



Rapport de visite :

Centre Hospitalier

Spécialisé

Fains-Véel (Meuse)

Du 7 au 11 décembre 2015 – 1^{ère} visite

SYNTHESE

Cinq contrôleurs ont effectué, du 7 au 11 décembre 2015, une visite du centre hospitalier de Fains-Véel (Meuse). Il s'agissait de la première visite du contrôle général dans cet établissement. Un rapport de constat a été rédigé et envoyé le 7 juin 2016 à la directrice de l'hôpital, mais aussi aux autorités judiciaires et au barreau de Bar-le-Duc. Par courrier daté du 6 juillet 2016, la directrice a pu faire connaître au contrôle général les observations que le rapport avait suscité de sa part. Ses observations, qui n'étaient pas purement factuelles, apparaissent dans la rédaction du rapport définitif.

Le centre hospitalier spécialisé de Fains-Véel fait partie d'une organisation hospitalière nommée « Pôle de santé sud meusien », qui comprend également le centre hospitalier de Bar-le-Duc et une structure privée, la Polyclinique du parc. La commune de Fains-Véel (2224 habitants) est limitrophe de Bar-le-Duc.

Le CHS n'est pas une structure départementale. Son secteur est celui du sud-meusien qui couvre une population d'environ 110 000 habitants. Il comporte trois pôles : psychiatrie adulte, pédopsychiatrie, et un pôle médico-technique. Les hospitalisations complètes en pédopsychiatrie ne sont pas effectuées à Fains-Véel mais à Verdun. Comme beaucoup d'autres structures du même type, le CHS a développé des services à vocation médico-sociale, particulièrement en gériatrie.

Au sein du pôle psychiatrie adulte, la filière de psychiatrie générale comprend trois unités d'admission et de court séjour : le Breuil, les Placis, les Mays, toutes trois situées dans un bâtiment récent. La filière « handicap psychique » comprend trois unités d'hospitalisation à temps complet : le Chânoi, unité fermée de soins au long cours ; le Verdilat, accueillant des personnes dont le handicap résulte de causes diverses et le Hautbois, accueillant des personnes polyhandicapées présentant des troubles sévères du comportement. La filière « personnes âgées » comprend en hospitalisation complète une unité d'admission et deux unités d'hospitalisation de longue durée dites de psycho-gériatrie 1 et 2.

Aussi sur un total annoncé de 159 lits en hospitalisation complète, seules deux unités - l'une d'accueil "Le Breuil", l'autre de long séjour "le Chanoi" (19 lits chacune) - concernaient réellement la problématique du Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

1/ Un certain nombre d'éléments positifs ont été relevés

- a/ L'organisation pertinente de l'accueil, conçue en fonction du statut juridique des patients, évite l'enfermement des patients en hospitalisation libre.
- b/ Les locaux sont neufs ou bien rénovés, en excellent état de propreté et d'entretien.
- c/ L'établissement s'est doté d'équipements transversaux très intéressants (cafétéria ouverte sept jours sur sept, bibliothèque, salons de coiffure, espace snowzelen). Sa proximité géographique et organisationnelle avec l'hôpital général garantit aux patients un accès aux soins somatiques très satisfaisant.

2/ Certains points méritent d'être améliorés

- a/ Il est incompréhensible qu'aucune chambre de l'hôpital, même dans les bâtiments très récents, ne soient équipée de bouton d'appel.

b/ Les différences de procédures de notification, en fonction du prescripteur, des mesures d'hospitalisation en soins sans consentement semblent conférer une importance inégale aux impératifs de l'article 3211-3 du code de la santé publique. Il convient de réfléchir aux modalités de notification, et d'envisager une formation spécifique des soignants.

c/ Les réunions et venues sur site de la commission départementale de soins psychiatriques doivent faire l'objet d'une plus large et plus rigoureuse diffusion, notamment par voie d'affichage.

d/ Le retrait systématique des téléphones portables interpelle ; la direction de l'établissement, dans son courrier de réponse, développe les motivations qui ont conduit l'autorité médicale à cette position de principe que le contrôleur général ne peut faire sienne, en raison précisément de son caractère systématique.

e/ Les personnes détenues hospitalisées sont systématiquement placées en chambre d'isolement. Mais le détachement de personnels de l'établissement au sein du centre de détention de Saint-Mihiel permet d'éviter bien des hospitalisations de convenance, et assure un bon suivi des soins psychiatriques.

f/ Les prescriptions de mise à l'isolement ou sous contention sont trop souvent prescrites avec l'indication « si besoin », ce qui signifie qu'elles peuvent être mises à exécution sans contrôle médical.

g/ Le dysfonctionnement le plus important - et qui constitue une atteinte grave aux droits fondamentaux des personnes privées de liberté - est l'absence régulière des avocats pour la défense, pourtant obligatoire des patients en soins sans consentement devant le juge des libertés et de la détention. Il est apparu que la situation n'était pas imputable à l'établissement qui avisait en temps et en heure le barreau.

Enfin, il serait souhaitable que le représentant de l'État dans le département réunisse ses services pour organiser plus rationnellement les transports des personnes détenues depuis le centre de détention de Saint-Mihiel jusqu'à l'hôpital de Fains-Véel (voir sur ce point le rapport du CGLPL relatif à la visite de ce centre de détention).

OBSERVATIONS

LES BONNES PRATIQUES SUIVANTES POURRAIENT ETRE DIFFUSEES

1. BONNE PRATIQUE : 29

Le livret d'accueil propose en huit langues l'assistance d'un interprète.

2. BONNE PRATIQUE : 39

En accordant systématiquement l'aide juridictionnelle totale aux patients, par l'évocation de l'article 6 de la loi N°91-647 du juillet 1991, le président du tribunal de grande instance fin à une situation polémique trop souvent constatée ailleurs. Le ministère d'avocat devant le JLD est obligatoire, mais son financement non prévu provoque des situations délicates déjà évoquées par le Contrôleur général.

3. BONNE PRATIQUE : 39

Les certificats médicaux établis par les psychiatres lors de demandes de maintien en ASPDRE révèlent leur prudence face à certaines décisions des maires. Loin de reprendre à leur compte uniquement la décision initiale, les psychiatres fournissent au juge un éventail d'éléments à caractère médical mais aussi social, pour une appréciation complète de la situation du patient par l'autorité judiciaire.

4. BONNE PRATIQUE : 51

Le regroupement, au niveau de l'accueil, de la totalité des patients en soins sans consentement au sein d'une même unité fermée « le Breuil » garantit à l'immense majorité des patients en soins libres lors de leur arrivée une véritable liberté d'aller et venir. Il convient cependant de ne pas hospitaliser même ponctuellement, des patients en soins libres dans une unité fermée.

5. BONNE PRATIQUE : 58

La mise à disposition d'une cabine téléphonique fermée, aménagée d'une chaise est une bonne pratique, car elle garantit la confidentialité des échanges et le confort des patients.

6. BONNE PRATIQUE : 82

L'accès aux soins somatiques pour les patients hospitalisés au CHS est globalement bien assuré. Il est regrettable cependant que la traçabilité de la surveillance somatique des personnes placées à l'isolement ne soit pas mieux formalisée.

7. BONNE PRATIQUE : 87

L'affectation au sein de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire du centre de détention de Saint-Mihiel de personnels exerçant également au CHS se révèle une excellente pratique. Le travail d'anticipation effectué en détention a permis de faire fortement diminuer les hospitalisations de personnes détenues au CHS au profit de l'UHSA de Nancy.

LES MESURES SUIVANTES DOIVENT ETRE MISES EN ŒUVRE

1. RECOMMANDATION : 24

Le service qualité produit un travail qui mériterait d’être mieux connu et mieux utilisé par l’ensemble des services. La diffusion et la prise en compte de l’information produite doivent être améliorées.

2. RECOMMANDATION : 27

Les différences de procédures de notification, en fonction du prescripteur, des mesures d’hospitalisation en soins sans consentement semblent conférer une importance à géométrie variable aux impératifs de l’article 3211-3 du code de la santé publique. Les pratiques en vigueur garantissent insuffisamment l’égale qualité des informations délivrées. Il convient de réfléchir aux modalités de notification, et d’envisager une formation spécifique des soignants.

3. RECOMMANDATION : 28

La procédure de désignation d’une personne de confiance prévue par l’article 1111-6 du code de la santé publique doit être appliquée dans toutes les unités.

4. RECOMMANDATION : 29

Sur le livret d’accueil, ne sont pas indiqués face aux noms des organismes de recours leurs adresses et leurs numéros de téléphone.

5. RECOMMANDATION : 36

L’organisation de l’exercice du droit de vote doit être plus rigoureuse. Il est totalement anormal qu’avant le premier tour des élections régionales aucune information n’ait été dispensée en direction des patients, si bien qu’aucun n’a pu voter.

6. RECOMMANDATION : 39

L’absence régulière d’avocats lors des audiences du juge des libertés et de la détention nuit gravement aux droits fondamentaux des patients en soins sans consentement. Le barreau doit faire face à ses obligations, et s’organiser en conséquence.

7. RECOMMANDATION : 41

Les réunions et venues sur site de la commission départementale de soins psychiatriques doivent faire l’objet d’une plus large et plus rigoureuse diffusion, notamment par voie d’affichage.

8. RECOMMANDATION : 42

Il est anormal que certains psychiatres se contentent, lors de la rédaction des certificats médicaux mensuels, de recopier purement et simplement le même certificat pendant plusieurs mois..... 42

9. RECOMMANDATION : 43

Il est incompréhensible qu’aucune chambre de l’hôpital, même dans les bâtiments récents comme Rondeval, ne soit munie de boutons d’appels.

10. RECOMMANDATION : 44

Si la diététicienne prend bien en compte les aversions alimentaires exprimées par les patients lors de leur arrivée, il est regrettable qu'à l'inverse, les soignants ignorent souvent cette procédure, qui, de ce fait, reste sous-employée.

11. RECOMMANDATION :46

L'établissement doit mettre en œuvre les mesures nécessaires pour obtenir une prestation de bon niveau en matière de blanchisserie, ce qui est loin d'être le cas actuellement.

12. RECOMMANDATION :51

Dans l'unité Breuil le placement systématique des arrivants en chambre d'isolement, même en l'absence de toute mesure d'isolement, constitue une pratique attentatoire à la dignité des personnes.

13. RECOMMANDATION :53

Dans l'unité Breuil l'absence de visibilité depuis le bureau infirmier sur le reste de l'unité isole le personnel soignant des patients.

14. RECOMMANDATION :57

Dans l'unité Breuil, le retrait systématique des téléphones portables et des ordinateurs ne saurait être justifié par des considérations relatives à la sécurité. Nombre de services psychiatriques visités par le Contrôleur général laissent leur téléphone portable et ordinateur à disposition des patients, sans devoir faire face à des situations simplement délicates.

15. RECOMMANDATION :72

Le programme de soins mis en place au sein de l'unité Chânoy constitue sur bien des plans un exemple. Sa formalisation, son impact sur le fonctionnement de l'équipe, ses résultats en matière de violences, la diversité et le nombre d'activités proposées, la prise en compte de la sexualité attestent de la qualité de la démarche. Cependant, il convient de rappeler que l'isolement et la contention sont des pratiques médicales qui doivent être employés en dernier recours en situation de crise. Ces pratiques ne doivent en aucun cas être utilisées comme sanction ou punition

16. RECOMMANDATION :84

La mise en chambre d'isolement, voire la contention, sont trop souvent prescrites accompagnées de la formule « si besoin », laissant ainsi à l'équipe soignante toute latitude pour leur mise en œuvre. La surveillance infirmière des patients pendant ces périodes devrait être rapprochée et tracée alors que les feuilles de surveillance ne montrent le plus souvent qu'une surveillance épisodique. Les prescriptions « si besoin » ne devraient pas exister. Isolement et contention devraient être limités aux situations de crise et pour des durées brèves, sur prescription médicale et avec un suivi physique et psychologique intense.

17. RECOMMANDATION :87

Il est anormal que dans cet établissement, comme dans bien d'autres, tout patient détenu soit systématiquement placé en chambre d'isolement.

18. RECOMMANDATION :87

La problématique des escortes depuis le CD de Saint-Mihiel jusqu'au CHS de Fains-Véel doit faire l'objet d'une meilleure répartition partenariale des rôles de chacun. Il est anormal que des personnels infirmiers puisse être inutilement exposés au cours de leurs missions

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| SYNTHESE | 2 |
| OBSERVATIONS | 4 |
| SOMMAIRE | 8 |
| RAPPORT | 11 |
| 1 LES CONDITIONS DE LA VISITE | 12 |
| 2 LA PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT | 13 |
| 2.1 L'ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE DANS LA MEUSE | 13 |
| 2.2 L'HISTOIRE ET L'IMPLANTATION DE L'ETABLISSEMENT | 13 |
| 2.3 L'ORGANISATION FONCTIONNELLE | 16 |
| 2.3.1 Le pôle psychiatrie adulte | 16 |
| 2.3.2 Le pôle psychiatrie infanto-juvénile | 17 |
| 2.3.3 Les structures médico-sociales..... | 17 |
| 2.4 LES PERSONNELS | 18 |
| 2.4.1 Le personnel médical | 18 |
| 2.4.2 Le personnel non médical | 19 |
| 2.4.3 La gestion des ressources humaines | 19 |
| 2.5 LES DONNEES FINANCIERES | 20 |
| 2.6 L'ACTIVITE | 22 |
| 2.7 LE SERVICE QUALITE | 23 |
| 3 L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT ET L'EXERCICE DES DROITS..... | 25 |
| 3.1 L'ARRIVEE DES PATIENTS ADMIS SANS CONSENTEMENT | 25 |
| 3.1.1 Les modalités d'admission | 25 |
| 3.1.2 La notification de la décision d'admission et les voies de recours | 25 |
| 3.1.3 L'inventaire et la conservation des effets personnels | 27 |
| 3.1.4 La désignation d'une personne de confiance | 27 |
| 3.2 L'INFORMATION DES PATIENTS ADMIS..... | 28 |
| 3.2.1 Le livret d'accueil et le règlement intérieur | 28 |
| 3.2.2 Le recueil des observations des patients | 29 |
| 3.3 L'ACCES AU DOSSIER MEDICAL | 29 |
| 3.4 LE COMITE D'ETHIQUE | 29 |
| 3.5 LA PLACE LAISSEE AUX REPRESENTANTS DES FAMILLES ET DES USAGERS | 30 |
| 3.5.1 Les associations de famille et d'usagers..... | 30 |
| 3.6 LA PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS | 30 |
| 3.7 LES INCIDENTS ET LEUR TRAITEMENT | 31 |
| 3.7.1 Le traitement des plaintes et réclamations..... | 31 |
| 3.7.2 La commission des relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge (CRUQPC) | 32 |
| 3.7.3 Les violences et événements indésirables | 32 |
| 3.7.4 La gestion des sorties sans autorisation (fugues)..... | 34 |
| 3.7.5 Les questionnaires de satisfaction | 35 |
| 3.8 LE DROIT DE VOTE | 36 |
| 3.9 L'EXERCICE DU CULTE | 36 |
| 3.10 LA LEVEE DES MESURES D'ADMISSION..... | 37 |
| 3.10.1 L'avis préalable des médecins psychiatres | 37 |
| 3.10.2 L'avis conjoint..... | 37 |
| 3.10.3 Le collège des professionnels de santé | 37 |
| 3.11 LE CONTROLE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION | 37 |
| 3.11.1 Les modalités d'organisation de l'audience | 37 |

| | | |
|-------------|---|-----------|
| 3.11.2 | Le déroulement de l'audience du juge des libertés et de la détention | 38 |
| 3.11.3 | Les décisions rendues..... | 39 |
| 3.12 | LE PASSAGE EN PROGRAMME DE SOINS..... | 40 |
| 3.13 | LA VISITE DES AUTORITES | 40 |
| 3.14 | LE CONTROLE DE LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES | 40 |
| 3.15 | LA TRAÇABILITE SUR LE REGISTRE DE LA LOI DU RESPECT DE LA PROCEDURE | 41 |
| 3.16 | L'ORGANISATION DES SORTIES TEMPORAIRES | 42 |
| 3.17 | LES CAS D'OPPOSITION ECRITE DU REPRESENTANT DE L'ÉTAT..... | 42 |
| 4 | LES CONDITIONS MATERIELLES DE VIE COMMUNES A TOUS LES SECTEURS | 43 |
| 4.1 | LA RESTAURATION | 43 |
| 4.1.1 | L'organisation..... | 43 |
| 4.1.2 | Les menus | 43 |
| 4.1.3 | Le comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN) | 44 |
| 4.2 | L'HYGIENE..... | 45 |
| 4.2.1 | Le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)..... | 45 |
| 4.2.2 | Le linge | 45 |
| 4.3 | L'ACCES AUX LIEUX COLLECTIFS | 46 |
| 4.3.1 | La cafétéria..... | 46 |
| 4.3.2 | La bibliothèque | 47 |
| 4.3.3 | La salle polyvalente | 48 |
| 4.3.4 | Les installations sportives | 49 |
| 4.3.5 | Les ateliers d'ergothérapie..... | 49 |
| 4.3.6 | L'espace Snoezelen | 49 |
| 4.3.7 | Les salons de coiffure | 50 |
| 4.4 | LA SECURITE | 50 |
| 5 | LES CONDITIONS PROPRES A CHAQUE UNITE..... | 51 |
| 5.1 | L'UNITE « BREUIL » | 51 |
| 5.1.1 | Les locaux..... | 51 |
| 5.1.2 | Les personnels..... | 53 |
| 5.1.3 | Les patients | 54 |
| 5.1.4 | L'organisation du service :..... | 55 |
| 5.1.5 | La vie quotidienne..... | 55 |
| 5.1.6 | Les communications avec l'extérieur | 56 |
| 5.1.7 | Les activités | 58 |
| 5.1.8 | Les soins somatiques..... | 59 |
| 5.2 | LES UNITES « LES MAYS » ET « PLACIS » | 59 |
| 5.3 | L'UNITE « CHANOI »..... | 60 |
| 5.3.2 | Les personnels..... | 64 |
| 5.3.3 | Les patients | 64 |
| 5.3.4 | L'admission dans le bâtiment..... | 64 |
| 5.3.5 | La période initiale de soins et d'observation | 65 |
| 5.3.6 | La vie quotidienne..... | 65 |
| 5.3.7 | Les communications avec l'extérieur | 66 |
| 5.3.8 | Les activités | 68 |
| 5.3.9 | Les soins | 69 |
| 5.4 | LES UNITES DE PSYCHO-GERIATRIE | 72 |
| 5.4.1 | L'unité PG1..... | 72 |
| 5.4.2 | L'unité PG2..... | 77 |
| 6 | LES SOINS SOMATIQUES..... | 80 |
| 6.1 | L'ACCES AU MEDECIN GENERALISTE | 80 |
| 6.2 | LES CONSULTATIONS SPECIALISEES..... | 80 |
| 6.3 | LA PHARMACIE..... | 81 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 6.4 | LE LABORATOIRE..... | 81 |
| 6.5 | LE COMITE DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR (CLUD)..... | 81 |
| 7 | LE RECOURS A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION | 83 |
| 7.1 | LES DOCUMENTS | 83 |
| 7.2 | LES PRATIQUES..... | 84 |
| 8 | L'ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES DES PERSONNES DETENUES | 86 |

Rapport

Contrôleurs :

- Philippe Nadal, chef de mission ;
- Chantal Baysse ;
- Céline Delbauffe ;
- Hubert Isnard;
- Alain Marcault-Derouard.

En application de la loi modifiée 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 spécialisé (CHS) de Fains-Véel (Meuse) du 7 au 11 décembre 2015.

1 LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés au centre hospitalier le lundi 7 décembre 2015 à 16h30. Ils ont quitté l'établissement le vendredi 11 décembre à 10h.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par la directrice de l'établissement. Il a été procédé à une présentation de la mission devant une vingtaine d'auditeurs, dont la présidente de la commission médicale d'établissement (CME), le président du conseil de surveillance, des praticiens hospitaliers psychiatres et somaticiens, des cadres supérieurs de santé, des cadres administratifs, l'aumônier catholique, la représentante des usagers, des représentants du personnel au comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

L'autorité administrative, en la personne de la directrice de cabinet du préfet de la Meuse, a été avisée de la visite. Les contrôleurs ont été reçus pendant leur visite par le président du tribunal de grande instance de Bar-le-Duc et par le procureur de la République près le même tribunal. L'agence régionale de santé de Lorraine a été prévenue dès l'annonce de la visite.

Les contrôleurs ont rencontré la présidente de la commission médicale d'établissement (CME). Les organisations professionnelles représentatives du personnel présentes sur le site ont été avisées de la présence des contrôleurs.

Il a été mis à la disposition des contrôleurs une salle de travail équipée d'un téléphone et d'un ordinateur permettant d'avoir accès au site intranet. Tous les documents demandés par l'équipe ont été mis à leur disposition et regroupés dans un dossier électronique.

Des affichettes signalant la visite de contrôleurs ont été diffusées dans les unités.

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 vendredi 11 décembre en début de matinée en présence de la directrice, de ses adjoints, de la présidente de la CME et d'un praticien hospitalier.

Un rapport de constat a été envoyé à la directrice de l'établissement, ainsi qu'au président et au procureur du tribunal de grande instance de Bar-le-Duc.

Les remarques ou observations formulées apparaissent dans le présent rapport.

2 LA PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

En 2012, le département de la Meuse compte 192 800 habitants¹. Il constitue l'un des quatre départements de la région Lorraine amené à être intégré le 1^{er} janvier 2016 dans la région Alsace Champagne-Ardenne Lorraine. La limite Nord du département est frontalière avec la Belgique. Les deux communes principales sont le chef-lieu Bar-le-Duc, 15 759 habitants et l'une des deux sous-préfectures Verdun, ville la plus peuplée du département avec 18 327 habitants.

La mission nationale d'appui sur la santé mentale présente ainsi, dans son rapport daté de février 2013, la situation sanitaire du département :

« Les indicateurs socio-démographiques concernant la population meusienne laissent présager tant un état de santé précaire que des difficultés pour le recours aux soins d'une grande partie de la population.

Les indicateurs de santé de la population, comme l'espérance de vie, ou la mortalité prématurée, survenant avant 65 ans, signalent une situation défavorable du département au sein de la région, la Lorraine étant elle-même en situation défavorable au plan national.

Quelques indicateurs plus spécifiquement reliés à la souffrance psychique apparaissent préoccupants, comme la surmortalité par suicide chez les hommes dans le département, la mortalité par maladie liée à l'alcool élevée dans le nord du département. »

Le CHS de Fains-Véel fut hospice avant de devenir, en 1842, l'hôpital départemental de la Meuse, en application de la loi de 1838. Il a connu une transformation continue depuis la mise en place de la sectorisation psychiatrique dans le département en 1973 : fonte des capacités d'hospitalisation complète : (598 lits en 1983, 451 en 1993, 179 en 2013), déploiement progressif des activités extrahospitalières, création de structures médico-sociales.

2.1 L'ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE DANS LA MEUSE

La psychiatrie dans la Meuse est organisée en deux territoires selon une partition Nord/Sud, chacun correspondant à un secteur de psychiatrie générale et un secteur de psychiatrie infanto-juvénile. Les secteurs Nord, rattachés au CH de Verdun, desservent une population d'environ 85 000 habitants ; les secteurs Sud, rattachés au CHS de Fains-Véel, desservent une population d'environ 110 000 habitants.

2.2 L'HISTOIRE ET L'IMPLANTATION DE L'ETABLISSEMENT

Le CHS de Fains-Véel fait partie d'une organisation hospitalière nommée Pôle de Santé Sud Meusien, qui comporte également le Centre hospitalier (CH) de Bar-le-Duc et une structure privée, la Polyclinique du Parc. Le rapprochement avec le CH de Bar-le-Duc au sein d'un Syndicat Inter Hospitalier (SIH) a permis notamment de mutualiser toutes les « activités support » aux soins (direction, services administratifs, services techniques...).

Le centre hospitalier spécialisé est installé sur le ressort de la commune de Fains-Véel (2224 habitants) limitrophe de Bar-le-Duc au 36 rue de Bar.

Sur une vaste implantation de 20,5 hectares se trouvent des bâtiments datant du XIX^{ème} siècle complètement réhabilités pour certains, ou abandonnés pour d'autres.

¹Source : INSEE, derniers chiffres disponibles.

A côté de ces témoins de l'époque de l'asile, des structures modernes ont été édifiées au fil des ans, tels en 2010 et proche de l'entrée le bâtiment « Rondeval » où se trouvent quatre unités dont trois d'admission, l'unité du Haut-Bois pour les patients polyhandicapés, et en 2012, une unité « Alzheimer » qui a été édifiée à la place d'un vieux bâtiment détruit.



Le centre hospitalier spécialisé de Fains-Véel²

En bordure du site se trouvent cinq maisons dites « communautaires », aménagées en appartements à visée de réhabilitation (vingt logements), où des patients se préparent à vivre en logement ordinaire.

Au Sud de l'hôpital se trouvent trois voies de communication :

- le canal de la Marne au Rhin ;
- la voie de chemin de fer Paris-Bar-le-Duc ;
- la route départementale D1 « route de Bar ».

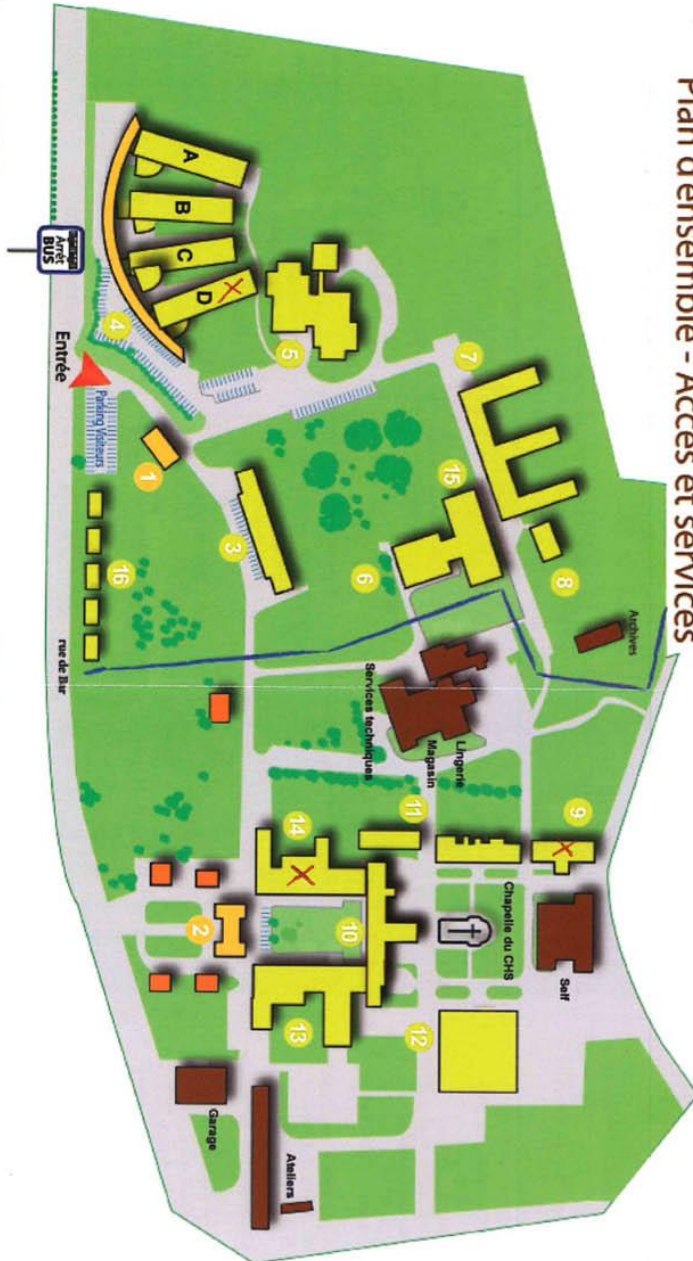
L'hôpital est desservi par un transport urbain, mais l'arrêt qui lui était destiné a été déplacé de quelques centaines de mètres pour améliorer la desserte d'un supermarché proche.

L'emprise est entièrement close et l'entrée unique pour piétons et véhicules se fait par la route de Bar côté Sud. Un filtrage est opéré par une personne depuis un poste « de surveillance », qui commande une barrière.

Le centre hospitalier fait l'objet d'une signalisation extérieure. A l'intérieur de l'enceinte, les bâtiments et services sont parfaitement indiqués et permettent aux visiteurs de se guider facilement.

²Source : site internet de l'établissement. Il s'agit d'une photo ancienne, ni le bâtiment Rondeval, ni le service « Alzheimer » n'étaient construits.

Plan d'ensemble - Accès et services



- Point d'accueil
- Services de soins, d'hébergement et de support aux soins
- Localisation des services à venir, il faut des gabarits en soins avec fosse*
- 1 Standard
 - 2 Administration :
 - Direction
 - Cellule qualité
 - Service achat-marché
 - Service des admissions
 - Secrétariat usagers
 - 3 Hôpital de jour adulte :
 - Attente
 - Croisettes
 - 4 Rondavel :
 - A : Charlevoix
 - B : Les Mays
 - C : Le Plais
 - X-D : Le Breuil
 - 5 Bâtiment USN :
 - Le Haut-Bois
 - Salles de formation
 - Secrétariats médicaux
 - Service de santé au travail
 - Service social
 - 6 Ateliers d'ergothérapie
 - 7 Hôpital de jour enfant
 - 8 Ecole
 - 9 Le Chañoi
 - 10 Pharmacie
 - 11 Le Verdilat
 - 12 Unité Alzheimer
 - 13 Bâtiment La Selaune :
 - Bureaux représentant des personnels
 - Département Information Médicale
 - Maison d'Accueil Spécialisé
 - Salles de formation et réunion
 - 14 Bâtiment Les Sources :
 - Long séjour (USLD)
 - X Psychogériatrie
 - 15 Centre social :
 - Bibliothèque patient
 - Cafétéria
 - CDI
 - Espace Snoezelen
 - Salon de coiffure
 - Salle polyvalente
 - 16 Appartements communautaires



2.3 L'ORGANISATION FONCTIONNELLE

Le CHS de Fains-Véel comporte trois pôles :

- le pôle psychiatrie adultes, structuré en trois filières, psychiatrie générale, handicap et personnes âgées ;
- le pôle de psychiatrie infanto-juvénile, qui ne comporte pas de structure d'hospitalisation complète, le CH Verdun ayant compétence départementale à ce niveau ;
- le pôle médico-technique qui regroupe la pharmacie, l'hygiène environnementale, l'équipe opérationnelle d'hygiène, le centre social.

2.3.1 Le pôle psychiatrie adulte

Au sein du pôle psychiatrie adulte, la **filière de psychiatrie générale** comprend trois unités d'admission et de court séjour : le Breuil, les Placis, les Mays toutes trois situées dans le bâtiment Rondeval.

La **filière « handicap psychique »** comprend trois unités d'hospitalisation à temps complet :

- le Chânoi, unité fermée de soins au long cours pour des personnes souffrant de maladies mentales chroniques (schizophrénie principalement) ;
- le Verdilat, accueillant des personnes dont le handicap résulte de causes diverses, dont une part d'autisme et troubles envahissant du développement (TED) ;
- la Hautbois, accueillant des personnes polyhandicapées présentant des troubles sévères du comportement.

S'y ajoutent : quatre centres médico-psychologiques (CMP) et leurs centres d'accueil thérapeutique à temps partiel associés (CATTP), déployés sur l'ensemble du secteur à Bar-le-Duc, Commercy, Ligny-en-Barrois et Saint-Mihiel, et la participation aux unités sanitaires du centre de détention de Saint-Mihiel et de la maison d'arrêt de Bar-le-Duc. Le CMP de Revigny-sur-Ornain a été fermé le 1^{er} octobre 2015.

La **filière « personnes âgées »** ou géronto-psychiatrie comprend en hospitalisation complète :

- une unité d'admission ;
- deux unités d'hospitalisation de longue durée dites de psycho-gériatrie 1 et 2.

S'y ajoutent deux unités d'hospitalisation de jour sur le site du centre hospitalier, une à Commercy pour des projets de réhabilitation psycho-sociale et un accueil familial thérapeutique.

Seules l'unité d'accueil « Breuil », l'unité de soins au long cours « Chânoi » et, dans une moindre mesure, celles de psycho-gériatrie ont vocation à accueillir des patients en soins sans consentement.

Les capacités d'accueil s'établissent ainsi :

| PSYCHIATRIE ADULTES | | | |
|---------------------------------|------------------|--|------------------|
| Hospitalisation complète | | Hôpital de jour | |
| Placis | 20 lits | Intra | 12 places |
| Mays | 20 lits | Attente | 12 places |
| Breuil | 19 lits | Croisettes | 10 places |
| Chânoi | 19 lits | Commercy | 10 places |
| Verdilât | 19 lits | | |
| Hautbois | 16 lits | | |
| Psycho gériatrie | 46 lits | | |
| <i>Total :</i> | 159 lits | <i>Total :</i> | 44 places |
| Hôpital de nuit | | Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel | |
| Intra | 9 lits | CATTP Bar-le-Duc | 10 places |
| | | CATTP Commercy | 3 places |
| Placement familial | | CATTP Ligny-en-Barrois | 10 places |
| | | CATTP St-Mihiel | 10 places |
| | 10 places | <i>Total :</i> | 33 places |

2.3.2 Le pôle psychiatrie infanto-juvénile

Il comporte des structures de soins sur quatre sites :

- un hôpital de jour sur le site du centre hospitalier ;
- trois CMP-CATTP- hospitalisation de jour, à Ligny, Commercy et Bar-le-Duc ;

Capacité d'accueil :

| PSYCHIATRIE INFANTO JUVÉNILE | | | |
|-------------------------------------|-----------|--|----------|
| Hôpital de jour | | Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel | |
| Intra | 10 | | |
| Bar-le-Duc | 2 | CATTP Bar-le-Duc | 4 |
| Ligny-en-Barrois | 8 | CATTP Commercy | 3 |
| Commercy | 6 | CATTP Ligny-en-Barrois | 1 |
| <i>Total :</i> | 26 | <i>Total :</i> | 8 |
| Placement familial | | 2 places | |

2.3.3 Les structures médico-sociales

A ces deux pôles s'ajoutent des structures médico-sociales créées et gérées par le CHS :

- une maison d'accueil spécialisé, avec hospitalisation de jour ;
- une unité de séjour de longue durée (USLD) ;
- une unité « Alzheimer », avec places d'accueil de jour ;

- l'unité locale de diagnostic et d'évaluation de l'autisme (ULDA) du Sud Meusien et Toulous, qui développe ses activités au sein du service de pédopsychiatrie à Fains-Véel et à Commercy ;
- un centre d'action médico-social précoce (CAMSP) sur le site du centre hospitalier général de Bar-le-Duc.

Capacités :

| STRUCTURES MÉDICO-SOCIALES | |
|--|-----------|
| Maison d'accueil spécialisé | 38 places |
| Maison d'accueil spécialisé –hôpital de jour | 2 places |
| Unité de séjour de longue durée | 30 places |
| « Alzheimer » | 22 places |
| « Alzheimer » accueil de jour | 6 places |

2.4 LES PERSONNELS

2.4.1 Le personnel médical

L'établissement a fourni les données quantitatives suivantes :

Au global :

| | 2013 | 2014 | 2015 |
|----------------------------------|------|------|------|
| Tous services psychiatrie | 12,1 | 11,1 | 10,4 |
| Psychiatrie adultes | 11 | 9,8 | 9,3 |
| Psychiatrie enfants | 1,2 | 1,3 | 1,1 |

Les praticiens hospitaliers psychiatres :

| | 2013 | 2014 | 2015 |
|----------------------------------|------|------|------|
| Tous services psychiatrie | 6,8 | 7 | 6,7 |
| Psychiatrie adultes | 5,8 | 5,8 | 5,6 |
| Psychiatrie enfants | 1,1 | 1,2 | 1,1 |

Les médecins généralistes

| | 2013 | 2014 | 2015 |
|----------------------------------|------|------|------|
| Tous services psychiatrie | 4,1 | 4,1 | 3,7 |
| Psychiatrie adultes | 4 | 4 | 3,7 |
| Psychiatrie enfants | 0,1 | 0,1 | 0 |

2.4.2 Le personnel non médical

Pour l'année 2015, les données suivantes ont été fournies :

- Personnels des services de soins et de rééducation :

| | Tous services CHS | Psychiatrie adultes | Psychiatrie enfants |
|--|-------------------|---------------------|---------------------|
| Cadre supérieur | 1 | 0,7 | 0,3 |
| Cadres de santé | 11,8 | 9,6 | 2 |
| Infirmiers | 138,3 | 115,3 | 15,1 |
| Aides-soignants | 78,6 | 72,2 | 1 |
| Ergothérapeutes | 5,1 | 5,1 | |
| Psychologues | 16,9 | 8,4 | 6,8 |
| Personnels éducatifs et sociaux | 12,4 | 8,4 | 4,1 |
| Assistants de service social | 9,2 | 5,2 | 4,1 |
| Personnels socio-éducatifs | 3,2 | 3,2 | |
| TOTAL : | 256,1 | 212,5 | 28,3 |

- Personnels administratifs et techniques :

| | Tous services CHS | Psychiatrie adultes | Psychiatrie enfants |
|---|-------------------|---------------------|---------------------|
| ASH | 29,6 | 27,6 | 2 |
| Assistants médico-administratifs | 7,6 | 5,6 | 2 |
| Autres | 5,7 | 3,6 | 2 |
| TOTAL : | 42,9 | 36,8 | 6 |

2.4.3 La gestion des ressources humaines

La formation des personnels est une priorité affichée par la direction qui a indiqué que l'ensemble des agents concernés avait suivi la formation « *oméga* » pour apprendre à faire face aux situations de violence. Tout au long de la visite, les personnels rencontrés par les contrôleurs ont confirmé cet investissement.

Le bilan social de 2014 fait apparaître que la première cause d'accidents de travail sur le site demeure le « *contact avec malades agités* ». Les personnels principalement concernés sont les aides-soignants et les infirmier(e)s. En chiffre, trente-deux accidents de travail³ sans arrêt de maladie, et dix avec arrêt de maladie ont été enregistrés en 2014.

³Les accidents de trajet ne sont pas pris en compte dans cette statistique.

L'institut de formation en soins infirmiers (IFSI) n'est pas situé sur le site du CHS de Fains-Véel mais sur celui de l'hôpital général de Bar-le-Duc. Cet éloignement géographique n'empêche pas les élèves de venir en stage au CHS.

Le taux de *turn-over* reste modéré avec une valeur à peine supérieure à 5 %, due essentiellement aux départs en retraite et aux remplacements qui en découlent.

Le taux de mobilité interne était en 2014 de 12,49 % pour les personnels des services de soins, et de 10,59 % pour les personnels non médicaux.

Le taux d'absentéisme global était de 7,42 % en 2014 contre 7,06 % en 2013 et 6,06 % en 2012.

2.5 LES DONNEES FINANCIERES

Il a été indiqué aux contrôleurs que six budgets sont gérés :

- le budget principal de 26,493 millions d'euros ;
- le budget E pour l'unité « Alzheimer » de 1,011 millions d'euros ;
- le budget B pour l'unité de soins de longue durée de 1,737 millions d'euros ;
- le budget P pour la maison d'accueil spécialisé de 2,804 millions d'euros ;
- le budget P2 pour l'unité locale de diagnostic et de l'évolution de l'autisme de 55 000 euros ;
- le budget P3 pour le centre d'action médico-social précoce de 516 000 euros.

Le compte financier 2014, budget général, s'établit ainsi :

| Compte financier 2013 | Etat de prévision des recettes et dépenses 2014 | Compte financier 2014 | Ecart 2013/2014 en pourcentage |
|--------------------------|---|--------------------------|-----------------------------------|
|--------------------------|---|--------------------------|-----------------------------------|

CHARGES

| | | | | |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|---------------|
| Personnel | 21 135 064 | 20 754 967 | 21 120 452 | - 0,07% |
| A caractère médical | 723 373 | 734 462 | 696 641 | -3,70 % |
| A caractère hôtelier et général | 3 413 451 | 3 542 821 | 3 238 859 | -5,11% |
| D'amortissements de provisions financières et exceptionnelles | 1 464 576 | 1 456 890 | 1 437 540 | -1,85% |
| TOTAL CHARGES | 26 736 466 | 26 489 141 | 26 493 494 | -0,91% |

PRODUITS

| | | | | |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|---------------|
| Versés par l'assurance maladie | 23 315 878 | 23 085 540 | 23 167 049 | -0,64% |
| Autres produits de l'activité hospitalière | 1 502 309 | 1 449 000 | 1 495 173 | -0,47% |
| Autres produits | 1 488 778 | 1 394 085 | 1 420 011 | - 4,62% |
| TOTAL PRODUITS | 26 306 965 | 25 978 625 | 26 082 234 | -0,85% |

RÉSULTATS

| | | | |
|-----------------|-----------------|-----------------|---------------|
| -429 501 | -510 516 | -411 260 | -4,25% |
|-----------------|-----------------|-----------------|---------------|

2.6 L'ACTIVITE

| Données d'hospitalisation des pôles par statut des patients | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|---------------|---------------|-----|-----|--------------|---------------|---------------|-----|-----|
| Année 2014 | Pôle psychiatrie adulte | | | | | | | | | |
| Activité par statut d'hospitalisation psy adultes | Le Breuil | | | | | Chânoi | | | | |
| | Nbre mesures | Nbre patients | Nbre journées | DMS | DMH | Nbre mesures | Nbre patients | Nbre journées | DMS | DMH |
| Total soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) | 39 | 25 | 1 470 | 38 | 38 | 9 | 4 | 1 223 | 45 | 136 |
| SDRE (DE) | 31 | 17 | 1 426 | 49 | 46 | 8 | 3 | 867 | 45 | 108 |
| Dont urgence | | | | | | | | | | |
| Dont maire | | | | | | | | | | |
| Dont détenus | 7 | 7 | 35 | 5 | 5 | | | | | |
| Dont décision judiciaire | 1 | 1 | 9 | | 9 | 1 | 1 | 356 | | 356 |
| Pour mineurs OPP | 1 | 1 | 18 | 18 | 18 | | | | | |
| Total soins à la demande d'un tiers (SDT) | 116 | 89 | 2 872 | 33 | 25 | 7 | 4 | 1 017 | 98 | 145 |
| Dont « 2 certificats » | 71 | 53 | 1 755 | 37 | 25 | 6 | 3 | 1 016 | 147 | 169 |
| Dont urgence | 36 | 28 | 1 011 | 30 | 28 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Dont péril imminent | 9 | 8 | 106 | 15 | 12 | | | | | |
| Total soins libres | 44 | 35 | 419 | 18 | 10 | 20 | 13 | 3 630 | 170 | 182 |
| Total soins | 200 | 150 | 4 779 | 30 | 24 | 36 | 21 | 5 870 | 118 | 163 |
| Nombre de lits | 19 | | | | | 19 | | | | |
| Taux d'occupation | 68,9 % | | | | | 84,6% | | | | |

| Données d'hospitalisation des pôles par statut des patients | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|---------------|---------------|-----|-----|--------------|---------------|---------------|-----|-----|
| Année 2015 11 mois | Pôle psychiatrie adulte | | | | | | | | | |
| | Le Breuil | | | | | Chânoi | | | | |
| Activité par statut d'hospitalisation psy adultes | Nbre mesures | Nbre patients | Nbre journées | DMS | DMH | Nbre mesures | Nbre patients | Nbre journées | DMS | DMH |
| Total soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) | 20 | 18 | 1 055 | 18 | 53 | 11 | 9 | 837 | 15 | 76 |
| SDRE (DE) | 16 | 14 | 1 030 | 23 | 64 | 10 | 8 | 810 | 15 | 81 |
| Dont urgence | | | | | | | | | | |
| Dont maire | | | | | | | | | | |
| Dont détenus | 4 | 4 | 25 | 6 | 6 | | | | | |
| Dont décision judiciaire | | | | | | 1 | 1 | 27 | | |
| Pour mineurs OPP | 1 | 1 | 15 | 85 | 15 | | | | | |
| Total soins à la demande d'un tiers (SDT) | 148 | 114 | 3 425 | 26 | 23 | 5 | 5 | 706 | | 141 |
| Dont « 2 certificats » | 99 | 73 | 2 118 | 25 | 21 | 4 | 4 | 533 | | 133 |
| Dont urgence | 30 | 25 | 944 | 34 | 31 | 1 | 1 | 173 | | 173 |
| Dont péril imminent | 19 | 16 | 363 | 24 | 19 | | | | | |
| Total soins libres | 43 | 38 | 773 | 38 | 18 | 28 | 16 | 3 842 | 60 | 137 |
| Total soins | 212 | 171 | 5 273 | 27 | 25 | 44 | 30 | 5 385 | 51 | 122 |
| Nombre de lits | 18 | | | | | 19 | | | | |
| Taux d'occupation | 83,1 % | | | | | 84,9% | | | | |

2.7 LE SERVICE « QUALITE »

Le service « qualité » est commun au Centre hospitalier général et à l'établissement public de santé mentale de Fains-Véel. Il a été créé en 2003 à Bar-le-Duc et il est dirigé par un directeur qualité.

Une cadre supérieure l'anime au CHS depuis 2006 ; une technicienne qualité est son adjointe depuis 2008 et une assistante est affectée au service depuis 2010. La première démarche de certification a été engagée en janvier 2005, il s'agissait d'un état des lieux. Ces démarches se sont poursuivies en octobre 2008 et octobre 2012, avec un rapport de suivi en février 2014. La prochaine étape devrait aboutir à la certification complète en 2017.

Le principe d'un « compte qualité » est en cours entre l'établissement, l'ARS (agence régionale de santé) et la HAS (haute autorité de santé). Il comprend la mise en place d'une auto-évaluation avec des améliorations. Des visites aléatoires seront possibles.

Des axes de progression sont déterminés dans la démarche qualité, ils concernent :

- le dossier patient : un groupe de travail est en place en vue de l'informatisation ;
- le circuit informatisé du médicament ;
- la gestion des risques : les articulations et la coordination sont à valoriser ;
- les EPP (évaluations des pratiques professionnelles) qui doivent toujours progresser ; à titre d'exemple, le sujet de la sexualité a fait l'objet d'une formalisation intéressante au service « Chânoi » ; le document est accessible sur le serveur.

Le travail du service « qualité » comprend la mise en place et le suivi d'un système documentaire complet. Cette réalisation a été faite par process (processus de soins des différents services et processus supports). Les mises à jour sont effectuées et un système d'alerte est en projet pour revisiter tous les documents de plus de quatre ans.

Des classeurs papier adaptés à chaque service y sont déposés, les mises à jour sont envoyées aux cadres de santé par intranet, ces derniers sont chargés de remplacer les documents dans les classeurs. Les procédures originales signées sont scannées et disponibles sur le serveur commun (gestion documentaire process).

La méthode de travail du service qualité est conçue en démarche participative constante avec des groupes pluridisciplinaires prenant appui sur les pratiques réelles. L'efficacité et le gain de temps sont privilégiés dans les réunions.

Il est apparu aux contrôleurs que les soignants dans les services n'avaient pas la meilleure connaissance de toutes les informations disponibles et n'utilisaient que partiellement ce système documentaire ; une information apparaît nécessaire pour une meilleure connaissance de la pertinence de l'outil.

Recommandation :

Le service qualité produit un travail qui mériterait d'être mieux connu et mieux utilisé par l'ensemble des services. La diffusion et la prise en compte de l'information produite doivent être améliorées.

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

3.1 L'ARRIVEE DES PATIENTS ADMIS SANS CONSENTEMENT

3.1.1 Les modalités d'admission

Selon les informations fournies, la moitié environ des patients admis en soins sans consentement ont initialement été accueillis par le service des urgences du centre hospitalier de Bar-le-Duc.

Une « convention relative à la prise en charge des urgences psychiatriques » organisant le fonctionnement de l'accueil des urgences psychiatriques au sein du centre hospitalier a été signée le 17 octobre 2002 entre le CHS de Fains-Véel et le centre hospitalier (CH) de Bar-le-Duc.

Cette convention, modifiée par un avenant en date du 3 novembre 2014, prévoit la présence au CH d'un infirmier du CHS du lundi au vendredi de 9h à 12h et l'intervention à la demande d'un infirmier du CMP de Bar-le-Duc de 13h à 17h. Le week-end, un infirmier du CHS intervient sur demande de 9h à 17h au service des urgences. Par ailleurs, la chef du pôle de psychiatrie adulte effectue hebdomadairement deux vacations d'une demi-journée au CH. En dehors de ce cadre, l'évaluation du patient peut être sollicitée par le service des urgences auprès du médecin psychiatre d'astreinte du CHS qui se déplace au CH ; si ce dernier est de garde, le CH organise le transfert du patient au CHS pour un avis médical.

Les décisions d'hospitalisation sont prises conjointement par les médecins psychiatres du CHS et les médecins du service des urgences. L'éventuel transfert du service des urgences au CHS est organisé par le CH ; une ambulance ou un véhicule des pompiers transporte le patient jusqu'au bâtiment Rondeval où se trouve le bureau des admissions et des frais de séjour ainsi que l'unité Breuil qui héberge les personnes hospitalisées sans leur consentement.

Le bureau des admissions, ouvert du lundi au vendredi de 8h30 à 12h et de 13h30 à 17h (16h30 le vendredi), est composé de trois personnes et dirigé par une responsable qui partage son temps entre le CHS et le CH. Un agent consacre son temps à traiter les admissions des patients en soins libres et sans consentement. L'admission administrative est effectuée dès l'arrivée du patient (qu'il soit ou non passé par le service des urgences) par le bureau des admissions pendant les heures ouvrables ou le cadre administratif de garde le reste du temps.

Les procédures d'admission et de maintien des patients en soins psychiatriques sans consentement ont fait l'objet de trois protocoles détaillés qui en définissent les règles et les modalités ainsi que les démarches des professionnels hospitaliers :

- le premier, consacré à l'admission et au maintien en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT) ou en urgence (SPTU) a été rédigé le 15 mai 2014 ;
- le deuxième, consacré à l'admission et au maintien en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État a également été rédigé le 15 mai 2014 ;
- le troisième, consacré à l'admission et au maintien en soins psychiatriques en cas de péril imminent a été rédigé le 1^{er} juillet 2014.

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

Les protocoles évoqués ci-dessus relatifs au SPDT, SPDTU et péril imminent prévoient que « le personnel soignant informe le patient de la décision et lui fait dater et signer un exemplaire qu'il retransmet au bureau des entrées. En cas de refus du patient ou si son état ne le permet pas,

l'exemplaire sera renvoyé et signé par deux soignants en précisant les mentions : n'est pas en mesure de signer ou refus de signer ».

Ces documents ne font aucune référence à la notification des droits et voies de recours prévue à l'article 3211-3 b) du code de la santé publique⁴.

Dans les faits, la notification de la décision d'admission – pour les patients hospitalisés sous ces régimes – est effectuée par un infirmier ou un aide-soignant de l'unité dès l'arrivée du patient, quel que soit son état, par la remise contre signature de la décision du directeur et d'une copie du certificat médical initial.

Les agents interrogés ont précisé que, si la personne n'était pas en état de comprendre, ils signaient la décision d'admission à sa place et lui expliquaient les enjeux ultérieurement. Ils ont également précisé que, si la notification des droits et voies de recours relevaient de leurs attributions, dans les faits, ils se reposaient souvent sur le psychiatre pour y procéder lors du premier entretien.

La procédure de notification aux patients en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE) est différente. La notification de la décision d'admission est faite à l'aide d'un bordereau signé par le patient sur lequel il reconnaît avoir été informé de ses droits figurant sur la « fiche d'information relative aux droits de la personne en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat » et avoir reçu notification de l'arrêté préfectoral et du certificat médical ; ces deux derniers documents ainsi que la fiche d'information lui sont remis.

La fiche d'information reprend l'ensemble des droits prévus à l'article 3211-3 du code de la santé publique et précise les adresses des autorités susceptibles d'être saisies ; elle expose également une présentation brève du déroulement de la prise en charge. Cette fiche n'est pas à jour des modifications apportées par la loi du 27 septembre 2013 puisqu'elle fait toujours référence à une audience du JLD dans les quinze jours suivant la décision d'admission.

Il est apparu aux contrôleurs que les infirmiers et aides-soignants maîtrisaient peu les informations et procédures à notifier aux patients.

Selon les informations fournies, le médecin de garde de l'unité qui reçoit le patient dans les 24h suivant son placement revient sur les droits et voies de recours en lisant au patient un document

⁴Dès l'admission ou aussitôt que son état le permet et, par la suite, à sa demande et après chacune des décisions mentionnées au même deuxième alinéa, de sa situation juridique, de ses droits, des voies de recours qui lui sont ouvertes et des garanties qui lui sont offertes en application de l'article L. 3211-12-1.

L'avis de cette personne sur les modalités des soins doit être recherché et pris en considération dans toute la mesure du possible.

En tout état de cause, elle dispose du droit :

- 1° De communiquer avec les autorités mentionnées à l'article [L. 3222-4](#) ;
- 2° De saisir la commission prévue à l'article [L. 3222-5](#) et, lorsqu'elle est hospitalisée, la commission mentionnée à l'article [L. 1112-3](#) ;
- 3° De porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence ;
- 4° De prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ;
- 5° D'émettre ou de recevoir des courriers ;
- 6° De consulter le règlement intérieur de l'établissement et de recevoir les explications qui s'y rapportent ;
- 7° D'exercer son droit de vote ;
- 8° De se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

d'information de deux pages intitulé « l'essentiel de ce que je dois savoir sur mes soins psychiatriques sans consentement » – qui est également remis au patient – et qui précise notamment les voies de recours en cas de contestation de la mesure de soins ou de ses modalités de mise en œuvre. Ce document ne fait pas référence à l'ensemble des droits prévus à l'article 3211-3 du code de la santé publique ; en revanche, ils apparaissent dans le livret d'accueil remis aux patients.

Les pratiques en vigueur garantissent insuffisamment l'égalité qualité des informations délivrées ; il convient de réfléchir aux modalités de notification de la décision d'admission, des droits et voies de recours et d'envisager une formation spécifique des soignants.

L'ensemble des documents relatifs aux notifications doit être à jour de la loi du 27 septembre 2013.

Recommandation :

Les différences de procédures de notification, en fonction du prescripteur, des mesures d'hospitalisation en soins sans consentement semblent conférer une importance à géométrie variable aux impératifs de l'article 3211-3 du code de la santé publique. Les pratiques en vigueur garantissent insuffisamment l'égalité qualité des informations délivrées. Il convient de réfléchir aux modalités de notification, et d'envisager une formation spécifique des soignants.

3.1.3 L'inventaire et la conservation des effets personnels

Lors de l'admission d'un patient en unité d'hospitalisation, un inventaire contradictoire de ses effets personnels est réalisé par un personnel soignant. Les patients sont invités à ne pas conserver de valeurs (bijoux, numéraire, livret d'épargne...) pendant leur hospitalisation ; ils peuvent les déposer, *via* le service des admissions, à la trésorerie de Bar-le-Duc. Selon les informations fournies, cette procédure est rarement mise en œuvre, deux à trois fois par an environ, ce type de biens étant le plus souvent remis à la famille.

A l'unité Breuil, des casiers individuels situés dans le bureau infirmier permettent de stocker les objets potentiellement dangereux (rasoirs, parfums, aérosols...) et ceux qui ne peuvent être conservés dans les chambres (clés, papiers d'identité, téléphones portables, tabac des patients qui ne gèrent pas leur consommation...).

L'argent liquide conservé par les patients est placé dans une enveloppe fermée sur laquelle une feuille est agrafée où figurent le nom et la signature du patient ainsi que la somme contenue. A chaque retrait ou dépôt, les dates et montants des sommes sont indiqués sur la feuille qui est de nouveau signée par le patient. Ces enveloppes sont conservées dans un coffre situé dans le bureau infirmier.

3.1.4 La désignation d'une personne de confiance

Un formulaire de « désignation de la personne de confiance » est en principe remis par les soignants aux patients au moment de leur admission, accompagné d'une information orale. Une fois complétés, ces formulaires sont classés dans le dossier médical du patient.

Au moment de la visite, à l'unité Breuil, six patients avaient désigné une personne de confiance ; dans les deux services de psycho-gériatrie, tous l'avaient fait ; en revanche, au Chânoy, le cadre de santé a expliqué aux contrôleurs que le service avait cessé de proposer aux patients la possibilité de désigner une personne de confiance.

Il convient de veiller au respect des dispositions de l'article 1111-6 du code de la santé publique qui prévoient que « *lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au patient de désigner une personne de confiance* ».

Recommandation :

La procédure de désignation d'une personne de confiance prévue par l'article 1111-6 du code de la santé publique doit être appliquée dans toutes les unités.

3.2 L'INFORMATION DES PATIENTS ADMIS

3.2.1 Le livret d'accueil et le règlement intérieur

Le livret d'accueil du centre hospitalier spécialisé de Fains-Véel est constitué d'une brochure en couleurs de format 21 x 29,7 cm, de trente pages dont trois sont consacrées à des annonces publicitaires permettant son financement et deux sont laissées vierges pour une éventuelle prise de notes. La page de couverture, outre la photo, le nom de l'établissement et l'ensemble de ses coordonnées, mentionne la date de réalisation du livret : 2012/2013. Il a été indiqué aux contrôleurs que son actualisation est prévue par la mise en place d'un groupe de travail en 2016.

En cinq parties, le livret permet d'être renseigné sur l'organisation de l'établissement, son offre de soins, l'admission, l'hospitalisation, les obligations et les droits des patients. Sur une page, en huit langues est proposée l'assistance d'un interprète. Les articles du code de la santé publique relatifs à la personne de confiance, au droit à l'information et à la protection juridique des majeurs y sont indiqués et la charte de la personne hospitalisée, reproduite.

Sur une page, les catégories d'admissions en soins sans consentement sur les fondements de la loi du 5 juillet 2011 sont explicitées ainsi que les droits y afférant. En revanche, ne sont pas indiqués face aux noms des organismes de recours leurs adresses ou numéros de téléphone.

Ce livret donne également des renseignements pratiques sommaires tels : le culte, les activités, le courrier ou les visites qui font l'objet de règles de vie particulières à chaque unité (*cf. infra*)

L'avant-dernière page de la brochure se présente sous forme d'une pochette où sont insérés :

- un double feuillet intitulé « vos contacts » mentionnant au recto et au verso, pour chaque pôle, le numéro de téléphone du secrétariat et le nom des médecins qui y sont attachés et reproduisant dans la double page centrale le plan de l'établissement ;
- un feuillet recto/verso relatif à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) ;
- un feuillet recto/verso mentionnant les indicateurs de qualité et de sécurité des soins ;
- le plan de situation du CHS et de ses sites départementaux de proximité ;
- le questionnaire de satisfaction auquel est agrafée l'enveloppe à destination de la direction des usagers.
- le verso du document cite la charte Marianne.

Ce livret d'accueil est remis aux patients lors de la première hospitalisation mais n'est pas délivré aux familles ; lors de toute autre hospitalisation, il est donné aux patients par les soignants. Il a

été rapporté aux contrôleurs que les services disposaient d'exemplaires pouvant être remis aux proches à leur demande.

Par ailleurs, chaque unité a élaboré ses propres règles de vie sous forme d'un ou deux feuillets ajoutés au livret d'accueil à l'arrivée des patients.

Bonne pratique :

Le livret d'accueil propose en huit langues l'assistance d'un interprète.

Recommandation :

Sur le livret d'accueil, ne sont pas indiqués face aux noms des organismes de recours leurs adresses et leurs numéros de téléphone.

3.2.2 Le recueil des observations des patients

Le recueil des observations du patient au sens de l'article L. 3211-3, alinéa 2 du code de la santé publique⁵ n'est pas appliqué au sein de l'unité Breuil. Les personnels interrogés sur la mise en œuvre de cette obligation légale ne semblaient absolument pas au courant de son existence.

3.3 L'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

La demande d'accès au dossier médical se fait par courrier adressé, en recommandé, au directeur de l'hôpital. Il n'existe pas de formulaire spécifique pour faire cette demande. La validité de la demande est examinée par le secrétariat.

En 2014, neuf demandes de consultation du dossier médical ont été faites et dix-sept en 2015. Il n'est pas signalé par l'administration de l'hôpital de difficultés dans la réalisation de cette démarche.

3.4 LE COMITE D'ETHIQUE

Le comité d'éthique porte le nom d'« Espace de réflexion éthique » (ERE). Il existe depuis 2005 et concerne l'ensemble du pôle de santé sud-meusien (CH, CHS et cliniques).

Le président, responsable de l'hospitalisation à domicile (HAD) est secondé par une cadre de santé affectée au CHS. Une vingtaine de membres permanents de tous les secteurs participent aux travaux.

L'activité comprend trois réunions plénières chaque année, auxquelles s'ajoutent le travail lié à des saisines et des visites d'EHPAD.

⁵ Avant chaque décision prononçant le maintien des soins en application des articles [L. 3212-4](#), [L. 3212-7](#) et [L. 3213-4](#) ou définissant la forme de la prise en charge en application des articles [L. 3211-12-5](#), [L. 3212-4](#), [L. 3213-1](#) et [L. 3213-3](#), la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est, dans la mesure où son état le permet, informée de ce projet de décision et mise à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à cet état.

Des formations sont dispensées :

- cours à l'IFSI ;
- débats en soirée (30 à 40 participants en moyenne) sur des thèmes proposés par les soignants (21 mai 2015 : les impératifs médico-économiques et la réflexion éthique ; 26 novembre 2015 : la mort) ;
- journée régionale sur le thème de la bientraitance ;
- programme spécifique en projet pour le CHS.

3.5 LA PLACE LAISSEE AUX REPRESENTANTS DES FAMILLES ET DES USAGERS

3.5.1 Les associations de famille et d'usagers

Une seule association de familles est représentée au CHS de Fains-Véel ; il s'agit de l'union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM). Les contrôleurs ont rencontré sa représentante régionale dont la délégation dans le département de la Meuse ne compte que huit adhérents. Elle-même est membre du conseil de surveillance du CHS, l'un des adhérents est membre de la CDSP (commission départementale des soins psychiatriques) mais en revanche, aucun d'entre eux ne participe à la CRUPQC.

L'UNAFAM informe de sa présence par affichage et plaquettes et demande aux médecins de faire circuler l'information. Selon les propos recueillis, il existe une carence de dialogue avec ces derniers et un manque d'écoute général des familles. Les adhérents apprécient la cafétéria qui est « un lieu de liberté » ; en revanche, ils déplorent des mises sous contention qu'ils disent plus fréquentes que dans le passé. Ils ont organisé pour eux-mêmes un groupe de parole animé par un psychologue qui se déroule dans un local prêté par l'union départementale des associations familiales (UDAF) avec les membres de laquelle ils entretiennent de bonnes relations.

3.6 LA PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS

A l'instar de tous les établissements de santé dont la capacité d'accueil est de plus de quatre-vingts lits, le CHS a eu l'obligation de se doter d'un mandataire judiciaire. Dans un premier temps, cette fonction a été mutualisée avec celui d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ; depuis le 1^{er} octobre 2015, une convention a été passée avec le centre hospitalier général de Verdun où le courrier du mandataire est centralisé. Au 31 décembre 2014, le nombre de patients relevant d'une mesure confiée au mandataire judiciaire du CHS était de vingt-sept.

Des mesures de tutelle et de curatelle sont également confiées aux services mandataires à la protection des majeurs gérés par des associations (UDAF ou Association tutélaire de la Meuse) avec les délégués desquelles le CHS a de bonnes relations. Ces derniers sont bien identifiés au sein de chacun des services et, s'ils se déplacent peu, ils sont disponibles à l'appel des patients ou des soignants. Ils adressent régulièrement aux patients dont ils ont la charge des bons d'achat leur permettant de se procurer en échange vêtements, tabac ou objets divers qu'ils souhaitent acquérir. Les commerçants de la ville acceptent sans difficulté ces modalités, étant remboursés rapidement par les tuteurs sur production des bons.

3.7 LES INCIDENTS ET LEUR TRAITEMENT

Le livret d'accueil indique (page 10) que l'établissement est engagé dans une démarche « *qualité* ». Le patient ou sa famille y sont encouragés à faire connaître anonymement ou non leurs réflexions ou leurs mécontentements. L'existence d'un registre à cet effet au bureau des entrées est indiquée et il y précisé les autres formes écrites ou orales de déclarations.

3.7.1 Le traitement des plaintes et réclamations

Les plaintes et réclamations écrites ou orales sont portées à la connaissance de la direction des relations avec les usagers.

Elles font l'objet d'un enregistrement puis d'un traitement avant d'être portées à la connaissance de la CRUQPC.

Les contrôleurs se sont fait communiquer le tableau de bord des plaintes et réclamations de 2015 :

| N° | DATE | SERVICE | OBJET | SUITE DONNÉE |
|----|------------|--------------|---|--|
| 1 | 26 janvier | Le Haut Bois | Intervention du père d'un patient au secrétariat, il se plaint de ne pas avoir de contact avec le médecin qui a son fils en charge | Rencontre avec directrice qualité le 27 janvier qui organise un RdV avec le médecin le 8 avril 2015. |
| 2 | 10 février | | Non respect secret professionnel Une ancienne patiente est mécontente que son séjour en psychiatrie ait été divulgué à une enquêtrice mandatée par le juge des affaires familiales dans le cadre d'un divorce. | Les conditions juridiques de la divulgation d'information ont été explicitées |
| 3 | 20 mars | | Mail de la mère d'une patiente qui demande un rendez-vous avec le directeur | Dossier transmis au médecin responsable |
| 4 | mars | PG 2 | Réclamation inscrite sur le registre de doléances du service Rondeval. Disparition de maquillage et parfum dans armoire plus situation conflictuelle avec voisine de chambre | 1er avril, transmission au cadre de santé pour éléments de réponse 2 avril, réponse du cadre de santé 2 avril, réponse à l'intéressée Délai total : 1 jour |
| 5 | 8 juin | USLD | Courrier des enfants d'un patient au sujet de disparition d'effets personnels dont du linge | 12 juin, courrier transmis au cadre de santé concerné 18 juin, réponse du cadre de santé. Situation évoquée avec la directrice qui décide de modifier la prise en charge de l'entretien des vêtements |

| | | | | |
|---|----------------------|-------------|--|--|
| | | | | 18 septembre : courrier à la personne, et indemnisation à hauteur de 231,40 euros par la SHAM ⁶ |
| 6 | 1 ^{er} août | Chantereine | Courrier de la fille d'une patiente | La personne exprime son mécontentement relatif à la prise en charge de sa mère : surdosage de médicament entraînant une très grosse fatigue. Transmission du courrier au chef de pôle. Proposition de rencontre avec le médecin médiateur refusée. |
| 7 | 20 août | | Dans un mail, propos d'un médecin au sujet de la prise en charge de son père | Réponse fournie dans un délai d'un jour par le médecin responsable du service d'hospitalisation du patient |
| 8 | 24 août | H3 Enfants | Courrier - Mécontentement relatif au manque de communication | 24 août, courrier transmis à la personne concernée par la mise en cause, éléments de réponse fournis le 26. 31 août, courrier de réponse |

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

La commission a été installée le 1^{er} janvier 2005. Sa composition, son fonctionnement, ses missions font l'objet d'une fiche intégrée dans le livret d'accueil.

Elle s'est réunie à quatre reprises en 2014. Le rapport d'activité présenté aux contrôleurs fait état de :

- le délai moyen de réponse par l'établissement à toute réclamation formulée par l'usage est de douze jours ;
- six réclamations ont été recensées en 2014 pour un nombre total de personnes prises en charge au moins une fois dans l'année de 4 574 ;
- cinq réclamations concernaient la psychiatrie, et une l'unité de séjour de longue durée (USLD) ;
- aucun contentieux n'a été enregistré ;
- neuf demandes d'accès au dossier médical ont été formulées et ont toutes été traitées.

3.7.3 Les violences et événements indésirables

La direction de la qualité et de la relation avec les usagers a édicté les règles pour le contenu puis l'établissement des fiches d'événements indésirables et leur traitement.

La première étape est la déclaration de signalement que peut effectuer tout professionnel de l'établissement. Une charte d'incitation en date du 20 novembre 2014 signée par la directrice a été diffusée. A la première personne du singulier, la directrice s'y engage à n'intenter aucune action disciplinaire à l'encontre d'un agent qui « aura spontanément et sans délai révélé un

⁶Société d'assurance de responsabilité civile médicale.

manquement aux règles de sécurité dans lequel il est impliqué et dont l'établissement n'aurait pas eu connaissance autrement ».

Le traitement de la déclaration d'événement indésirable (DEI) est ensuite formalisé et pris en compte selon les normes prévues par la haute autorité de santé.

Il a été fourni aux contrôleurs les statistiques suivantes sur le nombre de DEI enregistrés du 1^{er} janvier au 9 décembre 2015 :

- treize fiches de signalement d'évènements indésirables en psycho-gériatrie (dix au PG 1 et trois au PG2) ;
- onze au Breuil ;
- dix au Chânoi.

Dans le détail les derniers en date des événements relatant des violences dans l'unité Breuil :

| DATE | RELATATION DE L'ÉVÈNEMENT |
|------------------------|--|
| 10 février 15 17h | « En fin d'après-midi, entendons un cri dans le couloir au niveau de la salle télé, M.. aurait aux dires du patient fermé la porte du salon télé violemment car les autres patients discutaient bruyamment. Résultat M..... s'est retrouvé blessé au niveau du majeur de la main gauche. » |
| 17 octobre 15 19h15 | « Attitude d'opposition lors de la distribution du traitement, M. s'énerve fortement, casse une assiette soudainement et frappe violemment la table. Tente ensuite de s'en prendre à l'équipe soignante, agressivité +++. Tentative de passage à l'acte physique hétéro agressif envers les soignants. Pacification impossible/maitrise au sol du patient. Déclenchement du PTI, isolement du patient et TTT si besoin (injection). Médecin de garde prévenu ». |
| 9 novembre 15 11h | « Ce matin à 11h lors du retour en chambre de M. après une opération de maintenance d'une vitre ayant nécessité de l'en sortir, ce dernier a fait volte-face au moment de réintégrer la chambre en bousculant les trois soignants qui l'accompagnaient. La violence de passage en force a nécessité que les trois agents IDE utilisent les moyens physiques nécessaires la maitrise au sol du patient et activer le PTI pour finaliser la remise en chambre du patient. Médecin psychiatre en service qui a réévalué le traitement et la conduite à tenir. » |

Dans les unités de psycho-gériatrie :

| DATE | RELATATION DE L'ÉVÈNEMENT |
|--------------------------------------|---|
| 9 février 15 8h30 et 10h30 PG1 | « Au moment de la toilette, je commence à laver la patiente, cette personne m'agrippe le bras et enfonce ses ongles dans l'avant-bras gauche, me blessant le bras (griffures plus hématome) l'équipe a décidé de l'isoler en salle à manger afin qu'elle ne se blesse pas qu'elle ne blesse aucun patient/agent. Plus tard dans la matinée à 10h30 la patiente a chuté de son fauteuil malgré la sangle de sécurité. Voulant la relever avec ma collègue, la patient m'agrippe et me serre le bras droit en me blessant pour la seconde fois « griffure plus hématome). » |
| 9 février 15 11h30 PG1 | « Suite aux agressions envers d'autres patients, nous l'accompagnons à sa chambre pour la remettre au calme. Nous rendons compte qu'elle est souillée, nous la changeons : dès lors se débat et me gifle au visage ». |
| 2 avril 15 10h PG2 | « M m'a giflé violemment lorsque je refuse qu'elle démonte son lit à 10h du matin pour le coucher. »(sic) |

| | |
|---------------------------|---|
| 9 mai 15 8h30 PG2 | <i>Patiente angoissée et agressive physiquement ce jour, me rejoint dans l'office pendant que je coupais le pain. M'attrape par le bras et me lacère avec ses deux mains (griffures bras) »</i> |
| 6 juin 15 18h PG1 | <i>« Au moment du repas, refuse toute alimentation, s'agite ++, m'attrape par le cou et serre très fort. Deux collègues ont été nécessaires pour me dégager de son emprise. Griffures et rougeurs de niveau de mon cou. »</i> |
| 7 juin 15 18h30 PG1 | <i>« Au moment du change, très agressive, frappe, donne des coups de pied, me griffe le visage et me donne un coup. Deux agents nécessaires pour la maîtriser. »</i> |

Dans l'unité Chânoi :

| DATE | RELATATION DE L'ÉVÈNEMENT |
|----------------------|---|
| 8 février 15 7h45 | <i>« M. lève la main devant l'ASH. Recadre par l'IDE. M. tente de frapper l'IDE. Maîtrisé, mis en chambre. Vu par le docteur... Ceinture ventrale 24h/24 hors chambre et couché pour éviter passage à l'acte ».</i> |
| 8 février 15 7h45 | <i>« A 7h45 nous entendons des coups alors que nous sommes en train de maîtriser un patient violent. M. X a frappé à plusieurs reprises M. Y à la tête (environ 10-15 fois).PTI. Patient semi-conscient et couvert de sang. La violence des coups a fait rebondir la tête sur le mur maculé de sang. Patient maîtrisé, fixé, injecté. Docteur D. prévenu et cadre de garde. Transfert au Breuil. Etant au fond du couloir, ce sont des bruits sourds de coups qui nous ont alertés».</i> |
| 20 avril 15 9h50 | <i>« Après la toilette, M. X. gifle un membre du personnel soignant. Maîtrisé, conduit en chambre de remise au calme. Sort de la chambre de remise au calme. Mise en place de la ceinture ventrale. A peine, étrangle, M. Y... Maîtrisé puis isolé + quatre contentions. Traitement si besoin donné à 10h. Patient agressé : rougeur dans le cou plus dermabrasions. Agent : RAS sur le visage, griffures sur bras gauche. Prescription médecin : isolement strict ce jour, ceinture ventrale pendant une semaine»</i> |
| 10 août 15 13h | <i>« Jette une chaise sur un patient, le conduisons en chambre de remise au calme. Lui demandons de nous confier ses affaires. Refuse de nous les donner et devient violent (coups de sacoche) plus morsures lors de sa maîtrise pour mettre les contentions. Me mord la main gauche (difficulté à plier le pouce légères douleurs) ».</i> |
| 4 octobre 15 8h30 | <i>« A la douche de M. V dans la salle de bains du rez-de-chaussée gérée par mon collègue, je suis arrivée avec un autre patient. M. V a eu des propos sexuels déplacés envers moi, a voulu me mettre une main aux fesses. Mon collègue lui a pris les mains pour le contenir et l'a rassisi sur la chaise à disposition. Le patient s'est énervé et spontanément a agité ses jambes. Etant enceinte, j'ai pris un coup de pied modéré sur le bas-ventre à gauche. Patient conduit par collègue en remise au calme une heure et médecin de garde prévenu. »</i> |

3.7.4 La gestion des sorties sans autorisation (fugues)

La problématique des fugues ne semble pas particulièrement prégnante dans cet établissement. Une convention entre les services de police de Bar-le-Duc qui sont territorialement compétents sur le ressort de la commune de Fains-Véel, et le directeur du Pôle santé meusien a été signée le 10 juillet 2013, en présence de la préfète de la Meuse, et après avis favorable du procureur de la République.

Cette convention très complète qui concerne, outre le CHS de Fains-Véel, l'hôpital général de Bar-le-Duc n'aborde cependant pas la problématique des fugues.

Contacté téléphoniquement par les contrôleurs, le directeur départemental adjoint de la sécurité publique a d'ailleurs indiqué que ses services n'avaient que très rarement été sollicités pour des fugues du CHS, et ce, malgré le danger potentiel que constitue pour des patients psychiatriques, la proximité d'une voie ferrée, d'un canal et d'une route à grande circulation.

Le CHS a protocolisé la procédure de sortie contre avis médical qui ne concerne que les patients admis en soins libres.

Les trois fugues enregistrées comme événements indésirables en 2015 sont relatées ainsi :

| DATE | SERVICE | RELATION DE L'ÉVÈNEMENT |
|-----------------------|---------|--|
| 30 juin 15 20h | Breuil | « Après avoir été écouté dans le bureau infirmer de 19h30 à 19h50 par rapport au fait que M. X.. était angoissé d'être ici. Patient invité à aller dans sa chambre. Quelques minutes après, un agent du Placis nous appelle nous prévenant qu'un patient se sauvait par le toit. Nous donc appelé le médecin de garde qui avait été appelé juste avant cette (devait venir le voir par rapport à ses angoisses). Administratif de garde prévenu. Police prévenue. Patient ramené par les forces de l'ordre par la suite. Famille prévenue. » |
| 3 juillet 15 10h30 | Breuil | « Appel téléphonique du tabac-presse de Fains, les sources nous informant que M... demande à appeler un taxi. Ce patient était autorisé à sortir seul, trente minutes le matin dans l'enceinte du CHS, mais n'avait pas le droit à une sortie à l'extérieur de l'établissement ». |
| 23 août 15 11h | Chânoi | « Le patient placé en SDRE sort à l'extérieur du CHS pour se rendre à la brocante d'Intermarché sans autorisation alors qu'il devait aller juste dans l'enceinte de l'établissement ». |

3.7.5 Les questionnaires de satisfaction

Malgré l'incitation formulée sur le livret d'accueil, les taux de retour des questionnaires de satisfaction restent faibles :

- du 1^{er} janvier au 30 avril 2016 : quarante-sept questionnaires ont été retournés ;
- du 1^{er} avril au 31 août 2016 : trente-neuf questionnaires ;
- du 1^{er} septembre au 31 octobre 2016 : vingt-quatre questionnaires.

Le questionnaire interroge les patients hospitalisés sur :

- l'accessibilité de l'établissement ;
- l'accueil dans l'établissement ;
- les délais de prise en charge ;
- la prise en charge ;
- la qualité de la prise en charge ;
- l'hébergement ;
- la préparation de la sortie ;
- des informations complémentaires (le livret d'accueil, la charte de la personne hospitalisée, la personne de confiance) dont la façon dont le patient a vécu des restrictions de liberté (« vous a-t-on expliqué pourquoi ? » « avez-vous compris pourquoi ? »).

Parmi les réponses les bilans des questionnaires de satisfaction, les contrôleurs ont relevé les éléments suivants.

Sur l'ensemble de l'année 2015 (110 questionnaires retournés) :

| Questions sur la restriction de la liberté d'aller et venir | OUI | NON |
|---|-----|-----|
| « vous a-t-on expliqué pourquoi ? » | 84 | 25 |
| « avez-vous compris pourquoi ? » | 80 | 10 |

Les réponses enregistrées et les commentaires sont globalement très positifs ; à signaler cependant une remarque négative sur le manque d'activités, et une autre qui met en cause la pratique de la fouille à l'arrivée.

3.8 LE DROIT DE VOTE

Les modalités de mise en œuvre du droit de vote ont été modifiées aux fins de simplification par l'intervention ponctuelle d'un fonctionnaire de police à la demande des patients en lieu et place d'une permanence de ce dernier une journée entière.

Or, au jour de la visite des contrôleurs, entre les deux tours des élections régionales, il est apparu qu'aucune information n'avait été faite auprès des patients pour le vote du premier tour et qu'en conséquence aucun patient n'avait voté. Pour le second tour, une information a été transmise aux cadres de santé de chaque unité de manière à ce que tout soit mis en œuvre pour permettre aux patients qui le souhaitent de voter. Ils pouvaient le faire soit par procuration, soit directement dans le cadre d'une sortie, accompagnés ou non, après avoir obtenu les autorisations nécessaires. Avant leur départ, les contrôleurs ont pu constater, dans le service du Breuil, qu'au moins quatre patients s'étaient manifestés pour exercer leur droit de vote.

Recommandation :

L'organisation de l'exercice du droit de vote doit être plus rigoureuse. Il est totalement anormal qu'avant le premier tour des élections régionales aucune information n'ait été dispensée en direction des patients, si bien qu'aucun n'a pu voter.

3.9 L'EXERCICE DU CULTE

Seul le culte catholique est représenté au centre hospitalier spécialisé de Fains-Véel et, même si l'aumônier se propose de contacter d'autres représentants de culte implantés dans le département, aucun patient n'en fait la demande.

L'aumônier que les contrôleurs ont rencontré est entouré d'une équipe de neuf bénévoles dont six femmes. Etant aumônier laïc, il ne peut dire la messe et fait appel à un abbé d'une paroisse de Bar-le-Duc pour officier tous les lundis dans l'une des unités. A la suite de cette cérémonie, l'aumônier et les bénévoles se rendent, deux par deux, dans chacune des unités pour rencontrer les patients qui le souhaitent et les reçoivent dans les salons de visite. Les jours suivants, l'aumônier va à la cafétéria à la rencontre des familles ou des patients qui s'y trouvent. Un bureau lui a été attribué par la direction de l'hôpital dans les locaux d'une ancienne unité devenue annexe administrative et de formation des personnels.

Il arrive que, lors de décès de personnes seules, les tuteurs sollicitent l'aumônier et l'abbé afin de dire une messe à la chapelle de l'établissement.

3.10 LA LEVÉE DES MESURES D'ADMISSION

3.10.1 L'avis préalable des médecins psychiatres

L'examen des certificats médicaux préconisant la levée des mesures de soins sans consentement ne révèle aucun problème particulier. Ils sont suffisamment argumentés pour fournir à l'autorité de décision une information complète.

3.10.2 L'avis conjoint

Il apparaît au vu de l'examen du registre de la loi, que le préfet a, à deux reprises, décidé de ne pas suivre l'avis du psychiatre qui préconisait une mainlevée de la mesure d'ASPDRE. Au vu du deuxième certificat sollicité conformément aux dispositions de la loi du 27 septembre 2013 confirmant le premier, les mainlevées ont été finalement prononcées.

Il n'y a pas dans la Meuse de pratiques constatées ailleurs de demandes systématiques de second certificat pour toute demande de levée d'ASPDRE.

3.10.3 Le collège des professionnels de santé

Il a été indiqué aux contrôleurs que les cas où l'avis du collège était nécessaire ne s'étaient pas présentés récemment et que donc le collège des professionnels de santé ne s'était pas réuni.

3.11 LE CONTRÔLE DU JUGE DES LIBERTÉS ET DE LA DÉTENTION

Avec date de prise d'effet au 1^{er} septembre 2014, terme prévu par la loi du 27 septembre 2013, une convention a été signée entre le tribunal de grande instance de Bar-le-Duc représenté par son président et par le procureur de la République auprès du même tribunal, l'agence régionale de santé de Lorraine et le CHS de Fains-Véel.

Cette convention organise la tenue des audiences du juge des libertés et de la détention au sein du centre hospitalier, dans une salle d'audience dont la composition des locaux (conforme aux prescriptions de la note DGOS/R4/2011/312 du 29 juillet 2011) figure dans la convention.

3.11.1 Les modalités d'organisation de l'audience

Il n'a pas été fixé de jour de la semaine dévolu à l'audience du JLD. Les contrôleurs ont visité la salle d'audience et ses dépendances qui se trouvent au rez-de-chaussée du bâtiment de l'administration.

Ces locaux, réhabilités pour cet usage, ne servent que pour la tenue des audiences.



La salle d'audience



La salle des délibérés



Le box avocat

Ils répondent totalement à ce que l'on est en droit d'attendre d'un lieu où la justice est rendue.

3.11.2 Le déroulement de l'audience du juge des libertés et de la détention

Il a été indiqué aux contrôleurs, aussi bien par l'administration du centre hospitalier que par les autorités judiciaires, que les avocats du barreau de Bar-le-Duc n'étaient pas toujours présents, loin s'en faut, aux audiences.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir à ce sujet avec la bâtonnière de l'ordre en fin de mandat, et avec son successeur. Le constat n'a pas été infirmé mais aurait son origine dans le faible nombre d'avocats. D'autre part, cette situation de carence ne concerne pas les seules audiences du JLD au centre hospitalier, mais aussi les commissions de discipline en détention, les assistances en garde à vue, et même la défense des prévenus en comparution immédiate devant le tribunal correctionnel.

Le greffe du JLD adresse à l'établissement – pour transmission au patient concerné – en plus de l'avis d'audience, le document de désignation d'un avocat commis d'office au cas où le patient n'aurait pas d'avocat choisi. La transmission de ce document est parfois source de malentendus chez les patients qui supposent qu'ils n'ont pas la possibilité de choisir leur conseil puisqu'un

avocat commis d'office a déjà été désigné. Selon les informations recueillies, il semble que la même confusion ait cours chez certains agents chargés de transmettre ces documents aux patients. Informé de cette situation, le président du tribunal a indiqué aux contrôleurs qu'il mettrait fin à la transmission aux patients de la désignation d'un avocat commis d'office.

Pour éviter les difficultés engendrées parfois par l'obligation légale de la présence d'un avocat, alors même que le législateur n'aborde pas la question du règlement, le tribunal de grande instance de Bar-le-Duc accorde systématiquement l'aide juridictionnelle totale aux patients convoqués à l'audience en invoquant l'article 6 de la loi N° 91-647 du 10 juillet 1991.

Cet article dispose que l'aide juridictionnelle peut, à titre exceptionnel, être accordée aux personnes ne remplissant pas les conditions fixées à l'article 4 (conditions de ressources) lorsque leur situation apparaît particulièrement digne d'intérêt au regard de l'objet du litige ou des charges prévisibles du procès.

Ainsi, grâce à cette disposition, certains patients ne se trouvent pas en position de devoir régler les honoraires d'un avocat dont il ne souhaitait pas les services, mais que la loi leur impose.

Recommandation :

L'absence régulière d'avocats lors des audiences du juge des libertés et de la détention nuit gravement aux droits fondamentaux des patients en soins sans consentement. Le barreau doit faire face à ses obligations, et s'organiser en conséquence.

Bonne pratique :

En accordant systématiquement l'aide juridictionnelle totale aux patients, par l'évocation de l'article 6 de la loi N°91-647 du juillet 1991, le président du tribunal de grande instance met fin à une situation polémique trop souvent constatée ailleurs. Le ministère d'avocat devant le JLD est obligatoire, mais son financement non prévu provoque des situations délicates déjà évoquées par le Contrôleur général.

3.11.3 Les décisions rendues

Entre le 1^{er} janvier et le 10 décembre 2015, le juge des libertés et de la détention a tenu cinquante audiences. Il été saisi de 128 affaires nouvelles en matière de soins sans consentement ; douze mainlevées ont été prononcées sur cette même période, ce qui représente 9,37 % des décisions prononcées.

Les contrôleurs ont pu examiner le contenu de plusieurs décisions de mainlevée qui fait apparaître aussi bien un contrôle rigoureux de la part des magistrats sur la procédure et le fond des dossiers qu'une volonté des psychiatres de laisser parfois, dans certains cas, la décision de maintien à l'autorité judiciaire. La rédaction prudente de certains certificats médicaux, à l'appui de demandes de maintien en SDRE à la suite d'arrêtés du maire, est particulièrement éloquent à ce niveau.

Bonne pratique :

Les certificats médicaux établis par les psychiatres lors de demandes de maintien en ASPDRE révèlent leur prudence face à certaines décisions des maires. Loin de reprendre à leur compte uniquement la décision initiale, les psychiatres fournissent au juge un éventail d'éléments à

caractère médical mais aussi social, pour une appréciation complète de la situation du patient par l'autorité judiciaire.

3.12 LE PASSAGE EN PROGRAMME DE SOINS

Sur le registre de la loi, les contrôleurs ont examiné le contenu des dix derniers (en date) programmes de soins.

Ils concernaient cinq patients en SDRE et donc cinq patients en soins à la demande du chef d'établissement.

Le contrôle a porté sur la conformité de ces programmes avec les termes et l'esprit de l'article L3211-2-1 du code de la santé publique qui explicite le contenu des programmes de soins : soins ambulatoires, soins à domicile ou, le cas échéant, hospitalisation à domicile, séjours à temps partiel ou de courte durée à temps complet effectués dans l'établissement.

L'examen effectué n'a pas décelé de programmes de soins où l'enfermement reste la règle et la liberté, l'exception.

Plus éloigné dans le temps, un passage en programmes de soins d'un patient en SDRE a été refusé par le préfet de la Meuse au motif, qu'en l'espèce l'hospitalisation restait la règle, et que le programme de soins n'instituait que deux sorties tous les quinze jours de 10h à 12h pour permettre au patient de se rendre dans le supermarché voisin de l'hôpital.

Dans son courrier, le représentant de l'État invitait la direction de l'hôpital à user de la procédure prévue pour les sorties, conforme à la situation de ce patient.

3.13 LA VISITE DES AUTORITES

Il n'a pas été possible d'obtenir une traçabilité des visites éventuelles d'autorités au sein de l'établissement, en dehors de celle de la commission départementale de soins psychiatrique (cf. § 3.15).

La directrice de l'établissement a précisé à ce sujet dans sa réponse du 6 juillet « il existe uniquement une traçabilité des visites effectives ».

Si aucun parlementaire ne semble avoir visité le centre hospitalier, le président du tribunal qui assure souvent le siège du juge des libertés et de la détention s'y rend régulièrement. Le procureur est apparu lui aussi parfaitement au courant des problématiques de l'établissement.

3.14 LE CONTROLE DE LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES

Le renouvellement des membres de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) fait l'objet de l'arrêté préfectoral N°2014-662 du 9 avril 2014 pour ses membres autres que représentant des usagers, et de l'arrêté préfectoral N°2014-3746 du 4 novembre 2014 pour les représentants des usagers.

La CDSP ne s'était réunie qu'une seule fois en 2014.

En 2015, la CDSP s'est réunie le 30 janvier et a visité l'établissement le 20 novembre. A cette occasion, le registre de la loi a été examiné : une remarque a été formulée sur la rédaction de certains certificats médicaux identiques de mois en mois.

Le président a relevé, au vu de l'absence de patient demandant à être entendu, qu'il convenait désormais que l'information de la venue de la CDSP ne devait plus être annoncée oralement mais par voie d'affichage.

Recommandation :

Les réunions et venues sur site de la commission départementale de soins psychiatriques doivent faire l'objet d'une plus large et plus rigoureuse diffusion, notamment par voie d'affichage.

3.15 LA TRAÇABILITE SUR LE REGISTRE DE LA LOI DU RESPECT DE LA PROCEDURE

Le registre de la loi est conservé au bureau des entrées qui se trouve dans le bâtiment neuf « Rondeval ».

Le même registre, conçu à cet effet, est utilisé pour les soins sans consentement sur décision du représentant de l'État, et à la demande du chef d'établissement.

Il comporte 100 folios, chaque folio ouvert correspondant à un patient soit arrivant, soit repris d'un registre précédent.

Les contrôleurs ont plus particulièrement examiné le registre N° 127 ouvert le 9 juin 2015, ainsi que le registre précédent. Curieusement, le registre a été ouvert et signé à chaque page non par le maire de Fains-Véel, mais par celui de Bar-le-Duc.

Ce registre porte le visa du président de la CDSP en date du 20 novembre 2015.

A quelques rares exceptions vite corrigées, la totalité des documents prévus par le législateur apparaît dans le registre de la loi. Les certificats médicaux, arrêtés, décisions, programmes de soins, sont réduits en photocopie puis collés chronologiquement dans le folio du patient concerné.

Il a été constaté que le nom du tiers était manquant dans les cas de report d'un registre précédent (pages 3, 11, 13 et 26), mais jamais pour les premières inscriptions.

Il en est de même pour la nature juridique du soin sans consentement lors des reports des registres précédents qui n'est pas précisé aux pages 1, 3, 10, 11, 13 et 26.

Le registre remplit cependant sa vocation et nombre de remarques figurant dans ce rapport dans les chapitres sur les soins sans consentement, les sorties, le contrôle du juge, ou celui du représentant de l'État sont issues de l'examen des documents collés dans le registre.

Ainsi, les contrôleurs ont pu examiner le détail des contenus des certificats médicaux mensuels émanant des psychiatres pour les patients en soins sans consentement.

Comme l'a remarqué le président de la CDSP, ces certificats sont trop souvent identiques mot à mot plusieurs mois consécutifs :

- folio 8, patient en SDT, certificats d'août, septembre, octobre et novembre 2015 identiques ;
- folio 10, patient en SDT, certificats de juillet, août, septembre 2015 identiques ;
- folio 11, patient en programme de soins, certificats de juillet, août, septembre, octobre 2015 identiques ;
- folio 12, patient en SDRE, certificats d'août, septembre, octobre et novembre 2015 identiques ;
- folio 18, patient en SDT, certificat d'août et septembre 2015, puis de novembre et décembre 2015 identiques deux à deux.

Recommandation :

Il est anormal que certains psychiatres se contentent, lors de la rédaction des certificats médicaux mensuels, de recopier purement et simplement le même certificat pendant plusieurs mois.

Dans son courrier daté du 7 juillet 2016, la directrice de l'établissement indique « il est difficile de modifier le contenu des certificats médicaux lorsque la situation n'évolue pas et que la notion d'altération du consentement et/ou la dangerosité perdurent devant la chronicisation des troubles et ce malgré une prise en charge adaptée. Les pathologies psychiatriques qui justifient un placement au long cours relèvent plus de l'ordre du handicap avec troubles du comportement majeur ne permettant pas d'envisager rapidement une autre prise en charge. Des modifications de certificat ont pu conduire à des levées non appropriées de mesures (ex levée d'un SDRE pour un patient hospitalisé depuis vingt ans à la fois pour une psychose sévère avec antécédents de passage à l'acte agressif ayant conduit à plusieurs hospitalisations en UMD et un contexte social d'isolement majeur). De ce fait, il semble préférable, au risque de se répéter, d'être objectif quant à l'aspect non évolutif d'un état clinique qui demeure préoccupant »

3.16 L'ORGANISATION DES SORTIES TEMPORAIRES

Les sorties s'apprécient en fonction de l'état du patient plus que de son statut. Elles s'effectuent de manière progressive – moins de douze heures accompagnées par les soignants ou la famille (sorties pour achats, sorties de loisir, retour à domicile...) puis, après bilan, 48 heures sans accompagnement.

Les possibilités offertes par le législateur dans la loi du 27 septembre 2013, sorties accompagnées d'une durée inférieure à 12 heures, ou non accompagnées d'une durée maximum de 48 heures sont utilisées. La traçabilité sur le registre de la loi est totale.

3.17 LES CAS D'OPPOSITION ECRITE DU REPRESENTANT DE L'ÉTAT

En 2015, le préfet a fait connaître son opposition à deux reprises, pour un passage en programmes de soins qui lui paraissait – à juste titre – relever de la procédure de sorties accompagnés et le 28 juillet 2015 pour refuser la sortie sans accompagnement d'un patient en SDRE, connu pour avoir fait plusieurs séjours en unité pour malades difficiles (UMD).

4 LES CONDITIONS MATERIELLES DE VIE COMMUNES A TOUS LES SECTEURS

L'établissement présente dans tous ses bâtiments anciens comme nouveaux la particularité d'offrir des chambres démunies de boutons d'appel.

Recommandation :

Il est incompréhensible qu'aucune chambre de l'hôpital, même dans les bâtiments récents comme Rondeval, ne soit munie de boutons d'appels.

4.1 LA RESTAURATION

4.1.1 L'organisation

Depuis 2005, les cuisines du CHG et du CHS ont été mutualisées et une direction commune a été créée en 2007. L'objectif a été de réduire le personnel et d'éviter de renouveler certains équipements.

Tous les aliments arrivent donc au CHS depuis le CHG de Bar-le-Duc vers 6h20 en liaison froide. Un référent restauration et un agent assurent alors la réception et la préparation des livraisons pour le self du personnel et pour les services, chaque unité ayant son conditionnement. Le pain parvient également à la même heure ; les dimanches et jours fériés, une viennoiserie est ajoutée. Les locaux apparaissent immenses et vides puisqu'ils servaient précédemment à une cuisine autonome complète. L'équipement se résume au matériel nécessaire à la conservation et aux conditionnements. Les plats sont réchauffés dans les services.

Même si la qualité des repas progresse, que des compléments (riz, pâtes, purée) sont maintenant proposés et qu'il a été dit aux contrôleurs que l'horaire du repas du soir (17h30) devrait évoluer, comme dans les EHPAD, vers 19h30, de nombreuses personnes, tant soignants que patients, ont exprimé une certaine insatisfaction et regretté la cuisine antérieure propre au CHS.

Dans sa réponse datée du 6 juillet 2016, la directrice de l'établissement précise à ce sujet : « il y a confusion entre les organisations du CH et du CHS (mutualisation du service de restauration-direction commune). Les repas sont pris entre 18h30 et 19h dans les services de psychiatrie et à 18h à l'USLD. »

Les logiques de gestion très drastique appliquées à la restauration n'ont pas apporté de progrès en qualité pour les patients et ont généré des difficultés pour le personnel.

4.1.2 Les menus

Le petit déjeuner est constitué de produits que les soignants commandent au magasin général, hormis le beurre fourni par la cuisine.

Sont ainsi disponibles :

- jus de fruits ;
- biscottes ;
- confiture, pâte à tartiner, miel, fromage ;
- café, chocolat, thé et tisanes ;
- divers pains.

Les soignants assurent les préparations dans les services.

Les menus sont établis sur un planning de quatre semaines. Cette rotation, qui convient à l'hôpital général, conduit à une insatisfaction pour les patients en santé mentale dont la durée de séjour est beaucoup plus longue. L'impression de manger « toujours la même chose » a été exprimée auprès des contrôleurs.

Il a été dit par les responsables de la restauration que l'établissement envisageait d'établir des grilles de menus sur huit semaines afin de pallier cette difficulté, mais cet état de fait dure depuis le transfert de la cuisine (dix ans).

La diététicienne consulte par informatique les aversions exprimées auprès des soignants par les patients lors de leur arrivée. Les contrôleurs ont pu constater que nombre de soignants ignorent cette possibilité, ou ne prennent pas la peine de procéder à cette individualisation des plats des patients. Il peut aussi s'agir d'une crainte de voir les patients jaloux du plat du voisin avec les affrontements qui peuvent en résulter.

Une information auprès des soignants rappelant les possibilités offertes pour un choix plus individuel des plats pourrait être menée.

La diététicienne effectue une saisie de ces aversions dans le logiciel (SRD) destiné à la production de la cuisine. Elle transmet également les prescriptions médicales pour les régimes particuliers des patients.

Pour une moyenne de 328 patients, 90 ont des barquettes individuelles, 50 reçoivent des mets en texture modifiée et les autres plats sont conditionnés en barquettes collectives. Dans certains services tels que la psycho-gériatrie, les soignants prennent la peine de disposer les mets dans des plats dont l'apparence stimule l'appétit.

Dans les services, sont organisés des repas « thérapeutiques », réalisés par les patients en activité de médiation.

Des repas festifs se déroulent lors des fêtes (Saint Nicolas, Noël, Pâques) et des repas spéciaux peuvent être demandés en cuisine tels que raclette ou barbecue.

En été, des repas froids « pique-nique » sont également proposés. Des goûters sont servis dans les services ; les soignants commandent les produits sur le logiciel à la cuisine centrale en complément des victuailles commandées au magasin général.

Recommandation :

Si la diététicienne prend bien en compte les aversions alimentaires exprimées par les patients lors de leur arrivée, il est regrettable qu'à l'inverse, les soignants ignorent souvent cette procédure, qui, de ce fait, reste sous-employée.

4.1.3 Le comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN)

La commission de liaison alimentation nutrition est installée au CHG et au CHS une commission de suivi alimentation nutrition (CSAN) est en place.

Le travail en cours porte sur la réalisation d'une nouvelle enquête de satisfaction, la dernière enquête effectuée auprès des patients datant de 2011. L'IFSI est associé pour mener à bien ce travail.

Ont été organisés :

- la semaine du goût, avec un concours culinaire pour les services volontaires ;
- un rallye alimentaire ;

- un loto alimentaire qui a réuni quatre-vingt-dix participants ;
- une chasse au trésor ;
- des visites de fermes pédagogiques, de serres, de vergers ;
- une journée de l'obésité (hygiène de vie).

4.2 L'HYGIENE

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

Le CLIN, sous-commission de la CME, concerne le CHG et le CHS. Il est présidé par un praticien hospitalier, pharmacien (0,50 ETP) et hygiéniste (0,50 ETP), assisté d'une infirmière hygiéniste avec une secrétaire à temps partiel (0,10 ETP).

Il s'appuie sur l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOHH) qui constitue avec des correspondants dans chaque unité, le « bras armé » du CLIN. Cette équipe a en charge la maîtrise du risque infectieux en coordination avec le coordinateur de la gestion des risques associés aux soins.

Le CLIN se réunit trois fois par an, et une ou deux réunions sont organisées avec les correspondants. Un programme d'actions annuel est formalisé.

Il comprend des activités :

- de surveillance (environnement, eau, surfaces alimentaires, infections, consommation hydro-alcoolique, infections respiratoires...) ;
- de prévention (rédactions de protocoles, formations pour le personnel médical et paramédical) ;
- d'évaluation (audits selon le programme national) avec les actions correctives associées ;
- des CREX (commissions de retours d'expérience) ;
- des RMM (revues de morbi-mortalité) ;
- des EPP (évaluation de pratiques professionnelles).

L'entretien des locaux fait l'objet d'une attention constante ; le guide pour les ASH est en cours d'actualisation, le matériel et les équipements ont été renouvelés dans un souci d'ergonomie et le fournisseur a formé le personnel aux techniques appropriées.

Le CLIN garde un regard permanent sur les circuits des déchets, notamment les déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI). Les circuits du linge et des repas sont également sous contrôle ; la traçabilité est en place dans tous ces domaines.

Ainsi, les tableaux de bord nationaux des infections nosocomiales sont renseignés :

- ICALIN : indice composite d'activité de lutte contre les infections nosocomiales, grâce auquel une très bonne note AA a été obtenue par l'établissement ;
- ICSHA : indicateur de consommation de solutés hydro-alcooliques.

L'information des usagers est prise en compte dans les activités du CLIN.

4.2.2 Le linge

La prestation de blanchisserie, précédemment réalisée en interne, a été confiée au prestataire *Initial BTB* qui est établi à 150 kilomètres du CH. Cette prestation concerne le CH et le CHS.

Hormis les vêtements professionnels qui sont la propriété du CHS et le linge des patients, la quasi-totalité du linge est loué à *Initial BTB*.

Le livreur de cette société apporte le linge propre du lundi au vendredi vers 17h et repart avec le linge sale.

Cinq agents (4,5 ETP) du CHS travaillent à la blanchisserie.

Ils procèdent à la collecte du linge sale dans des sacs de différentes couleurs, par catégories, dans un local dédié. Ils préparent les rolls destinés à la livraison du linge propre dans les services ; ils effectuent aussi des travaux de couture réparatrice et le marquage des vêtements. Dans chaque service, des fiches de dotations sont placées dans les armoires.

Unaniment, la prestation de la société *Initial BTB* a été décrite comme catastrophique : les vêtements reviennent tachés, le linge conditionné en sacs plastique avant séchage complet dégage de mauvaises odeurs ...

Cet état de fait est connu et admis par la direction des achats qui a procédé à diverses remontrances et pénalités auprès du prestataire. Mais, même s'il n'est pas renouvelé, le contrat qui dure jusqu'en juin 2016, ne peut pas être dénoncé ; les utilisateurs en subissent gravement les conséquences. Le CLIN est également saisi de ce sujet délicat.

Comme pour la restauration, on peut constater que les choix économiques qui consistent à rechercher toujours la solution la moins onéreuse à court terme, se révèlent ensuite générateurs de dysfonctionnements et de nuisances pour la qualité des services et pour le personnel pour les patients, nonobstant les coûts indirects liés à ces difficultés.

Recommandation :

L'établissement doit mettre en œuvre les mesures nécessaires pour obtenir une prestation de bon niveau en matière de blanchisserie, ce qui est loin d'être le cas actuellement.

Dans sa réponse datée du 6 juillet 2016, la directrice de l'établissement précise à ce sujet : « la formulation est conforme à ce qui a été constaté lors de la visite. Au jour de la lecture du document, un nouveau prestataire a été retenu. La qualité du service a été un critère déterminant du choix ».

4.3 L'ACCES AUX LIEUX COLLECTIFS

Un lieu central dénommé « centre social » abrite l'ensemble des salles et locaux dévolus aux activités et offre diverses prestations de services aux patients et aux professionnels. Il rassemble : la cafétéria, la bibliothèque, un salon de visite, le centre de documentation des professionnels, la salle polyvalente, les ateliers d'ergothérapie, l'espace *Snoezelen* et deux salons de coiffure.

4.3.1 La cafétéria

A la fois lieu de convivialité et outil thérapeutique, elle accueille patients, familles et visiteurs.

La cafétéria est ouverte 7 jours sur 7 :

- en semaine de 10h à 11h50 et de 13h30 à 16h50 ;
- le week-end et les jours fériés de 13h30 à 17h.

Elle ne ferme ses portes que le 1er janvier, le 1er mai et le 25 décembre.

Les personnels de la cafétéria, sous la responsabilité d'un maître ouvrier, ont tous effectué des formations spécialisées pour la prise en charge des patients atteints de troubles mentaux.



Cafétéria du CHS de Fains-Véel

La pièce, dont les murs sont peints de couleurs claires, est vitrée sur deux de ses côtés et équipée de tables rondes, carrées et rectangles entourées de chaises. Une terrasse est accessible par les portes fenêtres.

Une table de ping-pong et un baby-foot sont installés sur les côtés de la pièce.

Les tarifs pratiqués sont modiques, à titre d'exemple :

| Boissons | Prix | Friandises | Prix | Produits d'hygiène | Prix |
|-------------------|--------|--------------|--------|--------------------|--------|
| Café (décaféiné) | 0,30 € | Chips | 0,15 € | Brosse à dents | 0,36 € |
| Chocolat | 0,25 € | Mars™ | 0,51 € | Dentifrice | 0,68 € |
| Thé | 0,15 € | Lion™ | 0,39 € | Savonnette | 0,22 € |
| Verre de limonade | 0,06 € | Madeleine | 0,06 € | Shampooing/douche | 3,40 € |
| Jus de fruit | 0,48 € | BN™ chocolat | 1,28 € | Mousse à raser | 1,32 € |

Si les timbres n'y sont pas vendus, les patients peuvent néanmoins s'y procurer des blocs de papier et des enveloppes. Le journal local « *L'Est républicain* » y est vendu du lundi au vendredi. Le rapport d'activité de l'année 2014 fait apparaître un montant de 16 376 euros de produits vendus ou consommés sur place. Lors de la visite des contrôleurs, l'activité était évaluée à soixante-dix prestations de vente par jour en moyenne. C'est l'établissement lui-même qui assure la gestion de cette cafétéria dans le cadre de la régie d'avance.

4.3.2 La bibliothèque

La bibliothèque de l'établissement, aménagée dans local contigu à la cafétéria, est composée de deux pièces séparées par une cloison coulissante, l'une étant la bibliothèque des patients, l'autre le centre de documentation et d'information (CDI) des professionnels et des étudiants.

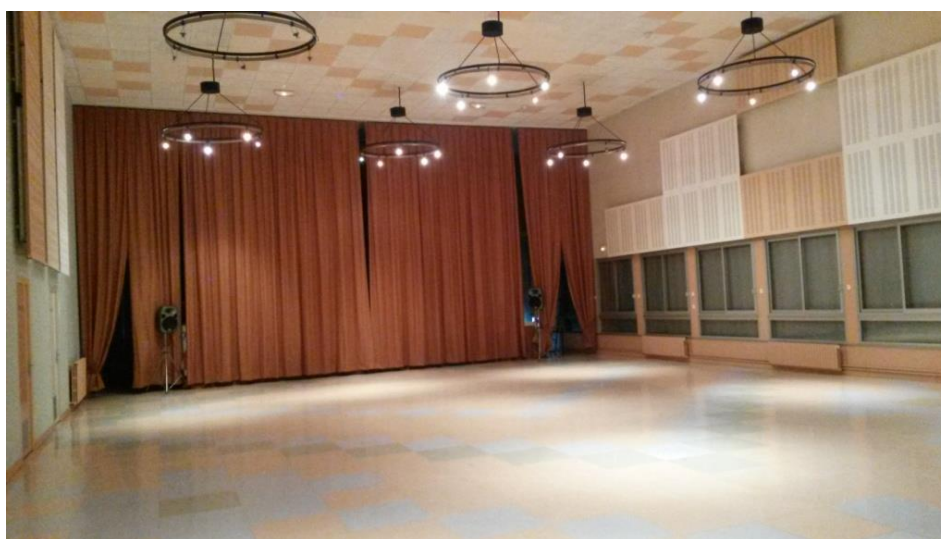


Bibliothèque

La bibliothèque dispose de 2 000 ouvrages allant du livre pour enfants dont, selon les propos rapportés, certains patients sont amateurs, aux bandes dessinées, romans, romans policiers ou encyclopédies. En 2014, 386 emprunts de livres ont été recensés, en constante progression.

4.3.3 La salle polyvalente

Il s'agit en réalité d'une salle de spectacle de 250 places assises qui dispose d'une scène et d'une régie. Hormis son utilisation pour des séances sportives et des spectacles destinés aux patients, elle accueille diverses manifestations, réunions et colloques.



Salle polyvalente

Selon les informations recueillies par les contrôleurs, la musique reste l'activité culturelle préférée des patients bien que s'y donnent également des pièces de théâtre et des spectacles de danse. L'établissement bénéficie des prestations musicales de l'association « Jazz du cœur » financée par la mutualité régionale française dont l'objet est de faire rentrer la musique dans les établissements de santé. Trois à quatre concerts par an sont donnés dans ce cadre. Les soignants en sont informés par courriel et les patients par affichage. Un véhicule du CHS passe dans toutes les unités pour les emmener sur place.

Les programmes sont proposés par un groupe multi professionnel qui les soumet annuellement à la direction de l'établissement.

4.3.4 Les installations sportives

Le CHS ne dispose pas d'installations sportives proprement dites mais utilise la salle polyvalente pour des cours de gymnastique douce ou tonique et des jeux de badminton.

Des sorties à la piscine sont accompagnées par les soignants dans des créneaux réservés au CHS.

4.3.5 Les ateliers d'ergothérapie

Neuf ateliers d'ergothérapie se succèdent le long d'un couloir adjacent à la salle polyvalente :

- menuiserie ;
- imprimerie-typographie ;
- informatique ;
- travail du cuir ;
- atelier cuisine ;
- atelier « terre » ;
- photographie ;
- soie, tricot ;
- vannerie.

Ces ateliers - qui étaient ouverts en permanence centralisant l'ergothérapie sur ce site - ne sont plus utilisés que ponctuellement, bien que quotidiennement, par les six professionnels qui emmènent les patients des unités dans lesquelles ils travaillent. Les productions ne sont pas destinées à la vente.

4.3.6 L'espace Snoezelen

Cette salle est aménagée d'équipements qui permettent la stimulation des sens ou la détente : colonnes à bulles lumineuses, boule à facettes, diffuseur d'arômes, matelas à eau musical vibrant, images projetées au mur, fauteuils et poufs colorés etc. Elle est tapissée, au mur comme au sol, de tapis de mousse et, sur deux de ses murs, sont collés des panneaux tactiles.

En fonction des pathologies des patients, les soignants utilisent tels ou tels des équipements. Ils y accompagnent un ou deux patients dans des créneaux horaires dévolus à chacune des unités.



L'espace Snoezelen

Cette salle a été utilisée lors de 351 séances en 2014.

4.3.7 Les salons de coiffure

Deux salons de coiffure sont équipés l'un pour la coiffure des hommes, l'autre celle des femmes. Au moment de la visite des contrôleurs, seule une coiffeuse travaillait à l'établissement gérant à la fois les deux catégories de personnes.

Les soignants prennent rendez-vous téléphoniquement pour les patients qui le désirent les après-midis mais la coiffeuse se déplace également le matin dans les services pour coiffer les personnes à mobilité réduite.

Le coût des prestations est modique : le forfait pour les femmes est de 12,20 euros et pour les hommes de 7,60 euros.

4.4 LA SECURITE

La sécurité du CHS repose sur cinq points principaux :

- une emprise entièrement clôturée ;
- un poste de garde et d'accueil ouvert 24 heures sur 24 à l'entrée principale (personnels travaillant en deux vacations 7h-19h et 19h-7h) ;
- un système de vidéosurveillance avec renvoi des images au poste de garde du CHS et au poste de garde de l'hôpital général ;
- la dotation dans les services de portatifs « protection travailleur isolé » (PTI), reliés la journée aux bureaux infirmiers du service concerné et la nuit au poste de garde ;
- le protocole signé avec les services de police (cf. § 3.7.4.) qui prévoit entre autres des passages nocturnes de patrouille dans l'enceinte du CHS.

A l'inverse de l'hôpital général, il n'y pas de services de garde ou d'intervention dévolus à des vigiles au sein du CHS.

5 LES CONDITIONS PROPRES A CHAQUE UNITE

5.1 L'UNITE « BREUIL »

Cette unité est principalement l'unité d'admission des patients en soins sans consentement. Elle est également unité d'admission de tous les patients entre 20h et 8h, avant orientation le lendemain vers les services concernés. Néanmoins, des patients en soins libres peuvent s'y trouver maintenus sur avis médical, en raison la plupart du temps d'un précédent séjour.

Située dans une aile du bâtiment Rondeval, il s'agit de la seule unité fermée du bâtiment. Son accès nécessite l'intervention d'un soignant qui vient ouvrir la porte d'entrée après avoir été prévenu de l'arrivée du visiteur grâce à l'interphone situé à proximité de cette dernière. Pour pénétrer dans l'unité proprement dite, il faut franchir deux sas dont le second ouvre sur le couloir d'accès aux chambres sécurisées et sur la salle de séjour.

Bonne pratique :

Le regroupement, au niveau de l'accueil, de la totalité des patients en soins sans consentement au sein d'une même unité fermée « le Breuil » garantit à l'immense majorité des patients en soins libres lors de leur arrivée une véritable liberté d'aller et venir. Il convient cependant de ne pas hospitaliser même ponctuellement, des patients en soins libres dans une unité fermée.

Recommandation :

Dans l'unité Breuil le placement systématique des arrivants en chambre d'isolement, même en l'absence de toute mesure d'isolement, constitue une pratique attentatoire à la dignité des personnes.

Dans sa réponse datée du 6 juillet 2016, la directrice de l'établissement fait remarquer : « l'accueil des patients en soins libres au Breuil est exceptionnel et répond à des mesures de sécurité tant pour le patient que pour le personnel. Il ne semble pas contraire à la liberté des patients de préférer une admission nocturne dans un lieu sécurisé adapté à des soins psychiatriques plutôt qu'un maintien du patient dans un service d'urgence même s'il ne fait l'objet d'une mesure de SPDT ou de SPDRE. Il a été décidé pour des raisons d'effectif de personnel que toutes les admissions à partir de 20h se font au Breuil. Le transfert d'un patient en soins libres se fait quant à lui dès le lendemain après entretien avec le psychiatre du service. Dans des cas exceptionnels, il se peut qu'un patient en soins libres demande une ré-hospitalisation au Breuil dans un souci de continuité de prise en charge avec son psychiatre référent. En effet, les deux psychiatres du Breuil n'interviennent pas en service libre. »

5.1.1 Les locaux

Les locaux de l'unité, située au rez-de-chaussée, se répartissent de part et d'autre d'un couloir central ; leurs fenêtres donnent sur la cour de l'unité ou sur celle de l'unité Placis.

Le service est composé de 19 lits répartis en 15 chambres simples et 4 chambres d'isolement, appelées également chambres sécurisées.

L'unité est divisée en trois zones : « chaude, tiède et froide » supposées correspondre aux étapes de l'hospitalisation du patient :

- la zone « chaude » correspond à la partie de l'unité qui héberge les chambres d'isolement et qui peut être séparée du reste de l'unité par la fermeture de la porte ouvrant sur le couloir d'accès ;

- la zone « tiède » est composée de trois chambres situées à proximité du bureau infirmier ;
- la zone « froide » est composée de douze chambres.

En effet, selon les informations recueillies, les chambres d'isolement servent pendant quelques jours de chambre « normale » aux patients lors de leur admission dans l'unité ; ils n'y sont pas soumis au régime de l'isolement. Si, comme l'a indiqué un psychiatre, c'est le médecin de garde du CHS qui décide du placement dans une des chambres d'isolement au moment de l'arrivée dans l'unité, il semble que cette pratique soit quasiment la norme et justifie d'ailleurs le découpage de l'unité en trois zones.

Les chambres simples, d'une surface de 16 m², sont équipées d'un lit (trois chambres sont équipées de lit médicalisé) surmonté d'une liseuse, une table, une chaise, un fauteuil, un placard et des étagères. Le mobilier est en bon état. Les chambres sont propres et dans un bon état d'usage.

Toutes ces chambres sont dotées d'un cabinet de toilette de 4 m², comprenant une douche à l'italienne, un lavabo et un WC sans abattant. La porte de cette pièce ne peut être verrouillée de l'intérieur.

Les chambres ne sont pas dotées de bouton d'appel.

Six portes de chambre sont équipées d'un système de code d'entrée afin d'éviter les intrusions ; ces chambres sont prioritairement attribuées aux femmes.

Les quatre chambres sécurisées, d'une surface de 14 m², sont accessibles après franchissement d'un sas. Elles sont équipées d'un lit scellé, d'un placard que seul le personnel peut ouvrir (la chambre sécurisée numéro 1 en est cependant dépourvue, une armoire mobile contenant les affaires du patient est placée dans le couloir d'accès aux chambres sécurisées) et d'un poste de télévision sous plexiglas. La porte de la chambre ne possède pas de poignée intérieure, les patients ne peuvent donc en sortir sans l'intervention d'un personnel. Les chambres sont dotées d'un cabinet de toilette comprenant une douche à l'italienne, un lavabo et des WC sans abattant ; depuis le sas, un oculus permet de surveiller cet espace.

L'interrupteur actionnant le néon situé au-dessus du lit est situé dans le couloir desservant les chambres et celui qui commande le rideau roulant, dans le sas.

Les chambres sécurisées, bien que situées dans une zone relativement éloignée du bureau infirmier, ne sont pas équipées de bouton d'appel ; il a été précisé que les patients qui crient ou tapent dans les portes sont entendus depuis ce bureau.

Les espaces communs destinés aux patients sont les suivants :

- une salle à manger, salle de séjour de 80 m², dont les larges baies vitrées donnent sur la cour. Elle est équipée de six tables, chaises, huit fauteuils, une table de ping-pong repliée dans un coin, un baby-foot, un poste de radio et d'un meuble contenant des jeux de société ;
- une salle de télévision de 13 m² ;
- une salle d'activité de 25 m² ;
- un salon visiteurs de 11 m².

Les agents disposent d'un bureau réservé au cadre de santé, de deux bureaux médicaux, d'un office, d'un bureau infirmier communiquant avec une salle de réunion faisant également office

de salle de pause pour le personnel, d'une salle de soins, de réserves de linge propre et sale, d'un local ménage et de sanitaires.

Le bureau infirmier, contrairement à ce que les contrôleurs ont l'habitude d'observer, n'est pas pourvu de surface vitrée ; cette configuration a pour effet d'isoler le personnel soignant des patients.

Recommandation :

Dans l'unité Breuil l'absence de visibilité depuis le bureau infirmier sur le reste de l'unité isole le personnel soignant des patients.

Dans sa réponse datée du 6 juillet 2016, la directrice de l'établissement fait remarquer : « le bureau infirmier initialement prévu et disposant de vitres a été transformé en salle d'activités. »

La cour est accessible en franchissant un espace extérieur couvert servant de fumoir. En partie close par les murs de l'unité et en partie par un grillage avec retour, la cour est équipée d'un boulodrome, d'une table, de fauteuils, de deux bancs, d'un cendrier et d'une poubelle. Plantée de cinq arbres, une partie de son revêtement est constitué de gazon et une autre de carrelage.

5.1.2 Les personnels

Dans l'unité Breuil, chaque patient est suivi par l'un ou l'autre des praticiens hospitaliers psychiatres ; le médecin généraliste quant à lui assure les consultations de l'ensemble des patients de l'unité. La notion d'infirmier référent n'existe pas dans cette unité.

5.1.2.1.1 Personnel médical :

| Unité Breuil | Nombre | ETP |
|--|--------|-----|
| <i>Praticien hospitalier psychiatre</i> | 2 | 1,1 |
| <i>Praticien hospitalier généraliste</i> | 1 | 0,3 |
| <i>Interne</i> | 0 | 0 |

5.1.2.1.2 Personnel paramédical :

| Unité Breuil | Nombre | ETP |
|--|--------|------|
| <i>Cadre supérieur de santé</i> | 1 | 0,1 |
| <i>Cadre de santé</i> | 1 | 0,9 |
| <i>Infirmiers DE</i> | 16 | 15,6 |
| <i>Aide-soignant*</i> | 5 | 5 |
| <i>Agents des service hospitaliers qualifiés</i> | 3 | 2,1 |
| <i>Psychologue</i> | 1 | 0,5 |
| <i>Ergothérapeute</i> | 1 | 0,8 |
| <i>Assistante sociale</i> | 1 | 0,1 |
| <i>Assistante administrative</i> | 1 | 0,5 |

*Une aide-soignante remplace provisoirement une infirmière en congé de maternité.

L'infirmier de journée travaille à 0,60 ETP dans le service du Breuil et consacre le reste de son temps de travail à l'unité sanitaire du centre de détention de Saint-Mihiel. Il assure de temps à autre, en remplacement de l'un de ses collègues, des permanences à la maison d'arrêt de Bar-le-Duc.

Cette particularité lui permet d'avoir une connaissance en amont des patients détenus qui sont admis au CHS durant leur incarcération. Il peut également donner un avis sur l'opportunité ou non d'une admission au Breuil en attente d'une place disponible à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Nancy (Meurthe-et-Moselle).

Le travail du psychologue est axé sur la prise en charge de patients à leur demande ou sur orientation médicale. Il anime également un groupe de parole (*cf. infra* § 5.1.7).

L'assistante sociale reçoit, dès l'arrivée des patients, une fiche de renseignements sur leur situation au regard de la prise en charge par la sécurité sociale, la mutuelle ou les complémentaires de santé. Dès lors, si un problème se pose, elle intervient directement auprès du patient après avoir interrogé les soignants sur son accessibilité. Elle est en relation permanente avec la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) afin notamment de mettre en œuvre les droits des patients à l'allocation adulte handicapé (AAH). Par la suite, dans le cadre de la préparation à la sortie, elle peut accompagner les patients pour des démarches administratives dans les administrations locales ou en visite à domicile pour s'assurer que leur appartement est en état. Elle travaille conjointement avec les assistants sociaux du Conseil départemental.

La répartition des femmes et des hommes parmi le personnel s'établit comme suit :

- les praticiens hospitaliers sont deux femmes et un homme ;
- le cadre supérieur de santé est une femme ;
- le cadre de santé est un homme ;
- les infirmiers diplômés d'Etat sont sept femmes et neuf hommes ;
- les aides-soignants sont trois femmes et deux hommes.

5.1.3 Les patients

Le 7 décembre 2015, l'unité Breuil comptait treize patients :

- deux femmes étaient admises en soins libres ;
- huit personnes étaient en soins à la demande d'un tiers (SDT), cinq hommes et trois femmes dont deux en procédure d'urgence ;
- trois personnes avaient été admises en péril imminent ; deux femmes et un homme.

Le patient le plus jeune (SDT) était âgé de 19 ans et le plus âgé (SDT) de 54 ans.

La durée d'hospitalisation la plus longue concernait un patient admis SDT, présent dans le service depuis trois mois.

Lors de la visite, deux femmes étaient hébergées en chambre d'isolement, une dans le cadre de la procédure d'arrivée et l'autre soumise à une mesure d'isolement.

5.1.4 L'organisation du service :

L'effectif minimum journalier est de trois agents le matin et trois l'après-midi, auquel s'ajoute un infirmier de journée. La nuit, deux infirmières assurent les gardes par roulement. En outre, le bâtiment Rondeval qui abrite trois services de psychiatrie, dont le Breuil, dispose d'un *pool* d'infirmiers de nuit pour intervenir en renfort si nécessaire.

Les horaires de travail des trois équipes (matin, après-midi et nuit) se chevauchent à chaque changement de service durant dix minutes destinées aux transmissions. L'équipe du matin débute son service à 6h, le changement de personnel de la mi-journée se fait à 14h et les personnels de nuit prennent leur service à 21h40. L'infirmier de journée travaille de 8h30 à 16h30.

5.1.5 La vie quotidienne

Les repas sont servis, dans des barquettes individuelles, dans la salle à manger à 8h15, 12h, 16h15 et 19h ; le placement n'est pas libre ; un plan de table est défini par les infirmiers. Les menus de la semaine sont affichés dans la salle à manger. Les patients rencontrés estiment que la nourriture est bonne et variée ; certains, essentiellement des hommes jeunes, trouvent cependant que les portions sont insuffisantes et que l'on ne peut pas toujours se resservir.

La lettre d'accueil précise que les patients doivent aller se coucher « *au plus tard après le premier film du soir, entre 22h30 et 23h* ».

Les patients sont autorisés à conserver leur **tabac** et leur briquet, à l'exception de ceux qui ne sont pas en capacité de gérer leur consommation. L'espace fumeur est accessible 24h sur 24 ; il est uniquement fermé pendant les temps de repas.

L'entretien du linge personnel des patients est pris en charge par la famille lorsque celle-ci est présente ; à défaut, les patients peuvent être accompagnés par un soignant dans un local du bâtiment Rondeval équipé d'une machine à laver, d'un sèche-linge et de produits *ad hoc*. Le linge des patients chroniques peut également être marqué et lavé à la blanchisserie de l'hôpital.

Il a été indiqué aux contrôleurs que **la question des relations sexuelles** n'était pas abordée spontanément ; lorsqu'il y a suspicion de rapprochement, les soignants s'entretiennent du sujet avec les personnes concernées afin de s'assurer de leur consentement. Les relations sexuelles sont tolérées dans les chambres qui sont considérées comme un espace privé. Aucun préservatif n'est disponible dans le service.

Plusieurs patients se sont plaints du manque d'activité et de disponibilité du personnel qui prendrait leur petit déjeuner le matin jusqu'à 10h, leur déjeuner jusqu'à 14h15 et leur dîner jusqu'à 20h15 dans la salle de réunion, laissant les patients livrés à eux-mêmes. Les contrôleurs ont pu observer à plusieurs reprises l'absence de personnel soignant dans la salle de séjour où plusieurs patients étaient présents ainsi que dans les couloirs de l'unité.

Dans le salon de **télévision**, les patients ne disposent pas de la télécommande et doivent solliciter les soignants pour le choix du programme. De la même manière, dans les chambres d'isolement, la télévision n'est mise en fonction que par les soignants, sur prescription médicale. Dans leur chambre, il est recommandé aux patients de se coucher au plus tard après la fin du premier film, avant 23h.

Pour l'exercice des **cultes**, aucun des patients du Breuil n'a sollicité la visite d'un représentant du culte, ni de se rendre à la messe célébrée le lundi (*cf. supra § 3.9*). Lors de la visite bimensuelle

des bénévoles de l'aumônerie, les patients qui le souhaitent s'entretiennent avec eux dans le salon de visite.

Lors de son arrivée dans l'unité, une « lettre d'accueil », également affichée dans le couloir de l'unité, précisant les règles de vie est remise au patient.

5.1.6 Les communications avec l'extérieur

Les visites

De manière générale, elles sont autorisées au Breuil, en semaine de 14h à 18h et le week-end de 10h à 11h30 et de 13h30 à 18h30. Dans un premier temps, les familles sont reçues par le médecin psychiatre qui a en charge le patient. Cette rencontre va lui permettre d'expliquer le sens de l'hospitalisation, le fonctionnement du service et d'évaluer les autorisations de visites qu'il prescrira.

Les visites ont lieu dans le salon de visite à l'entrée du Breuil, hormis en présence d'enfants de moins de 12 ans qui ne sont pas admis dans le service. Si un enfant était présent, la visite aurait lieu dans un salon spécifique à la cafétéria, au besoin en présence d'un soignant si le patient n'avait pas l'autorisation de sortir du service.



Salon de visite

Au jour de la visite des contrôleurs, douze des treize patients pouvaient recevoir des visites ; seule la personne placée en chambre d'isolement n'en avait pas l'autorisation.

Le téléphone

Le téléphone portable n'est pas autorisé dans le service. Il est retiré dès l'arrivée du patient et n'est pas restitué durant le séjour au Breuil. Selon les propos recueillis par les contrôleurs, il pourrait être restitué lors des sorties.

Une cabine téléphonique fermée, aménagée d'une chaise, est mise à disposition des patients pour passer ou recevoir des appels téléphoniques de manière confidentielle, après autorisation médicale.



Point-phone

L'accès à internet

Si les patients possèdent un ordinateur à l'arrivée, celui-ci leur est retiré. L'accès à internet n'est possible qu'exceptionnellement dans le cadre de recherches administratives dans le bureau infirmier.

Le courrier est distribué par le vaguemestre tous les jours, deux fois par jour, sauf le week-end.

Le courrier « départ » est remis aux soignants qui le déposent à destination du vaguemestre à l'accueil du bâtiment Rondeval. Les patients n'ont pas accès direct à une boîte à lettres.

Les timbres ne sont pas vendus au CHS ; ce qui impose aux patients soit de les faire acheter par leurs visiteurs ou les soignants, soit de donner l'argent nécessaire au vaguemestre pour qu'il timbre le courrier. Si le livret d'accueil précise que seul le courrier affranchi sera expédié, il existe cependant une certaine souplesse. L'hôpital général est doté d'une machine à affranchir y compris les envois en recommandé que le CHS utilise.

Le courrier n'est pas lu par le personnel mais, s'il existe un doute sur le contenu d'un courrier à l'arrivée, son ouverture se fait en présence d'un soignant.

Le vaguemestre reçoit directement des tuteurs les bons d'achat nominatifs qui permettent aux patients d'acheter vêtements ou objets dans les magasins locaux. Il les remet aux soignants pour remise aux patients. Aucun registre n'a été mis en place pour ces courriers. S'agissant des mandats, le vaguemestre les enregistre et fait signer le registre spécifique à la remise au patient.

Recommandation :

Dans l'unité Breuil, le retrait systématique des téléphones portables et des ordinateurs ne saurait être justifié par des considérations relatives à la sécurité. Nombre de services psychiatriques visités par le Contrôleur général laissent leur téléphone portable et ordinateur à disposition des patients, sans devoir faire face à des situations simplement délicates.

Dans sa réponse en date du 6 juillet 2016, la directrice de l'établissement fait remarquer « contrairement à la plupart des services psychiatriques visités par le Contrôleur général, l'établissement a été confronté à l'aspect délétère des téléphones portables (harcèlement téléphonique par des tiers, photos prises, utilisation nocturne, messages contradictoires adressés à des proches etc..) Quant aux ordinateurs, la présidente de la CME dénonce leur aspect psychotisant : en effet le patient a alors tendance à s'exclure du

monde, à préférer jouer ou regarder son ordinateur plutôt que de participer au soins et évoque des inversions du rythme nyctéméral. Cette mesure est aussi valable dans les services libres. C'est pour la présidente de la CME une condition d'ouverture aux soins ».

Bonne pratique :

La mise à disposition d'une cabine téléphonique fermée, aménagée d'une chaise est une bonne pratique, car elle garantit la confidentialité des échanges et le confort des patients.

5.1.7 Les activités

Sur les treize patients hospitalisés lors de la visite des contrôleurs :

- six sont autorisés à se rendre seuls à la cafétéria ou à la bibliothèque dans le cadre d'horaires définis par le médecin ;
- six ne sortent qu'accompagnés ;
- une personne, en chambre d'isolement, ne sort pas.

Au moment de la visite, neuf des treize patients hospitalisés dans l'unité avaient bénéficié de sorties accompagnées de moins de 12 heures en dehors de l'enceinte de l'hôpital et un seul de quatre sorties exceptionnelles non accompagnées de moins de 48 heures.

a) Les activités au sein du service

La cour du service est accessible à l'ensemble des patients hormis ceux placés en chambre d'isolement. Toutefois, il a été précisé aux contrôleurs que, lorsque les soignants en ont la possibilité, ils accompagnent le patient isolé dans la cour qui est alors fermée aux autres patients. Equipée de tables et de chaises de jardin, cette cour est surtout utilisée par beau temps. En revanche, le fumoir, partie de la cour protégée par un auvent, reste accessible par tous temps.

La salle à manger est utilisée comme salle de détente ; elle est notamment équipée d'un baby-foot. A proximité, une petite salle sert de salon de télévision. Un vélo d'appartement est mis à disposition des plus jeunes qui regrettent qu'il ne soit pas équipé d'un compteur kilométrique. Le service ne dispose ni d'une bibliothèque ni d'abonnement à des revues. Les soignants en apportent et le journal local est apporté au Breuil l'après-midi. Il peut être acheté auprès du standard.

Les activités organisées peuvent l'être par les soignants ou par l'ergothérapeute du service. Cette dernière dispose d'un local propre, équipé de matériel de travaux manuels et d'un aquarium utilisé comme objet thérapeutique. Lors de la visite des contrôleurs, cette personne était en congé de maternité, non remplacée. Les activités ne sont organisées par les soignants (cuisine, jeux de société, nettoyage de l'aquarium et alimentation des poissons) que lorsqu'ils en ont la possibilité. Quatre ou cinq patients participent aux jeux et/ou à l'atelier cuisine.

Un groupe de parole animé par le psychologue du service et un soignant est organisé à partir de propositions de thèmes faites par les patients. Un tirage au sort départage les thématiques. Sept des patients ont participé à ce groupe dans les semaines qui ont précédé la visite des contrôleurs. Selon les propos recueillis par les contrôleurs, les activités sont rares au sein du Breuil du fait de personnels en nombre réduit (trois soignants par demi-journée) et des particularités du service, lieu d'accueil et de gestion de crise.

Les plus jeunes des patients ont d'ailleurs confié spontanément leur ennui aux contrôleurs.

b) Les activités au sein du CHS :

Des activités sont organisées au sein du CHS (cf. *supra* § 4.3) réparties selon un planning propre à chaque service. Elles ne sont autorisées que sur prescription médicale.

Il s'agit essentiellement de la pratique de sport sous la forme de gymnastique douce, gymnastique dite tonique et badminton. Les patients du service du Breuil ont accès à des plages horaires d'une heure les mardis et vendredis. Il leur est possible de se rendre aux deux séances. Une sortie à la piscine est possible une fois par semaine, le jeudi matin, pour un ou deux patients sur des plages horaires réservées au CHS. Sept patients participent à une ou deux séances de sport par semaine.

Selon les informations recueillies par les contrôleurs, la particularité du Breuil, unité d'accueil et de gestion de crise, ne permet pas d'envisager des séjours thérapeutiques. Pour cette même raison et compte tenu des pathologies propres aux patients du service, l'utilisation de la salle Snoezelen ne serait pas adaptée (cf. *supra* § 4.3.6).

5.1.8 Les soins somatiques

Le médecin généraliste qui exerce au Breuil reçoit les patients dès leur arrivée soit dans le cadre de sa garde⁷, soit le lendemain matin lors de son passage habituel dans le service. Son bureau est situé à proximité du Breuil, dans le même bâtiment ; ce qui lui permet d'intervenir rapidement en cas de nécessité. Il assure les prescriptions classiques d'un somaticien. En revanche, il n'est pas sollicité spécifiquement pour intervenir lors des mises sous contention. Selon les propos rapportés, la durée des contentions serait minime et ne nécessiterait pas une surveillance particulière compte tenu de la surveillance régulière assurée par les infirmiers.

5.2 LES UNITES « LES MAYS » ET « PLACIS »

Ces deux unités situées dans le bâtiment « Rondeval » n'accueillent pas ou que très rarement des patients en soins sans consentement.

Il s'agit d'unités totalement ouvertes l'après-midi et ouvertes à la demande le matin en raison des soins. Elles ne disposent pas de chambre d'isolement, et ne pratiquent pas la contention.

Elles ont été visitées par les contrôleurs, mais ne font pas l'objet d'un compte-rendu détaillé dans ce rapport.

⁷Un médecin psychiatre ou généraliste est de garde pour l'ensemble du CHS de 8h30 à 8h30 y compris le week-end tandis qu'un second de l'autre spécialité est d'astreinte.

5.3 L'UNITE « CHANOI »



5.3.1.1 Présentation générale

Le Chânoi est une unité fermée de soins au long cours pour des personnes souffrant de maladie mentale chronique associée souvent à des déficits importants et pour certains patients à des passages à l'acte violents.

Sa capacité d'accueil est de dix-neuf lits. Ce service n'accueille que des hommes.

Le fonctionnement de cette unité a été profondément remanié depuis l'arrivée fin 2011 d'un nouveau cadre infirmier et d'un nouveau médecin.

5.3.1.2 Les locaux.

L'unité est implantée dans un vieux bâtiment datant du XIX^{ème} siècle, mais bien rénové. Elle occupe deux niveaux - rez-de-chaussée (372 m²) et un étage (257 m²) - auxquels s'ajoute une cour extérieure clôturée par un mur et accessible depuis l'étage inférieur.

On trouve au rez-de-chaussée :

- quatre chambres individuelles ;
- la chambre d'isolement et ses dépendances ;
- une salle de douche commune ;
- les deux vestiaires (hommes et femmes) et la salle de repos du personnel ;
- le local ménage ;
- le bureau infirmier, la salle de soins, le bureau du cadre de santé, le bureau du médecin ;
- les pièces de vie commune (salle de détente 30,15 m², salle à manger 49,33 m², l'office 13,5 m², la salle de télévision 11,7 m², le salon visiteurs 7,15 m², le fumoir 8,1 m²).

L'étage, accessible par un ascenseur aux normes personnes à mobilité réduite (PMR) ou par un escalier, comporte :

- quinze chambres individuelles ;
- deux salles de douches communes ;

- une salle de bains.

Les chambres :

Les chambres individuelles du rez-de-chaussée comme de l'étage sont toutes à quelques nuances près sur le même modèle. D'une surface de 8,53 m² pour la plus petite à 9,91 m² pour la plus grande, elles sont toutes meublées d'un lit une place, souvent non médicalisé et en bois, d'un chevet, d'une table-bureau. Toutes sont éclairées par une fenêtre à ouverture limitée et barreaudée.

Chaque chambre possède un lavabo, et un placard de rangement. Aucune n'est équipée de bouton d'appel.

L'attention des contrôleurs a été immédiatement attirée par la forte individualisation des lieux, et leur appropriation par les patients, lesquels d'ailleurs ont souvent insisté pour faire visiter leur chambre.



Chambres individuelles au Chânoi

On trouve comme sur la photo ci-dessus des installations vidéo ou audio très personnelles, des affichages aux murs individualisés, du linge de maison personnel. L'impression qui domine est celle de se trouver dans un espace de vie et non dans un espace de soins.

Les parties communes :

A l'exception des deux salles de douche de l'étage, les pièces communes qui sont des pièces de vie se trouvent au rez-de-chaussée. Elles occupent la partie gauche du niveau, autour de la salle de détente et de la salle à manger.



La salle à manger



La salle de bains

L'ensemble révèle un bon entretien et des volumes importants mais mériterait des réfections.

Les salles de douches et la salle de bains, bien que de conception déjà ancienne, sont également en bon état d'entretien et de propreté.

La chambre d'isolement

L'unique chambre d'isolement de l'unité se trouve au fond du couloir à droite en entrant à l'opposé donc des pièces de vie communes, et à une distance de 16 m environ du bureau infirmier. Elle n'est pas pourvue de bouton d'appel, mais d'un carillon.

Elle a été récemment réhabilitée afin d'y adjoindre un cabinet de toilette et une douche.

La chambre elle-même est de forme presque carrée 3,10 m sur 3 m (9,3 m²) avec un coin toilette, aménagée avec un cabinet en métal, l'ensemble a une superficie de 10,71 m². Le plafond est haut de 4 m, et la pièce est éclairée par une fenêtre fermée à clé de 3 m de large.

Depuis les travaux d'aménagement, on a accès depuis le cabinet de toilette à une salle de douche sécurisée de 1,75 m sur 2,10 m, soit une superficie de 3,7 m².

La porte principale d'accès à la chambre est munie d'un oculus carré de 0,26 m de large, situé à 1,50 m du sol.

L'autre porte qui donne accès à la salle de douche possède une glace sans tain.

La chambre est meublée d'un lit métallique de 90 cm de large sur 197 cm de long. Ce lit situé à une hauteur de 63 cm du sol est scellé. Il est équipé d'un matelas pouvant se relever et de matériels de contention préparés à l'avance.



La chambre d'isolement



Le cabinet de toilette



La salle de douche

La cour extérieure

Depuis la salle de détention, on accède à la cour extérieure via un petit bureau de 7,06 m² qui sert de sas, à la fois vers l'extérieur, et vers une pièce de 8,1 m² utilisée comme fumeur quand les conditions climatiques rendent difficile aux fumeurs l'accès à la cour.



La cour extérieure



Le « fumoir »

5.3.2 Les personnels.

Le Chânois bénéficie des emplois équivalents temps plein suivant :

- praticien hospitalier psychiatre 0,3 ;
- médecin généraliste 0,3 ;
- cadre de santé 1 ;
- infirmiers diplômés d'État 10 ;
- aides-soignants 7,9 ;
- ergothérapeutes 0,4 ;
- psychologue 0,1 ;
- assistante sociale 0,1 ;
- agents des service hospitalier 2,8 ;
- assistant médico-administratif 0,4.

5.3.3 Les patients

Lors des visites des contrôleurs, dix-neuf patients étaient présents soit :

- six patients admis en SDRE ;
- un patient en SDT ;
- un patient en SDTU ;
- onze patients en soins libres.

Le plus âgé des patients en soins sans consentement avait 59 ans, le plus jeune, 23 ans. En soins libres le plus âgé a 45 ans et le plus jeune, 23.

5.3.4 L'admission dans le bâtiment.

Il n'y a pas d'admission directe dans l'unité à l'exception des patients déjà connus de l'équipe du fait d'une hospitalisation antérieure dans le pavillon et sous réserve de l'existence d'une place. Les patients rejoignent donc l'unité par transfert d'une autre unité de l'hôpital, accompagnés dans ce cas par un infirmier.

Lors de l'admission, le patient est vu en entretien par le médecin et un infirmier. Il lui est remis à cette occasion le livret d'accueil et la charte de fonctionnement de l'unité.

On notera qu'aucun des patients présents n'a désigné de personne de confiance. Interrogé sur ce point, le personnel a précisé que lorsque cela avait été proposé aux patients : ceux-ci avaient systématiquement désigné un membre du personnel soignant.

5.3.5 La période initiale de soins et d'observation

Les patients n'étant pas hospitalisés directement dans l'unité ne font pas, au sens réglementaire, l'objet d'une période initiale de soins et d'observation.

Cependant, il est élaboré pour chaque patient de l'unité un plan de soins très structuré servant de référentiel à l'ensemble de l'équipe. Ce document, placé en couverture du dossier infirmier, se présente de la façon suivante :

| Plan de soins de Monsieur X | | | | |
|---|----------------------|------------------|---------------------|--------------------|
| | Ce que l'on constate | Ce que l'on fait | Pourquoi on le fait | Objectif recherché |
| Jugement et prise de décision | | | | |
| Perception (délires et distorsions) | | | | |
| Humeur | | | | |
| Relation à l'autre et vie sociale | | | | |
| Conduites instinctuelles (dormir, manger, éliminer) | | | | |
| Expression de la sexualité | | | | |
| Cognition (mémorisation, monitoring, résolution de problèmes) | | | | |
| Conditionnement institutionnel | | | | |

5.3.6 La vie quotidienne.

L'unité Le Chânoi est une unité fermée. Les patients sont autorisés à sortir dans la cour de l'unité de 7h30 à 21h (21h45 en été), avec des interruptions au moment des repas. Les sorties dans le parc se font sur prescription médicale.

Le déroulement d'une journée est le suivant :

- 7h30 : réveil et douche ;
- 8h : petit déjeuner et prise des traitements ;
- 9h45 : fermeture de l'accès à l'étage (chambres) ;
- 12h : repas et prise des traitements, fermeture du fumoir ;
- 12h30 : ouverture de l'accès à l'étage (chambres), du fumoir et de la cour ;
- 15h45 : fermeture de l'accès à l'étage ;

- 16h : goûter ;
- 18h : ouverture des chambres et des douches ;
- 19h : dîner et prise des traitements, fermeture du fumoir, de l'étage et de la cour ;
- 19h30 : ouverture des chambres, du fumoir et de la cour ;
- 20h30 : fermeture de la cour en hiver ;
- 21h45 : fermeture de la cour en été.

Les douches sont en libre accès pendant les horaires d'ouverture. Les patients qui le nécessitent sont aidés pour leur toilette.

L'entretien du linge est fait par les patients dans le cadre d'un atelier lingerie décrit dans le & 4.2.3.0 « Les activités ».

La restauration : les repas sont pris en commun dans la salle à manger ; il n'y a pas de plan de table.

Les modalités de consommation du tabac varient d'un patient à l'autre en fonction de ses capacités à gérer sa consommation et ses moyens financiers. Les cigarettes peuvent être soit confiées au patient soit données, par le personnel soignant, à l'unité. De nombreux patients roulent leurs cigarettes à l'avance au cours d'un atelier en fin de journée dans la salle commune. Il est interdit de fumer dans les chambres et les espaces collectifs. Un fumoir et la cour sont à disposition des patients. L'achat de tabac se fait au cours d'une sortie accompagnée si nécessaire.

Les relations sexuelles entre patients, tous de sexe masculin, font l'objet au pavillon « le Chânoi » d'un dispositif thérapeutique et éducatif intitulé « *vie affective et sexuelle en institution* ». Les objectifs de ce dispositif sont décrits de la façon suivante : « *Eduquer les patients dans l'expression de leurs désirs sexuels ; faire intégrer le consentement dans la relation ; aider les patients à identifier la contrainte ; creuser les représentations mentales des patients ; élaborer des stratégies de séduction* ». Tout le personnel de l'équipe est impliqué dans ce dispositif. Ainsi, lorsqu'un patient souhaite avoir des relations sexuelles avec un autre patient, le personnel s'inquiète du consentement de ce patient et, une fois celui-ci confirmé, il est remis des préservatifs aux deux patients et une chambre fermée à clé leur est offerte.

Un groupe de parole avec les patients sur la question de la sexualité a été instauré au sein de l'unité.

Depuis la mise en place de ce programme, le personnel a constaté la disparition de toute relation sexuelle contrainte parmi les patients.

5.3.7 Les communications avec l'extérieur

- Le téléphone

Les téléphones mobiles sont interdits dans le service afin d'éviter la prise de photographies des autres patients ou du personnel et des conflits entre patients.

Les appels téléphoniques vers l'extérieur sont limités de façon suivante :

- un appel par semaine le mercredi pour la famille ;
- un appel par semaine le lundi pour la tutrice.

L'appel est fait par un infirmier et transféré au patient dans une cabine téléphonique.

Le nombre d'appels reçus n'est pas limité.

- Le courrier

Le personnel soignant fournit papier et enveloppes et peut être amené à écrire le courrier sous la dictée du patient.

- La télévision

La plupart des patients possèdent un poste de télévision dans leur chambre, certains patients ayant complété leur installation avec des haut-parleurs extérieurs de type « home-cinéma ».

- Internet

Un ordinateur avec accès à internet est installé dans une pièce fermée dont il faut demander l'ouverture à une personne de l'équipe soignante. Il n'y a pas de contrôle *stricto sensu* de l'usage à l'exception de la limitation d'accès aux sites *web* liés au réseau de l'hôpital ; cependant un personnel de l'équipe soignante peut vérifier de temps à autres les sites consultés.

- Les visites

Les patients reçoivent les personnes venant leur rendre visite soit à la cafétéria de l'établissement soit dans le parc. Comme dit précédemment, les visites sont rares.

- L'accès au culte

Une personne de l'aumônerie passe tous les lundis dans l'unité et participe au goûter. Il n'y a pas eu de demande pour d'autres cultes que le culte catholique.

5.3.8 Les activités.

Un effort très important a été réalisé pour proposer aux patients des activités variées tout au long de la journée. Ces activités ont pour objectif de « *lutter contre l'oisiveté des patients génératrice de passages à l'acte* » et sont un des éléments importants du projet de soins. Ainsi ont été créés dix ateliers différents :

- sorties d'une demi-journée à la ferme pédagogique de Woimbey avec laquelle il existe une convention ;
- sorties d'une demi-journée aux haras de Saudrupt où les patients assurent des soins des chevaux ;
- activité « écran de cinéma » avec projection de films dans l'unité ;
- recyclage des canettes de boissons avec tri des canettes en aluminium et en acier par des patients ;
- activité jardin ;
- atelier piscine ;
- atelier « gestion des conflits » ;
- atelier « chien thérapeutique » : un chien dressé pour cette activité, rencontré lors du contrôle, est amené régulièrement au sein de l'unité ;
- atelier lingerie : permet aux patients de laver, repasser son linge au sein de l'unité et donne des indications au personnel sur l'adaptation et l'autonomie des patients dans ce domaine ;
- borne internet.

A noter que, sur les dix-huit patients présents dans l'unité, seuls deux patients ne participent pas aux activités ; l'un pour des raisons de handicap physique et, pour le second, les activités sont remplacées par des sorties avec un éducateur.

- Les sorties

Les sorties des patients hospitalisés sans consentement sont prescrites par le médecin. Elles sont consignées dans le dossier du patient. Les sorties des patients - dans l'hôpital et en dehors - sont résumées dans le tableau ci-dessous :

| Patient | Statut | Sorties |
|---------|--------|--|
| 1 | SDRE | Seul dans le parc Accompagné par 2 agents à l'extérieur avec signalement au préfet, une fois par mois environ (achat de jeux vidéo en général) Inscrit à des activités extérieures |
| 2 | SDRE | Seul dans le parc 1h le matin et 1h l'après midi |
| 3 | SDTU | Seul dans le parc de 10h à 11h30 et de 14h à 16h Accompagné à l'extérieur une fois par mois (<i>Intermarché</i>) |
| 4 | SDRE | Programme de soins depuis 1 an : appartement + hôpital de jour |
| 5 | SDRE | Programme de soins : famille le mercredi de 14h à 18h + sortie dans le parc 1h le matin et 1h l'après midi |
| 6 | SDRE | Seul dans le parc : ½ h le matin et ½ h l'après midi Programme de soins : lundi et mercredi 14h à 18h sorties seul en dehors du CHS ; ferme thérapeutique + équitation |
| 7 | SDRE | Sortie dans le parc de 10h à 11h et de 14h à 16h30 Pas de sorties extérieures |

5.3.9 Les soins.

Le médecin psychiatre, en charge de l'unité, assure une consultation le vendredi matin. Les patients sont proposés à cette consultation par l'équipe soignante. En cas d'isolement strict d'un patient, il dit passer tous les jours.

Une réunion pluridisciplinaire chargée de faire le point sur les patients est organisée chaque mois. Elle regroupe l'ensemble de l'équipe avec l'assistante sociale et, si nécessaire, un représentant du CMP et parfois la tutelle du patient. Le patient peut être convié en fin de réunion. Le projet de soins mis en place par le cadre de santé et le médecin psychiatre arrivés fin 2011 repose sur « *la prise en charge et la réhabilitation par conditionnement de patients psychotiques chroniques, de patients insuffisants intellectuels et de patients atteints de trouble de la personnalité* ». Cette approche s'appuie sur les théories comportementales. L'enjeu est, à chaque fois que possible, de construire un projet de réhabilitation sociale pour les patients avec des orientations vers des structures ou institutions médico-sociales (établissement et service d'aide par le travail - ESAT -, FAS, Foyer de vie).

Ainsi le projet de soin mobilise l'ensemble de l'équipe grâce à :

- une meilleure connaissance de la clinique et des traitements médicamenteux ;
- des formations en particulier à la gestion des situations de violence (Omega) ;
- une démarche partagée vis-à-vis des patients résumée dans les fiches cliniques ;
- des groupes de parole de deux type : l'un sur la vie au sein de l'unité, l'autre destiné aux « déviants sexuels-insuffisants intellectuels » ;
- une démarche visant à renforcer positivement toute non-violence qui doit être récompensée par une gratification (sortie, félicitation, intégration dans un atelier...) et, *a contrario*, des avertissements voire des sanctions dans lesquelles la mise en chambre d'isolement tient une place importante lors de passages à l'acte violents contre les autres patients ou le personnel ;
- un tableau, affiché dans la salle de soins et accessible aux patients et renouvelé tous les mois, décrivant pour chaque patient la conduite quotidienne : vert si tout va bien, rouge si passage à l'acte, noir si décision d'isolement.

| | | COMPORTEMENT SUR LE MOIS DE NOVEMBRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|--------|--------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
| Georges | Martin | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green |
| Christien C | Martin | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green |
| Daniel | Martin | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green |
| Bernard | Martin | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green |
| David | Martin | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green |
| U.N.D | Martin | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green |
| Anthony M | Martin | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green |
| José | Martin | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green |
| Michel | Martin | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green |
| Jean Pierre | Martin | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green |
| Isac | Martin | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green |
| Frédéric N | Martin | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green |
| Médine | Martin | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green |
| Patrice | Martin | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green |
| François | Martin | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green |
| Loïc | Martin | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green |
| Christian V | Martin | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green |
| Frédéric S | Martin | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green |
| Gauffroy | Martin | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green |
| SIMONE | Martin | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green |
| Giovanni | Martin | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green |
| Elvis | Martin | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green |

On trouvera dans le tableau ci-dessous les critères de restriction de liberté tels qu'ils ont été formulés par l'équipe :

| Nature de la privation de liberté | Nature de l'incident constaté | But de la privation de liberté |
|-----------------------------------|---|---|
| Isolement strict avec contention | Violence auto-agressive | <i>Protéger le patient contre les blessures qu'il pourrait se faire, validé a posteriori ou non par prescription médicale</i> |
| | Violence hétéro-agressive | <i>Isoler le patient de toute escalade symétrique de violence vis-à-vis du personnel</i> |
| Isolement strict | Violence physique ou menace de violences physiques sur agent ou sur patient | <i>Isoler le patient de toute escalade symétrique de violence</i> |
| | Etat d'ébriété | <i>prévenir un passage à l'acte physique sur terrain de désinhibition</i> |
| | Introduction d'alcool dans le service | <i>prévenir un passage à l'acte physique sur terrain de désinhibition</i> |
| Isolement séquentiel | L'isolement séquentiel est le dispositif de sortie d'isolement strict et/ou de remise progressive du patient au contact des autres patients | |
| Remise au calme (porte ouverte) | Conflits entre patients | <i>Isoler le patient de toute escalade symétrique de violence</i> |
| | Vol dans la chambre | <i>Isoler l'auteur et le protéger des représailles</i> |
| | Insultes sur les agents | <i>Isoler le patient de toute escalade symétrique de violence</i> |
| | Fureur/désespoir non géré | <i>Isoler le patient de toute escalade symétrique de violence</i> |
| | Irrespect sans excuses à priori | <i>Isoler le patient de toute escalade symétrique de violence</i> |
| Maintien dans le service | Violation du programme de soins | |
| | Violation du cadre des soins et des règles de service affichées | |
| | Conflit entre patients à l'extérieur du service | |
| | Attente d'entretien médical | |

L'équipe a évalué l'impact de ce programme de soins sur trois types de critères :

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--|------|------|------|------|
| Les violences | | | | |
| Violences | 18 | 21 | 11 | 3 |
| Violences verbales | 16 | 9 | 7 | 8 |
| Violences physiques | 11 | 15 | 6 | 4 |
| Les appels par déclenchement de dispositif de travailleur isolé | | | | |
| Appels PTI | 13 | 6 | 2 | 1 |
| Les mises en isolement (en journées par an) | | | | |
| Isolements stricts | 176 | 88 | 48 | 38 |
| Isolements séquentiels remises au calme | 4 | 62 | 82 | 102 |
| Contentions | 52 | 26 | 18 | 14 |

Le programme de soins mis en place à partir de 2012 semble avoir eu un impact réel sur la diminution des violences au sein d'un pavillon réputé pour cela au sein de l'établissement mais aussi sur l'existence de plusieurs sorties de patients sans retour en hospitalisation. Les membres de l'équipe rencontrés avec le cadre de santé et en dehors de sa présence disent adhérer fortement à la démarche. L'encadrement des relations sexuelles entre patients du même sexe a été difficile au début pour certaines personnes de l'équipe mais est maintenant adopté par tous du fait de ses résultats. Cette démarche va donner lieu à une généralisation sur l'établissement dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles.

Il n'en reste pas moins que les contrôleurs s'interrogent sur la place de l'isolement et de la contention dans la démarche de « conditionnement » des patients, celle-ci s'inscrivant plus dans une logique récompense/sanction que dans une démarche de soins *stricto sensu*. Les patients rencontrés qui expliquent très bien leur parcours du mois écoulé sur le tableau affiché dans la salle de soins mettent bien l'isolement dans la catégorie des sanctions en cas de passage à l'acte violent. On notera cependant que certains patients nous ont présenté la mise en isolement comme une demande de leur part lorsqu'ils sentaient monter un risque de passage à l'acte incontrôlable. Il a semblé aux contrôleurs qu'une telle démarche de soins ne pouvait être acceptable qu'avec une très grande vigilance s'appuyant sur un « *debriefing* » de toute mise en isolement et un sens éthique partagé par l'ensemble de l'équipe pouvant par exemple s'appuyer sur un séminaire régulier consacré à ce sujet.

En effet, les recommandations de la Haute Autorité de Santé précisent que ces modalités de prise en charge ne doivent être prises qu'en dernier recours et uniquement dans les situations de violence après que toutes les autres approches aient été tentées. Elles doivent être aussi brèves que possible car elles représentent une atteinte majeure de la dignité des personnes.

Recommandation :

Le programme de soins mis en place au sein de l'unité Chânoi constitue sur bien des plans un exemple. Sa formalisation, son impact sur le fonctionnement de l'équipe, ses résultats en matière de violences, la diversité et le nombre d'activités proposées, la prise en compte de la sexualité attestent de la qualité de la démarche. Cependant, il convient de rappeler que l'isolement et la contention sont des pratiques médicales qui doivent être employés en dernier recours en situation de crise. Ces pratiques ne doivent en aucun cas être utilisées comme sanction ou punition

5.4 LES UNITES DE PSYCHO-GERIATRIE

Les unités de psycho-gériatrie sont installées dans le bâtiment « Les Sources » au centre du CHS, non loin du bâtiment de la direction. Elles accueillent en principe des patients de plus de 60 ans et ne reçoivent pas de premières admissions.

Elles sont dirigées par un praticien hospitalier, gériatre, qui a également en responsabilité une unité Alzheimer installée au CHS, une équipe mobile de psycho-gériatrie et l'hôpital de jour « Chantereine ».

Un médecin généraliste vient chaque jour pour les soins somatiques dans les services de psycho-gériatrie. Deux des psychiatres du CHS se rendent dans les services, notamment pour la signature des certificats d'hospitalisation.

Une réunion hebdomadaire du *staff* (médecin, cadre, infirmiers, un ou deux aides-soignants, assistante sociale et secrétaire) se déroule le mardi après-midi. Des réunions peuvent aussi être organisées pour examiner le cas de patients quand le PPI (projet personnalisé individuel) est rempli.

Au rez-de-chaussée, outre le bureau d'accueil et le bureau du médecin, chef de service, se trouve l'unité USLD (unité de séjour de longue durée).

Au premier étage, l'unité PG1, prend en charge les patients de psycho-gériatrie les moins autonomes, celles et ceux qui nécessitent plus de surveillance et d'accompagnement.

Au deuxième étage, l'unité PG2 concerne les patients qui sortent à l'extérieur, qui sont plus autonomes et éventuellement susceptibles d'être pris en charge par d'autres structures après leur séjour au CHS.

Les unités PG1 et PG2 ont fait l'objet du présent contrôle.

5.4.1 L'unité PG1*c) Les locaux*

Le premier étage que cette unité occupe a été refait entièrement en 2010 ; il est donc fonctionnel et en bon état, et on est agréablement surpris par les couleurs plutôt vives dans les circulations et plus douces dans les chambres. Il est accessible par deux escaliers et un monte-malade.



Le couloir central de l'unité PG1



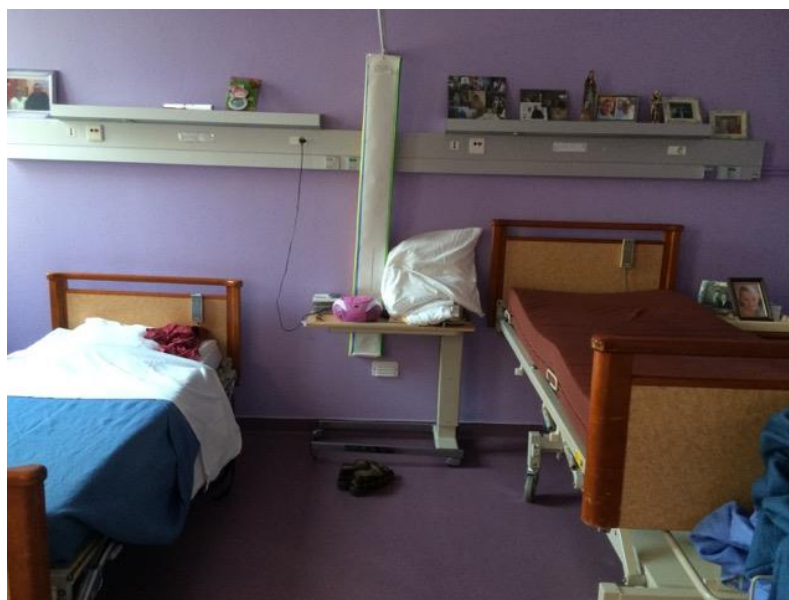
Salle de vie

L'unité compte vingt-six lits dans dix-neuf chambres : soit douze chambres individuelles et sept doubles. Aucune chambre d'isolement n'y est installée. Il existe toutefois une chambre dite d'accueil temporaire située à une extrémité du bâtiment, utilisée pour des patients bruyants et gênants pour les autres personnes.

On trouve dans cette même aile une chambre mortuaire.

Chaque patient dispose de son lavabo, mais seules six chambres individuelles et une chambre à deux lits comportent une cabine WC.

Les surfaces des chambres individuelles sont comprises entre 10,43 m² et 19,10 m² et celles des chambres doubles sont comprises entre 20,10 m² et 31,20 m². Les espaces sont donc agréables et le mobilier très récent est en parfait état.



Chambre double unité PG1

Les sanitaires comprennent au total : quatre douches, deux salles de bains et douze WC.

A l'angle du bâtiment au bout du couloir, un petit salon de 15,93 m² est utilisé par les soignants et les intervenants pour des activités individuelles, ou pour les visites des familles. Il est agréablement meublé avec une table ronde, deux fauteuils, quatre chaises, une armoire, un

poste de télévision et des présentoirs sur lesquels sont déposés des revues récentes et quelques livres.

Un séjour de 88,20 m² sans portes dans le couloir est accessible au milieu du service ; le mobilier comprend six tables carrées de 1,25 m de côté, dix-sept chaises diverses, un vaisselier ancien, un poste de télévision et quatre fauteuils. La pièce est bien décorée avec des photos, tableaux et décorations de Noël. Cette salle sert pour les loisirs et pour les repas. Un office de 15 m² est contigu à ce séjour.

A cet étage, les soignants ont une salle de repos de 22 m² et une salle de soins de 28,80 m².

d) Les personnels

Un cadre de santé est affecté pour les deux unités PG1 et PG2 ; la cadre de santé de l'USLD le remplace en cas d'absence.

Pour les deux services PG1 et PG2, on compte :

- onze infirmiers (un homme et dix femmes) ;
- vingt-six aides-soignants (un homme et vingt-cinq femmes dont deux animatrices) ;
- six femmes ASH (agent des services hospitaliers) ;
- une femme ergothérapeute à 75 % ;
- une secrétaire à 90 % ;
- des assistantes sociales à temps partiel ;
- un neuropsychologue à temps partiel ;
- un kinésithérapeute qui vient le jeudi.

A l'unité PG1, le service de 6h à 14 h est assuré par un infirmier, trois aides-soignants et un ASH. De 13h50 à 21h50, sont présents : un infirmier, deux aides-soignants et un ASH.

Pour la nuit (de 21h40 à 6h10), une infirmière et une aide-soignante assurent le service pour les deux étages (PG1 et PG2).

Les soignants ont fait part aux contrôleurs de leurs difficultés rencontrées parfois avec des patients agités et de forte corpulence. Le personnel du service ne comportant pas assez d'hommes, il peut être nécessaire de faire appel au renfort.

e) Les patients

Les patients pris en charge dans les unités PG1 et PG2, sont des personnes âgées, souffrant de troubles du comportement, de dépression ou de troubles cognitifs (démences neurovégétatives, vasculaires et mixtes).

Pour les patients atteints de maladie d'Alzheimer, un service particulier, dont il a été dit aux contrôleurs qu'il était exemplaire, a été mis en service dans un nouveau bâtiment adapté. Une difficulté a été toutefois soulevée, notamment par les familles, concernant le retour des patients dans les unités, car ce pavillon spécialisé ne garde pas les patients en fin de vie.

Lors de la visite des contrôleurs, à l'unité PG1, onze hommes et onze femmes étaient hospitalisés. Parmi les personnes présentes :

- la plus longue hospitalisation datait de mars 2006 ;
- le patient le plus âgé avait 94 ans ;
- le plus jeune avait 58 ans ;
- aucune personne n'était admise en SPDRE ;
- un homme et une femme étaient admis en SPDT ;

- dix-sept personnes étaient sous tutelle.

Six patients ont désigné une personne de confiance.

f) La vie quotidienne

La journée-type des patients se déroule ainsi :

- à partir de 7h30, toilette ;
- à partir de 8h30, petit déjeuner qui dure en moyenne une heure ;
- ensuite, selon les personnes : animations, sorties et soins ;
- vers midi : repas soit en chambre soit en salle ; la moitié des patients nécessitent une aide au repas ;
- après-midi, selon les patients : sieste, animations ou sorties et soins ;
- un goûter est servi à 16h ;
- de nouveau une sieste est nécessaire pour beaucoup ;
- à 18h30, le dîner est servi ; les deux tiers prennent le repas du soir dans leurs chambres ;
- à partir de 19h30, il est procédé au change et au couchage. Deux ou trois patients viennent dans le séjour pour regarder la télévision et certains la regardent dans leur chambre.

La restauration souffre de nombreux manques que le responsable de la cuisine pallie en venant apporter des compléments.

Aucun problème d'hygiène n'est apparu lors de la visite.

En revanche, le traitement du linge a été mentionné comme inadmissible par les soignants : nombreuses taches sur les vêtements professionnels et de mauvaises odeurs, du linge délavé ou en boule, des couvertures ensachées mouillées, des manques et des retours irréguliers ; il a aussi été dit que les dotations étaient insuffisantes.

Certains patients sortent du bâtiment pour fumer sans créneau horaire imposé, sauf un patient qui est limité de 10h à 12h, en raison de son comportement demandeur et inquisiteur dans l'enceinte de l'hôpital. Les autres fumeurs utilisent aussi le palier de l'escalier de secours extérieur.

Concernant la sexualité, les soignants ont simplement dit qu'il ne se passait rien.

Viennent parfois dans les diverses unités, deux chiens, formés « *handi-chiens* », qui apportent beaucoup de réconfort aux malades.

g) Les communications extérieures

A l'unité PG1, seules deux personnes sur les vingt-deux patients présents n'ont pas de visites. Ces visites se déroulent dans les chambres, dans le petit salon, ou dans le séjour.

La télévision est en service continu dans le séjour et certains ont leur propre appareil dans leur chambre.

Aucun patient ne possède de téléphone portable, les communications sont permises à la demande ; il est arrivé cependant que des correspondants extérieurs demandent de limiter ou de supprimer les appels devenus trop fréquents et dérangeants.

Aucun accès à internet n'a été sollicité.

Le courrier parvient par le secrétariat du service sans difficulté, les expéditions suivent le même circuit.

h) Les activités

Le budget global alloué pour les activités de PG1 et PG2 s'élève à 1 800 euros.

Les sorties sont possibles sans réserve pour les personnes hospitalisées librement ; celles qui sont admises en SPDT sortent sur prescription médicale, souvent sans accompagnement, mais certaines ne sortent pas seules compte tenu de leur état.

Des sorties au marché sont organisées avec un soignant pour deux patients, voire un seul patient.

Les activités pratiquées comprennent : du tricot, des coloriages, des mots croisés, des jeux de société, de la décoration, des fêtes d'anniversaires, de la cuisine et des barbecues parfois dans le jardin réservé à l'USLD.

La coiffeuse du CHS vient un mardi sur deux et une coiffeuse libérale peut venir aux frais des familles.

La cafétéria est utilisée par cinq patients et dix vont à la salle Snoezelen par roulement avec un soignant.

Du sport et de la danse sont possibles, et avec les deux poneys du CHS, l'équithérapie est pratiquée par certains.

i) Les soins

Le PPI (projet personnalisé individuel) est utilisé comme dans les EHPAD. Il s'agit d'un dossier géré par un ou deux référents, qui est rempli avec le patient résident et la famille selon les possibilités.

Il est mentionné notamment dans ce dossier de préciser si le patient souhaite ou non être tutoyé. Cette mention permet habilement de stimuler le questionnement des soignants sur ce sujet délicat.

Il a été dit par certains soignants que, malheureusement, le PPI ne faisait pas l'objet d'une pratique continue et exhaustive.

La contention dans une unité pour personnes âgées n'est pas constituée par des sangles sur un lit dans une chambre isolée utilisée sur prescription médicale lors d'une crise de comportement. Il s'agit ici principalement de protection pour les chutes lors du sommeil. Elle est utilisée pour douze des patients systématiquement quand ils sont au lit avec des barrières, et des bracelets sont utilisés pour huit personnes la nuit. Selon les propos recueillis auprès des soignants, ces dispositifs sont nécessaires pour éviter les chutes. Des ceintures pelviennes sont aussi utilisées pour empêcher de glisser du fauteuil dans la journée.

Des prescriptions médicales « si besoin » figurent dans les dossiers des patients mais la contention ne fait pas l'objet d'une traçabilité rigoureuse.

Les soignants ont montré aux contrôleurs le mauvais état de certains matériels de contention et le problème des clés insuffisantes et disparates.

La distribution des médicaments se déroule lors des repas dans la salle de repas ou dans les chambres.

5.4.2 L'unité PG2

j) Les locaux

L'unité PG2 occupe le deuxième étage du bâtiment et, comme au premier étage, les locaux ont été refaits en 2010, leur état est également parfait.

L'organisation des locaux est différente mais on y accède aussi par deux escaliers et un monte-malade.

Vingt lits sont installés dans douze chambres : quatre ont un lit et huit disposent de deux lits. Les chambres individuelles ont une surface comprise entre 15,70 m² et 28 m² et les chambres doubles entre 22,11 m² et 24,95 m². Chaque chambre, sauf une, dispose d'une salle d'eau fermée, avec douche, lavabo et WC. Une cuisinette est installée dans une des chambres.

Au centre du service, le séjour de 69,24 m² est utilisé pour les repas et pour regarder la télévision. Il communique avec le bureau infirmier. Le mobilier comprend six fauteuils bas et trois fauteuils hauts, quatre tables rondes, trois tables carrées, vingt chaises avec des accoudoirs, un meuble bahut ancien, des étagères et un grand tableau. Un poste de télévision et un lavabo complètent l'équipement. La décoration de Noël a été conservée et des photos ornent les murs.



Couloir centre unité PG2



Salon bibliothèque

Les patients peuvent aussi accéder à un salon bibliothèque qui est utilisé aussi pour les visites.

Un fumoir de 15 m², pièce sans décoration et peu meublée, est très utilisé ; un salon de coiffure bien équipé sert pour les patientes en activité de médiation essentiellement.

Les locaux des soignants comprennent un office de 11 m² et un bureau infirmier de 23,30 m² servant aussi de salle de soins.

k) Les personnels

Le personnel affecté à l'unité PG2 a été décrit au § 5.4.1.

Le service de 6h à 14h est toutefois assuré par un infirmier, deux aides-soignantes et un ASH. Les autres services sont identiques.

l) Les patients

Lors de la visite des contrôleurs, à l'unité PG2, sept hommes et onze femmes étaient hospitalisés. Parmi ces personnes :

- la plus longue hospitalisation datait du 13 mai 2005 ;

- le plus jeune avait 54 ans ;
- le plus âgé avait 89 ans ;
- aucune personne n'était admise en SPDRE ;
- un homme et une femme étaient admis en SPDT ;
- douze patients étaient sous tutelle.

Sept patients ont désigné une personne de confiance.

m) Le fonctionnement

La vie quotidienne

La journée-type à l'unité PG2, se déroule presque comme à PG1, mais, tous les patients sont autonomes pour manger.

Les entrées sont servies à l'assiette, de même que les plats pour les régimes particuliers. Les repas normaux sont mis par le personnel dans des plats afin de rendre la nourriture plus avenante car la lutte contre la dénutrition est de règle en gériatrie. De la vaisselle colorée a été livrée.

Les patients participent également aux tâches ménagères (vaisselle, lits...) afin de redonner de l'autonomie.

Le dîner est servi à 19h et ensuite la plupart des patients vont se coucher vers 20h30 ; certains restent devant la télévision dans le séjour. Quatre personnes ont leur propre téléviseur.

Les mêmes difficultés ont été mentionnées par le personnel concernant la blanchisserie.

Les patients fumeurs utilisent la petite salle fumeur sans restriction.

Les pratiques sexuelles de deux patients homosexuels sont tolérées dans la mesure où elles restent discrètes dans les chambres.

n) Les communications extérieures

Seules quatre personnes n'ont pas de visites. Celles-ci se déroulent dans les chambres ou dans le salon-bibliothèque.

Le téléphone est autorisé sans réserve et le courrier est transmis par la secrétaire.

Le lundi après-midi, une messe est célébrée dans la salle de réunion du premier étage ou bien au pavillon Alzheimer, où les patients volontaires peuvent être accompagnés.

o) Les activités

Une personne admise en SPDT est autorisée à sortir du CHS accompagnée d'un agent avec un signalement au médecin psychiatre, soixante-douze heures avant.

Dix patients sortent dans l'enceinte du CHS accompagnés et à l'extérieur avec les familles. Huit sortent seuls dans l'enceinte du CHS.

Les activités dans le service comprennent des jeux de société et des travaux manuels, de la pâtisserie. Il est possible également de se rendre à la cuisine du pavillon Alzheimer.

Les anniversaires sont regroupés et fêtés dans le service.

En été, le jardin du rez-de-chaussée peut être exceptionnellement utilisé pour des barbecues.

Au bâtiment social, les patients accompagnés de soignants peuvent pratiquer le sport, la danse et utiliser la salle Snoezelen.

Des sorties thérapeutiques et occupationnelles sont organisées parfois mais l'effectif de soignants ne le permet guère.

Certains sortent avec leur famille.

p) Les soins

La contention est moins pratiquée qu'à l'unité PG1 : les barrières ne sont placées que pour deux personnes la nuit ; une personne demande la pose des bracelets et quatre ont une prescription « si besoin ».

L'unité PG2 fait l'objet d'une réflexion pour envisager sa mutation en UHR (unité d'hébergement renforcé) ou MAS (maison d'accueil spécialisé) pour personnes âgées handicapées psychiques.

6 LES SOINS SOMATIQUES

6.1 L'ACCES AU MEDECIN GENERALISTE

L'équipe chargée des soins somatiques sur l'ensemble de l'établissement comprend :

- deux praticiens hospitaliers en médecine générale à plein temps intervenant pour l'un à l'unité de psychiatrie aiguë adulte Le Breuil, l'hôpital de jour Croisettes et le service d'addictologie ; pour l'autre à l'unité de psychiatrie adulte Le Placis et à la MAS ;
- deux praticiens attachés, médecins généralistes de ville, à cinq vacations par semaine. L'un intervient à l'unité Le Chânoi et l'unité Le Verdilat ; l'autre à l'unité Le Haut Bois et l'unité de psycho-gériatrie.

Il est à noter que les deux praticiens hospitaliers plein temps exercent au sein de l'établissement depuis plus de trente ans et ont une pratique ne se limitant pas aux soins somatiques ; ils peuvent ainsi intervenir de la même façon que leurs collègues psychiatres pour des soins psychiques.

Les médecins disposent d'une salle d'examen dans chaque unité. Lors de l'hospitalisation sans consentement d'un patient, celui-ci bénéficie d'un examen clinique (même s'il a déjà été examiné au service des urgences de l'hôpital général), d'un électrocardiogramme, d'un bilan biologique si son état le justifie. Un test urinaire est systématiquement réalisé chez les patients toxicomanes avec suivi tous les deux jours.

Les médecins passent tous les matins dans les unités. Une permanence est assurée de 12h à 18h30. La nuit, de 18h30 à 8h30, une garde sur place est assurée par l'ensemble des praticiens, qu'ils soient généralistes ou psychiatres.

6.2 LES CONSULTATIONS SPECIALISEES

Les consultations de spécialité médicale se font au centre hospitalier de Bar-le-Duc, celles de spécialité chirurgicale à la clinique du Parc, l'hôpital ne disposant plus de services de chirurgie. Les examens radiologiques sont réalisés à l'hôpital général. Les rendez-vous sont obtenus facilement. Le transport des patients se fait par un véhicule de l'établissement avec un chauffeur et un soignant qui reste auprès du patient et deux soignants si le patient est en SDRE.

Les hospitalisations se font *via* le service d'accueil des urgences de l'hôpital général pour les problèmes médicaux et directement à la clinique du Parc pour les problèmes chirurgicaux. En cas de situation urgente il est fait appel au Samu.

Les relations avec les deux établissements sont bonnes ; l'accueil des patients du CHS étant plus facile à l'hôpital général qu'à la clinique.

Les soins dentaires sont réalisés soit par le chirurgien-dentiste du patient soit au cabinet dentaire de l'assurance maladie qui accepte les patients du CHS. En cas d'extraction dentaire, celle-ci est réalisée sous anesthésie générale à la clinique du Parc par un chirurgien-dentiste nancéen.

L'accès aux soins somatiques pour les patients hospitalisés au CHS semble satisfaisant quelle que soit la nature des problèmes de santé présentés par le patient : pathologies médicales, chirurgicales ou dentaires.

L'équipe médicale chargée des soins somatiques peut sembler importante mais les deux praticiens hospitaliers somaticiens, du fait de leur ancienneté au sein de l'établissement, participent à la prise en charge psychiatrique des patients. La réponse aux urgences somatiques

est assurée grâce à une permanence l'après-midi et une garde sur place la nuit ainsi qu'un accès facile au SAMU et au service d'accueil des urgences de l'hôpital général de Bar le Duc.

6.3 LA PHARMACIE

L'hôpital dispose d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) installée dans des locaux rénovés suffisamment vastes.

Les prescriptions et dispensations des médicaments sont faites à l'aide du logiciel Disporao. Celui-ci n'étant plus maintenu va être remplacé par le logiciel Cariatide.

Les médecins prescrivent les traitements à partir d'un ordinateur auquel ils se connectent à l'aide d'un mot de passe individuel. Chaque prescription est validée par la pharmacie. La durée de prescription ne peut pas excéder un an. Les prescriptions permettent de définir un plan de « cueillette » des médicaments à la pharmacie. Ceux-ci sont conditionnés en vrac et livrés dans une caisse fermée. Au sein du service, les infirmiers(es) reconstituent les traitements journaliers dans un chariot. Les médicaments restent étiquetés, sous blister, jusqu'au bout. Dans le cas des traitements « si besoin », la prescription est enregistrée mais la délivrance est faite à la demande de l'infirmier(e).

L'administration des médicaments est faite, selon la pharmacienne, par l'infirmier(e) qui les a préparés afin d'assurer la traçabilité.

Les médicaments sous forme de gouttes sont préparés une demi-heure avant l'administration dans un gobelet étiqueté au nom du patient.

La livraison des médicaments dans les services est hebdomadaire. En cas de nouvelle prescription, l'infirmier(e) du service se rend à la pharmacie pour en prendre livraison.

Une préparatrice de la pharmacie assure un contrôle trimestriel du stock présent dans chaque service.

6.4 LE LABORATOIRE

Les examens biologiques sont réalisés à l'hôpital général. Les prélèvements sont faits au CHS, les tubes sont transportés par un chauffeur du CHS, immédiatement si nécessaire, et les résultats sont disponibles dès le lendemain.

6.5 LE COMITE DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR (CLUD)

Les deux dernières réunions du CLUD ont eu lieu les 8 avril 2013 et 25 février 2014. Il n'y a pas eu de réunion en 2015. Il est composé d'une vingtaine de personnes dont dix environ ont participé à ces deux réunions.

La séance du 25 février 2014 a été consacrée à la révision d'un nouveau « classeur douleur » ayant vocation à être diffusé auprès de l'ensemble des unités. Les contrôleurs n'ont pas pu vérifier la présence effective de ce classeur dans les unités, n'ayant pris connaissance de son existence qu'en fin de visite.

Il existe donc une procédure, une fiche d'évaluation et de suivi de la douleur et le CLUD a réalisé une enquête sur la prise en charge de la douleur dans les services à une date indéterminée.

Bonne pratique :

L'accès aux soins somatiques pour les patients hospitalisés au CHS est globalement bien assuré. Il est regrettable cependant que la traçabilité de la surveillance somatique des personnes placées à l'isolement ne soit pas mieux formalisée.

7 LE RECOURS A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION

7.1 LES DOCUMENTS

Un audit interne sur la pratique de l'isolement et de la contention a été réalisé en avril 2012, dans le cadre d'une « évaluation sur les pratiques professionnelles » (EPP). Cette EPP était conduite par un psychiatre et deux cadres. L'audit a été construit lors d'une formation à l'audit ; il a donné lieu à des propositions d'amélioration en juin 2012. Celles-ci étaient au nombre de cinq :

- identifier le support de prescription ;
- préciser la nature et les modes de contention-isolement dans la prescription ;
- cibler les points de surveillance ;
- systématiser l'évaluation ;
- formaliser la traçabilité.

Une feuille de prescription et une de suivi ont été élaborées puis testées à l'été 2012 par ceux-là mêmes qui avaient conduit l'audit et enfin diffusées dans les services. Une évaluation devait être réalisée en mars 2013 ; il ne semble pas que celle-ci ait été faite. Deux autres documents ont été remis aux contrôleurs : un « guide d'information concernant l'application d'une restriction de liberté d'aller et venir pour vous et votre famille » et un questionnaire « recueil sur le vécu de privation de liberté d'aller et venir en cas de contention ou d'isolement » destiné à recueillir l'avis des patients. Ces deux documents ne sont pas utilisés et ne sont pas connus des équipes de soins.

La feuille de prescription comprend les rubriques suivantes :

Recto : isolement :

- indication de l'isolement ;
- modalités de l'isolement (avec contention, strict, séquentiel avec précision des activités autorisées) ;
- paramètres à surveiller ;
- comorbidités à prendre en compte ;
- information patient et/ou famille ;
- évaluation de la mise en chambre d'isolement = nouvelle prescription avec Nom, date et heure, prochaine évaluation, observation

Verso : contention :

- indication de la contention ;
- localisation de la contention ;
- moyens de la contention ;
- modalités de la contention ;
- paramètres à surveiller ;
- comorbidités à prendre en compte ;
- information patient et/ou famille ;
- évaluation de la contention = nouvelle prescription avec nom, date et heure, prochaine évaluation, observation.

On peut noter que la procédure s'attache à la mise en œuvre de l'isolement ou de la contention mais qu'elle passe sous silence la durée de la prescription qui doit être renouvelée toutes les 24 heures ainsi que la nécessité du passage du médecin généraliste dès la mise en isolement ou sous contrainte.

Par ailleurs, elle n'envisage pas la prévention des passages à l'acte violent dans les services de soins tant par les activités de soins (ateliers thérapeutiques, entretiens, etc.) que par les formations du personnel à la gestion de ces situations.

7.2 LES PRATIQUES

Une analyse des dossiers de tous les patients présents dans l'unité Breuil et des patients hospitalisés sans consentement au Chânoï a été faite avec un membre de l'équipe de soins.

Onze patients étaient présents au pavillon Breuil, pavillon de court séjour. Les durées d'hospitalisation allaient de une à treize semaines mais, pour cinq patients, des hospitalisations multiples avaient précédé celle en cours.

Les patients étaient en SDT pour sept d'entre eux, en SPI pour un et en soins libres pour deux.

Un patient avait eu une prescription d'isolement et trois une prescription d'isolement avec contention, soit un peu moins d'un patient sur trois.

La durée des prescriptions était très variable, allant de 24 heures à plusieurs jours et parfois sans limite précise.

Sur six prescriptions, quatre portaient la mention « si besoin » laissant ainsi à l'appréciation de l'équipe soignante le soin de mettre en isolement ou d'attacher le patient.

Sur les dix-huit patients présents au pavillon Chânoï, seule la situation des neuf patients hospitalisés sans leur consentement a été analysée. Agés de 23 à 59 ans, sept étaient en SDRE et deux en SDT. Ces patients présentaient des pathologies chroniques avec des hospitalisations allant de deux à trente ans.

Parmi ces neuf patients, trois ont été mis en chambre d'isolement et un en chambre d'isolement avec contention au cours de l'année 2015. Les durées de l'isolement sont - pour l'isolement strict - de un à quatre jours et - pour l'isolement séquentiel faisant souvent suite au précédent - de quelques jours à deux semaines.

La durée des prescriptions est le plus souvent de 24 heures, parfois de 48 heures mais peut être de plusieurs jours lorsqu'il s'agit d'isolement séquentiel. On retrouve la notion d'isolement ou de contention si besoin « si besoin » à trois reprises.

Pour les deux services, la surveillance infirmière ne donne lieu à l'inscription d'informations sur le carnet de suivi infirmier que de façon irrégulière.

Recommandation :

La mise en chambre d'isolement, voire la contention, sont trop souvent prescrites accompagnées de la formule « si besoin », laissant ainsi à l'équipe soignante toute latitude pour leur mise en œuvre. La surveillance infirmière des patients pendant ces périodes devrait être rapprochée et tracée alors que les feuilles de surveillance ne montrent le plus souvent qu'une surveillance épisodique. Les prescriptions « si besoin » ne devraient pas exister. Isolement et contention devraient être limités aux situations de crise et pour des durées brèves, sur prescription médicale et avec un suivi physique et psychologique intense.

Dans son courrier daté du 6 juillet 2015, la directrice de l'établissement précise : « Ce « si besoin » s'accompagne de mesures d'information faites au patient. Vous faites d'ailleurs remarquer que certains patients demandent cette mise en chambre d'isolement quoi que le mot ne soit pas vraiment approprié car au Breuil il n'y a pas ce type de chambre mais des chambres sécurisées et que la mise « en isolement »

ERREUR ! IL N'Y A PAS DE TEXTE REpondant A CE STYLE DANS CE DOCUMENT.

peut aussi se faire le cas échéant dans la chambre même du patient. Au Chanoi, il s'agit aussi d'une chambre de remise au calme. »

8 L'ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES DES PERSONNES DETENUES

Lorsque leur intérêt le justifie mais surtout, selon les propos recueillis, par manque de place à l'UHSA de Nancy, les personnes détenues à la maison d'arrêt de Bar-le-Duc et au centre de détention de Saint-Mihiel souffrant de troubles psychiatriques sont admises au CHS de Fains-Véel. L'accueil de ces patients a fortement diminué depuis l'année 2013 passant de vingt-quatre admissions à quatre en 2015. Un travail d'anticipation est effectué par l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) - dont les personnels exercent également au CHS -, privilégiant l'orientation vers l'UHSA.

Néanmoins, la question du transfert des personnes détenues vers le CHS est un point d'achoppement pour les soignants. En effet, si l'administration pénitentiaire se déplace au CHS en fourgon cellulaire pour revenir chercher les patients détenus, le trajet à l'aller est réalisé par le personnel de l'hôpital dans un véhicule léger et sans escorte de gendarmerie, hormis cas très particulier. La proximité de la maison d'arrêt de Bar-le-Duc et la catégorie de personnes qui y sont incarcérées entraînent moins de difficultés en termes de transfert que les trente-cinq kilomètres qui séparent le centre de détention du CHS et le profil des personnes qui y sont détenues. En outre, sur le trajet de Saint-Mihiel à Fains-Véel, en campagne, un problème de réseau ne permet pas d'utiliser les téléphones portables en cas de difficultés. La directrice du CHS a été contrainte d'acquérir, aux frais de son établissement, un téléphone satellitaire pour un montant de 2 000 euros. Les personnels que les contrôleurs ont rencontrés soulignent que les patients détenus qui sont adressés au CHS sont, de fait, des personnes en crise et qu'ils se sentent en danger lors des trajets.

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) de l'établissement a saisi le préfet, l'administration pénitentiaire, un député et la ministre de la santé de cette question qui, selon les informations recueillies, n'a pas réellement trouvé de solution si ce n'est un protocole passé entre la direction du CHS et celle du centre de détention encadrant les horaires de transfert entre 8h et 17h si l'arrêté préfectoral est adressé suffisamment tôt au CHS par l'ARS.

Le seul bénéfice de cette convention est, aux dires des personnels, que le directeur du centre de détention est en mesure de solliciter lui-même une escorte de gendarmerie pour le personnel de l'hôpital lors de l'admission d'une personne détenue considérée comme dangereuse.

Dès leur arrivée, les patients détenus sont placés en chambre d'isolement.

La loi du 27 septembre 2013 rappelle d'abord que les personnes détenues peuvent faire l'objet de soins mais aussi d'une hospitalisation complète avec leur consentement ; celle-ci est alors réalisée au sein d'une UHSA. Elles peuvent également faire l'objet de soins ou d'une hospitalisation complète sans leur consentement ; celle-ci est alors réalisée au sein d'une UHSA ou « sur la base d'un certificat médical, au sein d'une unité adaptée ». Lorsque leur intérêt le justifie, les personnes détenues mineures peuvent être hospitalisées dans d'autres établissements ou unités que ceux-ci-dessus mentionnés.

Bonne pratique :

L'affectation au sein de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire du centre de détention de Saint-Mihiel de personnels exerçant également au CHS se révèle une excellente pratique. Le travail d'anticipation effectué en détention a permis de faire fortement diminuer les hospitalisations de personnes détenues au CHS au profit de l'UHSA de Nancy.

Recommandation :

Il est anormal que dans cet établissement, comme dans bien d'autres, tout patient détenu soit systématiquement placé en chambre d'isolement.

Dans son courrier daté du 6 juillet 2016, la directrice de l'établissement précise « ce ne sont pas des chambres d'isolement mais des chambres sécurisées. Le CHS ne disposant pas de mesures identiques à un centre de détention ou à une maison d'arrêt. Il convient de prendre pour ce type de patients des mesures de sécurité appropriées tant pour eux-mêmes que pour le reste des patients de l'unité. Le CHS ne dispose pas des moyens d'une UHSA qui devrait en théorie assurer sans restriction la prise en charge des détenus nécessitant des soins psychiatriques. Faute de place, ce n'est pas toujours le cas.

Recommandation :

La problématique des escortes depuis le CD de Saint-Mihiel jusqu'au CHS de Fains-Véel doit faire l'objet d'une meilleure répartition partenariale des rôles de chacun. Il est anormal que des personnels infirmiers puisse être inutilement exposés au cours de leurs missions

Dans son courrier daté du 6 juillet 2016, la directrice de l'établissement précise « le CHS est tout à fait d'accord mais les circulaires d'application en matière d'escorte suite à la mise en place des UHSA ne sont pas favorables à l'établissement. »