple) tout en conservant l'exercice de ses droits. Le médecin remplit un formulaire de déclaration aux fins de sauvegarde de justice, signé par le directeur de l'établissement. L'assistante sociale de l'unité d'hospitalisation saisit le procureur de la République près du tribunal de grande instance de Fontainebleau. Le médecin informe le patient de la mesure qui est d'une durée d'un an. Au moment de la visite, treize patients étaient sous curatelle renforcée et douze autres sous tutelle.

### 4.2 La gestion de l'argent des patients

Lors de l'admission d'un patient en unité d'hospitalisation, un inventaire contradictoire des valeurs (bijoux, numéraires, chèques, cartes bancaires, livret d'épargne, clefs) est réalisé par deux personnels soignants en présence du patient, lorsque son état de santé psychique le permet. Dans le cas contraire, l'inventaire est réalisé par les deux personnels soignants uniquement. Les effets sont déposés dans une enveloppe dédiée à cet usage qui est émargée par le patient et le personnel soignant ou par deux soignants. L'ensemble est consigné sur l'enveloppe mais également sur une fiche d'inventaire dont un exemplaire est remis au patient, l'original étant conservé dans son dossier. L'enveloppe est déposée au service des admissions par le personnel soignant<sup>21</sup>. Un reçu de dépôt est conservé dans le dossier patient. Durant les week-ends et en dehors des heures d'ouverture du service des admissions, le personnel affecté au standard place l'enveloppe dans un coffre prévu à cet effet et dont l'accès est réservé au régisseur.

<sup>21</sup> Les patients sont autorisés à conserver des sommes inférieures à un montant de vingt euros.

Dès lors que la somme d'argent déposée est supérieure à un certain montant<sup>22</sup>, cette somme est virée sur le compte bancaire du patient. Si ce dernier n'en possède pas, cette somme est déposée au Trésor Public, à charge pour le patient de se déplacer pour retirer cet argent.

Les patients hospitalisés ont la possibilité d'effectuer des retraits d'argent au bureau des admissions du lundi au vendredi de 8h30 à 17h. S'agissant des patients placés sous mesure de protection, le personnel soignant se met en relation avec les mandataires judiciaires afin de connaître le montant des sommes que les patients sont autorisés à retirer ; cette information est alors transmise au personnel du bureau des admissions. Les personnes hospitalisées sans leur consentement et n'étant pas autorisées à sortir sont accompagnées par le personnel soignant.

#### 4.3 La confidentialité des hospitalisations

Lors de l'admission d'un patient, un formulaire d'identification de la personne soignée en intra-hospitalier est systématiquement renseigné. Cet imprimé contient la rubrique suivante « accepte que sa présence soit divulguée » que le patient doit cocher par oui ou par non. Il est également précisé sur le site internet de l'établissement, que le patient peut faire la demande au cadre de service que sa présence dans l'établissement ne soit pas divulguée. Le cadre informe alors oralement le personnel du standard qui retranscrit l'information sur la liste des patients réactualisée chaque jour. Parfois, le nom du patient est directement retiré de la liste afin d'éviter tout risque d'erreur. Lorsque le personnel du standard reçoit un appel à l'intention du patient, il indique à l'interlocuteur que la personne n'est pas hospitalisée dans l'établissement. Le jour du contrôle, aucun patient n'avait formulé cette demande spécifique.

Les patients ont également la possibilité de formuler une demande d'enregistrement sous X. Ils doivent remplir un formulaire que le cadre de santé remet au bureau des entrées. Il a été indiqué aux contrôleurs que cela se produisait très rarement.

#### 4.4 L'accès au dossier médical

Le dossier médical n'est pas informatisé et il est géré de façon centralisée sur l'établissement.

Les informations explicitant les règles d'accessibilité au dossier médical sont disponibles sur le site internet de l'hôpital et dans le livret d'accueil remis à chaque patient. Elles sont également mises à la disposition des patients au secrétariat médical de chaque unité d'hospitalisation et au bureau des entrées.

Lorsque le patient fait la demande d'accès à son dossier au cours de son hospitalisation, la secrétaire médicale de l'unité lui remet un formulaire à remplir. Il a été indiqué que le patient consultait systématiquement son dossier en présence du médecin.

Lorsque la demande d'accès au dossier médical a lieu après l'hospitalisation, elle peut s'effectuer par une lettre manuscrite du demandeur ou par le biais de l'imprimé à remplir qui est disponible sur internet. La demande doit être accompagnée d'une copie d'un justificatif d'identité. La secrétaire médicale du bureau des entrées adresse au patient un courrier de confirmation précisant les frais de copie et de communication. Si le demandeur n'est pas le patient, il doit fournir les documents attestant sa qualité ; les ayants droits d'une personne décédée ont l'obligation de préciser le motif de la demande.

<sup>22</sup> Les contrôleurs n'ont pas pu obtenir le montant maximum autorisé.

Au cours de l'année 2014, vingt-trois demandes de dossiers de patients hospitalisés en psychiatrie ont été formulées :

- dix-neuf demandes concernaient des dossiers de moins de cinq ans ;
- quatre demandes concernaient des dossiers de plus de cinq ans.

Parmi ces vingt-trois demandes, vingt ont été formulées par les patients concernés, deux par les ayants droit des patients décédés et une demande par le mandataire judiciaire d'une patiente.

Deux demandes ont été classées sans suite : des pièces complémentaires avaient été requises pour la conformité du dossier et elles n'ont jamais été transmises. Un dossier n'a pas été remis au patient, ce dernier n'ayant pas donné suite au courrier de mise à disposition du dossier.

Les délais moyens de réponse aux demandes de dossiers médicaux sont les suivants :

- huit jours pour les dossiers de moins de cinq ans ;
- trente et un jours pour les dossiers de plus de cinq ans.

Il convient de noter que la Commission d'accès aux documents administratifs (CADA) a été saisie une seule fois par un mandataire judiciaire auquel l'hôpital avait refusé de transmettre le dossier médical. Selon les propos recueillis, le tuteur avait été mandaté par la sœur du patient. La CADA a statué en faveur du mandataire précisant que l'hôpital n'était pas en droit de refuser l'accès au dossier.

#### 4.5 L'accès à l'exercice du culte

Il n'existe pas de salle polyculturelle au sein de l'établissement. L'hôpital dispose d'une petite chapelle, faisant office également d'aumônerie, située au rez-de-chaussée du bâtiment de gériatrie. Cette salle, d'une surface de 30 m<sup>2</sup>, est meublée d'un bureau et d'une trentaine de chaises disposées le long du mur. La chapelle dispose également d'un autel. Des images pieuses ornent les murs.

Une aumônière catholique, présente depuis neuf ans et salariée de l'hôpital à un quart de temps, ainsi qu'une bénévole intervenant également depuis huit ans, assurent une permanence tous les lundis matins. Les offices se déroulent également les lundis à raison d'une fois par mois. En dehors de la permanence, elles assurent une présence quasi quotidienne auprès de certains patients et de leur famille.

S'agissant des unités d'hospitalisation du pôle de psychiatrie, elles ont indiqué aux contrôleurs que l'information auprès des patients concernant l'aumônerie était bien relayée par le personnel soignant et par certains médecins. Les bénévoles peuvent circuler librement dans les unités ; elles se rendent directement dans les chambres et sont parfois autorisées à visiter les patients placés en chambre d'isolement.

Concernant l'accès aux autres cultes, aucune information n'est disponible dans le livret d'accueil ou sur le site internet de l'hôpital. Les patients doivent se renseigner auprès des bénévoles qui disposent d'une liste contenant les coordonnées des principaux intervenants des autres cultes. Cependant, les contrôleurs ont constaté qu'il n'existait pas de référent à contacter concernant le culte musulman hormis le recteur de la mosquée de Paris. Les bénévoles ont indiqué recevoir ponctuellement des patients de confession musulmane.

#### 4.6 Le droit de vote

Les patients souhaitant voter par procuration sont invités à se renseigner auprès du cadre de l'unité qui leur remet un document explicitant les conditions pour accomplir son devoir civique.

Selon les propos recueillis, une information orale est également communiquée aux patients quelques semaines avant les élections. En principe, l'information est transmise individuellement afin d'éviter les requêtes de patients n'étant pas en capacité de voter.

S'agissant des votes par procuration, le patient ou le personnel infirmier prennent contact avec le mandataire désigné et les gendarmes se déplacent dans l'établissement afin d'établir les procurations.

Concernant les patients sous SPDT, dont l'état psychique est compatible avec une sortie à l'extérieur, le médecin psychiatrie établit une autorisation de sortie de courte durée.

Selon les propos recueillis dans une des unités, aucun patient n'a émis le souhait de pouvoir voter par procuration lors des élections départementales de 2015.

## 4.7 La communication avec l'extérieur

### 4.7.1 Les visites

En principe, les patients sont autorisés à recevoir de la visite sauf contre-indication médicale. Par ailleurs, dès lors qu'un membre de la famille est perçu comme pouvant être « pathogène » pour le patient, la visite de cette personne sera proscrite par le médecin psychiatre avec ou sans l'accord du patient. Chaque interdiction de visite est renseignée par le médecin dans le dossier patient. Il a été indiqué que cela se produisait rarement. Le jour du contrôle, la majorité des patients étaient autorisée à recevoir des visites hormis ceux placés en chambre d'isolement.

Les horaires de visite (13h-20h) et l'âge minimum autorisé pour les mineurs (13 ans) sont affichés à l'entrée du bâtiment de psychiatrie adulte. Dans la pratique, seuls les mineurs âgés de 15 ans et plus sont autorisés à venir rendre visite à leur parent. Il a été indiqué que « le panneau d'information n'était plus à jour depuis longtemps ».

Les unités ne disposent pas de lieu spécifique pour accueillir les visiteurs. Les visites se déroulent donc dans les chambres ou dans les halls des différents bâtiments qui sont dotés de sièges et d'un distributeur de boissons.

### 4.7.2 Le téléphone

Lors de son admission en unité d'hospitalisation, le patient se voit retirer son téléphone quel que soit son état de santé psychique et son statut d'hospitalisation.

Seuls les patients autorisés à sortir en dehors de l'établissement peuvent demander à récupérer leur téléphone durant leur temps de sortie à l'extérieur. En revanche, concernant les patients autorisés à circuler uniquement dans l'enceinte de l'établissement, il ne leur est pas permis de faire usage de leur téléphone. Interrogés sur ce point, la direction et les médecins ont évoqué le risque de photos ou de vidéos enregistrées à l'insu des patients. Selon leur témoignage, une vidéo d'une patiente, montrant le personnel soignant de psychiatrie, avait circulé sur « you tube » tout récemment.

Deux points-phone, situés sur chaque palier donnant accès aux unités d'hospitalisation, sont mis à la disposition des patients. Ils ne permettent pas d'assurer la confidentialité des conversations du fait qu'ils ne possèdent pas d'isoloir. Le combiné est accessible aux personnes à mobilité réduite et une notice explicative rédigée en français est affichée au-dessus du combiné. Un siège est également mis à la disposition des patients. Il a été précisé que les patients pouvaient également recevoir des appels « au point phone ».

Les appels doivent être effectués au moyen d'une carte téléphonique pré-payée, disponible dans les bureaux de tabac. Pour les patients sous tutelle et pour ceux n'étant pas autorisés à sortir de l'établissement, une commande est effectuée au bureau de tabac le plus proche. Le personnel soignant se charge de récupérer les commandes.

Les patients sont autorisés à se rendre au point phone durant les heures d'ouverture des unités (8h-21h).

Il convient de préciser que pour certains patients, le médecin prescrit pour motifs thérapeutiques une interdiction de recevoir ou de transmettre des appels. La prescription est rédigée dans le dossier patient.

#### 4.7.3 Le courrier

Des boîtes aux lettres destinées à chaque service de l'hôpital sont situées à proximité du réfectoire réservé au personnel de l'établissement. Les secteurs de psychiatrie adulte disposent d'une boîte aux lettres pour l'ensemble des unités d'hospitalisation. Chaque jour, l'une des secrétaires médicales récupère le courrier qui est transmis au personnel soignant de chaque unité. Le courrier est remis en mains propres au patient ; selon les propos recueillis, le personnel n'ouvre jamais le courrier.

Les patients, souhaitant faire parvenir une missive, sont invités à la déposer dans un casier situé dans le bureau du personnel soignant de l'unité. L'enveloppe et le papier à lettres leur sont fournis gratuitement. Cependant, il appartient aux patients, aux familles ou aux tuteurs de se procurer les timbres. Le personnel soignant se charge éventuellement de l'achat des timbres lorsqu'il se rend au bureau de tabac.

#### 4.7.4 L'informatique et l'accès à internet

L'usage d'ordinateurs et de tablettes « peut être éventuellement autorisé » or, l'établissement n'est pas encore doté de wifi. Selon les propos recueillis par les contrôleurs, l'accès au wifi est en cours d'installation au sein de l'hôpital.

Les patients inscrits en ergothérapie sont autorisés à utiliser l'ordinateur sur place, sous la supervision de l'ergothérapeute.

### 4.8. La place laissée aux représentants des familles et des usagers

La ligue contre le cancer et l'Union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM) sont les deux associations d'usagers présentes au sein des instances de l'établissement, conseil de surveillance et CRUQPC (Commission des relations avec les usagers et de la qualité des prises en charge), chacune disposant de deux titulaires et deux suppléants qui ont pu bénéficier de formations spécifiques pour leur permettre de mieux assumer leur fonction. Le livret d'accueil invite les usagers à prendre contact avec la direction pour être mis en relation avec les représentants d'usagers de l'établissement.

L'UNAFAM est la seule association de famille représentée. Selon le président de la section locale, l'UNAFAM n'a pas sollicité la mise à disposition d'un local au sein de l'établissement car elle

n'aurait pas la possibilité d'assurer des permanences, l'association ne comprenant que deux membres actifs sur le secteur. Il n'y a pas de passage régulier de l'association à l'hôpital, ni information systématique des familles de patients de son existence mais le personnel médical a indiqué aux contrôleurs adresser les familles à l'UNAFAM en cas de besoin. Les familles de patients peuvent également contacter la permanence téléphonique départementale de l'UNAFAM 77 et solliciter des entretiens avec la délégation locale.

Les relations de l'UNAFAM avec la direction de l'hôpital de Nemours sont décrites comme constructives et cette dernière perçue comme favorable à la participation des associations de familles aux différentes instances, commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) et commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC).

Dès lors, l'UNAFAM a été à l'initiative de sujets débattus en CRUQPC, tels que l'absence des sanitaires dans les chambres d'isolement ce qui a conduit depuis à l'équipement de toutes les chambres d'isolement. L'UNAFAM a également initié des échanges sur le port du pyjama, sujet de préoccupation qui reste discuté.

#### **4.9. Les incidents et leur traitement**

Le livret d'accueil et d'information du centre hospitalier de Nemours contient un feuillet intitulé « Vos droits – Vos devoirs » qui renvoie explicitement à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Ce feuillet comporte certaines informations communes à l'ensemble de l'hôpital, relatives d'une part aux plaintes et réclamations et d'autre part à la CRUQPC.

##### **4.9.1. Le traitement des plaintes et réclamations**

En cas de difficultés rencontrées au cours d'une hospitalisation, trois possibilités sont offertes aux patients et à leur famille : en faire part oralement à un responsable du pôle ou du service dans lequel ils sont hospitalisés ou contacter un numéro en interne pour joindre la personne en charge des relations avec les usagers ; saisir par courrier le directeur de l'hôpital qui en accuse réception et s'engage à apporter une réponse dans les meilleurs délais ; enfin, est mentionnée la possibilité de saisir le médiateur qui organise à bref délai une rencontre, avant ou après la sortie du patient, et rédige un rapport examiné par la CRUQPC dont l'avis définitif est transmis à l'utilisateur par courrier, par le président de la CRUQPC.

En 2014, quarante-cinq réclamations (cinquante en 2013) portant sur l'ensemble des services de l'hôpital ont été réceptionnées par la direction de la clientèle et, au 31 décembre 2014, quatre réclamations étaient en cours de traitement. Les réclamations sont le plus souvent formulées par écrit (en 2014, vingt-huit par courrier, courriel, télécopie et dix-sept réclamations orales sous forme d'entretien), de même que la majorité d'entre elles fait l'objet d'une réponse écrite (vingt-neuf réponses écrites sur quarante-cinq en 2014) le reste faisant l'objet d'une réponse orale. Le délai moyen de réponse est de huit jours (minimum : un jour ; maximum : quarante jours). La médiation est proposée dans le courrier de réponse écrite selon le degré de gravité et le motif de la réclamation : en 2014, trois médiations ont été organisées pour l'ensemble des services de l'hôpital et une proposition de médiation était en cours au moment du contrôle.

En 2014, six réclamations sur quarante-cinq (soit 13%) concernaient le pôle santé mentale (neuf sur cinquante en 2013, soit 18%). La répartition des réclamations concernant le pôle santé mentale se présentait comme suit :

- quatre relatives au secteur Nemours : deux concernent la surveillance et le nursing (dont une fugue), une porte sur la contestation du diagnostic médical et une concerne la contestation de l'hospitalisation sous contrainte ;
- une au secteur Fontainebleau, porte sur un problème de relation avec le médecin ;
- et une au secteur Montereau, relative à un problème de surveillance et de nursing.

Une difficulté récente est apparue avec la mise sur internet d'un témoignage avec des propos accusateurs sur la prise en charge en psychiatrie, sans information sur l'identité du patient ou de son proche : les modalités et le contenu de la réponse via le site concerné étaient en cours d'analyse. De même, l'hôpital était en train de formaliser les suites qu'il entendait réserver à la publication récente sur internet, par un patient, de photos de patients hospitalisés.

Les plaintes et réclamations émanant des patients des services psychiatriques et de leurs familles sont rares. Les pistes d'explication évoquées lors de la visite sont, d'abord, « le caractère écrit de la procédure via un questionnaire à renseigner qui serait un frein important pour les patients et leurs familles », ce qui interroge sur la qualité de l'information transmise aux patients et à leur famille sur la possibilité qui leur est offerte de formuler des réclamations orales ; ensuite, la crainte que le patient ne soit « mal vu » s'il devait être de nouveau hospitalisé dans les unités psychiatriques, situation « d'aller-retour » relativement fréquente à l'hôpital de Nemours.

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

Les coordonnées téléphoniques de la CRUQPC sont indiquées dans le livret d'accueil et d'information remis à chaque patient. Elle examine activement toutes les plaintes et les suites qui leur sont réservées.

En 2014, la CRUQPC s'est réunie trois fois (6 juin, 26 novembre et 19 décembre). Les deux associations y sont actives et porteuses de propositions.

Parmi les trente-cinq courriers d'éloge reçus pour l'ensemble des services de l'hôpital de Nemours en 2014 (trente-deux en 2013) aucun ne concernait le pôle santé mentale, ni en 2013 ni en 2014.

Le nombre de retour de questionnaires de satisfaction des patients du pôle psychiatrie est faible et en diminution sur les trois dernières années.

	2012	2013	2014
<b>Secteur Nemours</b>	48	78	69
<b>Secteur Montereau</b>	32	15	7
<b>Secteur Fontainebleau</b>	75	39	18
<b>Total Psychiatrie</b>	<b>155</b>	<b>132</b>	<b>94</b>

Le programme d'action de la CRUQPC pour 2015 mentionne trois axes de travail :

- consolider la participation active des usagers à la prise de décision ;
- développer la formation des personnels en matière de droits du patient ;
- organiser une rencontre entre la CRUQPC et des praticiens afin d'aborder la problématique des plaintes résultant d'une contestation du diagnostic médical.

L'établissement s'est engagé à organiser en 2015 au moins quatre réunions de la CRUQPC.

#### 4.9.3. Les violences et les événements indésirables

Les événements indésirables font l'objet d'un recensement actif : les professionnels remplissent, le cas échéant, une feuille d'événement indésirable enregistré par le service qualité et gestion des risques. Un tableau retrace la date, la nature, l'émetteur (service, fonction), les faits, le dommage éventuel, l'action immédiate entreprise et la réponse apportée pour chaque événement indésirable. Tous les quinze jours est organisée une réunion de l'ensemble des cadres aux fins de repérer la criticité des situations et de prévoir les stratégies d'intervention et/ou les éventuelles actions à mettre en œuvre à court terme.

Le bilan annuel 2014 fait état de 1 103 événements indésirables pour le centre hospitalier de Nemours, dont quatre-vingt quatorze sont relatifs au pôle santé mentale (soit 8,52%) répartis comme suit :

Unités concernées	Nombre d'évènements indésirables	%
Secteur Fontainebleau	26	24,44
Secteur Nemours	36	33,84
Secteur Montereau	22	20,68
CATTP Nemours	2	1,88
CMP Fontainebleau	2	1,88
CMP Montereau	2	1,88
Pédopsychiatrie	1	0,94
PUL	3	2,82
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100</b>

La répartition selon la nature des événements indésirables s'opère comme suit :

Thème	Nombre d'évènements indésirables	%
Chute	19	17,86
Médicaments	17	15,98
Sécurité des biens et des personnes	11	10,34
Linge	11	10,34
Prise en charge	9	8,46
Fugue	4	3,76
Restauration	4	3,76
Identito-vigilance	3	2,82
Equipement	3	2,82
Informatique	3	2,82
Violence	2	1,88
Matéριο-vigilance	2	1,88
Conditions de travail	1	0,94
Entretien des locaux	1	0,94
Autres	4	3,76
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100</b>

En 2014, à noter parmi les événements indésirables :

- le suivi par le service de radiologie est mis en cause dans deux événements indésirables. A titre d'exemple, suite à une chute de sa hauteur, le 20 février 2014, une patiente est adressée aux urgences où des radios du bassin sont effectuées. Elle est reconduite le jour même au pôle santé mentale. Le 21 février la patiente se plaint de douleurs persistantes et, en l'absence de compte-rendu radiologique, le service de radiologie est contacté. Le 24 février, la situation perdure, le service de radiologie est de nouveau contacté, les radios sont examinées par le radiologue qui diagnostique une fracture du col du fémur (EI n° 130, 20 février 2014 ; voir également EI n° 118) ;
- la réception par un établissement médicosocial d'un fax qui ne leur était pas destiné, venant d'un service de psychiatrie, ce qui pose la question de la confidentialité des informations ;
- des difficultés relatives à la prise en charge d'un patient ayant des troubles du comportement dans le service de médecine où il était hospitalisé faute de place en psychiatrie ce qui vient alimenter le projet d'augmentation de la capacité des services de psychiatrie.

#### 4.10. Le comité d'éthique

Un groupe de réflexion s'est réuni vingt fois depuis septembre 2011 avec six à dix participants. Les agents ont été invités à plusieurs reprises à faire remonter leur questionnement et problèmes éthiques. Le travail de ce groupe est plutôt axé sur des préoccupations théoriques ou sur les sujets autour de la fin de vie et les soins palliatifs.

Un avis a été formulé sur le port du bracelet d'identification au sein de l'hôpital. Le sujet du port du pyjama systématique en psychiatrie y a été évoqué sans pour autant donner lieu encore à une réflexion explicite sur les enjeux éthiques susceptible d'être reprise dans le cadre du projet du pôle.

Il a élaboré une charte en cours de validation et une lettre de communication en cours de diffusion au sein de l'établissement pour inviter au questionnement éthique.

## 5- LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION

### 5.1 Éléments communs à tous les secteurs

#### 5.1.1 La restauration

Le centre hospitalier de Nemours assure sa restauration de façon autonome selon le principe de la préparation froide différée. Il dessert également l'unité de soins de longue durée de trente-huit lits et l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EPHAD) de trente-huit lits du Rocher Vert situés dans l'enceinte du centre hospitalier.

##### 5.1.1.1 Les locaux

L'ensemble des cuisines, des zones de stockage des denrées, des chambres froides, de la plonge, des locaux pour les déchets, des bureaux, de la salle à manger du personnel des cuisines, des vestiaires, des lieux de stockage des chariots représente un espace de 1 100 m<sup>2</sup> dans le sous-sol du bâtiment principal. L'ensemble des cuisines a subi une restructuration totale en 2000 pour être conforme aux normes.

### 5.1.1.2 Le personnel

Vingt-quatre personnes travaillent pour la restauration : douze personnes sont présentes pendant les jours ouvrables du lundi au vendredi, et quatre sont présentes les samedis et dimanches.

### 5.1.1.3 Les repas

290 000 repas sont servis annuellement pour les patients et pour le personnel du centre hospitalier. Sur les 700 membres du personnel, environ une petite centaine y prend ses déjeuners quotidiennement.

La préparation froide différée consiste à préparer pendant les jours ouvrables trois repas simultanément et à les conserver à la température de 3° C - les plats chauds sont réfrigérés de 65° C à 10° C en moins d'une heure dans un réfrigérateur spécifique puis transférés dans des chariots réfrigérés à 3° C. Ces repas sont consommés au plus tard trois jours plus tard. Cette méthode permet de ne pas confectionner de repas pendant les week-ends.

Les portions individuelles ou collectives sont placées dans des boîtes qui sont operculées puis transportées dans des chariots réfrigérés vers les services du centre hospitalier. Les denrées qui sont à servir chaudes sont réchauffées de façon automatique dans l'heure qui précède le repas. Les chariots circulent dans les couloirs et, le cas échéant, dans les souterrains et les monte-charges avant d'être rangés dans les offices.

### 5.1.1.4 Les menus

Les menus de la semaine étaient les suivants : pour le déjeuner, une entrée, un plat (viande ou poisson) avec des légumes, du fromage ou un yaourt et un dessert ; pour le dîner un potage, un plat cuisiné, un fruit ou un dessert.

Sur les feuilles de menu affichées dans le centre hospitalier est mentionné en bas du « *menu principal* » et du « *menu sans graisse* » « *si vous n'aimez pas un plat, signalez-le au personnel qui vous proposera un remplacement* ». Des plats de substitution sont préparés en cuisine, parallèlement aux plats prévus. Des mets sans allergogènes sont également préparés. Des plats hallal et kasher sont disponibles sur étagères et distribués à la demande.

Les menus sont préparés par cycles de douze semaines sous la responsabilité du chef de la cuisine, soumis à l'avis de la diététicienne du centre hospitalier et validés par la commission des menus qui se réunit au même rythme. Les comptes rendus des trois réunions prévues des commissions des menus (8 juillet 2014, 29 septembre 2014, 2 décembre 2014) ont été communiqués aux contrôleurs ; le compte rendu de la dernière réunion en date du 3 mars 2015 n'ayant pas encore été diffusé. La lecture des comptes rendus fait apparaître que la commission fait apporter des modifications aux menus pour les rendre plus adaptés aux goûts des consommateurs. Les informations recueillies par les contrôleurs n'appellent pas d'observation.

### 5.1.1.5 Le comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN)

Le fonctionnement du comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN) est défini par une charte datant d'avril 2007, modifiée le 28 novembre 2007. Il se réunit normalement trois fois par an. Les comptes rendus des trois dernières réunions ont été communiqués aux contrôleurs ; ils font apparaître que les réunions ont été suspendues entre le 24 octobre 2013 et le 11 décembre 2014 en raison de l'indisponibilité de la présidente. Les informations recueillies par les contrôleurs n'appellent pas d'observation.

### 5.1.1.6 Les contrôles

Des analyses biologiques des produits et des surfaces sont conduites deux fois par mois et de l'eau des robinets tous les trimestres par la société ACM sise à Bellegarde (45).

La méthode « d'analyse des risques critiques Hazard Analysis Critical Control Point » et les formations associées sont mises en œuvre, conformément à la réglementation en vigueur.

La conservation des menus témoins est de huit jours.

L'agrément des services vétérinaires a été donné en 2008.

### 5.1.2 La blanchisserie

Les pyjamas hospitaliers, le linge plat et les tenues de travail du personnel du centre hospitalier sont lavés par la blanchisserie inter hospitalière (BIH) d'Auxerre. Cette blanchisserie dessert également les centres hospitaliers de Fontainebleau et de Nevers. La BIH d'Auxerre est à une heure de route de Nemours.

Le linge personnel des patients hospitalisés en psychiatrie est lavé le plus souvent par leurs proches, celui des patients hospitalisés sur des longues durées est entretenu par la BIH dès lors que le linge est marqué à leur nom. Pour les patients qui n'entrent pas dans ces catégories, le pôle de psychiatrie dispose d'une machine à laver et d'un sèche-linge qui permettent de laver le linge dans la journée ; des vêtements du pôle sont alors prêtés ou donnés à ces patients dans l'attente du retour de leurs effets. L'entretien du linge n'est pas facturé aux patients.

Dans le pôle de psychiatrie, le linge de lit (draps, taies) est changé une fois par semaine ou plus souvent si cela est nécessaire ; les serviettes de toilette sont mises au sale après usage ; les pyjamas sont changés quotidiennement ou éventuellement environ un jour sur deux à l'invitation du personnel soignant quand les patients ne les mettent pas dans le linge sale. Le linge propre (serviette, pyjama de l'hôpital...) est délivré par le personnel soignant qui possède la clé du magasin existant dans chaque secteur.

Le linge sale est collecté quotidiennement et le linge propre est rapporté également quotidiennement par les véhicules de la BIH.

Le personnel soignant, comme le personnel non soignant, dispose de six jeux de tenues délivrés par le centre hospitalier et lavés aux frais du centre hospitalier par la BIH d'Auxerre. Les tenues sont portées au plus une journée. La BIH les lave dans un délai de deux jours.

Le contrôle bactérien du linge propre et des équipements de la BIH d'Auxerre est assuré mensuellement par l'institut départemental de l'environnement et d'analyses (IDEA), sis à Auxerre, qui fait parvenir les résultats trimestriellement au centre hospitalier de Nemours.

### 5.1.3 Les transports

#### 5.1.3.1 Les véhicules appartenant au centre hospitalier

A l'exception des trois véhicules attribués au service médical d'urgence et de réanimation (SMUR) et éventuellement du *Renault Trafic Bus* attribué au pôle de psychiatrie, le transport des patients n'est pas assuré par les véhicules du centre hospitalier.

Le centre hospitalier dispose de trente véhicules. Onze sont attribués au pôle de psychiatrie.

Les autres véhicules peuvent être utilisés par le personnel du pôle de psychiatrie. La réservation doit être exprimée quarante-huit heures au moins avant la date d'utilisation, via un tableau Excel accessible sur l'intranet du centre hospitalier.

### 5.1.3.2 Les autres moyens de transport

Pour les transports nécessitant une prise en charge médicale et de réanimation, outre les véhicules du SMUR, les moyens du service départemental d'incendie et de secours (SDIS) de Seine-et-Marne sont sollicités. Une convention en date du 27 octobre 2008 en définit l'organisation.

Les autres transports sont assurés par des sociétés d'ambulanciers privés locaux, le centre hospitalier ne possédant ni ambulance ni véhicule sanitaire léger (VSL).

Pour les transports demandés par le pôle santé mentale, en particulier pour la réalisation d'exams médicaux en dehors du site du centre hospitalier, la secrétaire prend contact avec une des sociétés d'ambulanciers de Nemours, qui n'est pas toujours la même. En effet, les deux consultations lancées pour la passation d'un marché sont restées infructueuses, le dernier marché public étant arrivé à échéance au début de l'année 2014.

## 5.1.4 La sécurité

### 5.1.4.1 Un établissement ouvert

Comme indiqué *supra* (cf. §. 2.1.1), le centre hospitalier de Nemours et notamment le bâtiment de psychiatrie sont ouverts. Une clôture de grillage, haute de 1,50m, ceinture les abords de l'établissement à l'exception des accès prévus pour les piétons et les véhicules ; aucune porte ni portail ne permet de fermer les accès à l'établissement.

Les portes des bâtiments peuvent être fermées. Ainsi, le personnel du service technique ferme toutes les portes techniques à 17h30 ; une ronde est effectuée par les brancardiers de service entre 18h et 19h pour vérifier la fermeture de ces portes qui sont ouvertes le matin par le personnel du service technique.

Les portes des secteurs psychiatriques Fontainebleau, Montereau et Nemours sont ouvertes pendant la journée en temps normal ; elles sont fermées à clé à partir de 20h jusqu'à 8h.

### 5.1.4.2 La vidéo-surveillance

Un système de **vidéo-surveillance** a été mis en place pour surveiller les couloirs, les accès aux ascenseurs et aux escaliers des trois secteurs psychiatriques, ainsi qu'à la porte du bâtiment donnant sur l'extérieur. Lors de la visite des contrôleurs, aucun panneau n'annonçait la présence de la vidéo-surveillance. Il a été précisé aux contrôleurs que la seule finalité de la vidéo-surveillance était la localisation des patients de la psychiatrie. Ainsi, les chambres d'isolement ne sont pas placées sous vidéo-surveillance.

Dans le bureau du personnel soignant des secteurs psychiatriques Fontainebleau, Montereau et Nemours, un écran présente les images des six caméras utiles pour le secteur.

Les enregistrements sont conservés pendant huit jours puis « écrasés » automatiquement.

La consultation des enregistrements par les soignants est possible, mais nécessite que la demande soit exprimée au directeur du centre hospitalier qui la transmet au responsable des systèmes d'information, seul habilité à délivrer des extraits. Ce dernier est également le correspondant informatique et liberté (CIL) de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) au sein de l'établissement. Pour les affaires de vol, il ne délivre les extraits d'enregistrement que sur réquisition ; depuis 2011, le responsable des systèmes d'information a été sollicité à quatre reprises pour des affaires de vol ou de dégradation de matériel.

#### 5.1.4.3 Les alarmes incendie

La sécurité est assurée par les six personnels du service technique, dont quatre sont présents pendant les heures ouvrables. Le service intérieur, composé de cinq personnels, et les brancardiers des services, apportent leur soutien à la sécurité.

En cas de sinistre, la mission prioritaire des personnels soignants est la mise en sécurité des patients.

Les pompiers interviennent sur demande, dès que le personnel du service technique ne peut pas circonscrire le sinistre.

De nuit, le cadre de santé est responsable de la sécurité.

Cinq agents du service technique ont suivi la formation d'agent des services de sécurité incendie et d'assistance à personnes (SSIAP 1), le sixième la formation SSIAP 2 ; lors de la visite des contrôleurs, il suivait la formation SSIAP 3.

## 5.2 Les activités communes

### 5.2.1 La cafétéria

L'établissement ne dispose pas de cafétéria. Comme indiqué *supra*, les halls du bâtiment principal et celui de psychiatrie possèdent un distributeur de boissons et sont équipés de sièges.

Le hall de psychiatrie dispose d'un espace relativement restreint comprenant un banc de trois places et trois autres sièges ; il présente un aspect austère par son absence de décoration murale. Cependant, les contrôleurs ont pu constater qu'il était constamment occupé par les patients.

Le hall du bâtiment principal dispose de trois espaces séparés les uns des autres par une paroi. Chaque espace est équipé d'une ou deux banquettes et de plusieurs sièges. L'ensemble offre un aspect lumineux et aéré et quelques patients relevant de la psychiatrie fréquente ces espaces comme les contrôleurs ont pu le constater. Trois distributeurs de boissons et de friandises sont mis à la disposition des patients qui peuvent commander une boisson chaude pour un montant de 0,50 euro. Les autres boissons non alcoolisées sont au tarif de 1,20 euro.

### 5.2.2 La bibliothèque

L'établissement ne dispose pas de bibliothèque. Chaque unité possède un stock d'ouvrages et de revues.

### 5.2.3 Les activités

#### 5.2.3.1 Le pôle d'accompagnement et d'activités de psychiatrie (PAAP)

Comme indiqué *supra*, le PAAP a été créé en avril 2014. Son personnel comprend trois infirmiers et une éducatrice spécialisée à temps plein. La mise en place des activités s'est effectuée graduellement, l'équipe venait juste d'être au complet lors de la visite des contrôleurs.

Le PAAP est uniquement dédié aux secteurs d'hospitalisation adulte. Au moment de la visite, trente-huit patients en provenance des trois secteurs d'hospitalisation étaient inscrits aux activités.

Le PAAP est ouvert tous les jours de la semaine de 9h à 21h ; le personnel organise environ quatre activités par jour pouvant accueillir respectivement dix à douze patients y compris des patients en soins sans consentement :

- arts plastiques ;
- atelier audiovisuel ;
- atelier photo langage ;
- jeux divers ;
- activités sportives ;
- remédiation cognitive ;
- atelier théâtre ;
- sortie pédestre ;
- soins esthétiques ;
- accompagnement des visites à domicile dans le cadre des projets de sortie ;
- activités sportives.

Des sorties (pique-nique, théâtre, cinéma, piscine<sup>23</sup>) sont organisées à l'extérieur, environ une fois par mois, et regroupent cinq patients. Il convient de préciser que le PAAP ne dispose pas de budget de fonctionnement, il est donc demandé aux patients une participation de 5 euros. Ceux d'entre eux qui n'ont pas de ressources financières suffisantes bénéficient d'une aide pécuniaire grâce à l'association « Spirales ». Cette association regroupe des professionnels, des patients et des tiers (personnes physiques et morales) ; l'un de ses objectifs est de favoriser la réhabilitation des patients notamment en finançant différentes activités au sein du pôle psychiatrique de l'hôpital de Nemours et dans le cadre des centres d'activités thérapeutiques à temps partiel (CATTP). Il a été indiqué que les patients en soins à la demande d'un tiers pouvaient bénéficier d'une autorisation de sortie du médecin.

L'inscription aux activités s'effectue sur prescription médicale, cette prescription pouvant être faite sur recommandation de l'équipe infirmière ou à la demande du patient concerné. De fait le médecin veille à l'absence de contre-indication, notamment celle liée à un risque de passage à l'acte. Il n'existe pas de groupe de participants préétabli. Chaque matin, l'équipe se rend dans les unités d'hospitalisation afin de prendre connaissance des nouvelles prescriptions et stimuler certains patients pour participer aux activités. En revanche, d'autres patients se

<sup>23</sup> La piscine de Nemours est accessible deux fois par mois pour les patients de l'hôpital et six patients pourraient en bénéficier avec l'accompagnement de deux infirmiers.

présentent spontanément à la salle d'activités comme ont pu le constater les contrôleurs. Il a été indiqué que la majorité des patients étaient très demandeurs. Le planning des activités est renouvelé chaque mois ; il est disponible sur le tableau d'affichages des unités. Selon les propos recueillis, l'information auprès des patients est également bien relayée par le personnel soignant.

L'objectif global de ces activités est de revaloriser les patients et leur permettre de reprendre confiance en eux. Selon la pathologie du patient, certaines prises en charge peuvent s'organiser de manière individuelle.

L'équipe n'a pas établi de statistiques pour l'année 2014, cependant sur une période de dix jours au mois de mars 2015, il y a eu 198 recours aux ateliers animés par un personnel infirmier, un même patient pouvant y recourir à plusieurs reprises.

### 5.2.3.2 L'ergothérapie

Les activités d'ergothérapie sont animées par deux ergothérapeutes affectés respectivement à l'unité de Nemours et de Fontainebleau. L'un exerce à temps plein tandis que le second partage son temps entre l'unité d'hospitalisation (70%) et le centre d'activité thérapeutique (CATTP). Le poste d'ergothérapeute de l'unité Montereau serait vacant depuis trois ans, faute de candidats.

Les ergothérapeutes disposent chacun d'une salle pour la mise en place de leurs activités qui se déroulent du lundi au vendredi.

L'inscription aux activités s'effectue uniquement sur prescription médicale. Les ergothérapeutes réalisent également des évaluations de patients à la demande du personnel infirmier puis en réfèrent au médecin psychiatre qui valide ou non l'inscription à l'ergothérapie. Selon les propos recueillis, l'information concernant l'ergothérapie est bien relayée par le personnel soignant.

Lors de la visite des contrôleurs seize patients de l'unité Nemours (dont quatre en soins sans consentements) et un patient de l'unité Montereau étaient inscrits. Concernant les nouveaux arrivants, les ergothérapeutes établissent des entretiens d'accueil, qui sont quasiment systématiques afin de poser le cadre thérapeutique. En fonction des pathologies et de la symptomatologie du patient, une approche individualisée peut être proposée. Chaque nouveau patient bénéficie d'un temps d'observation qui lui est par la suite restitué.

Les activités proposées sont les suivantes :

- l'atelier terre (permettant de passer par un état de régression avant de démarrer un travail de reconstruction) ;
- l'atelier mosaïque ;
- l'atelier peinture sur soie (orienté vers un travail de « renarcissisation ») ;
- l'atelier bois ;

L'ergothérapeute a tenu les propos suivants : « *ce qui est intéressant c'est la façon dont ils s'approprient les outils de médiation et la manière dont ils évoluent en groupe* ». Les ergothérapeutes peuvent accueillir six patients par atelier ; ils prennent en charge également des patients placés en chambre d'isolement de façon séquentielle.

Les ergothérapeutes bénéficient d'une grande liberté dans l'organisation de leur travail et participent aux réunions de synthèse quotidienne des secteurs Fontainebleau et Nemours.

#### 5.2.4 Les installations sportives

Une salle dédiée à l'activité de vélo d'appartement et une seconde salle réservée au tennis de table sont situées au dernier étage du bâtiment de psychiatrie. Dix vélos, qui fonctionnaient tous le jour du contrôle, ont été mis à la disposition des patients.

Ces activités peuvent se dérouler uniquement sur prescription médicale et sont encadrées par le personnel du PAAP.

### 5.3 Les soins somatiques

#### 5.3.1 L'accès au médecin généraliste

L'approche somatique bénéficiait de la présence, au sein du pôle, d'un médecin généraliste attaché jusqu'en juillet 2014, ce qui a permis d'en améliorer la prise en compte et de mettre en place des protocoles de soins sur les problèmes les plus fréquents. Depuis son départ et malgré les démarches en cours, son remplacement n'est pas assuré. Dans sa réponse, le directeur indique que le recrutement est toujours en cours.

Actuellement, tout patient, à son arrivée et avant tout transfert dans le service d'hospitalisation, passe par les urgences où il est examiné succinctement par le médecin urgentiste pour éliminer un diagnostic somatique, bénéficie d'un ECG (électrocardiogramme), d'une analyse biologique avec un bilan hépatique et est inscrit dans la procédure d'identitovigilance avec, comme tout patient passé par les urgences, le port d'un bracelet où sont portées les principales informations d'identité. S'il n'y a pas été placé d'entrée, le patient est rapidement placé dans un box spécifique où se déroulera la rencontre avec l'infirmière de l'équipe psychiatrique de liaison (présente en journée) et la consultation du psychiatre (cf. §. 3.1).

Si une urgence somatique survient pendant l'hospitalisation le patient sera transféré au service des urgences dans le cadre d'un protocole établi entre les deux services, exceptionnellement le SMUR pourrait se déplacer au sein du service de psychiatrie.

Un chariot d'urgence est disponible dans chaque unité et un défibrillateur l'est à Fontainebleau. Pour tout autre besoin somatique il est fait appel soit aux médecins du service de médecine interne de l'hôpital ou d'un service de l'hôpital de Fontainebleau, notamment en matière chirurgicale, qui répondent en cas de besoin de consultation spécialisée ; toutefois il apparaît clairement des difficultés pour inscrire dans la durée, les suivis comme cela a pu être constaté par les contrôleurs à propos de la situation d'une personne ayant un diabète.

Les soins dentaires sont accessibles sur rendez-vous auprès d'un praticien du CH de Nemours sur rendez vous et sans délai en dehors des périodes de congés.

Dans ce contexte il apparaît que l'organisation actuelle ne porte pas une attention suffisante à la prise en charge somatique tant en termes d'examen initial que de suivi au cours de l'hospitalisation d'une pathologie chronique ou iatrogénique ou encore en matière d'approche préventive globale.

Un travail spécifique est en cours avec l'hôpital Barthelemy Durand sur la prise en compte de la douleur en santé mentale.

#### 5.3.2 La pharmacie

L'informatisation des prescriptions est déployée progressivement sur le centre hospitalier depuis le début de l'année 2014 ; le déploiement est prévu sur le pôle de psychiatrie à compter de juin 2015 pour une montée en charge sur six mois. Cela permettra une validation

pharmaceutique préalable systématique pour toutes les prescriptions, qui ne concerne en avril 2015, que celles de quelques traitements comme le Risperdal®, le Leponex® ou les stupéfiants.

Actuellement les modalités de délivrance des médicaments sont différentes selon les unités du pôle :

- pour Nemours, la dispensation est nominative et hebdomadaire, l'unité ayant une dotation minimale pour faire face aux situations non programmées les plus fréquentes ; une dispensation nominative spécifique peut être assurée, en cas de besoin, pour une entrée ou la modification d'une prescription ;
- pour les unités de Fontainebleau et de Montereau, l'approvisionnement se fait de façon hebdomadaire, principalement sur la base d'une dotation globale, avec des ajustements en dispensation nominative, au vu des prescriptions médicales, pour les médicaments non prévus dans la dotation ; le stock pharmaceutique y est donc plus important que dans l'unité Nemours ; la dispensation nominative va progressivement s'y mettre en place.

L'astreinte pharmaceutique est organisée pour les situations d'urgence établie, le plus souvent le médicament manquant dans une unité pouvant être récupéré dans une autre sans l'intervention du pharmacien d'astreinte, les références les plus rares étant réparties entre les unités.

L'administration des médicaments est effectuée par un des infirmiers présents dans l'unité et se déroule au sein du poste infirmier dans des conditions permettant de garantir la confidentialité et la possibilité d'un échange avec le patient.

### 5.3.3 Le laboratoire

Les prélèvements biologiques sont faits le matin dans les unités de soins entre 7h et 7h30 par l'infirmier de l'équipe de nuit, avant l'arrivée de l'équipe de jour. Cette organisation conduit à réveiller les patients concernés alors même que cela n'apparaît pas toujours justifié au regard des contraintes techniques du laboratoire.

## 5.4 Le pôle psychiatrie

Le regroupement des secteurs au sein du pôle permet le développement au quotidien d'une démarche de cohérence et un gros travail d'homogénéisation des pratiques soignantes, surtout marqués pour les trois secteurs de psychiatrie générale, et très sensibles dans le fonctionnement des trois unités d'hospitalisation.

La collaboration médicale est importante au sein du pôle, notamment pour assurer la permanence des soins, avec une garde unique, et pour assurer les examens et les certificats requis par la législation pour les patients hospitalisés sans leur consentement.

Chaque matin, se tient une réunion informelle des médecins et cadres du pôle qui permet un échange sur différents sujets d'actualité et de faire un point sur les situations des patients vus pendant la garde, l'occupation des lits, la disponibilité des médecins et la gestion d'une indisponibilité imprévue de l'un deux, etc.

La mise en place d'équipes de liaison fonctionnant les jours ouvrables, sur les trois établissements hospitaliers comme en psycho-gériatrie, permet de répondre aux besoins de patients qui peuvent ainsi bénéficier d'un accompagnement soutenu sans pour autant être hospitalisés en psychiatrie.

Une réflexion commune est menée au sein du pôle pour affiner le projet médical en perspective de la mutualisation de l'hospitalisation entre les secteurs, avec la construction du nouveau bâtiment, et pour promouvoir la démarche qualité, dans le contexte de la nouvelle certification prévue en fin d'année, avec un travail en cours sur la cartographie des risques ; il apparaît toutefois que la participation des membres des équipes soignantes aux réunions de pôle est relativement modeste alors même que tous les personnels sont conviés.

Un travail est attendu sur le règlement intérieur des unités de soins dans une démarche pluri professionnelle sur différents sujets dont celui de l'accès au téléphone et à l'ordinateur ainsi que celui du port du pyjama. Dans sa réponse, le directeur indique que l'instauration d'un groupe de travail est en cours. En revanche, une réflexion a été engagée sur le thème de la sexualité.

Un dossier va être déposé à l'ARS en vue d'obtenir la labellisation du programme d'éducation thérapeutique développé sur le pôle, à l'attention des patients et de leurs familles, dans un premier temps axé sur l'amélioration de l'observance aux traitements neuroleptiques et qui va être élargi aux traitements des troubles de l'humeur.

La question du libre choix du praticien ne semble pas se poser souvent ; toutefois, le changement de praticien ne semble pas poser de difficulté en pratique sur ces secteurs et est exceptionnellement demandée pendant l'hospitalisation.

Un patient qui n'est pas originaire de la zone géographique sera « attribué » à un secteur en fonction de sa date d'anniversaire, garantissant ainsi la continuité de la prise en charge par une même équipe.

Dans chaque unité, au moins un médecin est présent quotidiennement, et de fait les médecins sont disponibles pour des entretiens avec les patients ; le travail clinique collectif est organisé autour de :

- une réunion chaque matin d'une demi-heure environ, avec la présence des soignants, du cadre, de l'assistante sociale, du psychologue et d'au moins un médecin permettant de faire un suivi rapide de la situation de chaque patient hospitalisé ;
- un staff hebdomadaire de deux heures permettant d'approfondir la situation clinique et le projet de soins de certains patients ;
- des synthèses individuelles permettant d'associer si besoin la famille, le tuteur, ou tout partenaire impliqué dans l'accompagnement du patient.

#### **5.4.1 L'unité du secteur Nemours**

##### **5.4.1.1 Les locaux**

L'unité compte deux chambres individuelles, sept chambres doubles et une chambre à trois lits, ainsi que deux chambres d'isolement. Ainsi, la capacité théorique est de dix-neuf lits, sans compter les deux lits des chambres de soins intensifs (CSI).

La répartition des chambres respecte la séparation des sexes et l'attribution de chambre à un lit aux mineurs. Selon les renseignements recueillis par les contrôleurs, c'est un exercice difficile.

Les espaces sont les suivants :

- dix chambres (huit de 19 m<sup>2</sup>, deux chambres de 12 m<sup>2</sup>), deux CSI, (12 m<sup>2</sup> chacune) avec des fenêtres donnant sur l'extérieur ;

- une salle à manger (80 m<sup>2</sup>) comprenant un coin télévision et un coin bibliothèque, avec des fenêtres donnant sur l'extérieur ; la salle à manger dessert l'office qui est une pièce aveugle ;
- un fumoir dont le sol est en linoléum extrêmement dégradé et qui n'est pas muni d'un extracteur d'air. Il n'est pas non plus équipé d'un briquet sécurisé, et les patients sollicitent très fréquemment les soignants pour récupérer leur briquet ;
- la salle de repos du personnel soignant avec des fenêtres donnant sur l'extérieur ;
- le couloir, en anneau, entoure deux blocs qui ne bénéficient pas de lumière naturelle :
  - un bloc comporte le bureau des infirmiers qui commande la salle de soins (avec la pharmacie) ; le bureau des infirmiers est vitré sur trois côtés ; il est équipé notamment d'une table de réunion et d'un écran d'ordinateur présentant les images des caméras de vidéosurveillance ;
  - l'autre bloc comporte trois espaces sanitaires : le premier est réservé au personnel ; le second comporte trois douches, une salle de bain dotée d'une baignoire, un WC, fermant par une porte, des lavabos ; le troisième comporte une entrée avec un lavabo commandant une douche et un WC, fermés par des portes.

Le couloir donne accès à une sortie de secours et à un palier qui dessert un ascenseur, un monte-charge et un escalier.

#### **Les chambres sont conçues sur deux modèles :**

- bien que les chambres de 19 m<sup>2</sup> aient été conçues pour accueillir deux patients, une chambre dispose de trois lits ; les portes peuvent être fermées de l'extérieur uniquement ;
- les chambres individuelles de 12 m<sup>2</sup> sont destinées à accueillir les patients difficiles ou les mineurs. Elles sont fermées à clé la nuit quand elles accueillent des mineurs. Elles ne peuvent pas être ouvertes de l'intérieur.

Ces chambres disposent de sanitaires de 3 m<sup>2</sup> comportant un lavabo surmonté d'une glace et d'un WC à l'anglaise équipé d'une lunette, un porte-serviettes et une poubelle cependant, il n'existe pas de patère. Par ailleurs, la porte ne ferme pas à clé de l'intérieur. Chaque sanitaire est équipé d'un bouton d'appel.

Il est à noter qu'une chambre de 19 m<sup>2</sup> donne sur une salle d'eau accessible aux personnes à mobilité réduite.

Le mobilier des chambres à un ou deux lits comprend par personne, un lit (de 1,90 m ou 2 m de long, 0,90 m de large), une table de nuit, une armoire penderie ne fermant pas à clé, une table de travail, une chaise et une table roulante.

Le mobilier des chambres à trois lits comprend trois lits, trois tables de nuit, une table de travail, trois sièges (chaises ou fauteuils), un placard unique avec trois portes à soufflet. Cependant, les contrôleurs ont constaté que certaines chambres ne disposaient que de deux tables de nuit.

L'éclairage est assuré par des plafonniers ; aucune chambre ne dispose de lampe de chevet.



Deux chambres du secteur Nemours

Les fenêtres sont de type coulissantes, à l'exception des CSI, de façon à laisser une ouverture maximale de 10 cm ; chaque fenêtre comporte deux panneaux de verre en double vitrage, de 1,40 m de haut sur 1,20 m de large chacun ; les châssis en aluminium sont globalement en mauvais état : ils ne sont plus étanches ni à l'air ni à l'eau. Les chambres ne sont pas suffisamment chauffées en hiver (la température aurait été mesurée à 13° C en hiver dans certaines chambres quand il gèle à l'extérieur). En revanche, durant l'été les températures sont élevées. Un rafraîchisseur d'air est disposé dans la pharmacie en été en vue de maintenir les médicaments à la température requise.

**Les CSI** (3,50 m x 3,50 m), comportent, un sommier avec des points d'accroche pour des sangles de contention, un matelas Cumbria<sup>®24</sup> et un oreiller en mousse recouverts de toile plastifiée. Elles sont également équipées d'un WC à l'anglaise, sans rabat, dont la chasse d'eau est commandée du sas. Ce sas donne accès à la salle d'eau équipée d'une douche et d'un lavabo. L'éclairage naturel est assuré par une fenêtre doublée par un vitrage intérieur fixe ; il existe entre ce vitrage et la fenêtre extérieure, un espace qui ne peut pas être nettoyé. Un fenestron donnant sur le couloir permet au personnel soignant d'obtenir une vision d'ensemble de la chambre. Ce fenestron peut être occulté par un rideau intégré commandé de l'extérieur de la CSI. A la différence des autres chambres, la CSI est équipée d'un système de ventilation et d'une horloge murale.



Une chambre de soins intensifs et sa fenêtre doublée d'un vitrage fixe

<sup>24</sup> Lit monobloc.

**La salle à manger sert également de salle de distraction**, avec un espace réservé à la télévision et un autre pour la lecture :

- la partie salle à manger, proche de l'office, occupe les deux tiers de la superficie ; elle comporte cinq tables rondes de diamètre 1,20 m, chaque table est entourée de quatre chaises ; le menu de la semaine est affiché sur un tableau ; la liste des personnes soumises à des régimes alimentaires est écrite sur un tableau blanc dans l'office – l'office est fermé à clé en dehors des heures de repas ;
- l'espace télévision, meublé de chaises et d'une table basse, est séparé de l'espace réservé à la lecture par un claustra ;
- l'espace lecture comprend des fauteuils, une table basse et un meuble de bibliothèque.

**Les sanitaires collectifs**, outre ceux qui sont accessibles depuis les chambres, sont conçus différemment :

- depuis le couloir, un sas, contrôlé par un personnel soignant pendant les heures d'ouverture, donne accès à :
  - **une salle de bain avec baignoire**; la porte ne peut pas être fermée de l'intérieur, une chaise est souvent poussée par l'utilisateur afin d'éviter des entrées inattendues ; la salle de bain comporte un lavabo surmonté d'une glace et d'une lampe à néon, d'un séchoir, d'un distributeur de savon ; les robinets sont des mitigeurs ;
  - **deux salles de douche** n'étant pas équipées de patère ni de rideau : les vêtements et la serviette de bain doivent être laissés dans le sas pour ne pas être mouillés ;
  - **un WC**, la porte peut être fermée de l'intérieur ;
- **depuis le couloir, un ensemble sanitaire** commandé par une porte, comportant un espace avec un lavabo donnant sur un WC et une douche fermés chacun par une porte – sans possibilité de s'enfermer ;
- **depuis le couloir et depuis une chambre avec deux lits**, est accessible aux personnes à mobilité réduite, une salle d'eau – avec une douche à l'italienne, un fauteuil adapté pour la douche, un lavabo et un WC ; l'absence de fermeture des portes depuis l'intérieur conduit parfois à des intrusions alors qu'elle est utilisée;



*Photos de la salle d'eau pour personnes à mobilité réduite du secteur Nemours*

Si l'ensemble du secteur est dans état de propreté satisfaisant, malgré la présence de quelques toiles d'araignée, les peintures sont usées comme les revêtements de sol – dans une des chambres donnant sur la salle d'eau pour les personnes à mobilité réduite, une partie du revêtement de sol donne un vrai sentiment de délabrement. Les huisseries des fenêtres sont en mauvais état global (courants d'air et par endroits des entrées d'eau de pluie).

#### 5.4.1.2 Le personnel

L'équipe est encadrée par un cadre de santé, qui consacre 70 % de son temps en intra hospitalier et 30 % en extrahospitalier. L'équipe établit elle-même son planning et le soumet au cadre de santé pour un arbitrage. Il a été indiqué que ce mode de fonctionnement convenait à l'ensemble de l'équipe.

#### 5.4.1.3 Les patients

Le jour du contrôle dix-neuf patients étaient admis au sein de l'unité dont douze hommes et huit femmes :

- trois hommes étaient en soins sur décision du représentant de l'Etat dont un était placé en chambre de soins intensifs depuis le 9 janvier 2015;
- un homme et une femme étaient en soins à la demande d'un tiers en urgence ;
- quatorze patients étaient en soins libres ;

Le patient le plus âgé avait soixante-six ans et le plus jeune, dix-neuf ans. La durée la plus longue d'hospitalisation était de six ans et quatre mois et concernait un patient en soins libres relevant d'un établissement spécialisé. La durée la plus longue en soins sans consentement était d'un an et onze mois.

Le jour de la visite quatre patients étaient soumis au port du pyjama. Selon les propos recueillis, le port du pyjama est utilisé à titre dissuasif pour les patients dont le risque de fugue est élevé.

Les patients sont également soumis au port du bracelet d'identification lorsqu'ils sont adressés dans un autre service du centre hospitalier ou lorsque le patient est confus sur son identité.

#### 5.4.1.4 Le fonctionnement

##### La vie quotidienne

Les douches et la salle de bains sont accessibles aux patients le matin, après le petit déjeuner, de 8h45 jusqu'à 11h30 – 12h, sur demande dans l'après-midi, et en fin d'après-midi vers 18h. Elles sont donc fermées en dehors de ces créneaux.

Les repas sont pris dans la salle à manger, ils sont parfois pris en chambre lorsque l'état psychique du patient n'est pas compatible. Les patients se placent en général à la même table, par affinité. Le petit-déjeuner est pris entre 8h30 et 9h, le déjeuner commence à midi et le dîner à 18h45.

Les programmes de télévision sont laissés au choix des patients. Selon les propos recueillis, les patients sont autorisés à regarder la télévision jusqu' à la fin du premier film vers 22h30. Lors de la visite de nuit, les contrôleurs ont constaté que l'équipe de nuit ne laissait pas la possibilité aux patients qui le souhaitaient de regarder la télévision après 22h30 invoquant la nécessité « d'imposer un cadre et de le faire respecter ».

Dans l'espace de la salle à manger consacré à la lecture, les patients peuvent consulter les livres disposés dans la bibliothèque, environ 150, une quinzaine de bandes dessinées et des revues telles que notamment *Point de vue*, *Femina*, *Ça m'intéresse*, *Voici*, *L'Express*, *L'Humanité dimanche*, *Gala*, datant de quelques semaines à quelques mois, ainsi que le quotidien *Le Parisien*. Le stock de livres n'a manifestement pas été renouvelé.

Les patients, suivis depuis de nombreuses années, appellent parfois les personnels soignants par leur prénom et les tutoient ; la réciprocité est vraie. Selon les propos recueillis, « cela facilite la relation thérapeutique ».

Le fumoir est ouvert jour et nuit, selon le règlement intérieur et le livret d'accueil, puisque le contraire n'est pas mentionné. Les contrôleurs ont constaté que le fumoir était fermé le soir à 22h jusqu'au lendemain matin.

Le fumoir ne comporte pas d'allume-cigare. Cela contraint les patients fumeurs à solliciter le personnel soignant qui doit donc disposer de briquet.

Les patients peuvent conserver leur tabac ou le confier au personnel soignant. Selon les informations recueillies par les contrôleurs, nombreux sont les patients qui choisissent de confier leur tabac au personnel soignant pour éviter d'être sollicité ou volé par d'autres patients fumeurs. Une fois par mois, un bureau de tabac assure une livraison de tabac.

Selon les propos recueillis, il existe une « certaine tolérance » concernant les patients entretenant des relations intimes. Le sujet est abordé de manière ouverte avec eux notamment par rapport à leur pathologie pour certains ; il leur est également demandé « *de rester discret par rapport aux autres patients* ». Des préservatifs sont mis à leur disposition dans la salle de soins. Une réflexion portant sur la sexualité en psychiatrie vient d'être amorcée au sein de l'équipe soignante. Un groupe de travail réunissant le cadre de santé et deux infirmières préparant un diplôme universitaire de santé mentale venait juste de se constituer lors de la visite des contrôleurs. L'équipe soignante souhaiterait qu'un distributeur de préservatifs soit installé dans le hall du rez-de-chaussée du bâtiment.

### **Les communications avec l'extérieur**

Le jour du contrôle, deux patients n'étaient pas autorisés à recevoir de communications téléphoniques ni à recevoir de visites. Ces interdictions sont notifiées par le médecin dans le dossier patient.

### **Les activités**

**L'accès au rez-de-chaussée** et donc à l'extérieur est libre de 8h jusqu'à 21h. Les portes de l'unité sont parfois fermées durant trente minutes à une heure permettant ainsi au patient, placé en CSI, de bénéficier d'une promenade dans les couloirs. Selon les propos recueillis cela vise à se prémunir contre d'éventuelles fugues.

La **salle de tennis de table et la salle de musculation** qui la dessert n'est ouverte que sur demande. Pendant la semaine de présence des contrôleurs, ces deux pièces sont restées fermées.

Aucune activité propre au secteur de Nemours n'est organisée. Les patients hospitalisés se voient proposer des activités par l'équipe spécialisée du pôle d'activité et d'accompagnement de psychiatrie.

## Les soins

Les infirmiers se répartissent les patients selon la localisation géographique des chambres. Ils prennent en charge les mêmes patients durant deux ou trois jours d'affilée. Il a été indiqué que ce mode de prise en charge n'était pas satisfaisant car il ne permettait pas d'assurer un suivi régulier des mêmes patients.

Le personnel infirmier est systématiquement présent au cours des consultations menées par le médecin psychiatre. Cela permet d'assurer une cohérence dans la prise en charge et de tenir le même discours auprès du patient.

Les patients peuvent également bénéficier d'entretiens infirmiers qui sont réalisés à la demande.

### 5.4.2 L'unité du secteur Montereau

L'unité Montereau est une unité ouverte de dix-huit lits, répartis dans deux chambres individuelles et huit chambres doubles (dont une adaptée aux personnes à mobilité réduite) ; elle dispose de plus de deux CSI. Elle est tout à fait comparable à l'unité du secteur Nemours. Les locaux sont dans un état d'usure modérée et globalement propres avec toutefois une présence insistante de toiles d'araignée, en hauteur, dans plusieurs chambres; la décoration est minimaliste, seules quelques rares reproductions agrémentent couloirs et salles communes.

- *les chambres*

Les deux chambres simples sont équipées d'un placard à portes pliantes ne fermant pas à clé. L'une des deux chambres était uniquement meublée d'un lit Cumbria®, la vitre extérieure était opacifiée du fait de sa vétusté, l'électricité y était défectueuse et la porte du placard détruite.

Les deux chambres d'isolement de 11 m<sup>2</sup>, situées à proximité du bureau infirmier, sont précédées d'un sas commun sur les murs duquel sont fixées deux pendules permettant aux patients de voir l'heure à travers le fenestron de la porte de leur chambre. Chaque chambre est équipée d'un matelas Cumbria® et d'un WC. Une ouverture vitrée permet une surveillance de la chambre depuis le couloir de l'unité. Une salle de douche avec lavabo ouvre également sur le sas.

Les chambres à deux lits, d'une surface de 19 m<sup>2</sup>, sont équipées de deux placards ou armoires, de deux chaises ou fauteuils et d'une ou deux tables de chevet et bureaux selon les chambres avec du mobilier qui n'est pas toujours en bon état.

La chambre double accessible aux personnes à mobilité réduite (PMR), d'une surface de 22 m<sup>2</sup>, n'est équipée que d'une seule armoire, obligeant l'un des deux patients à stocker ses affaires dans sa table de chevet. Elle ouvre sur une salle de douche spécialement aménagée et également dotée d'un lavabo et d'un WC ; une seconde porte donnant sur le couloir permet aussi d'accéder à cet espace. Ces sanitaires sont théoriquement réservés aux occupants de la chambre PMR mais, selon les informations fournies, il arrive que les soignants y dispensent des soins d'hygiène à d'autres patients. Les portes de la salle de douche n'étant pas équipées de verrou, un patient hébergé dans la chambre PMR et qui n'avait pas été informé de la présence d'un autre patient dans les sanitaires de sa chambre, a surpris ce dernier en tenue d'Adam et, selon son témoignage, en a été très choqué.

Comme dans les autres unités, les chambres sont éclairées par de larges fenêtres coulissantes pouvant théoriquement s'ouvrir d'une dizaine de centimètres ; leur isolation est déficiente, obligeant les patients à placer des draps sur les rebords des fenêtres afin de tenter de contenir les courants d'air. Par ailleurs, au moment de la visite, les fenêtres de deux des chambres ne s'ouvraient pas et le volet roulant, actionnable par les soignants, de l'une d'elle était bloqué en position basse.

Aucune des chambres de l'unité n'est équipée de veilleuse et aucune ne peut se verrouiller de l'intérieur.

Les chambres (à l'exception des CSI) sont toutes équipées de deux boutons d'appel – situés l'un dans les sanitaires, l'autre dans la chambre – reliés au bureau infirmier ; lors du contrôle, les boutons d'appel des sanitaires des chambres 105 et 106 ne fonctionnaient pas. Dans sa réponse, le directeur indique que tous les dispositifs d'appel ont été réparés.

- *Les sanitaires*

Toutes les chambres sont équipées de sanitaires comportant un lavabo avec miroir et tablette et un WC. Aucune porte n'est munie de verrou.

L'unité dispose d'un local de douches doté de quatre cabines dont deux ne sont pas dotées de patère permettant aux patients de suspendre vêtements et serviette. Les patients peuvent y avoir accès à tout moment après en avoir sollicité l'ouverture auprès d'un membre du personnel.

Une salle de bains, équipée d'une baignoire médicalisée, dans un état de propreté douteux, servait, lors de la visite, d'entrepôt pour divers mobiliers ; il a été précisé que la balnéothérapie n'était plus pratiquée dans l'unité depuis quelques temps.

- *Les autres espaces*

L'unité est dotée d'une salle de séjour de 90 m<sup>2</sup> divisée en quatre espaces :

- un coin salle à manger équipé de six tables et vingt-quatre chaises,
- un coin salon équipé de quatre fauteuils et une table basse ;
- un coin télévision équipé d'un téléviseur à écran plat fixé au mur, un lecteur de DVD, huit fauteuils et une table basse ;
- un coin lecture équipé d'une bibliothèque de 150 ouvrages environ, une table, plusieurs chaises, une fontaine à eau et une armoire métallique renfermant divers jeux de société.



La salle de séjour avec le coin salle à manger et le coin télévision

Une salle fumeurs, dotée de deux bancs et deux cendriers, est accessible aux patients de 7h à 23h. Elle ne dispose pas d'allume-cigares les patients devant solliciter l'équipe soignante pour obtenir un briquet. La ventilation de cette pièce est insuffisante et tous les revêtements sont très dégradés par la fumée, celui du sol est marqué par les brûlures de mégots. Le personnel dispose d'une petite salle de repos de 9 m<sup>2</sup>, d'un bureau médical, d'un bureau de surveillance infirmier, d'une pharmacie, de deux vestiaires avec douche – l'un réservé aux hommes et l'autre aux femmes – et de sanitaires. L'unité comporte également divers locaux : une réserve de linge propre, une remise de linge sale et un local de stockage du matériel réservé aux ASH.

### **Les personnels**

Les médecins répartissent leurs activités entre le CMP de Montereau et l'hôpital où au moins un médecin, et le plus souvent deux, sont présents chaque jour, le matin comme l'après-midi.

C'est un praticien rattaché à cette équipe qui, assume la responsabilité à mi-temps de l'équipe mobile de gérontopsychiatrie qui intervient dans les EHPAD et à domicile, avec les effets attendus en termes de prises en charge ambulatoire des personnes âgées auxquelles une hospitalisation peut ainsi souvent être évitée.

De même cette équipe contribue au fonctionnement du service d'accueil familial thérapeutique intersectoriel qui dispose de cinq places. La mobilisation de ce SAFT est sollicitée pour redynamiser des parcours de vie de patients hospitalisés au long cours.

Le travail des personnels soignants est organisé sur la base d'une organisation en 12 heures comme dans les autres unités avec une gestion par l'équipe elle-même de son planning qui est soumis pour validation au cadre de santé.

Un infirmier participe systématiquement aux entretiens médicaux sans pour autant qu'il y ait d'infirmier référent stricto sensu.

### **Les patients**

Le 1<sup>er</sup> avril 2015, l'unité comptait seize patients, dix hommes et six femmes :

- neuf personnes étaient en hospitalisation libre ;
- cinq était en soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'Etat (SPDRE) ;
- deux en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT) ;
- trois patients étaient en programme de soins à domicile et un en hospitalisation ;
- quatre étaient placés sous tutelle ;
- la plus longue hospitalisation durait depuis douze ans (patient en SPDRE) ;

Le patient le plus âgé avait 72 ans et le plus jeune, 21 ans.

Douze patients avaient désigné une personne de confiance.

Le port du pyjama est très fréquent dans l'unité de soins selon deux modalités différentes pour le patient qui soit conserve ses vêtements à disposition dans le placard de sa chambre, soit remet au soignant ses vêtements qui sont conservés au vestiaire de l'unité et il ne peut en disposer à sa guise. Ainsi le 1<sup>er</sup> avril, sept patients étaient en pyjama dans l'unité.

L'unité reste ouverte sauf ponctuellement quand des patients placés en CSI sont autorisés à sortir de leur chambre sur des temps limités (temps du repas par exemple). Le choix de laisser l'unité ouverte la journée conduit à développer des stratégies de surveillance des patients et ainsi à privilégier un recours au pyjama quasi systématique au début de l'hospitalisation comme pour les patients en soins sans consentement en plus des indications particulières (risque suicidaire ou de sortie intempestive etc..).

Les autres modalités de fonctionnement de l'unité quant aux horaires, aux modalités de communication avec l'extérieur ou aux activités ne présentent pas de spécificités particulières au regard du fonctionnement des autres unités du pôle tel qu'évoqué ci-dessus.

Le jour de la visite, quatre patients n'étaient pas autorisés à recevoir des communications téléphoniques et pour trois patients, les visites étaient proscrites.

#### 5.4.3 L'unité du secteur Fontainebleau

Le secteur Fontainebleau compte douze chambres pour une capacité de vingt lits, auxquelles s'ajoute une chambre de soins intensifs. Cinq chambres sont individuelles, six chambres sont doubles et une chambre comporte trois lits. Il n'existe pas de chambre adaptée aux personnes à mobilité réduite.



Une chambre individuelle

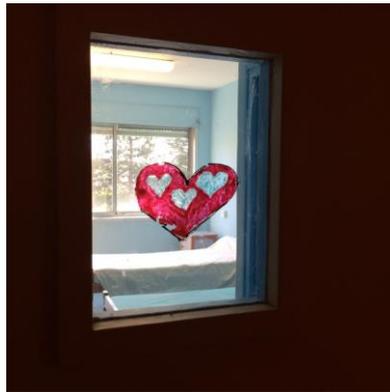
L'équipement des chambres est comparable à ce qui a été décrit pour l'unité Nemours. Les contrôleurs ont constaté durant leur visite que certains éléments du mobilier manquaient, notamment dans les chambres doubles et triples, et que le mobilier était cassé dans plusieurs chambres (armoires sans étagère, portes de placards cassées, tables de nuit sans tiroir).

Les chambres sont éclairées par deux plafonniers à néons situés au-dessus des lits, commandés par un interrupteur unique. Il n'existe pas de point de lumière individuel en tête de lit.

Les fenêtres à glissières peuvent théoriquement s'ouvrir d'environ 10 cm, mais il a été constaté qu'il est parfois très difficile, voire pour une fenêtre impossible, de les ouvrir. Les fenêtres posent par ailleurs, comme dans les deux autres unités, des problèmes d'isolation se traduisant par des courants d'air froids constatés par les contrôleurs, et par une chaleur importante en été, d'après ce qui leur a été rapporté.

L'ouverture et la fermeture des volets ne sont possibles qu'en utilisant une manivelle, que les patients demandent aux personnels soignants ; l'unité ne dispose que de deux manivelles.

Contrairement aux autres secteurs, les portes des chambres du secteur Fontainebleau sont toutes équipées d'un fenestron, permettant une surveillance visuelle qui limite l'intimité des patients au sein de leur chambre.



La vue d'une chambre à travers le fenestron.

De nombreux boîtiers d'alarme situés à la tête des lits ont été arrachés et non remplacés. Les contrôleurs ont pu constater qu'aucun des boîtiers d'alarme restés en place ne fonctionne, faute d'être relié électriquement au panneau lumineux situé dans le poste infirmier. Ce dysfonctionnement du dispositif d'alarme pose un problème en termes de sécurité des patients en cas de chute, de malaise ou de toute autre situation nécessitant une intervention rapide du personnel soignant.

Toutes les chambres sont équipées d'une salle de bains comportant un lavabo, un WC et un seul porte-serviettes, y compris dans les chambres partagées par deux ou trois patients. Dans plusieurs chambres, au moment de la visite, la salle de bains ne comporte pas de miroir, amenant les patients à utiliser de petits miroirs personnels, alors que dans d'autres chambres des miroirs sont placés au-dessus du lavabo, sans qu'il ait pu être expliqué aux contrôleurs ces différences selon les chambres.

La **chambre de soins intensifs**, contrairement à sa localisation face au poste infirmier dans les secteurs Montereau et Nemours, est située au fond du couloir de l'unité, en diagonale du poste infirmier. Son ouverture se fait via un sas qui donne accès à la chambre et à la salle de bains. La chambre est équipée d'un matelas et d'un oreiller Cumbria® et d'une cuvette de WC dont la chasse d'eau n'est actionnable que depuis le sas. La chambre est climatisée mais il est impossible d'ouvrir la fenêtre double, y compris pour le nettoyage de l'espace entre les deux fenêtres, de fait très sale.

Un signal d'alarme est situé dans le sas d'entrée à l'usage des personnels soignants mais la chambre elle-même n'est pas pourvue d'un système d'alarme ou de vidéosurveillance. La surveillance des patients placés en chambre de soins intensifs s'opère par contrôle visuel toutes les heures, voire plus fréquemment selon le besoin. Dans les autres secteurs, il a été rapporté aux contrôleurs que l'absence de signal d'alarme était compensée par la proximité de la chambre de soins intensifs par rapport au poste infirmier, les patients pouvant se manifester en tapant à la fenêtre de la chambre donnant sur le couloir. Au sein du secteur Fontainebleau, la localisation de la chambre de soins intensifs au fond du couloir ne laisse aucun recours au patient pour appeler l'équipe soignante. Dans sa réponse, le directeur indique qu'il est prévu dans le cadre de la rénovation des chambres de soins intensifs (inscrite dans le projet d'établissement 2015-2020).

L'unité compte **deux espaces sanitaires collectifs** : le premier local comporte quatre cabines de douches individuelles, fermées par une porte ; le second consiste en une salle de

bains composée d'une douche, d'un lavabo et d'une baignoire.

Les locaux de l'unité comportent également :

- le **poste infirmier** attenante à la salle à manger avec une vitre qui permet de voir les deux-tiers de cette grande pièce ;
- la **salle polyvalente** qui tient lieu de salle de réunion, de salle où le personnel soignant prend ses repas, de salle où les patients peuvent téléphoner, etc. Contrairement aux autres secteurs, le secteur Fontainebleau ne dispose pas d'une salle de repos dédiée au personnel ;
- la **salle de soins**, attenante à la salle polyvalente avec l'armoire à pharmacie ;
- le **réfectoire** qui fait office de salle à manger, salon de télévision, bibliothèque, salle de visite ;
- une **lingerie** où sont entreposés les draps, serviettes et pyjamas propres ;
- un **vestiaire des patients** ;
- **deux vestiaires du personnel**, l'un réservé aux femmes, l'autre aux hommes ;
- une **buanderie** mise à la disposition des patients dont la famille ne peut s'occuper de l'entretien du linge. Elle est utilisée par les trois unités d'hospitalisation.

### Les personnels

Le médecin responsable de l'unité du secteur de Fontainebleau est présent tous les jours de la semaine, sauf le mardi après-midi où il est présent au CMP. Trois médecins interviennent régulièrement dans l'unité dont l'un praticien attaché associé, était, au moment du contrôle, en arrêt maladie, et l'autre également président de la CME est relativement moins présente dans l'unité d'hospitalisation qu'au CMP.

### Les patients

Le jour de la visite, le secteur Fontainebleau comptait dix-huit patients hospitalisés dont quatre SPDT (deux du secteur de Fontainebleau, un du Secteur de Nemours et un du secteur de Montereau), deux SPDRE et une mineure. La chambre de soins intensifs était libre.

Depuis le 1<sup>er</sup> mars, des contraintes en termes d'aller et venir ont été imposées à quatre patients dont les chambres pouvaient être fermées, cette mesure étant effective entre un jour et sept jours selon les cas.

Entre le 25 février et le 30 mars, trois patients hospitalisés sans leur consentement se sont succédé de façon consécutive dans la chambre de soins intensifs, dont neuf jours avec un « élargissement de consignes » leur permettant d'accéder à des activités communes ou aux repas en salle. La chambre de soins intensifs n'a été libre que les trois derniers jours du mois de mars.

Il a été constaté que le taux d'occupation élevé conduit à une rotation des affectations de chambres, y compris la nuit.

Tous les patients, y compris ceux en hospitalisation libre, portent systématiquement un pyjama fourni par l'hôpital, pendant une période d'observation dont la durée est variable.

C'est aux urgences qu'est posé un bracelet d'identitovigilance comportant le nom et la date de naissance du patient. Si le patient ne le conserve pas à son poignet, ce bracelet est placé dans son dossier et utilisé lors des consultations médicales ou examens hors du service de

psychiatrie.

Les effets personnels des patients sont entreposés dans une salle dédiée dans des boîtes portant le nom des patients. Ceux-ci peuvent y accéder sur demande.

### **Les règles et le rythme de vie**

Le secteur Fontainebleau est une unité ouverte dont les portes sont fermées de 19h à 8h.

A l'entrée de l'unité, le tableau d'affichage renseigne sur l'organisation du service, les horaires des repas (8h30, 12h, 16 h et 19h), des visites, le nom des médecins des trois secteurs. Le règlement intérieur affiché date de 2006, et les tarifs journaliers indiqués sont ceux de 2010.

S'agissant de l'hygiène corporelle, deux espaces collectifs sont consacrés aux douches, dont l'accès se fait à la demande de 9h à 11h30 et de 18h à 18h45. Un premier local comporte quatre cabines de douches individuelles, fermées par une porte. Elles ne comportent pas de mitigeur permettant le réglage de l'eau et ne sont pas équipées de patère ou porte-serviette. Les patients ne disposent à l'intérieur de la douche que d'une chaise pour poser leur serviette et vêtements, chaise qui n'est pas protégée par un sas permettant de conserver leurs affaires au sec. L'alternative est de laisser les affaires sur la chaise à l'extérieur de la douche, ce qui implique que le patient doit sortir de la cabine pour attraper sa serviette ou demander à un tiers de lui donner ses affaires après la douche. Le second local consiste en une salle de bains composée d'une douche, d'un lavabo et d'une baignoire.

L'entretien du linge personnel est à la charge des familles des patients, sauf pour ceux dont les proches sont trop éloignés, auxquels est mise gratuitement à disposition une buanderie commune aux trois unités, située dans le secteur Fontainebleau : elle est équipée d'un lave-linge, d'un sèche-linge, d'un étendoir à linge, d'un fer et d'une planche à repasser, d'un lavabo et d'un miroir.

L'entretien des locaux est assuré quotidiennement et l'état de propreté des chambres et parties communes est apparu globalement correct aux contrôleurs à l'exception de nombreuses toiles d'araignées au plafond ou sur certaines fenêtres dont les vitres ne sont lavées qu'une fois par an.

Comme indiqué au § 4.7.2, les téléphones portables sont interdits à tous les patients. Il a été rapporté aux contrôleurs que le téléphone du poste infirmier pouvait être mis à la disposition des patients qui souhaitaient téléphoner, ceux-ci pouvant selon les cas emporter le téléphone dans leur chambre. Les entretiens réalisés avec certains patients ont permis de nuancer cette description d'un libre accès au téléphone, et il est apparu une gestion discrétionnaire des appels extérieurs par les soignants. De plus, il a été clairement indiqué que dans certains cas, la communication téléphonique devait être passée depuis le bureau infirmier compte tenu de l'intérêt de la connaissance des échanges pour la prise en charge du patient, même si ce dernier était réticent à ce manque de confidentialité. Le jour du contrôle, tous les patients étaient autorisés à recevoir des communications téléphoniques et des visites.

Comme dans les autres unités, les patients ne disposent pas d'un ordinateur ni d'un accès à internet.

Les chambres sont dépourvues de télévision. Un poste de télévision est situé dans la salle commune. Le programme est choisi par les patients.

### **La gestion des cigarettes**

Les cigarettes sont remises aux patients qui ont confié leur paquet aux soignants, le matin après le petit déjeuner. Les patients vont fumer soit à l'extérieur du bâtiment soit dans un fumoir dont le sol est en linoléum extrêmement dégradé et qui n'est pas muni d'un extracteur d'air. Dans sa réponse au rapport au constat, le directeur a précisé que chacun des fumoirs était équipé d'un extracteur d'air, mais les contrôleurs considèrent son efficacité relative au vu des constats effectués. Il n'est pas non plus équipé d'un briquet sécurisé, et les patients sollicitent très fréquemment les soignants pour récupérer leur briquet. Son nettoyage approfondi n'est prévu qu'une fois par an.

Lors de la visite vespérale vers 21h45, aucun patient n'était dans la salle commune et une patiente déambulait dans le service. Une collation est proposée à 21h avec l'administration du dernier traitement en cas de besoin. Il est exceptionnel que le traitement soit remis plus tardivement.

### Les soins

Le psychiatre du service examine de façon systématique, en présence d'un infirmier, tout entrant le jour de son arrivée dans le bureau médical du service (sauf dimanche et férié), ainsi que le lendemain, en général en présence d'un infirmier.

La règle est le port du pyjama de l'hôpital pendant les 24 à 48 premières heures, puis cela est apprécié au cas par cas, même si le plus souvent le patient est invité à porter ses vêtements personnels. Le maintien en chambre de soins intensifs s'accompagne systématiquement d'une prescription de pyjama. Le jour du contrôle, quatre des dix-huit patients présents étaient en pyjama.

## 5.5 Le recours à l'isolement et à la contention

### 5.5.1 La procédure d'isolement

Comme indiqué *supra* chacune des unités de Nemours et Montereau est dotée de deux chambres de soins intensifs (CSI) dites chambre d'isolement répondant aux descriptions faites ci-dessus et l'unité Fontainebleau d'une seule. Deux protocoles datés de 2011 « définissent les différentes étapes du processus de l'isolement thérapeutique » des patients « en hospitalisation libre ou en soins sans consentement. L'un concerne la « prise en charge d'un patient en chambre de soins intensifs (CSI) en psychiatrie », l'autre la « mise d'un patient en chambre fermée en psychiatrie ». Les indications sont semblables à l'exception de la « violence imminente du patient envers lui-même ou autrui alors que les autres moyens de contrôles ne sont ni efficaces, ni appropriés » et la « surveillance initiale d'un patient à risque suicidaire » qui sont des indications exclusives de CSI.

Ces documents prévoient que l'isolement du patient peut être décidé en présence du psychiatre qui assure la prescription, ou en l'absence de celui-ci, en cas d'urgence, par l'équipe soignante « de façon collective », avec confirmation d'une prescription médicale dans l'heure qui suit. **Il est indiqué qu'un patient en hospitalisation libre peut être mis en chambre d'isolement pour vingt-quatre heures.** Toute prolongation conduira à la « rédaction d'un certificat d'HDTU et à rechercher un tiers pour la demande ». Ils prévoient explicitement l'évaluation bénéfice-risque avec notamment la recherche des contre-indications somatiques ou d'éléments justifiant une surveillance particulière. En cas de prise de repas en CSI il est expressément prévu la présence de soignant. Ces protocoles prévoient une réévaluation médicale toutes les vingt-quatre heures laissant apparaître que la durée minimale du séjour en CSI serait le plus souvent de vingt-quatre heures, alors même que les réalités cliniques pourraient conduire à une telle prescription pour des durées plus courtes. Le dernier audit

réalisé sur le sujet de la prise en charge des patients en chambre de soins intensifs l'a été en 2010. Le directeur a indiqué dans sa réponse au rapport de constat que d'autres audits ont été réalisés depuis 2010, mais les contrôleurs constatent que ces derniers ne leur ont pas été communiqués.

Toute hospitalisation d'un mineur entraîne son maintien dans une chambre à un lit, fermée en dehors des temps de repas et d'activités en vue de sa protection.

Un registre dans chacune des unités permet de tracer toutes les mises en chambre de soins intensifs ou en chambre fermée ; de même la pose de contention semble globalement tracée. En revanche, ne sont pas systématiquement indiquées les sorties des CSI : par exemple, il est explicitement indiqué qu'un patient est mis en CSI avec contention du 24 octobre 23h au 27 octobre 13h, maintenu en CSI sans contention et sans sortie jusqu'au 30 octobre puis sorti pour les repas pris à la salle à manger ; il n'existe pas d'information sur la sortie définitive de la CSI. De plus la surveillance infirmière et les entretiens infirmiers ne sont pas systématiquement tracés pour les patients placés en CSI.

De fait, il apparaît un recours fréquent au CSI et pour des durées **relativement longues** comme en attestent les données ci-dessous :

- à Nemours cinq patients sont passés en CSI en janvier, sept en février, et six en mars. Un patient y est en permanence depuis le 9 janvier 2015 ;
- depuis le 1<sup>er</sup> janvier, au vu des feuilles de mouvement, les deux CSI de l'unité Montereau ont été occupées respectivement quatre-vingt-sept et soixante-dix-sept jours ; elles sont restées inoccupées un et sept jours et les informations ne sont pas explicites pour deux et six jours ;
- dans l'unité de Fontainebleau quatre patients ont été mis en chambre fermée au mois de mars pour un, deux, quatre et sept jours et la CSI a été occupée tous les jours entre le 25 février et le 27 mars par trois patients successivement. Elle était libre depuis cette date jusqu'au moment du contrôle.

Durée moyenne de séjour par patient mis en CSI en 2015	Janvier	Février	Mars
Nemours	11	7	11
Montereau	8	6	9
Fontainebleau	7	6	11

Les patients qui sont placés en CSI ne conservent pas de lit disponible dans une chambre classique pendant la phase d'isolement, en raison de la forte pression sur les besoins de lits. **Ceci peut avoir des répercussions défavorables avec un allongement des durées de séjour en CSI.**

Il apparaît que les unités étant quasiment toujours ouvertes, il est facilement fait recours à la chambre fermée et aux CSI pour les patients les plus en difficulté du fait du besoin de surveillance initiale ou du « risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé du patient impose les soins » pour reprendre la formulation du protocole. Ces patients n'y seraient pas aussi facilement placés si l'unité était fermée. De même, le port du pyjama est très fréquent pour réduire les risques de sortie « intempestive » de l'établissement, **y compris pour des patients en soins libres.**

A titre d'exemples : un patient qui était en chambre d'isolement avec autorisation de sortie pour les temps de repas et l'heure suivante, dans une unité, a été transféré avec son accord, dans une autre unité en vue de retrouver une nouvelle dynamique soignante ; son transfert s'est accompagné d'un nouvel isolement strict en CSI pour 24 heures ; un jeune mineur hospitalisé sans état d'agitation, était maintenu en CSI au moment de son admission de crainte d'une fugue ; deux soignants étaient présents dans le sas de cette chambre pendant qu'il fumait alors même que son état de santé ne paraissait pas incompatible avec le fait d'être accompagné pour fumer dans le salon fumeur ou de partager le repas avec les autres patients et que cet enfermement strict en chambre d'isolement prévu au moins pour les vingt-quatre premières heures de son hospitalisation était perçu par lui comme une punition dans un contexte de fugue de sa famille d'accueil.

### 5.5.2 La procédure de contention

La contention est relativement peu utilisée. Un patient a été placé sous contention en février pour une journée à Montereau et un autre de douze à dix-huit heures un jour de mars. La mise sous contention fait l'objet d'une traçabilité. Au cours des six derniers mois, les deux autres unités n'ont pas eu recours à la contention. Il est signalé un travail d'homogénéisation des procédures et du matériel de contention sur l'ensemble de l'établissement avec une formation technique des soignants assurée par l'infirmier de l'équipe de liaison de psychiatrie

## 6- ELEMENTS D'AMBIANCE

Dans un contexte de relatif isolement géographique et de difficultés de recrutement médical, l'hôpital de Nemours a développé une approche cohérente de réponse aux besoins de soins psychiatriques de la population du sud du département de la Seine-et-Marne en s'inscrivant dans une réelle dynamique partenariale.

Les contrôleurs ont pu apprécier l'importance des collaborations médicales au sein du pôle ainsi que les articulations étroites entre les différents métiers présents dans le pôle au service du soin et de l'accompagnement des patients.

Le choix délibéré de maintenir les unités ouvertes est structurant au regard du droit pour les patients d'aller et venir librement, il conduit toutefois à un recours au port du pyjama ou aux chambres de soins intensifs avec une durée et une fréquence qui interrogent.

Pour ce qui concerne la réponse aux besoins d'hospitalisation, actuellement le recrutement de chacune des unités se fait sur une base sectorielle avec un fonctionnement des unités assez homogène. La révision du projet médical et la construction, à court terme, d'un nouveau bâtiment vont permettre d'apporter des réponses nouvelles aux défis actuels tant en termes de capacité d'accueil au sein des unités d'hospitalisation que de projets de service différenciés selon les unités de soins. Cette dynamique ne devrait pas rester sans impact sur les travaux de réflexion d'ores et déjà conduits sur le respect des droits fondamentaux des personnes hospitalisées, qui devraient s'amplifier à cette occasion et mobiliser au-delà de l'encadrement, l'ensemble des personnels.