



Rapport de visite :
Centre hospitalier
Théophile Roussel
à Montesson

(Yvelines)

Du 14 au 18 mars 2016 - 1^{ère} visite

SYNTHESE

Le centre hospitalier Théophile Roussel est particulier car, historiquement centré sur la question de l'enfance, il n'a accueilli des services de psychiatrie générale que depuis 1995, et développe une importante activité de psychiatrie infanto-juvénile au service des populations de quatre secteurs dans deux départements et même au-delà pour certaines réponses hospitalières.

Une attention particulière est portée dans cet établissement à la mise en œuvre de la loi de 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, mais il est soumis à des injonctions paradoxales en matière de liberté de circuler des patients dans un contexte de plan Vigipirate imposant la restriction des venues dans l'établissement, un contrôle à l'entrée et la fermeture des accès autres que l'entrée principale ; ceci n'a pas remis en cause la politique de sorties de courte durée précoces.

L'établissement a développé des unités d'hospitalisation qui ont vocation à accueillir des patients dans une logique intersectorielle tant en psychiatrie générale qu'infanto-juvénile. Ceci peut apparaître paradoxal dans un contexte où le fonctionnement des équipes, notamment médicales, est relativement cloisonné et les projets encore insuffisamment articulés au sein de ces filières de soins, comme entre les services adolescents et les services adultes, ce qui peut être préjudiciable à la qualité de la prise en charge de certains patients et à la continuité des soins, notamment lors des passages de relais.

La situation architecturale actuelle de certaines unités de soins, outre qu'elle ne permet pas de garantir l'accessibilité des personnes à mobilité réduite, n'offre pas les conditions d'accueil propices à une prise en charge adaptée des patients.

La situation financière de l'établissement doit lui permettre de faire évoluer son patrimoine bâtiminaire. Il s'agit là d'une réelle opportunité pour développer, sur la base d'un nouveau projet médical, les conditions architecturales et organisationnelles favorables aux soins mais aussi à la prévention des situations de crise des patients et à leur gestion au sein des unités comme à la promotion de la liberté de circuler.

Au-delà de la mise en place du registre prévu par la loi pour tracer les situations d'isolement et de contention, c'est bien à un travail sur ces pratiques en vue d'en restreindre l'usage que l'hôpital doit s'attacher. Sans attendre, il convient de mettre fin aux situations les plus attentatoires aux droits des patients et en particulier au maintien de patients dans une chambre fermée sans sonnette d'appel. De plus, l'établissement doit veiller à ne pas porter atteinte aux droits à l'intimité (fenestron, accès au téléphone, protection des effets personnels...) ou à la dignité des personnes (locaux dégradés, port du pyjama ou absence de chaussures...). A ce titre l'établissement doit veiller à ce que les agents de sécurité n'interviennent pas lors des soins.

L'établissement, dont les équipes soignantes font preuve d'une réelle bienveillance à l'égard des patients, doit veiller à une médicalisation suffisante des unités de soins ainsi qu'à une mise en œuvre rapide de l'évolution de l'organisation des soins somatiques.

Les éléments de réponse fournis par le chef d'établissement semblent indiquer que des améliorations ont déjà été apportées ou sont programmées.

OBSERVATIONS

LES BONNES PRATIQUES SUIVANTES POURRAIENT ETRE DIFFUSEES

1. BONNE PRATIQUE : 26

La mise en place d'un groupe de suivi de la loi du 5 juillet 2011 associant les différents acteurs hospitaliers témoigne d'un réel respect de la loi et des droits des patients.

2. BONNE PRATIQUE 52

Grâce à la richesse de sa programmation culturelle et à sa politique d'ouverture sur l'extérieur, le centre hospitalier offre de réels divertissements aux patients, et se trouve bien intégré dans la vie publique locale.

3. BONNE PRATIQUE 57

La pharmacie a réalisé un livret destiné aux médecins et aux infirmiers précisant notamment les principales caractéristiques et les modalités de distribution à respecter pour les médicaments les plus prescrits dans l'établissement, favorisant le bon usage du médicament pour le patient.

LES MESURES SUIVANTES DEVRAIENT ETRE MISES EN ŒUVRE

1. RECOMMANDATION 20

Il serait judicieux de diffuser les comptes rendus des séances de l'espace éthique, ce qui permettrait de faire connaître l'espace auprès du personnel, encouragerait la réflexion éthique au-delà du cadre des unités et favoriserait la réflexion des professionnels sur leurs pratiques, notamment au regard de l'atteinte aux libertés des patients.

2. RECOMMANDATION 23

Les titulaires de l'autorité parentale doivent faire l'objet d'une identification systématique. Il est nécessaire de s'assurer que ces derniers disposent des informations sur les droits qu'ils peuvent exercer dans le cas d'hospitalisation sans consentement.

3. RECOMMANDATION 34

La convocation à l'audience du JLD doit faire l'objet d'une remise effective au patient.

4. RECOMMANDATION 41

Il serait opportun que les équipes engagent une réflexion sur l'approche de la sexualité, la (les) manière(s) d'aborder cette question avec les patients, la formulation de l'interdit, la manière de prévenir les passages à l'acte et de gérer la transgression (étant précisé que la transgression d'un interdit posé par le règlement intérieur ne peut se confondre avec une infraction pénale).

5. RECOMMANDATION : 43

Les enfants et adolescents hospitalisés n'ont pas les mêmes besoins nutritifs que les adultes et doivent se voir proposer des menus prenant en compte leur spécificité. Il est souhaitable que les aversions alimentaires soient prises en compte.

6. RECOMMANDATION45

Les situations d'intervention des agents de sécurité au sein des unités de soins devraient faire l'objet d'une analyse rétrospective des situations cliniques et des pratiques soignantes. Ces agents ne devraient pas intervenir comme auxiliaires dans la gestion des soins donnés au patient en particulier dans le contexte des mesures d'isolement ou en pédopsychiatrie.

7. RECOMMANDATION48

Un lieu de convivialité de type cafétéria devrait être aménagé au sein du centre hospitalier.

8. RECOMMANDATION49

Tous les patients, quelle que soit l'unité au sein de laquelle ils sont hospitalisés, doivent pouvoir accéder à la bibliothèque de l'hôpital.

9. RECOMMANDATION55

Une réflexion doit être menée au niveau de l'hôpital sur la prise en charge des patients, y compris des adolescents fumeurs, la position des personnels soignants n'étant pas cohérente au sein des unités et l'accompagnement des patients en la matière n'étant pas véritablement organisé. Ce travail ne pourra faire l'économie d'une réflexion sur « les soignants et le tabac ».

En tout état de cause, des aménagements doivent être réalisés pour que les professionnels des équipes soignantes et autres ne fument pas à la vue des patients, en particulier des mineurs, et que le contenu des cendriers ne soit pas accessible à ces derniers.

10. RECOMMANDATION56

Tous les patients hospitalisés doivent bénéficier d'un examen somatique dès leur admission comme doivent être systématiquement examinés tous les patients placés à l'isolement ou sous contention conformément aux recommandations de la Haute autorité de santé et à celles du CGLPL.

Les enfants hospitalisés doivent être examinés sur le plan somatique dès le début de leur séjour à l'hôpital.

11. RECOMMANDATION59

Il devrait être envisagé de doter les chambres d'isolement (qu'elles soient dites chambre d'apaisement ou chambre de soins intensifs) d'un dispositif permettant aux adultes ou aux enfants qui y sont placés de mesurer l'écoulement du temps, ce type de dispositif étant de nature à limiter le caractère anxiogène de l'enfermement, ainsi que d'un dispositif d'appel.

L'aménagement des locaux doit permettre que la personne placée à l'isolement ne soit pas soumise à la vue des autres patients ou du public lorsqu'elle est en situation difficile (crise...) ; il doit garantir l'absence de vue sur les toilettes qui porte une atteinte à la dignité des patients.

12. RECOMMANDATION60

Afin de donner toute leur portée aux dispositions de l'article L3222-5-1 du code de santé publique, notamment en ce qu'il prescrit de définir une politique destinée à limiter le recours à l'isolement et à la contention, il convient que chaque unité soit en mesure de recenser avec précision non seulement le nombre de patients soumis à l'isolement, mais aussi les motifs de ce placement, les conditions (échec de solution alternative, appel ou non à la sécurité...) et les modalités de surveillance.

13. RECOMMANDATION60

Une réflexion institutionnelle est nécessaire sur les modalités de recours à l'isolement ou à la contention pour intensifier le travail visant à des stratégies de désescalade de la violence et pour développer l'aspect « contenant » de la présence soignante.

Il doit être mis fin sans délai aux pratiques d'enfermement des patients dans leur chambre.

14. RECOMMANDATION : 61

L'hospitalisation d'une personne détenue doit se faire dans des conditions garantissant une prise en charge de qualité et au regard de la réalité clinique, ce qui n'est pas compatible avec un placement systématique en chambre d'isolement.

15. RECOMMANDATION : 64

Au sein de l'unité Monet, les soignants qui sont dans le poste infirmier doivent pouvoir exercer une surveillance visuelle directe de l'unité.

16. RECOMMANDATION 68

Le suivi médical doit être effectif et régulier pour chacun des patients hospitalisés ; les patients hospitalisés au long cours doivent bénéficier de projets de soins et de vie explicites.

17. RECOMMANDATION : 69

L'organisation de l'unité sur deux niveaux, sans ascenseur au sein de l'unité Renoir, doublée de la présence d'un escalier peu pratique voire dangereux, ne permet pas d'offrir des soins dans des conditions de qualité et de sécurité suffisantes. Cet aménagement doit être revu.

18. RECOMMANDATION 70

Dans l'unité Renoir, le mobilier disparate ou manquant dans certaines chambres donne une image très négative des lieux, transformant pour le regard du visiteur et des patients des lieux de soins en univers carcéral ; il convient de remédier à cette situation.

19. RECOMMANDATION : 70

Les patients ne sont pas tous en état de se procurer rapidement et à leurs frais des cadenas pour sécuriser leurs biens. Il convient de mettre en place un système plus pratique et plus ouvert sur le service à la personne.

20. RECOMMANDATION : 74

L'enfermement, le jour ou la nuit, de patients dans une chambre fermée à clef constitue en soi une atteinte grave aux droits fondamentaux. L'absence de dispositif d'appel et de WC dans les chambres, de surcroît positionnées à un autre étage que le bureau infirmier, en rajoute s'il en était besoin au caractère inadmissible de ces pratiques. Il est impératif d'y mettre fin immédiatement.

21. RECOMMANDATION 90

Compte-tenu de la lourdeur des pathologies affectant les enfants accueillis et des difficultés de leurs parents, il est permis de s'interroger sur l'adaptation des temps d'ouverture de l'unité. Il est manifeste que la fermeture de week-end conduit à accueillir des enfants dans des lieux non conçus pour eux ou dans des conditions incertaines.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
OBSERVATIONS	3
RAPPORT	9
1. LES CONDITIONS DE LA VISITE	10
2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT	12
2.1 UN ETABLISSEMENT INTERDEPARTEMENTAL AU POSITIONNEMENT EN COURS D'EVOLUTION.....	12
2.2 L'ETABLISSEMENT NE CONNAIT PAS DE DIFFICULTES MAJEURES DE RECRUTEMENT.....	15
2.3 LE BUDGET PERMET D'ENVISAGER DES OPERATIONS D'INVESTISSEMENT	16
2.4 L'ACTIVITE TEMOIGNE DE PRATIQUES VARIEES AU SEIN DES SERVICES ET DE DIFFICULTES CONJONCTURELLES.....	17
2.5 UN REGISTRE DE LA LOI SCRUPULEUSEMENT TENU MAIS UN CONTROLE INSUFFISANT DES AUTORITES	18
2.5.1 Le registre de la loi	18
2.5.2 La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP).....	19
2.5.1 La visite des autorités.....	19
2.5.2 Le comité d'éthique	19
2.5.3 Le centre de documentation	20
3. LE DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT	22
3.1 UNE PROCEDURE D'ADMISSION RESPECTUEUSE DES DROITS DES PATIENTS, POUVANT TOUTEFOIS ETRE AMELIOREE S'AGISSANT DES MINEURS	22
3.1.1 Les modalités d'admission	22
3.1.2 La notification de la décision d'admission et les voies de recours	22
3.1.3 La désignation d'une personne de confiance.....	23
3.1.4 La période initiale de soins et d'observation	24
3.2 L'INFORMATION DES PATIENTS EST GLOBALEMENT ASSUREE ; UNE AMELIORATION DOIT ETRE APPORTEE SUR LES INFORMATIONS DES MINEURS	24
3.2.1 Le livret d'accueil.....	24
3.2.2 Le règlement intérieur de l'établissement et des différentes unités	25
3.2.3 Un groupe de suivi de la loi du 5 juillet 2011 assure le partage de la veille législative et des bonnes pratiques en la matière au sein de l'établissement	25
3.2.4 Le recueil des observations des patients	26
3.3 LA CONFIDENTIALITE SUR L'HOSPITALISATION EST POSSIBLE	26
3.4 LES SORTIES DE COURTE DUREE SONT AISEMENT ACCORDEES	27
3.4.1 Les sorties accompagnées d'une durée inférieure à 12 heures	27
3.4.2 Les sorties non accompagnées d'une durée maximale de 48 heures	27
3.4.3 Les cas d'opposition écrite du représentant de l'Etat	28
3.4.4 L'information des tiers	28
3.4.5 Le passage en programme de soins	28
3.5 LA LEVEE DES MESURES D'ADMISSION, BIEN PREPAREE, NE FAIT QUE RAREMENT L'OBJET D'OPPOSITION DU PREFET.....	28
3.6 LES INCIDENTS FONT L'OBJET D'UN SUIVI RIGoureux	30
3.6.1 Le traitement des plaintes et réclamations.....	30
3.6.2 La commission des usagers	30
3.6.3 Les violences et événements indésirables	31
3.6.4 La gestion des sorties sans autorisation.....	32
3.6.5 Les questionnaires de satisfaction	33
3.7 LE CONTROLE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION	34
4. LES DROITS DES PATIENTS	37
4.1 LA PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS EST GERE EN LIEN AVEC LES ASSISTANTES SOCIALES	37

4.2	LES BIENS DES PATIENTS SONT GERES AVEC SOUPLASSE ET TRANSPARENCE	37
4.3	LE DROIT AU LIBRE CHOIX DU MEDECIN EST PRIS EN COMPTE	38
4.4	L'ACCES AU DOSSIER MEDICAL EST UNE PROCEDURE PARFAITEMENT MAITRISEE	38
4.5	LES REPRESENTANTS DES FAMILLES ET DES USAGERS SONT TRES IMPLIQUES ET L'ETABLISSEMENT EST A LEUR ECOUTE	39
4.6	LA SEXUALITE NE FAIT PAS L'OBJET D'UNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE	40
4.7	LE DROIT DE VOTE EST EXERCE SOIT DIRECTEMENT SOIT PAR PROCURATION.....	41
4.8	L'EXERCICE DU CULTE FAIT L'OBJET D'UNE BONNE INFORMATION MAIS SEULE L'AUMONERIE CATHOLIQUE EST PRESENTE DANS L'ETABLISSEMENT.....	41
5.	LES CONDITIONS GENERALES D'HOSPITALISATION.....	43
5.1	LES FONCTIONS LOGISTIQUES SONT LARGEMENT EXTERNALISEES.....	43
5.1.1	La restauration	43
5.1.2	L'hygiène	44
5.1.3	La sécurité.....	44
5.1.4	Les transports.....	46
5.2	LES RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT LIMITEES EN TERMES DE TELEPHONIE MAIS FACILITEES POUR LES VISITES	46
5.2.1	Les patients ne peuvent conserver leur téléphone.....	46
5.2.2	Le courrier.....	46
5.2.3	La télévision	46
5.2.4	L'informatique et l'accès à internet	47
5.2.5	Les visites	47
5.3	DES ACTIVITES DE QUALITE ET DES ESPACES COLLECTIFS DIVERSIFIES, DEPOURVUS CEPENDANT DE LIEU DE CONVIVIALITE	47
5.3.1	Il n'existe pas de cafétéria.....	47
5.3.2	La bibliothèque est agréable mais pas accessible à tous les patients	48
5.3.3	Les installations sportives sont variées mais diversement utilisées.....	49
5.3.4	Les ateliers thérapeutiques sont organisés au sein des unités mais des projets collectifs sont animés par l'établissement.....	50
5.3.5	Les activités culturelles proposées sont riches	51
5.3.6	Une unité d'enseignement de l'Education nationale est implantée dans l'enceinte de l'hôpital	53
5.4	L'ACCES AU TABAC N'EST PAS SUFFISAMMENT DISCUTE CHEZ LES MINEURS ET ENCADRE DE MANIERE DISPARATE CHEZ LES MAJEURS].....	53
5.5	L'ORGANISATION DES SOINS SOMATIQUES EST RETARDEE CHEZ LES MINEURS ET TRES INSUFFISANTE CHEZ LES ADULTES ; ELLE DOIT EVOLUER RAPIDEMENT	55
5.5.1	L'accès au médecin généraliste.....	56
5.5.2	Les consultations spécialisées.....	56
5.5.3	La pharmacie.....	57
5.5.4	Le laboratoire.....	57
5.6	LES PRATIQUES D'ISOLEMENT DOIVENT ETRE RAPIDEMENT REVISEES.....	57
5.6.1	La contention	57
5.6.2	L'isolement.....	58
5.7	LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION DES PERSONNES DETENUES DOIVENT ETRE ADAPTEES A LA REALITE CLINIQUE	60
6.	LES CONDITIONS PROPRES A LA PSYCHIATRIE GENERALE	62
6.1	UN FONCTIONNEMENT INTERSECTORIEL DES UNITES D'HOSPITALISATION	62
6.2	L'UNITE ADULTE MONET EST UNE UNITE OUVERTE INSTALLEE DANS DES LOCAUX FONCTIONNELS	63
6.2.1	Présentation générale.....	63
6.2.2	Les locaux.....	63
6.2.3	Le personnel.....	66
6.2.4	Les patients	66
6.2.5	Le projet thérapeutique	67

6.3 L'UNITE ADULTE RENOIR EST UNE UNITE OUVERTE INSTALLEE DANS DES LOCAUX PRESENTANT DE SERIEUSES LACUNES.....	68
6.3.1 Présentation générale.....	68
6.3.2 Les locaux.....	68
6.3.3 Le personnel.....	72
6.3.4 Les patients.....	72
6.3.5 Le projet thérapeutique.....	73
6.4 L'UNITE ADULTE VICTOR HUGO ACCUEILLE LES PATIENTS PRESENTANT DES SYNDROMES DEPRESSIFS .	75
6.4.1 Présentation générale.....	75
6.4.2 Les locaux.....	75
6.4.3 Le personnel.....	76
6.4.4 Les patients.....	76
6.4.5 Le projet thérapeutique.....	77
7. LES CONDITIONS PROPRES A LA PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE	79
7.1 L'UNITE D'ACCUEIL PARENTS-ENFANTS (UAPE), UNE UNITE DEDIEE AU TRAVAIL SUR LA CONSTRUCTION DE LA RELATION MERE-ENFANT DURANT LES PREMIERS MOIS DE VIE DU BEBE	80
7.2 L'UNITE D'ACCUEIL ET D'HOSPITALISATION POUR ENFANTS A (UAHE A)	81
7.2.1 Les locaux.....	82
7.2.2 Le personnel.....	84
7.2.3 Le projet thérapeutique.....	85
7.3 L'UNITE D'ACCUEIL ET D'HOSPITALISATION POUR ENFANTS B (UAHE B)	86
7.3.1 Les locaux.....	87
7.3.2 Le personnel.....	87
7.3.3 Le projet thérapeutique.....	88
7.4.1 Les locaux.....	91
7.4.2 Le personnel.....	92
7.4.3 Le projet thérapeutique.....	93
7.5 L'UNITE D'ACCUEIL ET DE SOINS INTENSIFS (UASI).....	95
7.5.1 Les demandes d'admission.....	95
7.5.2 Les locaux.....	96
7.5.3 Le personnel.....	97
7.5.4 Le projet thérapeutique.....	98
7.6 L'UNITE SOINS-ETUDES.....	103
7.6.1 Les locaux.....	103
7.6.2 Le personnel.....	104
7.6.3 Le projet thérapeutique.....	104

Rapport

Contrôleurs :

- Catherine BERNARD, chef de mission ;
- Dominique LEGRAND ;
- Philippe NADAL ;
- Bénédicte PIANA ;
- Dorothee THOUMYRE.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, cinq contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier Théophile Roussel de Montesson (Yvelines) du 14 au 18 mars 2016 ; ils étaient accompagnés par Isabelle HEYER de l'APT (Association pour la prévention de la torture).

1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 14 mars 2016 à 11h30. Ils l'ont quitté le 18 mars à 15h. Ils ont réalisé une visite de nuit le soir du 16 mars.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par le directeur de l'établissement. Il a été procédé à une présentation de la mission devant une vingtaine d'auditeurs dont le président de la commission de surveillance, maire de Montesson, le président de la commission médicale d'établissement [CME], les directeurs adjoints, des médecins chefs de secteurs et du département d'information médicale (DIM), des cadres de santé, des représentants des usagers et ceux des personnels et des membres de l'aumônerie.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le cabinet du préfet des Yvelines, le procureur de la République et le président du tribunal de grande instance de Versailles, le bâtonnier de l'ordre des avocats du barreau de Versailles, la déléguée territoriale de l'agence régionale de santé. Les contrôleurs ont rencontré le président du conseil de surveillance de l'établissement. Par ailleurs, ils ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD).

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 alimenté tout au long de la visite.

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

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.

Aucune des unités situées en dehors du site principal du centre hospitalier Théophile Roussel n'a fait l'objet d'un contrôle à l'occasion de cette mission.

Une réunion de restitution a eu lieu le 18 mars 2016 en présence du directeur, de ses adjoints et du président de la CME.

Un rapport de constat a été envoyé à la direction de l'établissement, qui par courrier daté du 2 mai 2017, a fait valoir ses observations.

Ces observations ont été intégrées dans le présent rapport de visite dans le chapitre concerné. En dehors de ces points particuliers le directeur de l'établissement a fait valoir plus globalement :

Nous avons bien reçu le pré-rapport de la visite du CGLPL qui a eu lieu du 14 au 18 mars 2016 au centre hospitalier Théophile Roussel à MONTESSON et nous vous en remercions.

Le rapport est un instantané factuel et observateur de la vie de l'établissement, liée à l'âge de sa structure architecturale, à l'organisation des soins au regard des droits des patients et à une conjoncture particulière (Plan Vigipirate – démographie et mouvements des médecins etc.).

La direction a noté avec satisfaction les observations du CGLPL en ce qui concerne les bonnes pratiques dans le domaine du suivi de la loi du 5 juillet 2011, de la programmation culturelle et du livret des médicaments destinés aux infirmiers. Elle est aussi sensible à l'observation d'une « réelle bienveillance à l'égard des patients dont font preuve les équipes soignantes. »

Les 21 recommandations du pré-rapport sont autant de pistes d'amélioration de nos pratiques et d'orientation de nos priorités. Certaines ont déjà été traitées entre la visite et aujourd'hui, d'autres sont en cours d'analyse, d'autres enfin vont alimenter une importante démarche de projets structurants dans le cadre de la refonte de notre projet d'établissement 2017-2021.

Conclusion :

La visite du CGLPL a été un moment fort de la vie de l'établissement et une expérience humaine intéressante, bien qu'inattendue, elle a été bienvenue car elle s'est déroulée dans le respect des

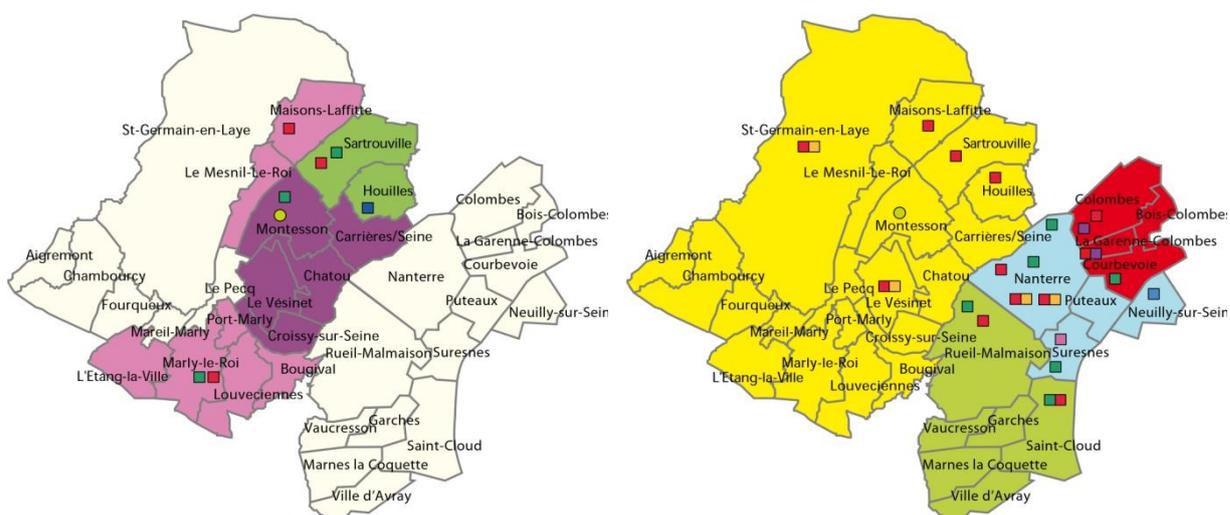
soignants, des patients et de la continuité des soins dans un esprit d'échange ouvert, riche et constructif. Nous soulignons l'esprit pédagogique et la qualité des échanges des membres de l'équipe du CGLPL auprès de nos personnels.

2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 UN ETABLISSEMENT INTERDEPARTEMENTAL AU POSITIONNEMENT EN COURS D'EVOLUTION

Le Centre hospitalier Théophile Roussel (CHTR) est implanté sur un site de 32 hectares, relativement bien desservi par des bus depuis et vers la gare de Sartrouville (toutes les 15 à 30 minutes selon les heures de la journée) et bordé par une piste cyclable reliant Sartrouville et Montesson. Il n'y a pas de difficulté pour y trouver une place de stationnement.

Le Centre hospitalier Théophile Roussel est un établissement public interdépartemental de santé mentale (spécialisé en psychiatrie générale et en psychiatrie infanto-juvénile). Implanté sur une commune de 15 500 habitants marquée par une forte activité maraîchère ; il gère trois secteurs de psychiatrie générale 78 G07, G08, G09 qui desservent le Nord-est du département des Yvelines et quatre secteurs de psychiatrie infanto-juvénile desservant deux départements, l'Est des Yvelines et l'Ouest des Hauts-de-Seine : 78 I 03 et 92 I 02, I 03 et I 04.



Cartographie des trois secteurs de psychiatrie générale (à gauche) et des quatre secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (à droite)

L'établissement a vocation à répondre aux besoins d'une population d'environ 242 000 habitants pour la psychiatrie générale et de 935 500 habitants dont près de 225 000 de moins de 18 ans pour la psychiatrie infanto-juvénile.

La Fondation Léopold Belland gère sur le site un ESAT¹ qui bénéficie d'un bail emphytéotique. Un EHPAD² de quatre-vingt-quatre places est en cours de construction par cette fondation, sur un terrain récemment cédé par le CH, qui aura vocation à héberger des personnes âgées ayant des troubles psychiques.

De plus une HLM³ est implantée sur le terrain dont 50 % des logements sont réservés au personnel de l'hôpital.

L'établissement Théophile Roussel est historiquement centré sur l'enfance dans une démarche éducative puis progressivement dans une activité de pédopsychiatrie ; ce n'est qu'en 1995 qu'il a accueilli une activité de psychiatrie générale, avec le transfert de trois secteurs de psychiatrie

¹ ESAT : établissement et service d'aide par le travail

² EHPAD établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

³ HLM : habitations à loyer modéré

depuis l'hôpital de Bécheville au moment où celui-ci devenait partie constituante du centre hospitalier intercommunal Meulan les Mureaux (CHIMM).

L'organisation hospitalière repose, au moment du contrôle, sur le principe « un secteur égal un pôle ». Toutefois le recrutement des unités hospitalières est en partie intersectoriel. La capacité en lits d'hospitalisation complète est **globalement de 151 lits** pour l'établissement.

Les trois « secteurs adultes » disposent, outre d'un foyer de post-cure à Houilles et de neufs lits de post-urgence au centre hospitalier de Poissy-Saint-Germain-en-Laye (CATBD⁴), de trois unités intersectorielles d'hospitalisation : les unités **Monet et Renoir de 25 lits** chacune et l'unité **Victor Hugo avec 16 lits** qui accueille plus spécifiquement les patients dépressifs et anxieux.

Les quatre secteurs de psychiatrie infanto-juvénile disposent de six unités d'hospitalisation :

- **deux unités d'accueil et d'hospitalisation pour enfants** (UAHE A et B) implantées respectivement dans les pavillons Lakanal et La Fontaine ;
- une **unité d'accueil parents-enfants** au sein du pavillon Michelet, non sectorisée, gérée par le secteur 92 I02 ;
- trois unités pour les adolescents : une **unité d'accueil et d'hospitalisation pour adolescents** (UAHA) au premier étage du pavillon Diderot, une **unité de soins intensifs** au pavillon La Treille et une **unité de soins études** (UASE) au rez-de-chaussée du pavillon Diderot.

Ces secteurs disposent également pour les adolescents d'un centre d'accueil et de soins (CAS) à Suresnes géré par le CH Théophile Roussel et d'une unité d'accueil et de crise (UACA) gérée par le CH Courbevoie-Neuilly.

L'établissement est autorisé pour l'hospitalisation de nuit avec quatre lits en pédopsychiatrie, ainsi qu'un lit à l'unité Renoir et un dans le foyer de post-cure.

L'établissement est, au moment du contrôle, en cours de réflexion dans un contexte d'évolution d'une part de l'organisation hospitalière des Yvelines - avec la création d'un GHT⁵ Nord-Yvelines associant les hôpitaux du CHIPS⁶, de Mantes, des Mureaux, de Meulan et de Montesson - et d'autre part de la psychiatrie générale dans le département des Hauts-de-Seine à laquelle l'établissement pourrait contribuer.

Ces travaux de réflexion sont de nature à modifier l'organisation interne de l'établissement en particulier des pôles ainsi que ses projets d'investissement à court et moyen termes.

En tout état de cause un projet est en cours en vue de mieux articuler les filières de soins, de fluidifier les parcours des patients et de réduire les cloisonnements du fonctionnement actuel entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte mais aussi entre l'activité intra et extrahospitalière.

L'établissement a simplifié sa gouvernance au 01/01/2017 en remplaçant les 7 pôles cliniques et 5 directions préexistantes par 2 pôles cliniques (pédopsychiatrie et psychiatrie adulte) et un pôle gestionnaire. Au sein de ce dernier un secrétariat général a été mis en place, intégrant les relations avec les usagers, pour renforcer la cohérence transversale de nos actions au bénéfice de nos patients.

Dans son courrier daté du 2 mai 2017, le chef d'établissement a présenté la nouvelle organisation de la gouvernance :

⁴ CATBD : centre d'accueil de très brève durée

⁵ GHT : groupement hospitalier de territoire

⁶ CHIPS : centre hospitalier intercommunal de Poissy Saint Germain

Cette nouvelle organisation identifie des responsabilités et clarifie une chaîne de décision sur chacun de nos principaux axes de travail : la restructuration de l'hospitalisation adulte d'une part, infanto-juvénile d'autre part et une feuille de route organisationnelle appuyée par un schéma directeur immobilier sur nos secteurs de responsabilité.

Elle vise aussi à renforcer une démarche d'engagement par la contractualisation des parties, directions et pôles cliniques. Un dialogue de gestion est dynamisé avec la désignation de deux cadres administratifs de pôle, sur l'utilisation partagée (pôles et directions), de reportings opérationnels mensuels (activité/moyens/qualité de la prise en charge), mis en œuvre par le contrôle de gestion, automatisés et en libre accès.

Les reportings intègrent entre autre les indicateurs qualités suivants :

A-Indicateurs liés à l'exhaustivité de recueil PMSI au nombre de 3 : Scoré A B C D

- taux de diagnostic principal : 100%
- taux de diagnostic associé : 100%
- moyenne dépendance: 100 %

B-Indicateurs liés à l'Hôpital Numérique au nombre de 3 : Scoré A B C D

- taux de séjours comportant un courrier de sortie 100 %
- taux de séjour disposant de prescription informatisée d'actes infirmiers 100%
- taux de consultation tracé dans le dossier patient informatisé 100 %

C-Indicateurs liés à la démarche qualité et compte qualité au nombre de 3: Scoré A B C D

- **EPP obligatoire** : liberté d'aller et de venir – fugues - contention - isolement (objectifs à atteindre), rapport annuel sur l'isolement et la contention qui montre l'évolution des pratiques.
- **Soins Somatiques** : taux de patients ayant bénéficié au moins d'une consultation d'un somaticien pendant son séjour 100%
- **Indicateurs liés aux IQSS** : hygiène des mains A - prévention des infections nosocomiales A - tenue du dossier patient - délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation - dépistage des troubles nutritionnels : A

D-Indicateurs liés au parcours patient au nombre de 2 : Scoré A B C D

- délai d'attente d'un premier RDV au CMP (inférieur à 3 mois/entre 3-6 mois/6-12 mois) et produire un rapport d'analyse de la situation - objectif moins de 3 mois d'attente. (croiser les données et analyse de la situation ce qui donne un indice de maîtrise)
- taux de ré-hospitalisation dans un délai de 15 jours et après passage aux urgences - objectif : 0 + Produire un rapport d'analyse de la situation si le taux dépasse 25% des séjours.

2.2 L'ETABLISSEMENT NE CONNAIT PAS DE DIFFICULTES MAJEURES DE RECRUTEMENT

a) Le personnel médical

Globalement l'établissement dispose de soixante-sept médecins représentant 59 ETP⁷ (y compris les six internes), dont cinq à temps partiel.

Parmi eux, deux médecins somaticiens pour un total de 0,8 ETP mais une évolution est prévue à très court terme pour atteindre un effectif de 1,8 ETP (cf. § 5.5)).

La garde médicale est assurée par un médecin sur place ; quel que soit leur statut, les médecins y participent sur la base du volontariat ; une astreinte médicale est organisée en complément.

Toutefois il apparaît que, si la garde médicale au sein de l'établissement est ainsi garantie, dans certaines unités la présence médicale, n'est pas organisée pour garantir la présence quotidienne d'un senior tant en psychiatrie adulte qu'en psychiatrie infanto-juvénile ce qui peut être de nature à rendre insuffisant l'accès au médecin pour certains patients mais aussi l'accompagnement médical des équipes soignantes notamment dans des situations complexes. Ceci peut ainsi expliquer certaines hospitalisations prolongées ou des projets de soins qui n'apparaissent pas toujours clairs pour certains patients.

ETP moyens rémunérés 2014	Personnel non médical	Personnel médical
78 G07	44,04	6,72
78 G08	59,57	8,49
78 G09	51,12	6,35
78 I03	126,92	10,78
92 I 02	84,00	10,59
92 I03	84,45	10,61
92 I04	28,92	6,32

b) Le personnel non médical

Le personnel non médical représente près de 468 ETP dont près de 50 ETP de psychologues. La composition des équipes est précisée dans les paragraphes relatifs à chacune des unités.

Pour le personnel soignant (notamment infirmiers et aides-soignants) la journée est partagée en trois vacations, le matin de 6h45 à 14h15, l'après-midi de 13h45 à 21h15, et la nuit de 21h à 7h.

Des psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes, éducateurs et des assistants sociaux sont présents dans des conditions variables selon les équipes.

Une équipe d'agents de sécurité a été mise en place au sein de l'établissement avec huit hommes qui ont le statut d'agent des services hospitaliers (ASH) et par là même la possibilité de bénéficier de formation professionnelle pour évoluer dans le secteur des soins. Mise en place à la suite des travaux du comité local d'amélioration des conditions de travail, elle intervient selon un protocole préétabli (cf. § 5.1.3)). Cette équipe est très fréquemment sollicitée ; elle a réalisé, à titre d'exemple, 469 interventions en février.

⁷ ETP : équivalent temps plein

La répartition des effectifs entre les pôles est en partie historique et en partie liée aux équipements hospitaliers qui sont gérés dans une logique intersectorielle pour les patients.

c) La gestion des ressources humaines

L'établissement n'est pas confronté à des problèmes particuliers d'attractivité pour le personnel à l'exception de difficultés notables pour le recrutement d'orthophonistes.

Globalement au sein de l'établissement, le travail de nuit est assuré plutôt par des équipes dédiées mais intégrées au roulement géré par le cadre de l'unité de soins. Il est prévu l'équivalent de dix nuits en travail de jour pour la participation à des réunions ou des formations.

La procédure de remplacement est déconcentrée et gérée par les cadres de santé qui peuvent mobiliser des contractuels. S'il existe une liste de volontaires pour réaliser des heures supplémentaires de jour ou de nuit, il n'y a pas, au niveau de l'établissement, de pool de remplacement ni d'organisation d'équipe de renfort.

Le cadre supérieur d'astreinte peut, en cas de besoin, solliciter des agents volontaires ou mobiliser des intérimaires dans le cadre d'un marché passé avec une agence d'intérim.

Le taux d'absentéisme est de 7,2 % ; il a notamment diminué après la mise en œuvre des formations Oméga⁸.

Un effort particulier est fait en matière de formation continue avec une cellule spécifique bénéficiant de la compétence d'un cadre supérieur et d'un ingénieur ainsi que d'une commission de formation. Ainsi 25 % des agents suivent au moins une formation chaque année.

Un tutorat infirmier a été mis en place pour les étudiants et les nouveaux arrivants ; trente-deux tuteurs ont été formés et huit IFSI⁹ sont partenaires.

Des formations spécifiques ont été mises en œuvre pour les aides-soignants afin de faciliter leur exercice en psychiatrie et une procédure de tutorat va être prochainement développée à leur bénéfice.

Des modules de sensibilisation à la psychiatrie ont été développés pour les personnels non soignants.

L'établissement contribue de plus à l'enseignement conduisant à un diplôme universitaire sur la prise en charge des adolescents en psychiatrie, en lien avec l'université de Paris-Sud et la fondation Vallée située à Gentilly (Val-de-Marne).

2.3 LE BUDGET PERMET D'ENVISAGER DES OPERATIONS D'INVESTISSEMENT

L'établissement gère trois budgets :

- le budget sanitaire avec une dotation d'environ 40 millions d'euros ;
- un budget médico-social d'environ 1 million d'euros pour le CMPP¹⁰ ;
- une dotation non affectée de l'ordre de 175 000 euros pour les logements.

Le budget d'exploitation apparaît à l'équilibre; l'établissement est peu endetté et dispose d'une bonne trésorerie compte-tenu d'opérations de vente de terrain. Dans ce contexte il peut envisager sereinement des travaux pour améliorer l'accessibilité aux personnes à mobilité

⁸ Les formations OMEGA vise à mieux prévenir et gérer les situations de crise et de violence dans les lieux de soins.

⁹ IFSI : institut de formation en soins infirmiers

¹⁰ CMPP : centre médico-psycho-pédagogique

réduite et faire évoluer de façon substantielle les unités de psychiatrie générale actuellement organisée sur deux niveaux.

2.4 L'ACTIVITE TMOIGNE DE PRATIQUES VARIEES AU SEIN DES SERVICES ET DE DIFFICULTES CONJONCTURELLES

La file active de l'établissement est, en 2014, de 7 807 patients dont 671 ont été hospitalisés au moins une fois dans l'année comme indiqué dans le tableau joint.

Hospitalisation à temps complet en 2014 (source DIM)	Psychiatrie générale	Psychiatrie infanto-juvénile	Total établissement
patients	473	221	671
séjours	687	549	1236
journées	23 709	11 982	35 691
DMS ¹¹	34,5 j	21,8 j	28,9 j
DMH ¹²	50,1 j	54,2 j	53,2 j
Taux moyen d'occupation	88 %	62,56 %	

Au-delà des données globales, les indicateurs d'activité montrent une grande hétérogénéité entre les unités d'hospitalisation tant en psychiatrie générale qu'en psychiatrie infanto-juvénile.

Psychiatrie adulte 2014	Patients	DMH	DMS
Victor Hugo	177	30,3	25,6
Monet	137	58,5	39,8
Renoir	202	39,9	26,9

Ceci rend compte, certes de projets différenciés, mais surtout de pratiques médicales variées, voire de difficultés conjoncturelles dans les ressources disponibles ou dans le fonctionnement de certaines unités de nature à expliquer des durées moyennes de séjour qui augmentent.

De telles données doivent conduire la communauté soignante à s'interroger sur ses pratiques et à trouver les moyens de surmonter rapidement les difficultés rencontrées qui ne sont pas sans impact en termes de qualité de prise en charge des patients.

Psych. Infanto-juvénile	patients	journées	DMH
UASE ¹³	18	1 510	83,9
UAHE B	19	1 655	87,1
UAHE A	19	1 554	81,8
UAPE (adultes)	28	1 160	41,4

¹¹ DMS : durée moyenne de séjour (journées / séjours)

¹² DMH : durée moyenne d'hospitalisation (journées/ patients)

¹³ UA : unité d'accueil et d'hospitalisation pour enfants (UAHE) ou adolescents (UAHA) ou parents enfants (UAPE), santé –étude (UASE) et UASI (soins intensifs)

UAPE (enfants)	28	1 230	43,9
UAHA	30	961	32,0
UASI	63	2 705	42,9

La patientèle hospitalisée relève des secteurs desservis par l'établissement pour plus de 95 % des patients adultes et pour 73 % des hospitalisations en psychiatrie infanto-juvénile (90 % est originaire des Yvelines et des Hauts-de-Seine).

En termes d'admissions les soins sans consentement (SDT et SDRE¹⁴) en psychiatrie générale ont représentés :

- 2013 : 202 admissions dont 169 SDT et 33 SDRE ;
- 2014 : 178 admissions dont 149 SDT et 29 SDRE ;
- 2015 : 192 admissions dont 152 SDT et 40 SDRE

Sur les quarante patients en SDRE en 2015 se trouvaient quatre personnes détenues et une personne « irresponsable pénale ».

Les soins sans consentement ont, en 2014, représenté 9 928 journées en psychiatrie générale dont un tiers (3 157 journées) pour des soins sur décision du représentant de l'Etat.

En psychiatrie infanto-juvénile, le nombre de journées d'hospitalisation temps plein en soins sans consentement, s'est élevé à 656 journées : la majorité (558 journées) a été générée par des jeunes hospitalisés suite à une ordonnance de placement provisoire du juge des enfants (OPP) ; le reste concernant des mères hospitalisées à l'unité parents – enfants.

Au 14 mars 2016 l'établissement comptait 48 patients en hospitalisation complète (SDRE et SDT) et 53 patients en programme de soins, soit 101 mesures en cours de soins sans consentement.

2.5 UN REGISTRE DE LA LOI SCRUPULEUSEMENT TENU MAIS UN CONTROLE INSUFFISANT DES AUTORITES

2.5.1 Le registre de la loi

Le registre de la loi est scrupuleusement tenu par un fonctionnaire du bureau des admissions, dit « cellule de soins sans consentement », dans le respect des dispositions de l'article L3212-11 du code de la santé publique (CSP).

Les contrôleurs ont pu constater que les patients admis pendant le temps de la visite étaient inscrits au registre dans le délai de 24 heures prévu par le texte.

La lecture de la première page consacrée à chaque patient permet de visualiser rapidement ses coordonnées, la date et la nature de l'hospitalisation et, le cas échéant, le nom du tiers demandeur, l'existence d'une mesure de protection juridique, la décision du juge des libertés et de la détention (JLD) et, le cas échéant, la mainlevée.

Le parcours détaillé du patient est relaté à la page suivante à travers l'ensemble des décisions administratives et judiciaires et les certificats médicaux qui les fondent, qui sont « rétrécis » et collés sur le registre. Il arrive que l'ordre chronologique ne soit pas respecté et que la reconstitution du parcours précis du patient en soit rendue délicate.

¹⁴ SDT : soins à la demande d'un tiers et SDRE : soins sur décision du représentant de l'Etat

Fait rare dans les établissements visités jusqu'alors, l'accusé réception du document par lequel le patient est informé des droits prévus par l'article L3211-3 est également collé au registre.

On y trouve au surplus un certain nombre de documents que la loi n'exige pas : la demande intégrale du tiers, la requête saisissant le JLD.

L'examen du registre montre que certains certificats médicaux sont manuscrits et difficilement lisibles. Il montre aussi que les décisions d'admission, quel qu'en soit l'auteur, ne sont pas autrement motivées que par référence aux certificats médicaux.

2.5.2 La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)

La CDSP n'a pas pu fonctionner entre août 2014 et juin 2015, faute de membres en nombre suffisant. Sa dernière visite au CHTR date de juin 2013 ; il en a été rendu compte dans le rapport annuel établi pour l'année 2013 et aucune remarque n'a été faite à cette occasion.

La commission a retrouvé un fonctionnement plus normal à compter de juin 2015 et s'est réunie trois fois au cours de cette année, pour l'examen des dossiers prévus par la loi et la visite d'autres établissements, estimés prioritaires ; le rapport annuel de l'année 2015 ne fait pas état de problèmes particuliers.

Le secrétariat de l'ARS¹⁵ a avisé les contrôleurs qu'une visite du CHTR était prévue pour juin 2016. Le président de la CDSP a été contacté par les contrôleurs et n'a pas fourni d'éléments complémentaires.

2.5.1 La visite des autorités

Le maire vient régulièrement dans l'établissement en tant que président du conseil de surveillance ; il est particulièrement attentif à l'ouverture de l'hôpital sur la cité, tant en termes de réponses ambulatoires aux besoins de la population que d'approches culturelles.

Le procureur de la République y vient une fois par an environ et paraphe le registre de la loi à cette occasion.

Le président du tribunal de grande instance n'exerce pas son contrôle ni ne le délègue.

Le préfet ne visite pas l'établissement. En revanche, il organise une rencontre annuelle des établissements du département accueillant des patients en soins sans consentement, à laquelle sont notamment conviés les chefs de pôle, cadres supérieurs de santé et responsables des bureaux des admissions.

2.5.2 Le comité d'éthique

Créé en 2010, l'espace éthique a connu une période de « sommeil » après la disparition de son premier président ; il est à nouveau actif depuis 2013.

Présidé par un médecin responsable de pôle de psychiatrie infanto-juvénile, il comprend plusieurs « collègues » : des membres de l'équipe de direction (directeur, direction des soins) et le président de la CME, des médecins et soignants (huit titulaires et autant de suppléants), des personnes extérieures qualifiées (juriste, sociologue...).

La présence du directeur au sein d'une telle instance aurait fait l'objet d'un débat qui s'est conclu par un avis positif à sa participation. Pour les soignants (*lato sensu*), il a été fait appel au volontariat.

¹⁵ ARS : agence régionale de santé

Les réunions se tiennent environ deux fois par an, selon des compositions variables, la direction des soins étant toujours présente.

L'espace peut être sollicité par des soignants et des patients, sans formalité. En pratique, il ne l'est pas et ses membres déterminent et analysent entre eux les questions qui, à leurs yeux, font débat. Les comptes-rendus ne sont pas diffusés dans les unités et les personnels semblaient peu au fait des activités de cet espace. Les thèmes abordés sont cependant relayés, dans une certaine mesure, à travers la revue « Théodoc », publiée par le centre de documentation.

Recommandation

Il serait judicieux de diffuser les comptes rendus des séances de l'espace éthique, ce qui permettrait de faire connaître l'espace auprès du personnel, encouragerait la réflexion éthique au-delà du cadre des unités et favoriserait la réflexion des professionnels sur leurs pratiques, notamment au regard de l'atteinte aux libertés des patients.

Dans sa réponse datée du 5 mai 2017, le chef d'établissement précise sur ce sujet :

Depuis le passage du CGLPL, il a été décidé de diffuser les recommandations faites par l'espace éthique au sein de l'établissement, après échanges au sein des instances. Ainsi, L'espace éthique ayant traité la question de la sexualité dans sa séance du 16 septembre 2016, a fait une recommandation qui a été présentée aux instances, diffusée et mise sur le site intranet de l'établissement, avec la forte incitation aux équipes médicales et soignantes de la reprendre à leur compte pour l'intégrer à leurs pratiques.

La recommandation stipule que « chacun a le droit au respect de sa vie privée. Article 9 du code civil. La liberté sexuelle est une liberté fondamentale.

Il ne peut y avoir d'empêchement général et absolu fait aux patients d'une vie sexuelle dans l'établissement.

L'ingérence dans la vie privée d'un patient ne peut être légale que si elle répond à des finalités légitimes et proportionnées au regard :

- du devoir de protection de la personne,
- de l'exigence du maintien de l'ordre public,
- du respect de la liberté individuelle. »

Les règlements intérieurs des unités, en lien avec le règlement intérieur de l'établissement, sont en cours de mise à jour. Ils le seront à chacune de ces recommandations, dans une pratique désormais systématisée de l'espace éthique.

2.5.3 Le centre de documentation

Le CHTR dispose d'un centre de documentation (CD) géré par des documentalistes, accessible aux professionnels de l'hôpital les mardis et jeudis et sur rendez-vous.

Le centre dispose d'un fonds important de livres et revues dont le catalogue peut être consulté sur son site et sur celui du CH ; le CD est par ailleurs adhérent au réseau *Ascodocpsy*, qui donne accès à environ 40 000 ouvrages et 1 600 périodiques nationaux et internationaux.

Le CD effectue une veille documentaire et diffuse les sommaires à la direction, aux praticiens hospitaliers et aux cadres de santé ; il adresse ensuite les documents à ceux qui en font la demande (le rapport d'activité fait état de 119 articles envoyés par courriel en 2015 et 41 ouvrages empruntés ; au total il est fait état de 798 « emprunts », le terme recouvrant l'ensemble des demandes : livres, revues, articles, photocopies, envoi électronique...).

Le CD organise aussi des rencontres thématiques tous les deux mois environ, en fin d'après-midi, sur des thèmes variés (le hasard, l'art brut, frères et sœurs de...) qui rassemblent de vingt à trente participants.

Il est à l'origine d'une publication bi ou tri annuelle (Théodoc) sur des thèmes variés (l'adolescence, la dépression, l'éthique). Au moment du contrôle, une conférence était organisée sur le site et faisait intervenir un professeur à la faculté de médecine de Lille (Nord). Plusieurs des soignants rencontrés ont fait part aux contrôleurs de l'intérêt de pouvoir confronter leur pratique à la réflexion de praticiens universitaires et semblaient y avoir trouvé une dynamique susceptible de rejaillir sur les réflexions d'équipe.

3. LE DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT

Le suivi des patients admis en soins sans consentement est effectué par le bureau des admissions dirigé, au moment de la visite, par une attachée d'administration titulaire d'un diplôme universitaire sur la responsabilité en établissement de santé. Si le bureau ne reçoit pas les patients à l'admission, un lien est cependant créé avec les unités, notamment par le biais du contrôle quotidien des effectifs et par les formations.

3.1 UNE PROCEDURE D'ADMISSION RESPECTUEUSE DES DROITS DES PATIENTS, POUVANT TOUTEFOIS ETRE AMELIOREE S'AGISSANT DES MINEURS

Il n'existe pas de service d'urgences au sein de l'établissement ni de protocole passé avec les hôpitaux de la région.

Les patients peuvent donc arriver au centre hospitalier, soit directement (à l'occasion d'une crise ou sur conseil du CMP¹⁶, conduits par le Samu ou les pompiers, éventuellement la famille), soit sur transfert d'une autre unité de psychiatrie, soit des urgences de l'hôpital de Poissy, soit encore après passage à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye lequel dispose d'une unité psychiatrique et d'un centre d'accueil de très brève durée (CATBD). Dans ces deux derniers cas, préalablement à leur admission au CH de Montesson les patients ont fait l'objet d'examen somatique et psychiatrique. En cas d'arrivée directe, tous les examens sont faits en interne par le somaticien lors de sa visite hebdomadaire (cf. § 5.5.1).

3.1.1 Les modalités d'admission

Dans la majorité des cas, des contacts ont eu lieu en amont de l'admission entre le médecin et l'hôpital de sorte que les patients sont conduits dans les unités sans passage au bureau des entrées.

La vérification de l'identité du patient, des certificats médicaux, de la demande du tiers ou de l'arrêté, est faite selon les services par la secrétaire de l'unité ou par le cadre de santé et, en cas d'arrivée après 18h ou le week-end, par le cadre d'astreinte. Pour ces vérifications les cadres ont à leur disposition un document synthétisant les exigences légales. Les documents sont ensuite transmis au bureau des admissions qui procède à un second contrôle.

L'inventaire des biens et objets du patient est réalisé dès l'arrivée lors de l'entretien infirmier.

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

La notification de la décision d'admission est faite dans les unités : à « Renoir » par le médecin lors de l'entretien d'arrivée qui se déroule en présence d'un soignant, la procédure étant réexpliquée par le cadre ou un soignant ; à « Monet » par le médecin s'agissant de la décision et par le cadre pour les voies de recours et les droits ; à « Victor Hugo » par le cadre ou en son absence par des soignants qui ont reçu une formation spécifique.

Cette notification porte sur la nature de la décision d'admission, l'énoncé des droits, les voies de recours et l'intervention systématique du juge des libertés et de la détention (JLD).

¹⁶ CMP centre médico-psychologique

Copie de la décision d'admission est donnée au patient contre émargement et mention de la date de la remise. L'arrêté du préfet – transmis à l'unité par le bureau des entrées – porte mention en son article 5 des recours possibles auprès du JLD et de la CDSP (dont l'adresse est précisée), tandis que la décision du directeur de l'établissement énumère également en son verso l'intégralité des droits du patient tels que prévus par l'article L 3211-3 du code de la santé publique. La notification de l'arrêté préfectoral est conservée au dossier patient sans retour à l'ARS.

La notification, qui est faite au plus près de l'admission, est attestée par un document intitulé « SOINS SANS CONSENTEMENT Information patient ». Il est établi en double exemplaire – un pour le patient, le second pour le dossier, mentionnant : la décision d'admission (demande d'un tiers, décision du représentant de l'état - du directeur ou de l'autorité judiciaire) ; les droits du patient ; les voies de recours et les garanties (présentation au JLD) ; les observations éventuelles du patient ; les coordonnées - le cas échéant – du curateur ou tuteur. Ce document est daté et signé du patient ; en l'absence de signature, le motif en est précisé (refus ou impossibilité de signer et les raisons de celle-ci) et la notification est attestée soit par deux membres de l'équipe soignante dont les identités sont déclinées. Lorsque le patient n'est pas réceptif à l'information, mention en est portée sur ce document avec émargement de deux soignants.

Les contrôleurs ont pu constater auprès de quelques patients des unités Renoir et Monet que les documents sus-décrits étaient bien en leur possession et que toutes les explications leur avaient été données.

Lorsque l'établissement reçoit un patient ne parlant pas français, une personne maîtrisant sa langue est recherchée au sein de l'hôpital pour faire office de traducteur. A défaut, un rendez-vous est pris avec une association d'interprètes pour un entretien téléphonique afin que toutes les informations soient valablement communiquées au patient. Tel a été le cas le jeudi 17 mars 2016 pour une personne parlant ukrainien, le rendez-vous téléphonique n'ayant pu être pris que pour le lundi 21 mars, soit quatre jours après son admission.

Le cas particulier des mineurs. A travers l'examen des dossiers des deux mineurs admis sur décision du représentant de l'Etat en 2015, il apparaît que les parents ne sont pas formellement informés des droits que, en tant que représentants légaux de leur enfant mineur, ils peuvent exercer en son nom, ni des prérogatives liées à l'autorité parentale. Ils ne sont pas pour autant exclus de la prise en charge et de l'élaboration des projets de sortie (cf. § 7).

Recommandation

Les titulaires de l'autorité parentale doivent faire l'objet d'une identification systématique. Il est nécessaire de s'assurer que ces derniers disposent des informations sur les droits qu'ils peuvent exercer dans le cas d'hospitalisation sans consentement.

3.1.3 La désignation d'une personne de confiance

Dans toutes les unités, la désignation de la personne de confiance est proposée lors de l'entretien infirmier qui se déroule indifféremment avant ou après l'entretien avec le médecin. Toutes les informations sont données à ce sujet et la désignation est consignée dans le dossier du patient.

3.1.4 La période initiale de soins et d'observation

Durant cette période le patient fait l'objet d'une attention plus attentive. Il est ainsi en général placé dans une chambre au rez-de-chaussée et non à l'étage, principalement quand il est inconnu ou s'il s'agit d'une première hospitalisation. A l'unité Victor Hugo, le nombre de patients suicidaires exige de l'équipe une prise en charge encore plus rapprochée.

Le médecin évalue l'état du patient au moins une fois par jour et donne aux soignants les instructions en termes de surveillance, notamment sur la nécessité d'une mise en chambre d'isolement laquelle n'est systématique dans aucune des unités sauf pour les personnes détenues (cf. § 0).

La mise en pyjama n'est pas automatique, même pour les patients admis sans consentement, sauf lorsque la personne est placée en chambre dite de soins intensifs ; cette mesure n'est prise que sur décision du médecin.

L'examen somatique, effectué aux urgences ou dans l'établissement d'origine ou encore en interne par le médecin généraliste ou le psychiatre est consigné dans le dossier médical informatisé mais non dans le dossier administratif du patient ce qui ne permet pas d'assurer aisément un contrôle quant à la réalisation effective de cet examen.

A l'issue de cette période, le médecin reçoit le patient en entretien et conclut dans un certificat médical à la nécessité ou non du maintien de l'hospitalisation complète. La position du médecin est expliquée au patient qui peut faire valoir ses observations sur le document lui notifiant cette prescription. Le certificat est ensuite adressé au directeur ou au préfet qui prennent la décision.

3.2 L'INFORMATION DES PATIENTS EST GLOBALEMENT ASSUREE ; UNE AMELIORATION DOIT ETRE APPOREE SUR LES INFORMATIONS DES MINEURS

3.2.1 Le livret d'accueil

Dans les trois unités adultes le livret accueil est remis lors du premier entretien infirmier. Ce livret est subdivisé en cinq parties :

- présentation générale de l'établissement ;
- admission et sortie : sur six pages sont décrites les différentes formalités administratives et les dispositions spécifiques concernant l'admission d'un mineur, les modes d'admission avec mention de la réglementation spécifique pour les soins sans consentement, les cas particuliers de certains mineurs, les formalités administratives et médicales de sortie ;
- guide de la vie pratique détaillant les activités thérapeutiques, la gestion des affaires personnelles, de l'argent et des valeurs, l'interdiction des boissons alcoolisées, toxiques et objets dangereux, le tabac, la surveillance des accès, le courrier, les cultes, le téléphone, les repas, les loisirs et la culture, l'information aux familles, les visites, les permissions de sortie, la scolarité, les repas ;

- droits et informations développant l'accès au dossier, la commission des usagers, les directives anticipées, les dons d'organes, les informations médicales, la protection des enregistrements informatiques, les mesures de protection des majeurs, la personne de confiance, les réclamations et voies de recours (sans que ne soient toutefois précisées les coordonnées des différentes commissions ni celles des tribunaux compétents ou du JLD), l'accès au règlement intérieur, le respect de la confidentialité, l'offre d'un interlocuteur traducteur ;
- qualité et gestion des risques.

Les quatre dernières pages sont consacrées au contrat d'engagement de lutte contre la douleur, à la charte de la personne hospitalisée, à la charte de l'enfant hospitalisé (extraits) et à un historique de l'établissement.

3.2.2 Le règlement intérieur de l'établissement et des différentes unités

La dernière version datée du 3 juillet 2014 a modifié le règlement intérieur adopté par le conseil de surveillance du 1^{er} juillet 2013 suite aux décrets 2013-841 et 2013-842 du 20 septembre 2013 et de la loi 2013-869 du 27 septembre 2013.

Ce règlement intérieur est disponible en version papier dans les unités. Comme indiqué dans le livret d'accueil en page 24, il peut être consulté par les patients à la demande auprès des cadres de santé.

Des plaquettes « accueil et fonctionnement » concernant l'établissement et les différentes unités sont également mises à disposition.

Les règles de vie de chaque unité sont expliquées au patient à son arrivée et sont retracées dans un document affiché en plusieurs endroits dans les services. Ces règles assez uniformes d'un service à l'autre, ont fait récemment l'objet d'une modification concernant la fermeture du portail sur rue des unités Renoir et Monet suite au plan Vigipirate et d'une actualisation à l'unité Renoir sur la question du tabac.

Les modalités d'information des mineurs sur les « règles de vie dans l'unité » ne sont pas formalisées dans toutes les unités et mériteraient de l'être de façon adaptée aux caractéristiques des enfants accueillis.

3.2.3 Un groupe de suivi de la loi du 5 juillet 2011 assure le partage de la veille législative et des bonnes pratiques en la matière au sein de l'établissement

Un groupe de suivi de la loi du 5 juillet 2011 a été mis en place au sein de l'établissement. Il est composé de médecins du pôle adulte, de cadres de santé des pôles adulte et infanto-juvénile, de l'ingénieur qualité, de la directrice adjointe et de quatre secrétaires médicales et animé par la responsable du bureau des admissions. Il se réunit mensuellement et les membres peuvent également partager des informations par courriel quand cela s'avère nécessaire. Il contribue à diffuser les informations et les bonnes pratiques dans la mise en œuvre des dispositions réglementaires au sein de l'établissement.

Lors de la réunion du 15 mars 2016, à laquelle les contrôleurs ont pu assister, l'ordre du jour a porté sur :

- la difficulté liée aux appels diligentés par certains avocats sans information ni accord du patient ;

- les modifications apportées par le décret du 1^{er} février 2016 sur les programmes de soins et les unités pour malades difficiles (UMD) ;
- les nouveautés résultant de la loi 2016-41 dite « loi santé » : motivation des refus de permissions de sortie par le préfet, prise en charge des transferts pour l'audience JLD par l'établissement compétent lors de la saisine, abrogation de l'avis du procureur de la République du lieu d'hospitalisation et du lieu de domicile, création d'un registre pour les isolements et les contentions ;
- les formations : les soins sans consentement et les droits des patients (formation non obligatoire mais fortement recommandée, dispensée à raison de deux séances par an), Cariatide et le déroulement des documents médico-légaux pour les soins sans consentement ;
- la participation d'un représentant des usagers au groupe de suivi.

S'agissant des formations sur les soins sans consentement (SSC) et les droits des patients, il a été indiqué que le nombre d'inscriptions était faible. Ainsi depuis 2013 le bilan des formations SSC est de 132 agents dont 51 médecins pour dix sessions de formation de deux jours.

Dans les unités adultes, les soignants rencontrés par les contrôleurs ont précisé ne pas avoir reçu de formation institutionnelle sur les lois de 2011 et 2013, mais avoir bénéficié d'une formation « sur le tas », donnée soit par le cadre, soit par le médecin soit ou encore par les secrétaires médicales. Ils ont à disposition un classeur dans lequel sont retracées toutes les procédures selon les modes d'admission ainsi qu'une « fiche mémo ».

Bonne pratique :

La mise en place d'un groupe de suivi de la loi du 5 juillet 2011 associant les différents acteurs hospitaliers témoigne d'un réel respect de la loi et des droits des patients.

3.2.4 Le recueil des observations des patients

Une réflexion sur cette question a été menée au sein du groupe de suivi de la loi du 5 juillet 2011 évoqué ci-dessus, les propositions validées par le groupe de travail ayant conduit (réunion du 21 octobre 2014) à rappeler que l'information doit être donnée au patient et les observations de celui-ci recueillies à chaque étape de la prise charge (admission, 72 heures, mensuellement) et lors de toute modification significative de cette prise en charge ou du programme de soins ainsi que lors d'une réintégration en hospitalisation complète. Le document « information patient », établi à chacune de ces étapes et remis au patient, doit être renseigné avec mention des éventuelles observations.

Dans chaque unité un formulaire existe mais est rarement utilisé selon les informations concordantes des cadres de santé.

3.3 LA CONFIDENTIALITE SUR L'HOSPITALISATION EST POSSIBLE

Un dispositif garantissant la confidentialité de l'hospitalisation a été mis en place. Malgré sa fiabilité éprouvée, notamment pour les appels téléphoniques, il ne serait que rarement utilisé par les patients.

Le livret d'accueil rappelle que médecins et soignants sont tenus au secret professionnel et qu'aucune information ne sera communiquée à un tiers sans l'accord du patient. Il mentionne en outre le droit de patient de s'opposer à toute communication, y compris aux proches, sur sa présence dans l'établissement ou sur son état de santé.

La question de la confidentialité est posée par l'infirmier lors de l'entretien d'arrivée et la volonté du patient est notée dans le logiciel Cariatide.

Dans tous les cas, le standard ne donne aucune information au tiers appelant de l'extérieur mais transmet l'appel à l'unité concernée qui gère la communication en fonction des souhaits émis par le patient.

3.4 LES SORTIES DE COURTE DUREE SONT AISEMENT ACCORDEES

Le groupe de suivi de la loi du 5 juillet 2011 (cf. § 3.2.3) a élaboré un formulaire de demande d'autorisation de sortie distinct pour les patients admis en SDT et ceux en SDRE. Le bureau des admissions vérifie que la demande et l'autorisation sont conformes aux exigences légales. Dans l'ensemble la procédure est assez souple ; pour les SDT l'avis médical prime, de sorte que la décision d'autorisation est donnée, y compris pendant les périodes de garde de la direction, dès qu'il y a un avis favorable d'un psychiatre ; pour les SDRE, la transmission à l'ARS rallonge un peu la procédure si bien que la demande doit être présentée au moins 48 heures avant la date prévue pour la sortie. Les autorisations de sortie, de moins de 12h ou 48h, sont enregistrées dans le dossier informatisé du patient.

Dans la pratique, les sorties dites de courte durée sont assez largement accordées dans les unités pour adultes dans le souci de préparer la sortie.

3.4.1 Les sorties accompagnées d'une durée inférieure à 12 heures

Dans toutes les unités ces sorties sont fréquemment accordées, parfois pour une ou deux heures afin de se rendre au centre commercial. Les soignants sont associés à la décision de sortie et les sorties sont souvent décidées après contact avec la famille.

L'accompagnement peut se faire indifféremment par la famille ou par des soignants, toujours au nombre de deux pour les patients en SDRE.

Pour les sorties thérapeutiques, l'accompagnement se fait exclusivement par des soignants : par exemple trois soignants pour six patients dont cinq SDT et un SDRE.

Entre le 1^{er} janvier et le 15 mars 2016, deux personnes en SDRE ont bénéficié d'une permission de moins de 12 heures tandis que cinquante-huit autorisations de sortie accompagnée ont été accordées pour un total de dix-sept patients en SDT.

3.4.2 Les sorties non accompagnées d'une durée maximale de 48 heures

Ces sorties sont utilisées pour examiner le comportement du patient à l'extérieur et ainsi préparer la sortie ou le passage en programme de soins. Elles sont largement accordées dès lors que la famille est d'accord pour prendre le patient en charge.

Sur la période du 1^{er} janvier au 15 mars 2016, 115 autorisations de sortie ont été accordées, dont 108 concernant 20 patients en SDT et 7 pour quatre patients en SDRE.

3.4.3 Les cas d'opposition écrite du représentant de l'Etat

De l'avis unanime du bureau des entrées, des cadres et des soignants, les refus opposés par le représentant de l'Etat aux sorties des SDRE sont très peu fréquents, à l'exception toutefois des patients en soins sur décision judiciaire (déclarés pénalement irresponsables).

Il a été précisé que les oppositions du préfet ont fortement diminué depuis que les médecins s'attachent à faire des certificats circonstanciés.

3.4.4 L'information des tiers

Les familles sont en général informées des sorties. Elles sont associées au projet de sortie ainsi qu'à toute la procédure et le travail thérapeutique se fait avec elles.

Les tiers, autre que les membres de la famille, demandeurs à la mesure de soin sans consentement sont avisés des sorties non accompagnées de 48 heures maximum.

3.4.5 Le passage en programme de soins

Au moment du contrôle, le nombre de patients admis sans consentement était également partagé entre hospitalisation complète et programmes de soins.

Selon les renseignements recueillis au bureau des admissions, les relations entre les médecins et la préfecture – *a fortiori* entre médecins et directeur de l'établissement – reposent sur la confiance : le passage en programme de soins est généralement précédé de sorties de courte durée, de sorte que l'autorité qui a prononcé l'admission ne s'y oppose pas. Le programme de soins se situe d'ailleurs dans la continuité de ces sorties : il n'est pas rare que des patients demeurent, au moins dans un premier temps, hébergés à l'hôpital, tout en bénéficiant de permissions dont le rythme et les conditions varient selon leur état. Certains médecins fixent des programmes pour une durée déterminée, variant d'un à six mois. Les programmes liés à un hébergement extérieur prévoient généralement, *a minima*, des consultations en CMP et un traitement. On observe que la réintégration de certains patients à raison du non respect d'un programme de soins ne fait pas obstacle au prononcé d'un nouveau programme. Le suivi peut s'avérer long : sur cinquante et un patients en programme de soins sans consentement au dernier jour du contrôle, quatorze étaient suivis depuis plus d'un an.

Les programmes de soins sont toujours signés des patients. Une mention type indique que le patient a été informé et mis à même de présenter ses observations. Celles-ci ne sont jamais reportées *in extenso*.

3.5 LA LEVEE DES MESURES D'ADMISSION, BIEN PREPAREE, NE FAIT QUE RAREMENT L'OBJET D'OPPOSITION DU PREFET

a) L'avis du psychiatre participant à la prise en charge

De l'avis unanime des personnes rencontrées – bureau des admissions, cadres de santé, médecins –, la levée des mesures prises sur décision du représentant de l'Etat ne pose pas de difficulté.

Cette levée se fait de façon progressive, avec ou sans passage en programme de soins (très peu à l'unité Victor Hugo contrairement aux deux autres unités adulte pour des raisons liées à la clinique des patients), un travail sur l'accompagnement après la sortie se faisant en amont avec les hôpitaux de jour et les CMP.

En 2015, sur les trente-cinq levées de mesures de soins sans consentement, seule une a fait l'objet d'une opposition du représentant de l'Etat ; il s'agissait d'une personne en programme de soins, le motif du refus était lié au fait que le patient ne respectait pas le programme de soins, sans pour autant que son comportement justifie une réintégration. Ce refus n'a pas pris la forme d'une décision susceptible de recours.

Ainsi qu'il est dit *infra* (cf. § 3.7), lorsque la levée résulte d'une décision du juge des libertés et de la détention, elle est généralement assortie d'un délai de 24h qui permet la mise en place d'un programme de soins. Pour l'une des six mainlevées rendues en 2015 (résultant de l'information tardive du patient de ses droits), l'exécution a été immédiate, et immédiatement suivie d'une décision d'hospitalisation en urgence (SDTU) ; ce patient a été à nouveau présenté au JLD qui a ordonné le maintien.

La levée des mesures concernant les **mineurs** est plus amplement abordée dans le chapitre qui les concerne. Il a été constaté que la famille et, le cas échéant, les services sociaux, étaient étroitement associés à la préparation de la sortie.

b) Le collège des professionnels de santé

Pour mémoire, l'avis du collège est nécessaire, d'une part, pour les personnes déclarées pénalement irresponsables avant toute saisine du JLD et toute modification de la forme de la prise en charge et, d'autre part, pour les patients « ASPDT » ou admis dans une situation dite de péril imminent en cas d'hospitalisation continue se prolongeant **au-delà d'un an**.

Tous les mois, le bureau des admissions établit la liste des personnes pour lesquelles l'avis du collège doit être recueilli. Cette liste est adressée aux unités. Les secrétaires médicales remplissent le document de désignation des membres du collège et procèdent aux convocations. La régularité de la procédure est faite par le bureau des admissions.

L'examen de la liste des vingt et une situations soumises au collège en 2015 montre que la quasi-totalité des mesures concerne des patients en programme de soins puisque seuls trois patients en hospitalisation complète ont été concernés.

Dans chacune des unités pour adultes, le collège est composé du médecin référent (ou du chef de pôle à Victor Hugo), du médecin extérieur à la prise en charge désigné après avis du président de la CME, à partir d'une proposition émise par la direction ; il s'agit généralement d'un médecin de l'unité la plus proche géographiquement. Le professionnel de santé participant à la prise en charge est généralement le cadre de santé.

Les trois membres du collège se réunissent effectivement pour évoquer la situation du patient et échangent sur son état. A l'exception du collège de l'unité Monet, les membres reçoivent ensemble le patient avant de prendre leur décision. Les cadres rencontrés ont fait unanimement savoir que leur parole était entendue et que le collège donnait lieu à un véritable échange entre les professionnels de santé.

De février 2015 au 19 janvier 2016, trois patients de l'unité Renoir justifiaient l'avis du collège (un patient en hospitalisation complète et deux en programme de soins).

A l'unité Monet deux collèges se sont réunis en 2015 pour deux patients « chroniques ».

Deux collèges se sont réunis à l'unité Victor Hugo courant janvier et février 2016 pour deux patients en programme de soins.

3.6 LES INCIDENTS FONT L'OBJET D'UN SUIVI RIGOREUX

Le livret d'accueil consacre un chapitre à la « qualité et la gestion des risques ». Une des annexes « indicateurs qualité et sécurité des soins » informe le patient des classes de performance de l'établissement dans plusieurs indicateurs.

3.6.1 Le traitement des plaintes et réclamations

Les plaintes et réclamations écrites ou orales sont adressées à la direction des relations avec les usagers. Dans ce service, elles font l'objet d'un enregistrement puis d'un traitement avant d'être portées à la connaissance de la commission des usagers (CDU - ex « *commission des relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge* » ou CRUQPC.)

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

- vingt et une plaintes ont été enregistrées en 2015 ;
- dix-neuf sont considérées comme « classées » c'est à dire ayant été entièrement traitées, une en date du 15 juillet est considérée comme encore « en cours » en raison d'échanges maintenus entre les médecins et la famille du patient ; et une n'a pas eu de suite en raison de la carence de la demanderesse aux rendez-vous proposés ;
- les services concernés sont Monet (à onze reprises), Victor Hugo et le CATPB (à deux reprises), et pour une seule réclamation : Renoir, l'UASI, l'UAPE, et deux CMP ;
- les motifs de réclamation¹⁷ retenus sont : « accueil et administration » (cinq fois), prise en charge « aspects médicaux » (dix-sept fois), prise en charge « aspects paramédicaux » (cinq fois), « vie quotidienne environnement » (quatre fois), « respect de la personne » (une fois) ;
- la réclamation visant « le respect de la personne » émane d'une personne hospitalisée en soins sans consentement qui se plaint de multiples problèmes. Une rencontre de médiation a été effectuée deux semaines après la réception de son courrier ;
- les quatre réclamations émanant directement de patients ont fait l'objet de quatre médiations à laquelle s'est ajoutée dans un cas la tenue d'une CRUQPC restreinte ;
- neuf réclamations émanent des familles. Elles ont fait l'objet pour quatre d'entre elles de médiation. Les cinq restantes au vu de la nature de la réclamation ne donnaient pas lieu à médiation ;
- les médiations sont effectuées dans un délai maximum de quatre semaines ;
- une affaire particulièrement sérieuse puisqu'évoquée oralement à plusieurs reprises par des membres du personnel auprès des contrôleurs et mettant en cause les méthodes d'un praticien hospitalier apparaît dans la liste. Ceci explique sans doute en partie le nombre plus élevé de réclamations lié à l'unité Monet. Ce praticien avait quitté l'établissement au moment du présent contrôle.

3.6.2 La commission des usagers

La commission des relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge (CRUQPC), est devenue, depuis la loi 2016-41 du 26 janvier 2016, la commission des usagers. Sa composition, son fonctionnement, ses missions font l'objet d'une fiche intégrée dans le livret d'accueil.

¹⁷ Une réclamation pouvant concerner plusieurs motifs, le total des motifs excède le nombre de réclamations.

Elle s'est réunie à cinq reprises en 2015 (25 mars, 29 avril, 27 mai, 23 septembre et 25 novembre), et quatre dates ont été arrêtées pour 2016 (17 février, 25 mai, 28 septembre, 23 novembre).

Le compte rendu annuel 2015 n'était pas validé à la date de la visite. L'examen du compte rendu de la réunion du 25 novembre fait apparaître un examen minutieux des requêtes enregistrées et un taux de participation élevé.

Dans sa réponse datée du 5 mai 2017, le chef d'établissement précise sur ce sujet :

Le rapport a été étudié en CDU dans sa séance du 1^{er} février 2017, l'instance s'en est saisie et a décidé de travailler à la mise en place d'un plan d'action d'amélioration.

Lors de cette instance, la vice-présidente de la CDU, représentante des usagers, indique qu'elle a lu avec beaucoup d'attention ce rapport qui pointe des éléments de qualité mais aussi un potentiel d'amélioration certain. Elle pense que tous ensemble, nous pouvons nous appuyer sur ce document pour travailler dans un esprit constructif et déboucher sur un plan d'actions concret d'amélioration.

A cette occasion le directeur de l'établissement a déclaré que « ce rapport est très riche en observations factuelle et distanciée de la réalité du CHTR. Il nous apporte un regard extérieur enrichissant au moment où l'établissement est à la croisée des chemins de son avenir, dans une conception rénovée d'une offre de soins graduée au service d'une prise en charge de parcours. Les restructurations architecturales doivent forcément partir d'une réflexion sur les modalités de prise en charge dans l'établissement. Il nous faut donc mettre ce rapport au cœur des réflexions du projet d'établissement 2017-2021. »

3.6.3 Les violences et événements indésirables

La direction de la qualité et de gestion des risques 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, soit par l'intranet local soit sur papier. Le traitement de la déclaration d'événement indésirable (EI) est ensuite formalisé et pris en compte selon les normes prévues par la Haute autorité de santé. Le précédent chef d'établissement a jugé inutile de diffuser une charte d'incitation.

Du bilan global de l'examen des fiches d'événements indésirables enregistrées en 2015, les données suivantes ont été extraites.

Evolution des déclarations d'événements indésirables

2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
272	432	595	604	481	418	347
	+59%	+38%	+1,5%	-27,5%	-4,34%	- 17%

Sur les 347 fiches d'EI de 2015, 345 ont été formulées sur l'intranet et 2 en format papier. Six retours d'expérience ont été organisés.

Ventilation par thème des fiches d'EI de 2015 :

- 160 soit 46 % relatives à la sécurité des personnes et des biens ;
- 53 soit 15 % à la prestation hôtelière et à la logistique ;
- 44 soit 13 % à l'organisation générale ;
- 39 soit 11 % aux locaux et à l'environnement ;
- 34 soit 10 % à la coordination des soins et à la prise en charge du patient ;
- 11 soit 3 % au circuit du médicament ;
- 4 soit 1 % à l'accueil/admission ;
- 2 à « autres sujets ».

Parmi les 160 fiches d'EI relatives à la sécurité des personnes et des biens, le détail des principaux items est le suivant :

- 43 agressions physiques ;
- 21 agressions verbales ;
- 20 dégradations de locaux/équipements ;
- 16 relatives à des incendies ;
- 11 relatives aux soins ;
- 6 pertes, vols ou bris de matériel.

Evolution sur quatre ans des EI liés à la sécurité des personnes et des biens

	2012	2013	2014	2015
<i>Agressions physiques</i>	162	68	95	43
<i>Agressions verbales</i>	9	11	11	21
<i>Dégradations des locaux/équipements</i>	35	27	17	20
<i>Perte, bris ou vol de matériels</i>	22	21	14	6
<i>Intrusion d'une personne extérieure</i>	7	19	14	6
<i>Incendie</i>	6	7	3	16
<i>Perte, bris ou vol d'effets personnels</i>	7	1	6	4

3.6.4 La gestion des sorties sans autorisation

Une fiche de « conduite à tenir en cas de fugue » a été établie le 25 septembre 2008. Cette fiche prévoit la saisine du service « sécurité » qui recherche la personne dans l'établissement et en dehors sur un périmètre de trois kilomètres.

D'autre part, un protocole était en voie de finalisation entre l'établissement et la circonscription de sécurité publique du Vésinet qui avait compétence de police sur la commune de Montesson.

Au moment de la signature, l'organisation des services de police des Yvelines a été profondément modifiée, par la suppression de plusieurs commissariats regroupés au sein de celui de Saint-Germain-en-Laye.

Il a été indiqué aux contrôleurs que l'établissement faisait son possible pour renouer avec les services de police pour finaliser les modalités de ce protocole qui énumérait entre autres les conduites à tenir en cas de fugue.

Même si l'enceinte du centre hospitalier est entièrement close, et même si les issues sont surveillées, les fugues sont aisées car en certains points le grillage est facile à escalader. D'autre part, la présence de la Seine à proximité immédiate présente un réel danger notamment pour les personnes susceptibles de mettre fin à leurs jours.

Cependant, il a été indiqué aux contrôleurs que la direction privilégiée voire unique des personnes fugueuses était la gare de Sartrouville.

Le bilan des fiches d'événements indésirables fait état de dix fugues enregistrées en 2015, soit huit pour le pavillon Renoir, une pour Victor Hugo et une pour l'unité santé-école. Il semble qu'une fiche d'événement indésirable ne soit pas rédigée à chaque fugue car les statistiques du service sécurité plus exhaustives (cf. § 5.1.3) indiquent pour 2015 :

- soixante et une fugues de personnes retrouvées sur le site ;

- quarante-trois fugues de personnes retrouvées à l'extérieur ;
- onze fugues de personnes qui n'ont pas été retrouvées.

Soit un total de 115 interventions du service sécurité pour une fugue. En janvier 2016, toujours selon la même source, seize fugues ont été constatées : onze personnes retrouvées sur le site, quatre à l'extérieur et une non retrouvée.

Enfin, l'examen des dernières fiches d'événements indésirables relatant des fugues fait apparaître le travail effectué avec les familles pour récupérer le patient. Il est relaté des rendez-vous familiaux où une équipe de soignants se déplace pour convaincre le patient (en SDRE) de revenir à l'hôpital.

3.6.5 Les questionnaires de satisfaction

Malgré l'incitation formulée dans le livret d'accueil, les taux de retour des questionnaires de satisfaction restent faibles : 21,38 % de taux de retour global en 2015.

Par unité :

Unité	Nombre de questionnaires reçus	Taux de retour
Monet	20	15 %
Renoir	11	4 %
UAPE	3	4 %
Victor Hugo	84	39 %
Anonymes	31	

La disparité entre le taux de retour dans l'unité Victor Hugo comparée aux trois autres tient essentiellement aux pathologies traitées et au public accueilli.

Le tableau suivant résume le bilan établi pour 2015 par la direction de la qualité :

		Taux de réponse sur l'item	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Non satisfaisant
L'accueil	<i>Dans l'hôpital</i>	93,3 %	46 %	49,6 %	1,4 %	3 %
	<i>Dans l'unité</i>	91,9 %	57,7 %	40,9 %	0,7 %	0,7 %
	<i>Orientation dans l'établissement</i>	92,6 %	47,8 %	44,9 %	4,3 %	3 %
	<i>Informations contenues dans le livret d'accueil</i>	79,2 %	49,2 %	43,2 %	5,9 %	1,7 %
Les personnels et les soins	<i>La qualité des soins</i>	95,3 %	58,3 %	33,6 %	4,7 %	3,4 %
	<i>Son attention à votre égard</i>	95,3 %	59,9 %	36,6 %	0,7 %	2,8 %
	<i>Sa disponibilité</i>	93,3 %	46 %	43,9 %	8,6 %	1,4 %
Les conditions de séjour	<i>Le confort</i>	96 %	41,3 %	46,9 %	9,1 %	2,8 %
	<i>La propreté et l'hygiène</i>	96 %	62,2 %	32,9 %	4,2 %	0,7 %

	<i>Le calme</i>	95,3 %	50 %	39,4 %	6,3 %	4,2 %
	<i>Ambiance générale dans l'unité</i>	96 %	52,4 %	40,6 %	6,3 %	0,7 %
	<i>La quantité des repas</i>	91,9 %	56,2 %	30,7 %	8 %	5,1 %
	<i>La qualité des repas</i>	95,6 %	55,8 %	16,7 %	19,6 %	8 %
Appréciation globale		80,5 %	54,2 %	40 %	5,8 %	5 %

3.7 LE CONTROLE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION

En vertu d'une convention signée le 30 juin 2014 entre le tribunal de grande instance (TGI) de Versailles et l'agence régionale de santé d'Ile-de-France, deux établissements hospitaliers mettent une salle d'audience à disposition du juge des libertés et de la détention (JLD) : le centre hospitalier Charcot, situé à Plaisir, et le centre hospitalier intercommunal (CHIPS) de Poissy Saint-Germain, sur le site de Saint-Germain-en-Laye.

Depuis le 15 novembre 2014, la situation des patients hospitalisés à l'institut Théophile Roussel est examinée au CHIPS¹⁸, distant de 8 km, où il se tient deux audiences par semaine, le lundi après-midi et le jeudi matin.

Les échanges entre l'établissement et le JLD s'effectuent sur un télécopieur exclusivement dédié aux soins sans consentement.

La convocation est adressée au patient, *via* le bureau des admissions ; elle est accompagnée d'une copie de la requête (sans les pièces jointes qui en constituent le fondement) et comporte les informations utiles à sa défense (date et lieu de l'audience, informations relatives à l'assistance ou à la représentation par avocat, possibilité de consulter le dossier au sein de l'établissement).

Le bureau des admissions adresse la convocation au secrétariat de l'unité dès réception, aux fins de remise au patient. Les modalités de cette remise n'ont pas été précisément fixées et il semble qu'en pratique, elle incombe soit au médecin soit à un soignant.

Le patient est informé de la date de la convocation et des possibilités de choix relatifs à l'avocat ; le rôle du juge lui est précisé en tant que de besoin et dans la mesure des connaissances de la personne en charge de cette information. Mais la convocation n'est pas laissée au patient, de sorte que ce dernier ne peut prendre connaissance de l'ensemble des droits attachés à l'audience devant le JLD, notamment de la possibilité de consulter le dossier. Les soignants rencontrés ne connaissaient pas non plus cette possibilité et ont convenu qu'elle n'était pas abordée avec le patient.

Recommandation

La convocation à l'audience du JLD doit faire l'objet d'une remise effective au patient.

Dans sa réponse datée du 5 mai 2017, le chef d'établissement précise sur ce sujet :

Les soignants remettent effectivement la convocation du JLD au patient, mais, une fois celle-ci donnée, le patient en est « propriétaire ». Les équipes sont attentives à cet aspect d'autant que le risque d'une levée

¹⁸ Ils se rendaient auparavant au TGI de Versailles.

de la mesure par le JLD pour privation des droits d'information à destination du patient est grand. Pour information en 2016, une seule levée a eu lieu car l'information donnée n'avait pas été tracée, et en 2017 deux levées ; la première car l'information donnée n'était pas datée et l'autre car elle avait été donnée tardivement. Mais il arrive que le patient ne soit pas en état de recevoir la convocation et même de se rendre à l'audience. Il est donc tenu compte de l'état clinique du patient. Il est rappelé que cette information doit être notée dans le dossier patient et réitérée dès que possible.

Le secrétariat de l'unité renvoie directement au JLD l'accusé réception qui fait aussi état du choix du patient quant à l'avocat.

Les patients sont généralement transportés en véhicule sanitaire léger, accompagnés de un ou deux soignants, selon leur état. En 2015, sur 172 patients convoqués, 133 se sont effectivement rendus à l'audience. Les statistiques ne distinguent pas, parmi les absents, ceux qui relèvent d'un certificat médical et ceux qui ont refusé.

La salle d'audience est discrètement fléchée à partir du hall d'accueil de l'hôpital.

Les locaux, situés légèrement à l'écart d'autres services et de toute nuisance, sont vastes et en bon état. Ils comportent notamment une salle d'attente (claire, calme – avec vue sur un jardin – et correctement équipée) et une pièce présentant des garanties de confidentialité pour l'entretien avec l'avocat. Au jour du contrôle, les sanitaires étaient dépourvus de papier toilette, savon et essuie-mains. Il y a été remédié dès que la situation a été signalée.

La salle d'audience offre une surface de 30 m² environ ; elle est claire, sobre, calme et propre ; elle est suffisamment vaste pour recevoir du public, et agencée de telle sorte qu'un dialogue serein avec le patient est possible.

Le juge et son greffier sont installés côte à côte à une table-bureau, équipée d'un simple fax-imprimante. En face, éloignée de deux à trois mètres, une table est réservée au patient et à son conseil. Derrière eux, quatre rangées de trois chaises, scellées au sol, permettent l'accueil d'un public. En pratique, il est très rare.

Un avocat avait été désigné d'office par le bâtonnier pour assister l'ensemble des patients de l'audience ; les dossiers lui avaient été adressés par le greffe, la veille, par voie dématérialisée ; il s'est adressé avec simplicité aux patients, qu'il a reçus successivement dans la salle réservée à cet usage.

Lors de l'audience à laquelle les contrôleurs ont assisté, le magistrat a exposé oralement les éléments du dossier et s'est entretenu avec le patient à propos de sa situation personnelle, des conditions de l'hospitalisation et de ses projets. L'avocat a pu présenter ses arguments sans difficulté.

La décision a été mise en délibéré ; le motif avancé par le juge était lié au temps que nécessite la rédaction et à la difficulté de délivrer immédiatement copie compte-tenu de l'absence de matériel adéquat. Il n'était pas envisagé de faire part au patient du contenu de la décision indépendamment de sa notification.

Les décisions sont généralement adressées à l'hôpital le soir même pour les audiences ayant lieu le matin et le lendemain pour celles qui se tiennent l'après-midi. Elles sont adressées au bureau des admissions, qui les répercute vers les unités et sont notifiées au patient dans les mêmes conditions que les décisions administratives.

Pour l'année 2015, les statistiques de l'hôpital font état de 145 décisions de maintien et de six mainlevées par le JLD, dont cinq avec mise en place d'un programme de soins dans les 24 heures. L'hôpital a aussi relevé dix-sept appels, tous du patient. La cour a ordonné le maintien dans dix cas, et dans les sept autres, ordonné la mainlevée.

Le cas particulier des mineurs est abordé dans le chapitre qui les concerne. A travers l'examen des dossiers des deux enfants admis sur décision du représentant de l'Etat, les contrôleurs ont pu observer que, dans l'un des cas, aucune mention sur la décision du JLD ne faisait état de la convocation, ni, *a fortiori*, de la notification de la décision aux parents.

4. LES DROITS DES PATIENTS

4.1 LA PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS EST GEREE EN LIEN AVEC LES ASSISTANTES SOCIALES

A l'arrivée du patient, il lui est demandé s'il fait l'objet d'une mesure de protection juridique. Cette information peut également être transmise par la famille.

Lorsque le patient bénéficie d'une mesure de protection, un contact est rapidement pris par l'équipe médicale avec le tuteur ou le curateur pour l'informer de l'hospitalisation. Il sera ensuite contacté lorsque le patient concerné aura besoin de faire des achats au cours de son hospitalisation ou pour préparer sa sortie.

Le patient concerné est dirigé vers l'assistante sociale du service qui se charge d'assurer le lien entre ce dernier et son tuteur ou curateur.

Quatre assistantes sociales interviennent dans les unités d'adulte, une à Victor Hugo travaillant à mi-temps et trois à Renoir et Monet réparties par secteur et assurant une présence d'au moins 1 ETP.

Il arrive que des mesures de protection soient ouvertes en cours d'hospitalisation. Dans ce cas le dossier est constitué par l'assistante sociale, en lien avec le patient auquel elle explique le bien-fondé de la mesure afin de rechercher son adhésion.

En cas de refus du patient et s'il n'est pas possible de trouver un membre de la famille pour signer la demande d'ouverture, un signalement est adressé au procureur. Cette décision est prise collectivement par l'équipe soignante.

Le patient est accompagné à l'audience du juge des tutelles par le personnel soignant et parfois également par son assistante sociale référente qui assiste à l'audience.

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'il était rare qu'un membre de la famille soit désigné comme tuteur ou curateur, ces mesures étant le plus souvent confiées à un organisme extérieur comme l'UDAF (Union départementale des associations familiales). L'hôpital ne dispose pas de mandataire.

Les mandataires désignés viennent régulièrement rencontrer les patients suivis. Il a été précisé aux contrôleurs qu'un premier entretien était systématiquement réalisé à l'hôpital après l'ouverture de la mesure. L'assistante sociale référente du patient peut y assister à la demande de ce dernier.

L'assistante sociale accompagne parfois, plus rarement, les patients vers des levées de mesure de protection.

De 2013 à 2016, les unités d'hospitalisation pour adulte ont accueilli quatre-vingt-seize patients sous mesure de protection, dont quarante-cinq sous tutelle et cinquante et un sous curatelle. Huit d'entre eux ont été hospitalisés à Victor Hugo, trente-cinq à Monet et cinquante-trois à Renoir.

4.2 LES BIENS DES PATIENTS SONT GERES AVEC SOUPLESSE ET TRANSPARENCE

L'inventaire des vêtements et objets du patient est fait dès son arrivée et renseigné sur un document signé par le patient et les deux soignants qui y ont procédé. Les vêtements sont placés dans l'armoire de la chambre fermée à clé à l'unité Victor Hugo et par un cadenas acheté par le patient dans les deux autres unités. Lorsque le patient est mis en pyjama sur indication du médecin ou lorsqu'il est opposant, ses affaires sont déposées à la lingerie de l'unité. Selon le

choix du patient, son argent peut être conservé dans sa chambre ou bien placé au coffre central. Les objets dangereux sont conservés.

Le plus souvent les valeurs (bijoux, numéraire, carte bancaire et chéquier) sont conservées dans un coffre à la régie pendant le temps d'hospitalisation. Une enveloppe sécurisée (fermée par les soignants), individualisée avec un numéro et le nom du patient et contenant un exemplaire de l'inventaire est déposée à la régie par le cadre. Lorsque la régie est fermée, un dispositif permet de déposer l'enveloppe directement dans le coffre par l'extérieur.

Lorsqu'un patient reçoit des virements (de sa famille, de son tuteur, etc.), ceux-ci sont obligatoirement faits à la trésorerie du Vésinet qui avise par courriel la régie du centre hospitalier de ce virement et de son montant.

L'argent reste à la trésorerie, mais le patient peut demander à tout moment à faire un retrait d'argent. Un document intitulé « demande de remboursement » est établi portant le nom du patient, son unité, le nom de l'agent ou du responsable. Les demandes de retrait sont faites par le patient auprès du cadre de santé qui se charge d'aller récupérer les sommes après vérification par la régie de la compatibilité de la demande avec l'état du compte du patient.

4.3 LE DROIT AU LIBRE CHOIX DU MEDECIN EST PRIS EN COMPTE

Le patient peut manifester la volonté d'être suivi par un autre médecin que son psychiatre référent à condition toutefois que le choix se fasse dans l'équipe médicale d'une même unité. La demande exprimée par le patient est évoquée lors des transmissions et vue avec le médecin référent.

L'intervention d'un médecin extérieur à l'établissement s'est produite une fois à l'unité Monet.

4.4 L'ACCES AU DOSSIER MEDICAL EST UNE PROCEDURE PARFAITEMENT MAITRISEE

Les modalités d'accès au dossier médical ont fait l'objet le 9 mai 2006 d'un protocole validé par la CME. Ce protocole rappelle les textes en vigueur, et décline au niveau local les modalités d'application de cette procédure.

Toute correspondance fait l'objet d'un enregistrement. C'est la direction qui est en charge ensuite de la gestion du dossier.

Des frais de photocopie sont prévus uniquement en cas d'envoi de dossier par courrier.

Il a été indiqué par la direction qu'une attention particulière était portée à ce type de procédure, notamment lorsque le demandeur indiquait agir à la demande de son assurance. En effet, la santé mentale est un élément souvent décisif dans les décisions des assureurs pour certaines garanties notamment celles concernant les prêts immobiliers. Aussi, il a été indiqué que dans la mesure du possible un médecin recevait le demandeur pour faire le point avec lui de l'utilisation des pièces du dossier médical.

Il a été fourni aux contrôleurs un état exhaustif des demandes d'accès au dossier médical. Cet état apparaît particulièrement complet et la précision des données enregistrées souligne la traçabilité totale des dossiers.

En 2015 quarante-six demandes d'accès au dossier médical ont été formulées auprès de l'établissement :

- quatre demandes n'étaient pas encore traitées à la date de la visite, trois dans l'attente d'une pièce d'identité du demandeur, et une dans l'attente d'une disponibilité pour une rencontre entre la demanderesse et un médecin ;

- trois demandes ont été déclarées irrecevables : celle d'une mère pour son fils majeur non protégé, celle d'une nièce pour son oncle décédé, celle d'un avocat pour son client ;
- le délai moyen de traitement des dossiers est de neuf jours, le plus long étant de trente-huit jours et le plus court une journée ;
- la mention « photocopies gratuites » apparaît à quinze reprises ;
- il est fait état de rendez-vous avec un médecin ou avec un membre de la direction à quinze reprises.

4.5 LES REPRESENTANTS DES FAMILLES ET DES USAGERS SONT TRES IMPLIQUES ET L'ETABLISSEMENT EST A LEUR ECOUTE

Deux associations représentatives des familles et des usagers interviennent au centre hospitalier : l'UNAFAM (Union nationale des familles et amis de malades et/ou handicapés psychiques) et l'UDAF (Union départementale des associations familiales).

L'UDAF intervient également en qualité d'organisme de gestion des mesures de tutelle et curatelle prononcées dans les Yvelines.

Chacune de ces deux associations dispose de deux représentants des usagers (un titulaire et un suppléant) qui interviennent dans les instances de l'établissement (conseil de surveillance, commission des usagers¹⁹ et au sein des commissions, groupes de travail installés dans l'établissement tels que le CLIN²⁰ et le CLUD).

Ces associations sont également appelées à s'investir dans la vie culturelle de l'établissement. Les bénévoles de l'UNAFAM gèrent à ce titre la bibliothèque des patients et y organisent parfois des goûters et des ateliers de lecture.

Les représentants des usagers peuvent participer à la plupart des formations organisées pour le personnel. Certains ont notamment suivi une formation sur les soins sans consentement.

L'UNAFAM assure une permanence d'accueil des familles dans tout le département, dans des locaux mis à sa disposition par les mairies, ainsi qu'une programmation de dîners-débats, conférences et groupes de parole. Un accueil spécifique est organisé pour les familles qui ont un enfant ou adolescent présentant des troubles psychiatriques.

Des affiches et dépliants d'information sur son action sont remis dans les unités de soins.

L'UDAF n'assure pas de permanence à destination des familles et usagers mais est représentée au sein des organismes sociaux du département : CAF, MDPH²¹ ...

La collaboration entre l'hôpital et les associations de familles et d'usagers apparaît solide. Ainsi, un partenariat a été noué entre le centre hospitalier, la MDPH, les structures médico-sociales et l'UNAFAM en 2011-2012, afin d'organiser des formations communes ainsi que des réunions périodiques de ces différents acteurs pour y aborder des situations compliquées de patients. Ce partenariat a reçu en 2012 le label de droit des usagers de la santé du ministère de la santé.

Chaque année une rencontre est également organisée entre les professionnels de santé du centre hospitalier et les familles pour leur permettre d'échanger. Il était prévu pour l'année 2016 que cette réunion ait pour thème les soins sans consentement.

¹⁹ Ancienne CRUQPC

²⁰ CLIN : comité de lutte contre les infections nosocomiales ; CLUD : comité de lutte contre la douleur

²¹ CAF : caisse d'allocations familiales ; MDPH : maison départementale des personnes handicapées

4.6 LA SEXUALITE NE FAIT PAS L'OBJET D'UNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE

Chez les adultes, le règlement intérieur est tantôt muet sur la question de la sexualité (Monet, Renoir), tantôt il l'interdit (Victor Hugo). Dans tous les cas, le sujet n'est pas clairement abordé et l'interdiction, lorsqu'elle n'est pas affichée, est au minimum implicite. Le sujet est globalement « tabou » et ne fait pas l'objet d'échanges dans les équipes de soins.

Toutes les équipes disent respecter l'intimité des patients et veiller à la protection des patients vulnérables et se veulent vigilantes quant à la réalité du consentement. Si un rapprochement intervient entre personnes consentantes, l'attitude des soignants semble osciller entre mise en garde et tolérance.

Dans l'une des unités, il a été indiqué qu'une contraception « pouvait être proposée », sur demande ; la prescription est alors généralement faite à l'occasion d'une consultation gynécologique, exceptionnellement par le psychiatre ; il n'y a pas de préservatifs à disposition dans les unités de soins.

Chez les adolescents, aucun des projets de soins communiqués aux contrôleurs n'aborde, même succinctement, cette question, alors même que l'on peut considérer qu'elle est consubstantielle à l'adolescence.

La contraception peut être prescrite chez les adolescents à l'issue d'une consultation gynécologique assurée, le cas échéant, en lien avec les parents ; il n'y a pas d'initiation de ce traitement par le médecin somaticien de l'établissement.

Tous les règlements de fonctionnement en revanche, interdisent expressément les relations sexuelles mais le font en des termes différents qui témoignent de la diversité des approches.

Celui de l'UAHA, intitulé « règles de vie quotidienne », l'aborde à travers la mixité et la pudeur : « l'unité accueille des adolescents, garçons et filles, elle organise la vie quotidienne pour permettre le respect de la pudeur et de l'intimité des adolescents. Les relations sexuelles sont interdites dans l'unité et dans l'enceinte du CHTR ». Dans la même logique de respect de l'intimité, le règlement prohibe la possibilité pour un adolescent, de se rendre dans la chambre d'un autre sans autorisation.

Le règlement de l'unité soins-études interdit les relations sexuelles « au sein de la structure et entre adolescents en cours de traitement ». On notera toute l'ambiguïté de la formulation, qui laisse entendre que, même hors de la structure, les relations sexuelles entre adolescents « en cours de traitement » sont à proscrire, ce qui ne saurait aller sans quelques explications.

Le règlement de fonctionnement de l'UASI indique : « sont strictement interdits, les rapprochements physiques, les violences et insultes à l'encontre des soignants et patients, les intrusions dans les chambres des autres patients ». Il n'est peut-être pas anodin de noter que l'interdit de la sexualité voisine avec celui de la violence.

En pratique pourtant, hormis à l'unité soins-études où la question semblait pouvoir être abordée de manière relativement aisée, les équipes ont paru relativement désemparées pour aborder ces questions avec les adolescents.

Dans l'une des unités (UAHA), il semble que « tout rapport sexuel avéré » entre adolescents donne lieu à signalement au médecin, aux parents, à la direction de l'hôpital, voire aux autorités judiciaires, sans distinguer selon l'âge des mineurs en cause ni selon les circonstances. Selon les renseignements recueillis dans l'unité, il semble que cette conduite soit dictée par la volonté de protéger des enfants vulnérables et dont la pathologie altère la conscience de leurs actes.

On ne peut que s'étonner d'un tel systématisme, qui ne prend en compte ni l'âge ou le degré de maturité ni les circonstances... ni les conséquences de la diffusion d'une telle information (cf. § 7.4.3).

Enfin, à titre certes plus anecdotique, on ne peut que s'étonner que, face à un interdit aussi strict, les adolescents ne puissent fermer leur chambre de l'intérieur.

Recommandation

Il serait opportun que les équipes engagent une réflexion sur l'approche de la sexualité, la (les) manière(s) d'aborder cette question avec les patients, la formulation de l'interdit, la manière de prévenir les passages à l'acte et de gérer la transgression (étant précisé que la transgression d'un interdit posé par le règlement intérieur ne peut se confondre avec une infraction pénale).

Dans sa réponse datée du 5 mai 2017, le chef d'établissement précise sur ce sujet :

La question de la sexualité, est traitée dans les unités de la manière suivante :

Dans les unités adultes :

- en réunions soignants/ soignés en fonction de l'ordre du jour,
- ou en entretien individuel.

Les libertés individuelles doivent s'accorder avec un devoir de protection de personnes fragiles.

En cas de non consentement d'un patient qui exprime « une agression sexuelle de la part d'un autre patient ou d'autres personnes » la situation est évaluée et la « victime » est accompagnée pour déposer une plainte si elle le souhaite.

Dans les unités infanto-juvéniles : le sujet est discuté de différentes manières :

- au cas par cas lors d'entretiens individuels,
- lors du groupe de parole encadré par des psychologues et soignants.
- les adolescents peuvent également être accompagnés si nécessaire au CRIPS (Le Centre régional d'information et de prévention du sida et pour la santé des jeunes) à Paris.
- des accompagnements de patients par groupe de 2 à 3 sont organisés tous les mois au planning familial de Saint Germain en Laye où ils peuvent s'exprimer librement à ce sujet, poser des questions, etc...

4.7 LE DROIT DE VOTE EST EXERCE SOIT DIRECTEMENT SOIT PAR PROCURATION

Les patients qui font l'objet de permissions de sortie ou dont l'état physique le permet se déplacent le jour du scrutin jusqu'à leur bureau de vote.

Les autres, soit parce qu'ils sont en soins sans consentement sont interdits de sortie, soit que leur état physique ne le leur permet pas, votent par procuration conformément à l'article 71 du code électoral. Cette opération faisait l'objet d'un protocole avec le commissariat de police du Vésinet jusqu'à sa fermeture.

4.8 L'EXERCICE DU CULTE FAIT L'OBJET D'UNE BONNE INFORMATION MAIS SEULE L'AUMONERIE CATHOLIQUE EST PRESENTE DANS L'ETABLISSEMENT

Le livret d'accueil mentionne en page 14 que « le personnel de l'établissement respecte toutes les opinions et croyances. Si vous souhaitez contacter un représentant du culte de votre choix, vous pouvez vous adresser au cadre soignant de votre unité ».

Des affiches sont apposées dans toutes les unités accueillant des adultes déclinant les coordonnées des personnes à contacter pour solliciter le représentant référent du culte du patient. Cette liste, établie sur les informations communiquées par la préfecture, concerne l'association des musulmans de Versailles, l'association culturelle israélite de Versailles et sa

région, le conseil des communautés juives des Yvelines, l'Evêché de Versailles et l'Eglise réformée de Versailles.

Seule l'aumônerie catholique est présente au sein de l'établissement. Un contrat est passé avec l'évêché prévoyant la présence d'un aumônier deux demi-journées par semaine. Depuis début janvier 2016 – date de fin du contrat de l'aumônier salarié de l'établissement – un aumônier bénévole intervient seul à raison d'un après-midi par semaine. Au jour de la visite l'établissement était dans l'attente de la nomination par l'évêché d'un nouvel aumônier.

Selon l'aumônier catholique rencontré par les contrôleurs, des contacts ont lieu avec une dizaine de patients au sein de l'ensemble de l'établissement. Il n'existe pas de lieu de culte ou de prière et aucune célébration n'est donc organisée. Toutefois, un aumônier peut être autorisé à accompagner un patient, lors d'une sortie de courte durée, pour se rendre à une célébration ou recevoir un sacrement. Il peut également arriver qu'un prêtre se rende au sein de l'établissement mais ceci reste très ponctuel.

Les rencontres avec un aumônier se font toujours à l'initiative des patients qui en font la demande auprès des soignants, et après avis du médecin référent. Pour les confessions autres que catholique, le représentant local du culte demandé est contacté par le cadre de l'unité.

5. LES CONDITIONS GENERALES D'HOSPITALISATION

5.1 LES FONCTIONS LOGISTIQUES SONT LARGEMENT EXTERNALISEES

5.1.1 La restauration

La restauration autrefois effectuée par du personnel de l'hôpital a été entièrement externalisée. Un contrat a été passé avec la société *Médirest*[®]. Cette société prépare le repas dans ses ateliers, et les livre quotidiennement sept jours sur sept le matin de bonne heure en liaison froide au sein de l'établissement et aussi de certaines structures extérieures.

Au sein de l'hôpital, il n'y a pas de structure centrale pour recevoir les repas. La livraison s'effectue au sein de chaque unité. Il y a donc au total treize points de livraison avec les structures extérieures.

Les repas sont ensuite réchauffés par le personnel hospitalier pour être servis.

Les commandes sont effectuées par l'hôpital chaque jour.

Cinq types de menu et une carte fixe (toujours le même repas) sont proposés :

- menu normal ;
- menu sans porc ;
- menu végétarien ;
- menu diabétique ;
- menu hypocalorique.

L'évaluation de la qualité des repas, et des quantités servis est permanente. Des grilles d'appréciation intitulées « mesure de la satisfaction » sont remplies dans toutes les unités. Par un système de notation, elles permettent une appréciation permanente de la prestation du partenaire privé. Des grilles de dégustation sont également remplies pour mesurer la qualité gustative des produits proposés.

Un comité de restauration se réunit deux fois par an.

Il a été précisé qu'il n'était pas prévu de menu spécifique pour les enfants et adolescents hospitalisés, mais que les soignants des services de psychiatrie infanto-juvénile complétaient les menus par des achats dans une grande surface voisine, grâce à des crédits délégués.

Recommandation :

Les enfants et adolescents hospitalisés n'ont pas les mêmes besoins nutritifs que les adultes et doivent se voir proposer des menus prenant en compte leur spécificité. Il est souhaitable que les aversions alimentaires soient prises en compte.

Dans sa réponse datée du 5 mai 2017, le chef d'établissement précise sur ce sujet :

En ce qui concerne les besoins nutritifs des adolescents : suite à la recommandation du CGLPL, le CLAN (Comité de liaison alimentation nutrition) s'est saisi de la question et le référent restauration a interpellé le prestataire dans le cadre d'un nouveau marché. Les améliorations suivantes ont été mises en place :

a : il a été affirmé que les menus doivent être au préalable validés par le CHTR,

b : proposer le choix dans les hôpitaux de jour (en majorité des unités enfants) entre le menu du midi et celui du soir,

c : fournir le grammage supérieur de la grille des quantités du GEMRCN (Groupe Etude Marché Restauration Collectivité Nutrition), ce qui améliore la satisfaction des adolescents,

d : augmentation du temps de présence de la diététicienne à 2 journées et demie par mois. : pour notamment faire un point auprès des équipes soignantes afin d'adapter le repas unique à tous les patients (adultes, adolescents, enfants),
e : la commission des menus a été élargie à la présence d'un patient adulte, d'un patient adolescent et d'un patient des unités enfants,
f : un indicateur de suivi dans le cadre de la contractualisation concerne les troubles nutritionnels.

5.1.2 L'hygiène

La blanchisserie du linge de l'hôpital est confiée par contrat à une société privée *Elis*®. Ce contrat concerne la location et l'entretien du linge « hôtelier », et les vêtements de travail du personnel. Le lavage du linge des patients est effectué dans les unités souvent par les patients eux-mêmes avec les lave-linge et sèche-linge mis à leur disposition ou par les familles.

5.1.3 La sécurité

L'enceinte du centre hospitalier est entièrement close. Elle forme un vaste rectangle implanté le long de la D121 (avenue Gabriel Péri à Montesson), voie parallèle à la Seine et route à forte circulation. En plus des bâtiments recevant des unités de soins, se trouvent dans l'enceinte des logements de fonction et une HLM.

A l'intérieur même de l'enceinte principale a été constituée une deuxième enceinte réservée aux unités de psychiatrie adulte « Monet » et « Renoir ».

L'établissement possède deux accès :

- l'entrée principale qui donne sur la rue Philippe Mithouard, perpendiculaire à la rue Gabriel Péri. Se trouve là un poste de garde qui commande l'entrée et la sortie des véhicules, mais aussi à travers un sas, celle des piétons ;
- l'entrée secondaire, véhicules et piétons, située sur la rue Gabriel Péri, tout à fait au fond de l'emprise, donne directement dans la zone fermée Renoir et Monet. Cette issue a été condamnée à la demande du préfet des Yvelines en raison des impératifs de sécurité consécutifs aux attentats du 13 novembre 2015.

Le poste de garde est ouvert 24h sur 24h. Six personnels qui assurent également la tenue du standard téléphonique y sont affectés pour assurer la présence permanente d'une personne.

La vidéosurveillance est limitée aux contrôles des portes d'accès.

L'établissement s'est doté d'un service de sécurité, composé d'un responsable et de huit agents. Tous relèvent du statut de la fonction publique hospitalière.

Ils assurent une présence permanente nuit et jour par un système de roulement. Leur mission est triple, sécurité de l'enceinte, protection incendie et assistance du personnel soignant.

Au niveau sécurité générale, ils procèdent à cinq rondes la journée, et huit rondes la nuit. En effet, il a été indiqué que l'établissement faisait l'objet d'intrusions récurrentes, soit malveillantes (vols dans les véhicules ou tentatives de cambriolage dans les logements de fonction), soit des intrusions d'opportunité car le passage par l'hôpital évite des longs détours à certains riverains, rentrant la nuit à pied chez eux.

La protection incendie n'appelle guère de commentaires.

L'assistance du personnel soignant constitue 80 % des missions de l'équipe sécurité. Elle s'effectue selon deux schémas :

- conformément à un protocole signé par un médecin, l'équipe de sécurité intervient en renfort des personnels des unités de soins dans des situations jugées *a priori* à risque. Il

en est ainsi par exemple, comme les contrôleurs l'ont constaté, pour la toilette ou les soins prodigués à un patient placé en chambre d'isolement (cf. § 5.6.2) ;

- dans les situations de crise imprévues, soit par déclenchement de l'alarme « protection du travailleur isolé », soit par un appel au standard, l'équipe de sécurité est prévenue qu'elle doit assister du personnel soignant.

L'ensemble du personnel de l'équipe sécurité a suivi pour cela la formation spécifique « Oméga ». Leur règle d'emploi est de ne jamais intervenir seul mais toujours en renfort du personnel soignant.

Enfin, comme évoqué au § 3.6.4, l'équipe de sécurité intervient aussi pour les fugues en prenant soin lors des patrouilles en véhicule d'emmener au moins un soignant avec eux. Les personnels exercent en tenue d'uniforme, bleu foncé avec des bandes réfléchissantes. L'utilité de ce port d'uniforme serait double, d'une part pour que les patients les identifient et d'autre part parce qu'il s'agit d'une tenue ignifugée nécessaire en cas d'incendie.



L'uniforme des équipes de sécurité

Le personnel des équipes de sécurité est apparu attentif, et parfaitement au fait des particularités de leurs missions. Ils sont connus et reconnus d'un nombre important de patients qui les appellent par leurs prénoms.

Ils regrettent toutefois que certains soignants, notamment en psychiatrie infanto-juvénile, se servent d'eux comme des épouvantails auprès des jeunes patients « si tu n'es pas sage, on appelle la sécurité... » ou les sur-utilisent lorsqu'il s'agit par exemple de placer un enfant de 8 ans dans une chambre d'apaisement.

Recommandation

Les situations d'intervention des agents de sécurité au sein des unités de soins devraient faire l'objet d'une analyse rétrospective des situations cliniques et des pratiques soignantes. Ces agents ne devraient pas intervenir comme auxiliaires dans la gestion des soins donnés au patient en particulier dans le contexte des mesures d'isolement ou en pédopsychiatrie.

Dans sa réponse datée du 5 mai 2017, le chef d'établissement précise sur ce sujet :

Concernant le rôle des agents de sécurité : la direction des soins a engagé une réflexion sur le rôle des agents de sécurité en psychiatrie. Une journée d'échanges de pratiques sur le sujet avec d'autres

établissements est en cours d'organisation pour le mois de novembre. Des premiers retours de proposition sont en analyse, telle que la formation des agents de sécurité à la fonction d'Aide-Soignant soutenant une double mission, à l'instar de solutions mises en place avec les brancardiers dans les établissements MCO. Elle aurait l'avantage supplémentaire d'une revalorisation du rôle et de la place de ces personnels dans l'établissement.

5.1.4 Les transports

Pour assurer les différents transports des patients, l'établissement dispose de trois modes :

- un parc de soixante véhicules, utilisables grâce à un système central de réservation ;
- un contrat avec une société d'ambulances privées, qui assure entre autres les transferts vers la salle d'audience pour le JLD ;
- des transports assis professionnalisés en convention avec l'assurance-maladie.

L'ensemble des transports fait l'objet d'une « charte des transports ».

5.2 LES RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT LIMITEES EN TERMES DE TELEPHONIE MAIS FACILITEES POUR LES VISITES

5.2.1 Les patients ne peuvent conserver leur téléphone

Au jour de la visite, les unités ne disposaient plus de cabines téléphoniques, retirées un mois auparavant.

Dans toutes les unités les téléphones portables et les chargeurs sont retirés lors de l'admission et conservés dans le local infirmier dans un casier individuel. Ils peuvent cependant être utilisés pour les « appels utilitaires » ou lors de créneaux horaires déterminés. Le systématisme de ces pratiques attentatoires aux droits des patients n'est pas justifié et doit être remis en cause.

Lorsque la famille appelle dans la journée, la communication est fréquemment transmise au patient sur un poste fixe ou un téléphone sans fil. A l'unité Victor Hugo cet appel est transféré dans la salle de réunion pour favoriser l'intimité, mais le plus souvent la confidentialité des communications n'est pas garantie en particulier dans les unités d'hospitalisation des adolescents où les échanges téléphoniques se font systématiquement en présence des soignants ce qui n'est pas respectueux du droit à l'intimité.

5.2.2 Le courrier

Le courrier des patients ne fait l'objet d'aucune restriction ni surveillance. Il est récupéré par le secrétariat de l'unité, au départ comme à l'arrivée, puis distribué par les soignants.

5.2.3 La télévision

Chaque unité dispose de salons de télévision (deux aux unités Victor Hugo et Renoir, un à l'unité Monet). Une possibilité de vidéo existe à l'unité Victor Hugo.

Le choix des programmes se fait collectivement et ne pose pas de difficulté majeure. A l'unité Monet, afin d'éviter que le choix de l'émission soit imposé par tel ou tel patient comme cela pouvait se produire par le passé, les programmes sont désormais choisis à la majorité des patients, après présentation des programmes en fin du repas.

5.2.4 L'informatique et l'accès à internet

Il n'existe pas d'ordinateur destiné aux patients ni d'accès internet dans les différentes unités d'hospitalisation.

Une salle d'informatique existe pour les cours d'informatiques au sein de l'unité d'enseignement.

5.2.5 Les visites

Les horaires de visites sont identiques dans toutes les unités : 14h30 à 18h30. Des aménagements d'horaires peuvent être accordés au cas par cas.

Des prescriptions médicales peuvent encadrer voire limiter les visites ou les suspendre momentanément, notamment au début de l'hospitalisation dans le cadre d'un contrat de soins ou en cas de placement à l'isolement, mais rarement les supprimer.

Les rencontres peuvent se faire dans les lieux communs ou de petites salles aménagées à cet effet (notamment une salle famille à l'unité Renoir pour l'accueil des enfants accompagnés) ou encore dans les jardins situés devant et derrière les unités.

Sauf cas particulier et autorisation médicale, les enfants de moins de 15 ans ne sont pas admis en visite.

5.3 DES ACTIVITES DE QUALITE ET DES ESPACES COLLECTIFS DIVERSIFIES, DEPOURVUS CEPENDANT DE LIEU DE CONVIVIALITE

5.3.1 Il n'existe pas de cafétéria

Aucune cafétéria n'est aménagée au sein du centre hospitalier.

Les personnes rencontrées par les contrôleurs ont toutes regretté cette absence, l'établissement n'étant de ce fait pas doté de lieu où pourraient se croiser les patients des différentes unités, ni s'exercer une forme de convivialité permettant aux patients de se socialiser et de recevoir leurs proches.

De plus, faute de cafétéria, il n'est pas possible pour les patients ou leurs familles d'acheter des journaux, timbres ou boissons chaudes dans l'enceinte de l'hôpital, ce type d'achat nécessitant une sortie à l'extérieur.

Seul un distributeur de boissons fraîches a été installé dans le parc, accolé à l'amphithéâtre, proposant des canettes au prix de 80 centimes.



Distributeur de boissons fraîches

Il a été précisé aux contrôleurs que des projets existaient pour la construction d'une cafétéria. Il était notamment envisagé d'aménager à cette fin le bâtiment situé à l'entrée de l'hôpital et occupé au jour de la visite par l'ESAT, une fois le déménagement de cet établissement effectif.

Recommandation

Un lieu de convivialité de type cafétéria devrait être aménagé au sein du centre hospitalier.

5.3.2 La bibliothèque est agréable mais pas accessible à tous les patients

Une bibliothèque est installée dans le parc de l'établissement, à proximité du terrain de football.



Bibliothèque

Elle est gérée par des bénévoles. Au jour de la visite ils étaient deux, l'un membre de l'UNAFAM, l'autre ancien infirmier de l'établissement à la retraite.

Son fonds est alimenté essentiellement par des dons d'anciens patients, de personnels ou d'associations. Il est composé de beaucoup de livres, bandes dessinées et revues pour enfants ainsi que de romans pour adultes. Les bénévoles disposent également d'un budget de 300 euros environ par an pour acheter des livres. Une quinzaine est achetée chaque année.

Un partenariat avait été noué quelques années auparavant avec la bibliothèque municipale de la ville de Montesson. Au jour de la visite, plus aucun partenariat ne permettait le renouvellement du fonds documentaire.

La bibliothèque est dotée de deux pièces, l'une dédiée aux rayonnages de livres dotée d'un espace enfant et d'un espace adulte, l'autre revêtue de tapis de sol et de coussins pour permettre la lecture, l'écoute de musique ou l'organisation de jeux de société. L'ensemble est accueillant et lumineux.



Vues de la bibliothèque

La bibliothèque est ouverte tous les mercredis de 10h à 12h et de 14h à 16h. Le matin est dédié aux mineurs et l'après-midi aux majeurs.

Les autres jours de la semaine, la bibliothèque est utilisée comme salle d'activité pour les unités, en particulier pour les activités organisées autour de la lecture (atelier conte, atelier écriture...).

Les patients s'y rendent seuls ou accompagnés d'un personnel soignant.

Ils peuvent consulter des ouvrages sur place et emprunter jusqu'à trois livres par semaine.

Les bénévoles sont tous les deux présents toute la journée, afin de pouvoir faire face aux sollicitations des patients. Les contrôleurs ont ainsi pu constater que les enfants réclamaient beaucoup d'attention et interpellait régulièrement l'un ou l'autre bénévole pour rechercher un type de livre en particulier.

En 2015, la bibliothèque a reçu la visite de 987 patients, 395 enfants et 592 adultes. Ils avaient été 798 en 2014, 344 enfants et 454 adultes.

Parmi les adultes, seuls les patients de deux unités fréquentent la bibliothèque. Aucun patient de l'unité Renoir n'est venu en 2015, tandis que sont venus 229 patients de l'unité Monet et 216 de l'unité Victor Hugo. En 2014, seuls trois patients parmi les 454 venus étaient hospitalisés à l'unité Renoir.

Il apparaît, à la lecture de ces chiffres que l'unité Renoir n'apparaît pas favoriser l'accès des patients à la bibliothèque, la différence de fréquentation entre les unités adultes ne pouvant trouver d'explications dans les pathologies présentées par les patients.

Recommandation

Tous les patients, quelle que soit l'unité au sein de laquelle ils sont hospitalisés, doivent pouvoir accéder à la bibliothèque de l'hôpital.

Dans sa réponse datée du 5 mai 2017, le chef d'établissement précise sur ce sujet :

Concernant l'activité bibliothèque : aucune restriction n'est indiquée à l'accès des patients à la bibliothèque et les équipes soignantes sont encouragées à l'organiser.

5.3.3 Les installations sportives sont variées mais diversement utilisées

Le centre hospitalier est doté de trois installations, à disposition des unités, pour la pratique des activités sportives : un grand terrain de football, un terrain multisports avec des panneaux de basket-ball, un gymnase couvert.



Terrain de football



Terrain multisports

Les terrains de football et multisports sont peu utilisés, principalement par les unités d'hospitalisation des mineurs et lorsque le temps le permet car situés en plein air.

Le gymnase est davantage sollicité, de telle sorte qu'un planning a été établi. Occupé tous les jours de la semaine, il est attribué en priorité à l'unité d'enseignement pour les cours d'éducation physique et sportive. Des créneaux ont été réservés par l'UASI, l'UAHE B et les unités d'hospitalisation de jour. Concernant les unités d'hospitalisation pour adultes, seule l'unité Renoir a sollicité l'attribution d'un créneau.

Le gymnase sert aussi parfois de salle de spectacle lorsque l'amphithéâtre apparaît trop petit, notamment pour les spectacles de cirque.

Le gymnase est séparé en deux espaces par un rideau, l'un dédié aux sports collectifs en salle, doté d'un filet et de deux paniers de basket-ball, l'autre comportant du matériel de gymnastique.



Gymnase

A côté de ces équipements sportifs, le parc de l'hôpital est doté de plusieurs aires de jeux pour enfants, situées au centre des pavillons d'hospitalisation pour les enfants et adolescents. Les contrôleurs ont pu constater durant leur visite que les jeunes se promenant dans le parc s'y rendaient avec plaisir.



Aires de jeux du parc

Aucune piscine n'est installée au sein du centre hospitalier et les patients se rendent à la piscine municipale.

5.3.4 Les ateliers thérapeutiques sont organisés au sein des unités mais des projets collectifs sont animés par l'établissement

Les ateliers thérapeutiques sont organisés au sein de chaque unité, dans les locaux de l'unité ou au sein des salles d'activités de l'hôpital, à condition d'en réserver au préalable un créneau.

Néanmoins, l'établissement développe des projets et noue des réseaux partenariaux pour proposer des activités nouvelles à l'ensemble des unités.

Ce fut le cas notamment des ateliers de médiation animale qui ont été développés par le centre hospitalier au profit de plusieurs unités.

Au jour de la visite, un projet d'hortithérapie était en cours d'élaboration afin de permettre la mise en place au sein de chaque unité d'un jardin thérapeutique. Un partenariat avait été noué avec une enseigne de jardinage qui a fait appel à la solidarité de ses clients en organisant une journée de collecte de graines au bénéfice de l'hôpital.

Grâce à cette opération, le centre hospitalier a pu récupérer environ 700 sachets de graines qui vont être répartis entre les unités.

Il est prévu d'organiser des enseignements autour de la germination pour les enfants, afin de compléter l'atelier jardinage.

L'horticulture fait partie des projets de l'établissement, ce dernier ayant été primé, en concurrence avec tous les hôpitaux français, trois années de suite.

Au jour de la visite, il était prévu d'aménager un jardin « tisane » à l'unité Renoir, ainsi qu'un jardin de promenade avec des fleurs regroupées par couleur au niveau des unités d'hospitalisation de jour.

Il a été précisé aux contrôleurs que le développement des activités se heurtait parfois au manque de salles disponibles. Le centre hospitalier ne met à la disposition des unités que quatre salles collectives : le gymnase, une salle d'art plastique, l'amphithéâtre Mithouard et la bibliothèque, dont le planning est déjà rempli.

Certains membres du personnel ont indiqué aux contrôleurs qu'ils aimeraient pouvoir bénéficier d'une salle de musique.

5.3.5 Les activités culturelles proposées sont riches

Depuis 2008, le développement de l'accès des patients à la culture fait partie des projets de l'établissement.

Le centre hospitalier a obtenu le label « Culture et Santé » en 2012 pour une durée de trois ans. Au jour de la visite, ce label venait d'être renouvelé pour les années 2016 à 2019.

Un agent a été recruté en qualité de référent pour la culture et se charge de la programmation des activités culturelles de l'hôpital. L'avis des patients et des personnels soignants accompagnants est recueilli après chaque spectacle, afin d'adapter l'offre culturelle aux besoins et souhaits des patients.

Une salle de spectacle est aménagée au sein de l'ancien temple du savoir de l'hôpital : l'amphithéâtre Mithouard. Elle peut accueillir jusqu'à 235 personnes, dispose d'une scène avec des coulisses, d'une régie pour le son et de spots lumineux. Un ingénieur du son intervient à l'établissement à hauteur de 0,2 ETP pour organiser les spectacles.



Amphithéâtre Mithouard

Des spectacles d'une durée de 45 minutes sont organisés chaque mois par des artistes ; certains d'entre eux sont réservés aux adultes, d'autres aux enfants mais la plupart sont accessibles à tous. Il peut s'agir de spectacles de théâtre, de danse, de concert, de spectacle de cirque, de marionnettes, de spectacles de magie... Certains de ces spectacles sont ouverts au public extérieur. Il s'agit de ceux se déroulant le week-end.

Il n'est pas nécessaire pour les patients de s'inscrire. Chaque mois, le planning des spectacles est envoyé à toutes les unités, des affiches leur sont également fournies pour être collées dans les espaces communs.

Des ateliers culturels sont également programmés toute l'année par le service culture, animés par des intervenants extérieurs. Les équipes soignantes peuvent y amener librement leurs patients. En 2015, ont ainsi été programmées des séances de théâtre dont certaines axées sur l'improvisation, un atelier poésie, un atelier danse, un atelier chorale.

Les équipes soignantes sont régulièrement invitées à adresser leurs souhaits d'activités au service culture de l'établissement pour qu'il en soit tenu compte dans les programmations.

Des animations sont également organisées au sein de l'hôpital à des dates ponctuelles. En 2015, ont notamment été programmés un carnaval, le passage de clowns dans les unités de pédopsychiatrie, une kermesse avec installation de structures gonflables, un karaoké pour la Fête de la musique pour les enfants comme pour les adultes.

Au jour de la visite, un carnaval était programmé sur le thème des légumes. Les contrôleurs ont pu observer les enfants procéder à la réalisation de leurs costumes puis défiler dans le parc en musique. Un goûter a été organisé pour clôturer la manifestation.

Le centre hospitalier ouvre ses portes à l'occasion des journées du patrimoine. Les habitants peuvent ainsi bénéficier d'une visite guidée du parc de l'établissement en compagnie de la direction et de personnels soignants qui répondent à leurs questions. Le visionnage d'un film sur l'histoire du site et une exposition sont également organisées.

Bonne pratique

Grâce à la richesse de sa programmation culturelle et à sa politique d'ouverture sur l'extérieur, le centre hospitalier offre de réels divertissements aux patients, et se trouve bien intégré dans la vie publique locale.

5.3.6 Une unité d'enseignement de l'Education nationale est implantée dans l'enceinte de l'hôpital

Une unité d'enseignement de l'Education nationale est installée à l'entrée de l'établissement et à proximité des unités de pédopsychiatrie. Elle n'est accessible qu'aux patients mineurs.

Seuls les enfants admis à l'UASI ne sont pas inscrits à l'unité d'enseignement car la durée d'hospitalisation est trop courte et les profils des enfants accueillis non adaptés.

Installée dans un bâtiment pourvu de deux ailes, l'unité d'enseignement bénéficie de huit salles de classe, d'une salle informatique, d'une bibliothèque et d'une cuisine scolaire.

L'équipe enseignante est composée d'une directrice d'école et de huit enseignants d'école primaire et d'un enseignant d'éducation physique et sportive exerçant à temps plein, ainsi que de quatre enseignants de collège et lycée, intervenant dans les matières suivantes : mathématiques (deux heures par semaine), français (deux heures par semaine), anglais (deux heures et demi par semaine) et cuisine (trois heures par semaine).

Chaque enseignant a reçu une formation préalable à la prise en charge des enfants souffrant de troubles psychiatriques, d'une durée d'un an.

Les enseignements dispensés s'étendent du niveau maternelle jusqu'à la terminale. Le programme des classes est établi en fonction de chaque mineur concerné.

Lors des phases de pré-admission en unité d'hospitalisation, un bilan scolaire du jeune est réalisé pour évaluer son niveau. Un enseignant est alors assigné au jeune.

Chaque enseignant se voit attribuer dix à onze élèves, sans compter les jeunes accueillis au titre de la phase de pré-admission. Au jour de la visite, environ quatre-vingts jeunes étaient suivis par l'unité d'enseignement.

La durée des enseignements varie selon l'état du jeune et peut aller de deux à dix heures par semaine.

Les classes sont le plus souvent individuelles, le jeune se retrouvant seul avec l'enseignant. Plus rarement, il peut arriver que deux ou trois jeunes suivent une classe ensemble. La classe de cuisine réservée aux adolescents peut accueillir jusqu'à six jeunes.

La directrice de l'unité d'enseignement prend le contact avec l'école qui suivait le jeune avant l'hospitalisation et sera amenée à l'accueillir de nouveau à sa sortie ou avec l'école qui suit encore le jeune dans le cas des hospitalisations séquentielles.

5.4 L'ACCES AU TABAC N'EST PAS SUFFISAMMENT DISCUTE CHEZ LES MINEURS ET ENCADRE DE MANIERE DISPARATE CHEZ LES MAJEURS]

Dans toutes les unités d'hospitalisation des mineurs, le principe de l'interdiction de fumer est posé dans les règles de vie.

La question n'est pas envisagée dans les unités accueillant de jeunes enfants, celles-ci n'ayant jamais été confrontées à l'accueil d'enfants fumeurs.

Dans les unités d'hospitalisation pour adolescents, la question est peu travaillée, les adolescents accueillis étant la plupart du temps non-fumeurs. Certaines unités ont néanmoins été confrontées à l'accueil de jeunes fumeurs et l'accès au tabac a pu être autorisé avec l'accord des parents et sous réserve qu'ils fournissent les cigarettes.

A l'UAHA, une adolescente fumeuse s'est trouvée contrainte de mettre un terme à son hospitalisation, le recours aux patchs ne s'étant pas avéré suffisant pour lui permettre de supporter l'interdiction de fumer. Il est pour le moins surprenant qu'une situation probable de

dépendance sévère à la nicotine conduite à un arrêt de la prise en charge hospitalière psychiatrique, alors qu'elle devrait mobiliser un renforcement de la prise en charge soignante dans une approche de réduction des risques et de prise en charge globale de la personne.

A l'UASI, l'interdiction de fumer a pendant un temps été appliquée de manière absolue. Désormais, les jeunes ayant reçu l'autorisation de leurs parents peuvent fumer. Ils sont autorisés pour cela à se rendre devant l'unité, trois fois par jour. Les jeunes fumeurs sortent seuls, la plupart des personnes de l'équipe paramédicale refusant de les accompagner.

Lorsque le jeune fumeur n'est pas autorisé à fumer, des substituts sous forme de patches peuvent lui être prescrits. Il n'est pas organisé de prise en charge addictologique plus poussée.

Dans les unités d'hospitalisation des majeurs, le principe de l'interdiction de fumer est posé dans les lieux de soins et les locaux à usage collectif. Dans toutes les unités les patients peuvent fumer à l'extérieur de l'unité. Normalement les patients gèrent eux-mêmes leur tabac. Pour certains d'entre eux toutefois, les cigarettes sont gérées par les soignants, les paquets des patients étant conservés au bureau des infirmiers, soit quand le patient n'a pas beaucoup de cigarettes, soit quand il a tendance à tout fumer dans un laps de temps très court.

A l'unité Renoir, une organisation spécifique a récemment été mise en place – mentionnée dans le règlement intérieur de l'unité – prévoyant le dépôt des cigarettes, briquet et allumettes, dans un casier personnel situé dans le bureau des infirmiers et la remise par les soignants d'une cigarette selon des horaires définis (de 7h45 à 8h15, de 9h30 à 10h, de 12h45 à 13h15, de 16h15 à 16h45, de 19h45 à 20h15 et de 22h à 22h30).

Par ailleurs, les contrôleurs ont pu constater qu'aucun aménagement n'était installé à proximité des unités d'hospitalisation des mineurs, dédié au personnel fumeur. De ce fait, les personnels soignants et autres professionnels se rendant dans les unités (par exemple les ambulanciers) fument devant la porte des unités, au vu parfois des mineurs présents dans le bâtiment.

Des cendriers ont été installés sur le rebord des fenêtres situées à proximité de ces portes, visibles et, malgré la hauteur des rebords, accessibles aux mineurs se promenant dans le parc.



Cendrier sur le rebord d'une fenêtre d'une unité de pédopsychiatrie

Au total, il n'y a pas de cohérence institutionnelle dans l'approche relative aux addictions en particulier la gestion du tabac et certains patients se voient imposer, de fait, un sevrage tabagique sans prise en compte de leur consentement et avec très peu d'attention portée à l'accompagnement soignant de ce sevrage (souvent réduit à une proposition de patches). De plus, il n'y a pas de démarche institutionnelle vis-à-vis des professionnels qui fument dans l'établissement. Les équipes sont peu investies dans une approche sanitaire des addictions respectueuse des patients (incluant une diversité de modalités d'intervention pour une approche individualisée).

Recommandation

Une réflexion doit être menée au niveau de l'hôpital sur la prise en charge des patients, y compris des adolescents fumeurs, la position des personnels soignants n'étant pas cohérente au sein des unités et l'accompagnement des patients en la matière n'étant pas véritablement organisé. Ce travail ne pourra faire l'économie d'une réflexion sur « les soignants et le tabac ».

En tout état de cause, des aménagements doivent être réalisés pour que les professionnels des équipes soignantes et autres ne fument pas à la vue des patients, en particulier des mineurs, et que le contenu des cendriers ne soit pas accessible à ces derniers.

Dans sa réponse datée du 5 mai 2017, le chef d'établissement précise sur ce sujet :

Concernant le tabac : l'hôpital est une institution sans tabac, cependant cette question prend une dimension particulière chez le patient souffrant de troubles psychiatriques. Nombre de professionnels s'interrogent en effet sur l'opportunité d'un sevrage forcé dans une phase de décompensation nécessitant une hospitalisation. Actuellement la question est gérée de la manière suivante :

dans les unités adultes :

- lors des réunions soignants/soignés où un nombre de cigarettes maximum est défini et une distribution est organisée en accord avec les patients présents,
- au cas par cas avec explications à chaque admission,
- des patchs sont également proposés,

en psychiatrie infanto-juvénile :

- le tabac ne se présente pas comme une préoccupation prioritaire, il est interdit dans les unités d'hospitalisation,
- quand un adolescent fumeur est hospitalisé un accompagnement spécifique lui est réservé,
- un nombre de cigarettes (5) est autorisé avec l'accord des parents,
- un accompagnement au sevrage tabagique peut être proposé en accord avec l'adolescent,
- les médecins et les équipes veillent à ce que le lieu d'hospitalisation ne soit pas le lieu où les adolescents « rencontrent le tabac », en protégeant les non-fumeurs.

Il est par ailleurs prévu de réactiver le groupe de travail sur l'identification des espaces fumeurs. Ce dernier avait fait, fin 2016, des propositions de modèles de cendriers extérieurs et de localisations dans l'établissement de manière à mettre hors d'accès les mégots de cigarettes et faciliter le circuit de ramassage de ces déchets. Le projet doit être validé par la communauté médicale, et le comité de développement durable.

5.5 L'ORGANISATION DES SOINS SOMATIQUES EST RETARDEE CHEZ LES MINEURS ET TRES INSUFFISANTE CHEZ LES ADULTES ; ELLE DOIT EVOLUER RAPIDEMENT

Actuellement les soins somatiques sont délivrés par deux médecins pour 0,8 ETP, soit 0,6 ETP pour les enfants et 0,2 ETP pour les adultes. Il est prévu une modification substantielle de l'organisation actuelle pour porter l'effectif à 1,8 ETP de somaticien qui permettra d'avoir 0,8 ETP pour les enfants, 0,6 ETP pour les adultes et des vacations pour 0,4 ETP notamment pour des spécialistes.

De plus il est prévu le recrutement de 0,5 ETP d'infirmier et d'un ETP de secrétaire et la dotation de 2015 a d'ores et déjà été majorée pour permettre ces recrutements.

Le temps infirmier doit permettre de renforcer les actions d'éducation pour la santé et de réaliser quelques soins somatiques spécifiques.

5.5.1 L'accès au médecin généraliste

Pour les enfants : le médecin somaticien actuellement à 0,6 ETP, va prochainement travailler 0,8 ETP. Pour ce qui concerne les unités d'accueil et d'hospitalisation des enfants (UAHE A et B), il ne voit tous les entrants qu'à l'issue du séjour d'essai (sauf situation particulière) soit après trois semaines d'hospitalisation en observation et vient à la demande, pour une pathologie somatique intercurrente ou pour le suivi d'une pathologie chronique. Il est présent le matin et l'après-midi, le lundi le mardi et le jeudi.

Le médecin psychiatre prescrit les examens biologiques de façon systématique à l'admission de l'enfant (ionogramme, glycémie, créatinine, numération formule sanguine, ASAT, ALAT, ...).

Les enfants sont principalement examinés dans les locaux infirmiers des unités très exceptionnellement dans leur chambre. L'examen est toujours réalisé en présence d'un infirmier ou d'un aide-soignant ce qui facilite le partage de l'information avec l'équipe soignante.

Les rendez-vous médicaux ont lieu dans les locaux spécifiques de médecine somatique quand il s'agit de recevoir une famille ou quand il s'agit d'une consultation pour adolescents, par exemple pour une consultation gynécologique ou tabacologique.

La file active du médecin somaticien a été de 127 enfants en 2014 alors que la file active de l'établissement en pédopsychiatrie a été de 221 enfants, ce qui rend compte de l'absence d'examen pour les enfants dès leur admission ; celui-ci étant prévu à l'issue de la période d'hospitalisation dite de pré admission qui peut durer plusieurs semaines. Cette situation devrait évoluer avec le renforcement du temps médical prévu à court terme.

Pour les adultes un médecin généraliste de la clinique de Cormeilles-en-Parisis, à 0,2 ETP, intervenait auparavant un jour défini mais maintenant passe une fois par semaine, le lundi ou mardi ou jeudi et n'est pas remplacé pendant ses congés. Ce médecin voit les patients qui sont inscrits sur une liste préalablement établie conjointement par les infirmiers et psychiatres de l'unité. Ainsi tous les patients hospitalisés ne bénéficient pas d'un examen somatique, sauf à ce qu'ils soient préalablement passés par les urgences du CHIPS. Les patients placés en chambre d'isolement ou sous contention ne sont pas systématiquement examinés par le médecin somaticien.

Les patients peuvent être conduits aux urgences de l'hôpital de Poissy où aucun circuit privilégié n'est réservé ou à l'hôpital des courses à Maisons-Laffitte.

Recommandation

Tous les patients hospitalisés doivent bénéficier d'un examen somatique dès leur admission comme doivent être systématiquement examinés tous les patients placés à l'isolement ou sous contention conformément aux recommandations de la Haute autorité de santé et à celles du CGLPL.

Les enfants hospitalisés doivent être examinés sur le plan somatique dès le début de leur séjour à l'hôpital.

5.5.2 Les consultations spécialisées

Les consultations de spécialistes sont principalement programmées auprès de la médecine de ville avec un accompagnement du patient par un ou deux soignants suivant les situations, notamment pour les soins dentaires et la gynécologie.

L'association Rhapsodif a permis de réaliser un dépistage général des troubles dentaires en psychiatrie infanto-juvénile en 2014 ; ce dépistage était réalisé par un dentiste formé aux spécificités du soin chez les personnes handicapées. De fait ce sont ces mêmes dentistes qui sont sollicités pour le recours aux soins.

Un projet est actuellement en cours visant à l'utilisation du MEOPA afin de faciliter l'accès aux soins « inconfortables » ou douloureux (ORL, soins dentaires) en les réalisant sous anesthésie.

5.5.3 La pharmacie

La pharmacie est ouverte entre 8h30 et 16h30 du lundi au vendredi ; en pratique elle est fréquemment accessible jusqu'à 18h.

Chaque unité d'hospitalisation complète ou de jour est dotée d'une sacoche d'urgence vitale ou, pour les trois unités d'adultes et l'UASI, d'un chariot d'urgence.

Une convention avec le centre hospitalier d'Argenteuil permet de répondre aux besoins pharmaceutiques en urgence ou pour des traitements spécifiques (relativement peu prescrits dans l'établissement) et une réserve d'antibiothérapie a été localisée à l'unité Victor Hugo. Il peut aussi être fait recours à la pharmacie implantée au centre commercial à proximité de l'hôpital.

La validation des prescriptions faites avec le logiciel Cariatides se fait en temps réel en semaine. Il a été noté quelques difficultés pour inscrire sur le logiciel les formes sirop ou toute autre modalité de prescription spécifique pour les nourrissons (horaires de prise etc.).

La pharmacie ne fournit pas de préservatifs aux unités mais délivre les contraceptifs sur prescription en particulier pour la contraception d'urgence.

La pharmacie a réalisé un livret « notions générales sur les psychotropes à l'usage des infirmiers » qui rappellent les obligations légales et les recommandations de bonnes pratiques, précise pour les grandes familles thérapeutiques (neuroleptiques, antidépresseurs, hypnotiques,...) les indications, voies d'administration, précautions d'emploi ... et les traitements référencés dans l'établissement. Sont également indexés des recommandations pratiques au moment de l'administration du traitement, des tableaux des équivalences, les médicaments présentant un risque de photosensibilisation, les précautions particulières chez l'enfant, l'adolescent, la personne âgée ou pendant la grossesse.

Bonne pratique

La pharmacie a réalisé un livret destiné aux médecins et aux infirmiers précisant notamment les principales caractéristiques et les modalités de distribution à respecter pour les médicaments les plus prescrits dans l'établissement, favorisant le bon usage du médicament pour le patient.

5.5.4 Le laboratoire

Les examens de biologie médicale sont réalisés par le laboratoire du centre hospitalier intercommunal de Poissy Saint-Germain dans le cadre d'une convention inter-établissements.

5.6 LES PRATIQUES D'ISOLEMENT DOIVENT ETRE RAPIDEMENT REVISEES

5.6.1 La contention

La contention a été décrite comme une pratique exceptionnelle dans l'établissement ; toutefois il semblerait qu'elle soit régulièrement utilisée pour le transport des détenus « au cas où... ».

Cette pratique devrait évoluer vers une plus grande prise en compte de la réalité clinique avec le renforcement des échanges entre l'équipe psychiatrique qui accueille en hospitalisation et l'équipe médicale qui suit le détenu en milieu pénitentiaire.

L'utilisation de mesures de contention n'est pas tracée.

5.6.2 L'isolement

Une procédure datée du 28 mars 2006, validée en mai de la même année par la CME intitulée « organisation de l'isolement au cours de soins intensifs » précise les règles d'utilisation des chambres dites de soins intensifs au niveau de l'établissement. Elle s'applique explicitement « aux unités d'hospitalisation temps plein adultes et pédopsychiatrie ».

Elle précise notamment que l'isolement n'est qu'un aspect du soin intensif qui est un accompagnement soignant spécifique au cours d'une période de crise, qui ne devrait pas concerner des patients en hospitalisation libre. Il a été indiqué aux contrôleurs que tout placement d'un adulte admis en soins libres en chambre d'isolement d'une durée supérieure à une heure conduisait à réaliser un changement de statut d'hospitalisation. Ceci a pu être vérifié par les contrôleurs pour un patient initialement admis en soins libres qui, suite à un état d'agitation et au refus de prendre son traitement, a été placé en chambre d'isolement et dont l'hospitalisation s'est poursuivie en SPDT.

Le CH Théophile Roussel dispose de cinq chambres d'isolement (CI) pour les services de psychiatrie générale dites « chambre de soins intensifs » et de cinq chambres dites « d'apaisement » voire « salle cocon » dans les unités de psychiatrie infanto-juvénile. Ainsi les unités Monet, Renoir et l'UASI disposent de deux CI, l'unité Victor Hugo et chacune des deux unités d'hospitalisation pour enfants et adolescents d'une seule. Toutefois dans une des unités d'hospitalisation pour enfants il a été indiqué que la porte de la pièce **pouvait** rester ouverte quand l'enfant y était pour un temps d'apaisement, le soignant restant à proximité immédiate de la porte. Les unités Renoir et Monet dispose en complément de chambres dites « sécurisables » pouvant être fermées ; des patients y étaient maintenus au moment du contrôle. Enfin des patients peuvent se voir imposer de rester dans leur chambre classique avec des temps de fermeture variable de une à trois heures par jour principalement après le repas voire être enfermés la nuit (cf. § 6.3.5).

Les modalités d'isolement sont variables selon les unités : utilisées durant des temps très courts de l'ordre de quelques minutes (surtout en pédopsychiatrie) ou pour des durées prolongées de plusieurs semaines voire mois (même en psychiatrie infanto-juvénile - cf. § 7.5.4), ces chambres peuvent aussi être utilisées de façon séquentielle.

Si la procédure mentionnée ci-dessus précise que les « chambres de soins intensifs doivent être en effectif surnuméraire », il apparaît en pratique que la chambre du patient n'est pas systématiquement conservée pour que ce dernier puisse y retourner dès que son état de santé ne nécessite plus son placement en isolement. Cette situation est particulièrement vraie dans les unités Renoir et Monet où les séjours en isolement peuvent se prolonger en l'absence d'autre chambre disponible; les caractéristiques cliniques des patients hospitalisés à Victor Hugo conduisent à des séjours en général brefs de l'ordre de la journée au maximum et, sauf situation exceptionnelle, le patient conserve sa chambre.

De plus, la procédure prévoit dans l'aménagement de la chambre la présence d'une horloge et d'un moyen d'appel ce qui n'est pas systématique dans l'établissement au moment du contrôle.

La procédure évoque que le « recours éventuel à l'équipe de sécurité doit être évalué » ; en pratique il y est fait quasi systématiquement appel pour chaque intervention des soignants en chambre d'isolement, ce qui n'est pas toujours adapté à la situation clinique du patient et ne permet pas de garantir la confidentialité des soins et le respect de la dignité des personnes (cf. § 5.1.3).

La situation de chacun des patients placés à l'isolement en service de psychiatrie adulte est évoquée systématiquement lors de la réunion quotidienne avec les médecins. Selon les pratiques médicales, soit le médecin reçoit le patient dans son bureau en présence de deux infirmiers, les agents de sécurité étant positionnés dans le couloir devant la porte, soit le médecin voit le patient dans la chambre d'isolement en présence des soignants et, le cas échéant, des agents de la sécurité. La présence de ces agents dans la chambre n'est alors pas systématique mais elle ne semble pas faire débat quand elle est effective même en pédopsychiatrie (cf. § 7.3.3)).

Le recours au placement en isolement dans une pièce fermée à clé en pédopsychiatrie interpelle tout particulièrement les contrôleurs et ce d'autant qu'elle s'accompagne le plus souvent d'une sollicitation des agents de l'équipe de sécurité. La fermeture des volets dans la pièce d'isolement dans certaines unités de pédopsychiatrie quand un enfant y est placé n'apparaît pas adaptée.

La situation de patients maintenus en chambre d'isolement sur des durées prolongées nécessite d'être interrogée en lien avec des partenaires extérieurs à l'établissement.

Les patients (adultes ou mineurs) ne sont pas systématiquement examinés par le médecin somaticien.

Recommandation

Il devrait être envisagé de doter les chambres d'isolement (qu'elles soient dites chambre d'apaisement ou chambre de soins intensifs) d'un dispositif permettant aux adultes ou aux enfants qui y sont placés de mesurer l'écoulement du temps, ce type de dispositif étant de nature à limiter le caractère anxiogène de l'enfermement, ainsi que d'un dispositif d'appel.

L'aménagement des locaux doit permettre que la personne placée à l'isolement ne soit pas soumise à la vue des autres patients ou du public lorsqu'elle est en situation difficile (crise...) ; il doit garantir l'absence de vue sur les toilettes qui porte une atteinte à la dignité des patients.

Dans sa réponse datée du 5 mai 2017, le chef d'établissement précise sur ce sujet :

Des horloges ont été installées dans les chambres, régulièrement détruites par les patients, Les travaux sont planifiés pour permettre de mettre aux normes l'ancienne CSI, sachant qu'un plan de maintien en état global des CSI est prévu chaque année afin de réparer régulièrement les dégradations causées par les patients, Les dispositifs d'appel aussi bien dans les CSI qui en sont dépourvues que dans les chambres à étage ont été programmés cette année.

Si la traçabilité de la mesure d'isolement est assurée dans le dossier du patient, aucun registre n'est tenu au sein des unités, permettant de retracer l'usage de la chambre d'isolement ou de la chambre d'apaisement. L'équipe médicale et paramédicale de l'unité et la communauté médicale de l'établissement ne disposent donc d'aucune donnée statistique permettant d'engager une réflexion et de travailler sur leurs pratiques. Les modalités de mise en œuvre du registre prévu par la nouvelle législation sont en cours de réflexion ; l'objectif, au-delà du respect de la loi, doit permettre de disposer d'informations médicalisées en vue d'un travail de la

communauté médicale sur la situation clinique et les modalités de prise en charge des patients concernés par un isolement ou une contention.

Recommandation

Afin de donner toute leur portée aux dispositions de l'article L3222-5-1 du code de santé publique, notamment en ce qu'il prescrit de définir une politique destinée à limiter le recours à l'isolement et à la contention, il convient que chaque unité soit en mesure de recenser avec précision non seulement le nombre de patients soumis à l'isolement, mais aussi les motifs de ce placement, les conditions (échec de solution alternative, appel ou non à la sécurité...) et les modalités de surveillance.

Recommandation

Une réflexion institutionnelle est nécessaire sur les modalités de recours à l'isolement ou à la contention pour intensifier le travail visant à des stratégies de désescalade de la violence et pour développer l'aspect « contenant » de la présence soignante.

Il doit être mis fin sans délai aux pratiques d'enfermement des patients dans leur chambre.

Dans sa réponse datée du 5 mai 2017, le chef d'établissement précise sur ce sujet :

*Les décisions d'isolement sont recensées informatiquement dans le dossier patient, depuis Août 2016 prenant le relai d'un tableau Excel qui avait été mis en place en juin 2016. Une synthèse est faite et retournée aux chefs de pôle pour analyse et présentation en CME.
Il est demandé aux chefs de pôles dans le cadre de la contractualisation l'engagement obligatoire dans une EPP sur la liberté d'aller et de venir, l'isolement et la contention. L'ingénieur qualité est chargé d'accompagner l'EPP en intégrant les dernières instructions, guide et recommandations sur le sujet.*

5.7 LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION DES PERSONNES DETENUES DOIVENT ETRE ADAPTEES A LA REALITE CLINIQUE

Les patients détenus viennent principalement de la maison d'arrêt de Bois-d'Arcy, parfois de celle de Nanterre. Les admissions se font dans l'établissement du secteur du domicile et pour ceux qui ne sont pas domiciliés dans les Yvelines, il est instauré un « tour de rôle » des hôpitaux (Mantes – Montesson – Versailles – Plaisir). Le CH de Montesson peut également accueillir les jeunes détenus de l'établissement pour mineurs de Porcheville. Les femmes sont toujours admises depuis la maison d'arrêt de Versailles. Le principe est de ne pas accueillir plus de deux personnes détenues en même temps.

Quatre personnes détenues ont été hospitalisées au sein du CH de Montesson en 2015. L'hospitalisation se fait en chambre d'isolement quelle que soit la situation clinique du patient, au moins au début de l'hospitalisation. Ainsi la prise en charge des personnes détenues n'est pas adaptée à leur situation clinique mais à leur situation pénitentiaire.

La durée de séjour d'un détenu en hôpital psychiatrique, tous établissements des Yvelines confondus, serait de quatre jours ce qui paraît difficilement compatible avec des soins de qualité quand les personnes ont des troubles psychiatriques avérés nécessitant une prise en charge en hospitalisation.

Recommandation :

L'hospitalisation d'une personne détenue doit se faire dans des conditions garantissant une prise en charge de qualité et au regard de la réalité clinique, ce qui n'est pas compatible avec un placement systématique en chambre d'isolement.

Dans sa réponse datée du 5 mai 2017, le chef d'établissement précise sur ce sujet :

Concernant les détenus, notre établissement accueille entre 1 et 4 détenus par an dans des unités non adaptées; la mise en chambre d'isolement est décidée par le psychiatre en fonction de la situation clinique du patient et de son statut.

L'accueil des détenus dans des locaux inadaptés était « censé » être provisoire en attendant l'ouverture d'une UHSA sur le département.

6. LES CONDITIONS PROPRES A LA PSYCHIATRIE GENERALE

6.1 UN FONCTIONNEMENT INTERSECTORIEL DES UNITES D'HOSPITALISATION

Trois unités d'hospitalisation de psychiatrie générale accueillent les patients sur le site de l'hôpital Théophile Roussel. Chacune est gérée par un secteur (Victor Hugo par le 7, Monet par le 8, et Renoir par le 9) mais les trois unités ont une vocation intersectorielle : deux unités de vingt-cinq lits chacune (Monet et Renoir) et une unité spécifique dédiée à la prise en charge des troubles dépressifs et anxieux sévères, de seize lits (Victor Hugo). Ce dispositif est complété de neuf lits de post-urgence dans l'unité CATDB du CHIPS (site de Saint-Germain-en-Laye) et du centre de post-cure (huit lits d'aval dédiés à la réinsertion des hospitalisations au long cours) mais comme indiqué précédemment ces deux dernières structures n'ont pas été contrôlées lors de cette mission.

Les admissions s'organisent dans le respect des indications cliniques, notamment au sein de l'unité Victor Hugo mais dans l'urgence selon les lits inoccupés ; en cas de places disponibles dans les deux unités, la répartition des patients entre Monet et Renoir prendra en compte l'origine sectorielle des patients ; ainsi, en 2014, Renoir a accueilli 47 % des patients du secteur 9 et 30 % du secteur 8, et Monet 32 % du secteur 8 et 28 % du secteur 9.

Si le recrutement est intersectoriel, le fonctionnement médical est relativement cloisonné entre les unités. Des réflexions sont en cours visant à développer une plus grande coordination entre les équipes médicales.

Les unités Monet et Renoir partagent une même implantation immobilière, située en fond de propriété par rapport à l'entrée principale rue Philippe Mithouard. Au sein de l'emprise globale de l'hôpital, il a été délimité pour isoler ces deux unités adultes une emprise particulière par la pose d'une haute clôture grillagée.



Photo satellite²² – à gauche l'unité Renoir – au centre en carré l'unité Monet – à droite les bâtiments dévolus aux différentes activités – au premier plan la rue Gabriel Péri avec le portail désormais condamné.

Deux issues ont été prévues :

- depuis la rue Gabriel Péri un portail voitures et piétons donne accès directement aux unités Monet et Renoir. Ce portail est commandé depuis les bureaux infirmiers des deux unités. Des caméras avec renvoi dans les mêmes bureaux permettent d'identifier les personnes entrantes ou sortantes. Sur instructions du préfet des Yvelines, ce portail reste désormais fermé (cf. § 5.1.3)

²² Source « Google Earth® »

- depuis une allée intérieure, un portail voitures et un portail piétons, commandés comme le précédent depuis les bureaux infirmiers, avec des caméras pour visualiser le visiteur.

L'unité Victor Hugo de construction plus récente (2011), se trouve au milieu de l'emprise globale et n'est pas isolée des unités de psychiatrie infanto-juvénile.

Sur les problématiques liées à l'architecture et au génie civil des bâtiments qui font l'objet de plusieurs recommandations, la direction de l'établissement a précisé dans son courrier daté du 2 mai 2017 les éléments globaux suivants :

Il faut avoir en tête que l'hébergement actuel de 80% de nos patients se fait dans des bâtiments qui ont ouvert leurs portes en 1895, il y a 122 ans ! Leur défaut d'accessibilité, leur inadéquation à une prise en charge modernisée, les risques qu'ils induisent pour nos patients et nos soignants sont notre préoccupation majeure. Pour rappel, le projet d'accessibilité des chambres de l'étage par l'installation d'un ascenseur à l'unité Renoir a été retoqué sur avis d'un bureau d'étude technique dans l'état actuel du bâtiment. À ce titre, la réhabilitation des unités Monet & Renoir chez les adultes, comme celle des unités Lakanal et Lafontaine chez les enfants sont nos deux projets prioritaires. Ils induiront probablement (sur avis d'un architecte) une construction relais d'unités spécialisées chez les adultes, comme la remise en état du bâtiment Macé pour la pédopsychiatrie. C'est le squelette de notre projet d'établissement 2017-2021. Cette démarche projet est aujourd'hui lancée dans l'établissement avec la priorisation en directoire des projets structurants, la désignation de leurs binômes de coordination médecin/cadre, la constitution des groupes projet, le recrutement d'une coordinatrice projet en transversale sur l'établissement et l'appel à un organisme extérieur pour assurer une même formation-actions à l'ensemble des équipes projets sur le 2^{ème} semestre 2017. Notre première étape opérationnelle est de repenser la cohérence du parcours patients entre l'ambulatoire et l'hospitalisation, en lien avec nos partenaires du GHT, dans le cadre d'un travail de réseau sur nos territoires et dans une logique d'offre graduée et complémentaire, équilibrant nos prises en charges généralistes et nos spécialités. Une étude de faisabilité technique et financière de ces projets par priorité est prévue en septembre-octobre 2017, Ces financements étant garantis par la vente d'un terrain récemment conclue.

6.2 L'UNITE ADULTE MONET EST UNE UNITE OUVERTE INSTALLEE DANS DES LOCAUX FONCTIONNELS

6.2.1 Présentation générale

L'unité Monet est une unité ouverte de vingt-quatre lits, répartis en quatorze chambres individuelles et cinq chambres à deux lits auxquelles s'ajoutent deux chambres de soins intensifs. Chaque chambre est équipée d'une salle d'eau et d'un WC.

Elle est gérée par le secteur 78G08 qui dessert les communes de Houilles et de Sartrouville.

6.2.2 Les locaux

Le bâtiment Monet est composé de quatre ailes formant un carré autour d'un patio central. Il est de plain-pied, sauf en fond de bâtiment où un étage occupant deux demi-ailes a été construit au-dessus de l'angle arrière droit.



L'entrée commune des unités Renoir et Monet

Passée l'entrée commune aux unités, l'unité Monet se trouve immédiatement en face. Dans le couloir qui traverse la première aile se trouvent des vestiaires, le bureau de la cadre de santé et des locaux de convivialité ou d'activités pour les patients.

La salle à manger est implantée dans la partie extérieure de l'angle arrière gauche du carré. Elle donne accès à un jardin clôturé réservé aux patients de Monet et séparé de celui de Renoir par un grillage. L'angle intérieur est occupé par le poste infirmier, comme une vigie au carrefour des circulations de l'unité, mais ne disposant d'aucune paroi vitrée pour remplir sa mission de surveillance visuelle.

Recommandation :

Au sein de l'unité Monet, les soignants qui sont dans le poste infirmier doivent pouvoir exercer une surveillance visuelle directe de l'unité.

La deuxième aile comporte à gauche attenante à la salle à manger, la cuisine puis une salle d'eau et des locaux techniques pour le linge. Toujours dans la deuxième aile mais en face, on trouve après le poste infirmier, l'infirmerie, puis la salle de soins.

La troisième aile est dévolue aux deux chambres de soins intensifs, puis à neuf chambres individuelles. De là, un escalier donne accès à l'étage où se trouvent réparties sur deux paliers cinq chambres individuelles, cinq chambres à deux lits et une salle d'eau.

Dans la quatrième et dernière aile se trouvent des bureaux médicaux ou administratifs.

Toutes les chambres individuelles ou doubles possèdent une salle d'eau individuelle avec douche, lavabo et WC et toutes sont équipées d'un bouton d'appel.

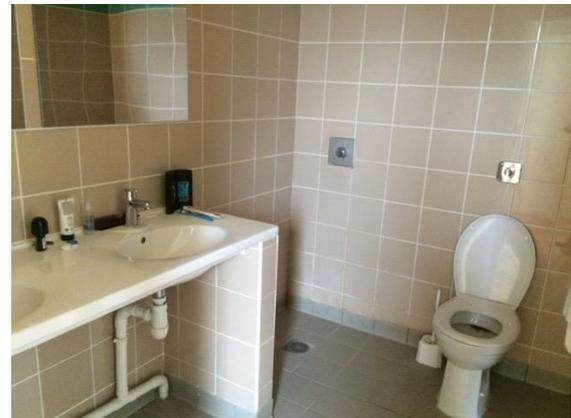
L'ensemble des portes des chambres du rez-de-chaussée est muni d'un fenestron circulaire. A l'étage une chambre par palier possède un fenestron. Les volets roulants mécaniques des chambres sont baissés le soir et montés le matin par le personnel soignant à l'aide d'une manivelle.

Le mobilier des chambres n'est pas disparate. On trouve un lit en métal, un chevet, une table, une chaise, et une armoire. Certaines des salles d'eau ont été récemment refaites et sont donc en parfait état.



Chambre individuelle unité Monet

L'ensemble est en bon état de propreté et d'entretien.



Chambre double unité Monet

La chambre d'isolement numéro 1, au fond à droite du couloir de la troisième aile, possède deux issues sur le couloir. Ces deux issues ne donnent pas directement dans la chambre mais chacune dans un sas. D'une superficie de 13 m², elle est munie d'une salle d'eau directement accessible de 3,40 m². Elle est équipée d'un lit métallique scellé au sol. Les accessoires de toilettes (lavabo, WC) sont en métal.

La chambre d'isolement numéro 2 se trouve dans le même couloir, séparée de la précédente par un local technique. La configuration est identique à la précédente, avec deux issues dans le couloir et un sas par entrée. La chambre a une superficie de 10 m² et la salle d'eau de 3,02 m².

L'aménagement est en tout point identique. La chambre numéro 2 mériterait de faire l'objet d'une remise en peinture.

Aucune n'est équipée de caméra de surveillance. Il n'y a à l'intérieur ni poste de radio, ni téléviseur, ni horloge.



La chambre d'isolement N°2

6.2.3 Le personnel

L'équipe médicale est en cours d'évolution compte tenu du départ récent d'un médecin dans un autre établissement, d'un départ à la retraite et de congés maladie ; un dispositif transitoire a été mis en place sous la responsabilité du chef de service du secteur 9 qui gère également l'unité Renoir.

L'équipe est constituée de :

- 1 cadre de santé ;
- 12 infirmiers dont 3 de nuit ;
- 4,5 aides-soignants, dont 2 de nuit ;
- 3,5 ASH ;
- une psychologue à mi-temps ;
- un ergothérapeute (1 ETP) ;
- une assistante sociale (0,50 ETP) ;
- une éducatrice (1 ETP) ;
- une secrétaire médicale (0,8 ETP).

L'effectif du matin et de l'après-midi est constitué par deux infirmiers et deux aides-soignants (dont un homme), celui de nuit par un infirmier et un aide-soignant (dont un homme), leurs horaires sont précisés au § 2.2b).

6.2.4 Les patients

Le jour de la visite vingt-cinq patients étaient hospitalisés, soit seize hommes et neuf femmes ; ils se répartissaient ainsi :

- quatre hommes et une femme en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État ;
- huit hommes et cinq femmes en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ;
- le plus ancien patient hospitalisé en soins libres est présent depuis le 23 janvier 2015 ;
- le plus ancien patient hospitalisé en soins sur décision du représentant de l'Etat est présent depuis le 12 avril 2013 ;
- le plus ancien patient hospitalisé en soins à la demande d'un tiers est présent depuis le 28 juin 2012.

6.2.5 Le projet thérapeutique

a) La vie quotidienne

Le fonctionnement de l'unité Monet fait l'objet d'un règlement intérieur non daté.

L'unité est ouverte de 9h30 à 18h30.

Sauf raison médicale, les repas sont pris en commun dans la salle à manger aux horaires suivants :

- petit déjeuner : 8h45-9h ;
- déjeuner : 11h45-12h15 ;
- collation : 16h-16h15 ;
- dîner : 18h45-19h15.

Les plats livrés le matin en liaison froide dans l'unité sont réchauffés dans l'office et servis dans les assiettes.

Les chambres ne sont pas accessibles de 10h à 12h30 et de 18h à 19h30 du lundi au samedi matin.

L'usage du tabac est interdit à l'intérieur des locaux. L'usage du tabac est « toléré » dans le jardin. Le règlement intérieur précise que la gestion des cigarettes est faite par les patients sauf protocole médical particulier.

Il n'y a pas de téléviseur dans les chambres. Il est possible de regarder les programmes de 9h30 à 23h dans la salle prévue au rez-de-chaussée.

La distribution des médicaments s'effectue individuellement dans la salle de soins avant les repas dans des conditions permettant la confidentialité des échanges.

Le port du pyjama n'est pas évoqué dans le règlement intérieur.

Les téléphones ne sont pas autorisés dans les chambres. Leur utilisation, « soumise à prescription médicale », est limitée de 20h à 20h30.

Les visites autorisées ne peuvent s'effectuer dans les chambres mais dans la pièce prévue à cet effet dans l'entrée.

L'entretien du linge personnel est à la charge des patients.

b) Les activités

En 2015, les activités liées à l'ergothérapeute et à l'éducatrice ont été recensées . L'éventail est large : médiations créatives (73 patients), groupe théâtre (106 patients), repas thérapeutique (34 patients), écoute musicale (34 patients), photo langage (47 patients), groupe ergo libre (208 patients), randonnée (130 patients), pâtisserie (83 patients), bibliothèque (150 patients)etc.

Des sorties ont été organisées par exemple au cinéma (18 patients) ou pour des activités culturelles (15 patients), au marché (20 patients), au lavomatique (30 patients) ...

Le planning des activités proposées est affiché chaque semaine au bureau de l'ergothérapeute et au bureau de l'éducatrice.

c) Les soins

Parmi les 137 patients hospitalisés en 2014, 6 l'ont été pour un séjour de plus de un an.

La durée moyenne de séjour en 2014 a été de 39,8 jours et la durée moyenne d'hospitalisation de 58,5 jours ce qui correspond aux durées moyennes les plus importantes au sein de l'établissement (cf. § 2.4); ceci s'explique sans doute pour partie par des difficultés en termes de fonctionnement médical qui semblent en voie de résolution. Il convient toutefois de noter qu'au moment du contrôle, si un médecin est présent à la réunion quotidienne et est susceptible

d'intervenir en cas de besoin, une présence médicale effective pour les patients n'est garantie que deux fois par semaine. Si les patients ont majoritairement un entretien avec un psychiatre au moins une fois par semaine, certains d'entre eux sont suivis de façon plus épisodique; ainsi aucune trace d'un entretien médical n'est retrouvée dans le dossier d'un patient depuis le 1^{er} décembre (soit depuis deux mois et demi) et aucun projet de soins n'est défini pour un patient dont le dernier entretien médical tracé dans le dossier date du 29 janvier.

Recommandation

Le suivi médical doit être effectif et régulier pour chacun des patients hospitalisés ; les patients hospitalisés au long cours doivent bénéficier de projets de soins et de vie explicites.

Dans sa réponse datée du 5 mai 2017, le chef d'établissement précise sur ce sujet :

En ce qui concerne le suivi médical : si une unité connaît conjoncturellement des difficultés de présence médicale, le reporting mensuel et le suivi des indicateurs qualité permettent à la direction et au chef de pôle d'être réactifs et de corriger la situation le plus rapidement possible.

En ce qui concerne les soins somatiques : l'établissement a augmenté son effectif de médecins somaticiens de 0,8 à 1,8 ETP. Ce temps médical est renforcé par un temps de secrétariat et un temps infirmier, ce qui va permettre une meilleure prise en charge des soins somatiques des patients. L'amélioration sera mesurée à travers le suivi de l'indicateur soins somatiques. Le développement des relations avec les médecins traitants fait aussi partie de nos objectifs, notamment en psychiatrie adulte.

6.3 L'UNITE ADULTE RENOIR EST UNE UNITE OUVERTE INSTALLEE DANS DES LOCAUX PRESENTANT DE SERIEUSES LACUNES

6.3.1 Présentation générale

L'unité Renoir est une unité ouverte de vingt-quatre lits, répartis en dix chambres individuelles et sept chambres à deux lits auxquelles s'ajoutent deux chambres d'isolement. Chaque chambre est équipée d'une salle d'eau, par contre toutes ne sont pas pourvues de WC, notamment au premier étage.

Elle est gérée par le secteur 78G09 qui dessert Carrières-sur Seine, Chatou, Croissy-sur Seine, Le Vésinet et Montesson ; son recrutement intersectoriel est effectif.

6.3.2 Les locaux

Deux bâtiments, l'un carré à droite « Monet » et l'autre rectangulaire à gauche « Renoir » sont reliés par un couloir central qui accueille depuis un perron l'entrée commune aux deux unités. Après la partie gauche du couloir où se trouvent des bureaux administratifs, on accède au bâtiment rectangulaire de l'unité Renoir qui est une construction à deux niveaux.

Au rez-de-chaussée se trouvent à droite les bureaux médicaux, à gauche la partie soins, les deux chambres d'isolement, trois chambres « sécurisables », dont deux individuelles, la salle à manger et la cuisine. La partie soins, avec le poste infirmier (15 m²), l'infirmerie (14,5 m²) et la salle de soins (11 m²), présente des aménagements déjà anciens et à la fonctionnalité dépassée.

Un WC commun apparaît dégradé ; la porte est retenue par une poubelle, la lunette est cassée et il n'y a pas de papier toilette. Un deuxième WC n'est pas fonctionnel.



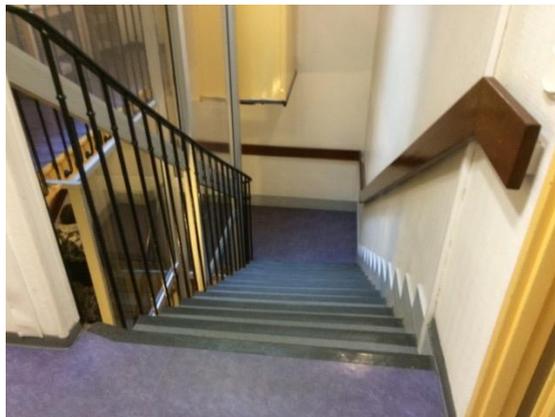
WC collectif au rez-de-chaussée de l'unité Renoir

A l'étage, se trouvent le reste des chambres, un WC collectif et au fond du bâtiment des pièces réservées aux activités.

Il n'y a pas d'ascenseur et l'unique et ancien escalier d'accès qui comprend douze marches, un palier, puis treize marches se révèle non seulement impraticable pour des personnes à mobilité réduite, mais même délicat pour des personnes valides surtout avec un traitement psychotrope.

Recommandation :

L'organisation de l'unité sur deux niveaux, sans ascenseur au sein de l'unité Renoir, doublée de la présence d'un escalier peu pratique voire dangereux, ne permet pas d'offrir des soins dans des conditions de qualité et de sécurité suffisantes. Cet aménagement doit être revu.



L'escalier de l'unité Renoir

Les chambres de l'étage sont démunies de sonnettes d'appel. Trois des chambres ont une porte avec un fenestron.

Le mobilier est disparate, on ne retrouve pas les mêmes éléments dans toutes les chambres à l'exception d'un lit en bois très basique. Certaines, comme la chambre numéro 110, sont particulièrement dépourvues, en plus du lit, on n'y trouve qu'une chaise.

Recommandation

Dans l'unité Renoir, le mobilier disparate ou manquant dans certaines chambres donne une image très négative des lieux, transformant pour le regard du visiteur et des patients des lieux de soins en univers carcéral ; il convient de remédier à cette situation.

Dans sa réponse datée du 5 mai 2017, le chef d'établissement précise sur ce sujet :

Un plan de rénovation de l'équipement de l'unité Renoir est actuellement en commande.

Chaque chambre est équipée d'un placard qui peut être fermé par un cadenas dont l'achat ou la fourniture sont de la responsabilité du patient.

Recommandation :

Les patients ne sont pas tous en état de se procurer rapidement et à leurs frais des cadenas pour sécuriser leurs biens. Il convient de mettre en place un système plus pratique et plus ouvert sur le service à la personne.

Dans sa réponse datée du 5 mai 2017, le chef d'établissement précise sur ce sujet :

L'aménagement des casiers pour le rangement des effets personnels des patients a été programmé cette année avec cadenas fournis par l'établissement.

Les salles d'eau comportent une douche à l'italienne, un lavabo, une tablette, un miroir, et pour certains d'entre elles, un WC.

Toutes les chambres ont des fenêtres munies de volets roulants mécaniques qui nécessitent l'usage d'une manivelle en possession du seul personnel soignant pour être actionnés. Les volets sont donc baissés le soir et levés le matin par un membre du personnel.



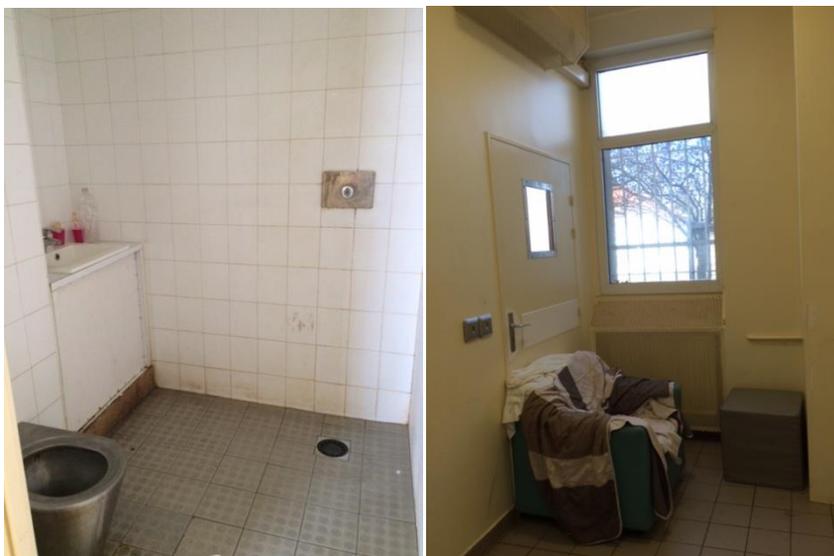
Chambre et toilettes de l'unité Renoir

Les deux chambres d'isolement se trouvent au rez-de-chaussée, la première à gauche dans le couloir avant l'escalier immédiatement en face du bureau infirmier, et la seconde toujours à gauche, mais au fond après la salle à manger.

Le premier espace d'isolement est constitué d'une chambre d'isolement de 7,56 m², avec salle d'eau attenante de 2,60 m² et une pièce servant aux soins et aux repas de 7,66 m². Le lit est fixé au sol, et on retrouve les équipements habituels de ce type de pièce. La chambre d'isolement

présente deux portes donnant dans la pièce intermédiaire. De celle-ci une horloge est visible dans le couloir à travers le hublot de la porte du sas.

Le second est constitué d'une pièce principale et d'une salle d'eau l'ensemble présentant une superficie de 16,90 m². On y retrouve les mêmes équipements. Ces pièces apparaissent sales et le fenestron sur la porte du sas permet de voir depuis le couloir de l'unité le patient au moment du repas.



Salle d'eau et sas d'une des chambres d'isolement

La salle à manger au rez-de-chaussée, pièce de 95 m², aux fenêtres donnant sur le parc, n'est pas meublée de plusieurs tables rondes, mais de tables rectangulaires mises bout à bout.



Salle à manger unité Renoir

Un parc fermé et arboré, réservé à la seule unité Renoir est accessible de 8h à 23h depuis le couloir du rez-de-chaussée. Il est équipé d'un abri pour les fumeurs en cas de pluie.



Le parc de l'unité Renoir



L'abri pour les fumeurs

6.3.3 Le personnel

L'équipe médicale comprend deux psychiatres, correspondant à 1,6 ETP, soit 1,2 ETP de praticien hospitalier, et 0,4 ETP de praticien contractuel. Un psychiatre est présent dans l'unité à plein temps. Le service n'accueille pas d'interne.

L'équipe est constituée de :

- un cadre de santé ;
- quatorze infirmiers dont trois de nuit ;
- six aides-soignants, dont deux de nuit ;
- quatre ASH pour 3,5 ETP ;
- une psychologue pour 0,10 ETP ;
- un ergothérapeute (1 ETP) ;
- un psychomotricien (1 ETP) ;
- une assistante sociale (0,50 ETP) ;
- une secrétaire médicale (1 ETP).

L'effectif du matin et de l'après-midi est constitué par trois infirmiers et un aide-soignant et celui de nuit par un infirmier et un aide-soignant. Le service de nuit est confié à des équipes dédiées. Les deux niveaux du bâtiment obligent les équipes de nuit à être présentes au rez-de-chaussée et à l'étage. Au total six infirmiers au moins sont présents de jour, mais cet effectif peut être majoré en fonction des activités programmées à sept et exceptionnellement jusqu'à neuf infirmiers.

6.3.4 Les patients

Le jour de la visite vingt-quatre patients étaient hospitalisés, soit seize hommes et huit femmes ; ils se répartissaient ainsi :

- deux hommes et une femme en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État ;
- huit hommes et deux femmes en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ;
- le plus ancien patient hospitalisé en soins libres est présent depuis le 1^{er} novembre 2004 ;
- le plus ancien patient hospitalisé en soins sur décision du représentant de l'Etat est présent depuis le 21 août 2015 ;

- le plus ancien patient hospitalisé en soins à la demande d'un tiers est présent depuis le 28 mai 2015.

6.3.5 Le projet thérapeutique

a) La vie quotidienne

Le fonctionnement de l'unité Renoir fait l'objet d'un règlement intérieur mis à jour le 10 décembre 2015.

L'unité est ouverte de 9h à 20h.

Sauf prescription médicale spécifique, les repas sont pris en commun dans la salle à manger aux horaires suivants :

- petit déjeuner : 8h45-9h15 ;
- déjeuner : 12h-12h30 ;
- goûter : 16h ;
- diner : 19h-19-30.

Les plats livrés le matin en liaison froide dans l'unité sont réchauffés dans l'office et servis dans les assiettes.

Les chambres de l'étage ne sont pas accessibles de 14h à 17h30.

L'accès au lave-linge et au sèche-linge est libre.

L'usage du tabac est interdit à l'intérieur des locaux. Le règlement intérieur prévoit des horaires de distribution des cigarettes et briquets, mais dans la pratique il a été indiqué que la consommation de tabac des patients n'était supervisée que pour ceux qui n'étaient pas capables de la réguler.

Il n'y a pas de téléviseur dans les chambres. Deux salons, l'un à l'étage, l'autre au rez-de-chaussée permettent aux patients de regarder leurs programmes jusqu'à 23h.

La distribution des médicaments s'effectue individuellement dans la salle de soins dans des conditions respectueuses de la confidentialité des échanges entre le patient et le soignant.

Le port du pyjama fait l'objet d'un paragraphe dans le règlement intérieur il y est précisé : « *le médecin peut vous demander de vous mettre en pyjama (prescription médicale). L'établissement mettra alors à votre disposition, au moment de votre entrée, un pyjama et un peignoir* ».

De fait, à l'heure du repas de midi, les contrôleurs ont constaté que deux patients portaient un pyjama identique. L'un des deux n'était chaussé que de « sur-chaussures » en papier, comme en portent les personnels intervenant dans les blocs opératoires.

Les téléphones, les tablettes et les ordinateurs ne sont pas autorisés. Mais en raison de l'enlèvement du *point-phone*, et dans l'attente de la pose d'une nouvelle cabine les portables des patients sont mis ponctuellement à leur disposition, le temps d'un appel téléphonique.

Les visites autorisées ne peuvent s'effectuer à l'intérieur de l'unité, mais dans le salon, le jardin ou la cour d'entrée.

Deux chambres « sécurisables » au rez-de-chaussée étaient fermées à clef avec dans chacune un patient couché et donc enfermé et une patiente rencontrée lors de la visite a indiqué aux contrôleurs qu'elle avait été plusieurs nuits enfermée à clé dans sa chambre de l'étage, chambre qui ne comporte ni sonnette ou alarme, ni WC. Ces situations ne se produiraient que sur prescription médicale.

Recommandation :

L'enfermement, le jour ou la nuit, de patients dans une chambre fermée à clef constitue en soi une atteinte grave aux droits fondamentaux. L'absence de dispositif d'appel et de WC dans les chambres, de surcroît positionnées à un autre étage que le bureau infirmier, en rajoute s'il en était besoin au caractère inadmissible de ces pratiques. Il est impératif d'y mettre fin immédiatement.

b) Les activités

Les activités sont organisées grâce à des crédits délégués (2 000 euros pour les sorties, 3 300 pour l'ergothérapie), ou par le personnel de l'unité.

En 2015, 196 activités à visée thérapeutique ont été dispensées au sein de l'unité contre 167 en 2013 et 150 en 2014. La balnéothérapie au sein même de l'unité (46 séances), le groupe « bien-être » (34 séances), et les activités liées au cinéma (49 actions) ont été les plus nombreuses.

Huit sorties ponctuelles diverses ont été organisées en 2015, contre quatorze en 2014.

c) Les soins

Une réunion pluridisciplinaire est organisée tous les lundis matin (deux heures environ) et les vendredis matin (une demi-heure) ; elle permet d'évoquer la situation de chaque patient avec la participation du médecin, des infirmiers, du psychologue, du psychomotricien et d'une assistante sociale.

Des réunions de synthèse sont organisées au cas par cas pour approfondir le travail en commun sur la situation d'un patient.

Une réunion soignants - soignés est organisée régulièrement avec un des médecins de l'unité.

Une réunion associant des représentants de toutes les équipes du secteur y compris l'équipe hospitalière est régulièrement organisée.

Les médecins du secteur se réunissent mensuellement et une réunion institutionnelle est organisée tous les deux mois.

Les familles sont systématiquement associées à la démarche de soins ; avec l'accord du patient elles sont systématiquement reçues et sont le plus souvent associées aux sorties de courte durée assez précocement dans la prise en charge.

Le développement des activités au sein de l'unité serait nécessaire, comme serait souhaitable une démarche de mutualisation de celles-ci avec les autres unités. Il est tout à fait regrettable que les soignants ne se saisissent pas des opportunités offertes d'ores et déjà au sein de l'établissement (cf. § 5.3.2).

Les articulations avec les équipes de psychiatrie infanto-juvénile mériteraient d'être renforcées notamment en vue d'améliorer les passages de relais pour la prise en charge des patients difficiles.

6.4 L'UNITÉ ADULTE VICTOR HUGO ACCUEILLE LES PATIENTS PRESENTANT DES SYNDROMES DEPRESSIFS

6.4.1 Présentation générale

L'unité Victor Hugo se trouve dans un bâtiment construit en 2005 qui lui est entièrement réservé, au milieu de l'enceinte générale sans espace périmétrique réservé. Elle a vocation à accueillir les patients présentant des syndromes dépressifs ou des troubles anxieux invalidants.

Il s'agit d'une unité ouverte, d'une capacité de seize lits.

Le taux d'occupation de cette unité est fréquemment de 110 %, la chambre d'isolement étant alors utilisée en chambre normale.

6.4.2 Les locaux

Les locaux de l'unité Victor Hugo sont constitués de deux ailes, reliées par un couloir central perpendiculaire, le tout présentant une forme de H.

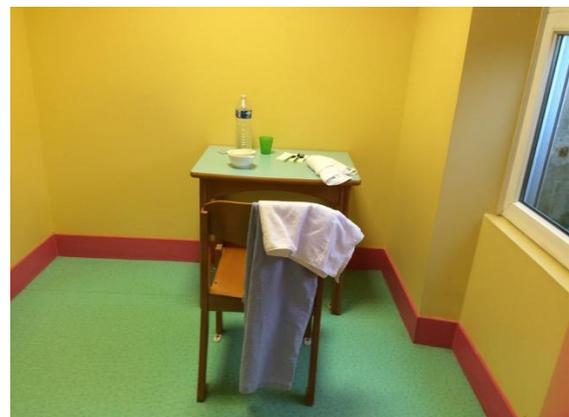
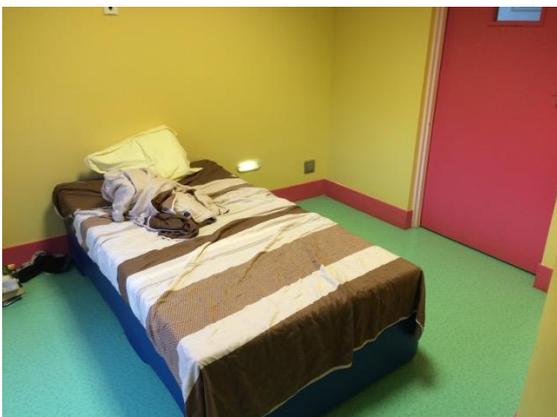
L'entrée unique au milieu de la partie centrale s'effectue par un sas. Après l'entrée se trouvent, sur la gauche le bureau d'accueil et celui de la cadre de santé, et sur la droite, une zone de vie commune.

L'aile droite, de plain-pied, dévolue aux activités et à la restauration ne comporte donc aucune chambre.

Elle accueille deux bureaux de médecins, une salle de réunion ou de visite, un bureau partagé par l'assistance sociale, la psychomotricienne et l'ergothérapeute, la salle à manger et sa cuisine attenante, deux pièces d'entretiens pour les visites, une salle d'activités. Différents fauteuils sont répartis de part et d'autre du couloir desservant ces locaux et donnant accès à un jardin intérieur dont une partie est aménagée en terrasse avec auvent et dont la porte est fermée de 23h à 7h30.

L'aile gauche est un bâtiment à deux niveaux. On trouve au rez-de-chaussée le local infirmier un bureau de médecin, deux vestiaires, un office, la chambre d'isolement, la salle de soins, un lieu de rencontre, quatre chambres, un lieu de convivialité, des toilettes et une salle de bains. A l'étage, accessible par escalier ou ascenseur, se trouvent les autres chambres, huit individuelles et deux doubles, une salle de bains, des toilettes, un salon télévision.

Les chambres de l'étage et du rez-de-chaussée ne présentent pas de différence. Chacune dispose d'un placard dont le patient détient la clé et d'une salle d'eau avec WC, douche à l'italienne et lavabo (deux vasques dans les chambres doubles) ; outre le lit la chambre est meublée d'une table de nuit et d'un fauteuil avec repose-pied. Les chambres ne sont fermées que pendant l'absence de leur occupant à l'occasion de permission.



Chambre de l'unité Victor Hugo

La chambre d'isolement, dite de soins intensifs, se trouve au rez-de-chaussée au fond du couloir de gauche. D'une superficie de 16,54 m², elle est composée de trois parties, la chambre elle-même, une salle d'eau et une petite pièce attenante meublée d'une table et d'une chaise.

Un bouton d'appel est installé au-dessus du lit. L'éclairage de la pièce et le volet roulant de la fenêtre (donnant sur l'extérieur du bâtiment mais dotée d'un film occultant empêchant la vue sur l'intérieur de cette chambre depuis le jardin) sont commandés depuis le couloir ; l'arrivée d'eau peut être verrouillée de l'extérieur. Au jour de la visite, il n'existait pas de registre concernant l'occupation de cette chambre, néanmoins les informations quant à la durée des placements en chambre d'isolement sont recueillies dans les dossiers papier et informatisé du patient et ont été communiquées aux contrôleurs.

Les plinthes et portes des différents locaux sont peintes de couleurs différentes (fuchsia pour les chambres, bleu pour les sanitaires par exemple). L'ensemble est globalement lumineux, propre et bien entretenu.

6.4.3 Le personnel

Outre le chef de service, l'équipe médicale comprend deux psychiatres, correspondant à 1,8 ETP et un somaticien présent une fois dans la semaine en fin de journée sur demande.

L'équipe est également constituée d'un cadre de santé, de six infirmiers (deux du matin, un de journée, deux du soir et un de nuit), de quatre aides-soignants (un sur chaque période matin, journée, soir et nuit), d'un ASH (le matin), d'une secrétaire médicale, d'une psychologue, d'une psychomotricienne et d'une assistante sociale, toutes trois à 50 %. Au jour de la visite, le poste d'ergothérapeute était vacant.

6.4.4 Les patients

L'unité Victor Hugo reçoit indifféremment les patients dépendants des trois secteurs, prioritairement les personnes souffrant de dépression ou de troubles anxieux invalidants.

A la date de la visite, l'unité accueillait, ou avait accueilli depuis le début de l'année 2016, cinq patients en soins sans consentement (un en SDT, un en SPI et trois en SDTU). En 2015, l'unité a accueilli deux patients en SDRE, trente-quatre en SDTU, cinq en SDT et un en SPI.

Au deuxième jour de la visite un patient était placé en chambre d'isolement, de façon séquentielle (lors du passage des contrôleurs ce patient était dans le couloir en compagnie de sa mère), mesure qui a été levée peu après. Sur les cinq patients admis sans consentement entre le 11 décembre 2015 et le 6 mars 2016, deux ont fait l'objet de placement en chambre d'isolement pour une durée globale de huit jours pour l'un et de quatre jours pour l'autre. Durant l'année 2015, il a été recensé quatre-vingt-quinze jours de placements en chambre d'isolement concernant quatorze patients admis en soins sans consentement.

Il a été indiqué aux contrôleurs que tout placement d'une personne en soins libres en chambre d'isolement d'une durée supérieure à une heure emportait changement de statut de ce patient.

Enfin, en raison de l'éloignement de la salle à manger qui se trouve dans l'autre aile, la présence d'un patient en chambre d'isolement impose à l'heure des repas qu'un personnel soignant reste dans le petit bureau qui fait face à la chambre pour une surveillance permanente au moins auditive.

6.4.5 Le projet thérapeutique

a) La vie quotidienne

Un règlement intérieur daté d'octobre 2015 précise les « droits et obligations » du patient.

L'unité est ouverte, mais les portes du sas sont néanmoins fermées entre 18h30 (horaire de fin des visites) et 8h30. Il peut arriver que la porte donnant sur l'extérieur soit fermée en journée, de façon ponctuelle ou aux heures de repas, lorsque l'unité héberge un patient présentant un risque particulier de fugue ; dans ce cas les autres patients peuvent se faire ouvrir la porte au moyen d'un interphone relié au bureau d'accueil.

Durant la journée les patients ont libre accès à leur chambre, au parc et au jardin intérieur, sauf indication médicale contraire.

Le port du pyjama n'est pas évoqué dans le règlement intérieur et aucun patient n'a été vu en pyjama.

La journée des patients est rythmée par les heures de repas, petit déjeuner de 8h30 à 9h, déjeuner de 12h à 13h, dîner de 19h à 19h45. Les repas sont pris dans la salle à manger. Les plats livrés en liaison froide sont réchauffés dans le local cuisine attenant, puis servis individuellement dans les assiettes, et non dans des barquettes. Il n'y a pas de plan de table, mais un soignant est présent par table. Les menus sont affichés.

Les patients qui le désirent peuvent fumer jusqu'à 23h. l'espace prévu est un parvis en béton muni d'un auvent protecteur pour la pluie.

L'usage du téléphone faisait l'objet lors de la visite de dispositions transitoires suite à l'enlèvement d'un *point phone* par *France Télécom*TM. Dans l'attente de la mise en service d'une nouvelle cabine, les portables des patients, retirés systématiquement à leur arrivée, étaient restitués ponctuellement le temps d'appels téléphoniques.

Les visites s'effectuent en toute confidentialité dans deux salons implantés dans l'aile droite.

Il n'y a pas de téléviseur dans les chambres. Deux salons permettent aux patients de regarder leurs programmes.

b) Les activités

Le pôle bénéficie d'une enveloppe globale de 9 000 euros pour l'organisation des activités, la part de l'unité Victor Hugo s'élève à 4 000 euros.

Certaines activités de détente et de loisir sont libres : jeux de société, bibliothèque, chant, etc.

La majeure partie d'entre elles se fait sur prescription médicale, étant un soin à part entière, et assurée par l'équipe des soignants, l'ergothérapeute ou la psychomotricienne. Celle-ci, présente à l'unité le lundi, le jeudi et le vendredi matin, participe à la réunion d'équipe du lundi matin, et propose après entretien avec le patient des activités individuelles ou collectives telles que sophrologie (dans une salle de détente de la bibliothèque), balnéothérapie (dans les locaux de l'unité Renoir), relaxation le jeudi à 15h, Qi gong ("maîtrise de l'énergie") le jeudi matin, kinomichi (art martial) le lundi à 15h.

c) Les soins

Les trois psychiatres du service sont présents tous les jours, par journée entière ou par demi-journée à l'exception du mercredi où un seul médecin est dans l'unité.

La distribution des médicaments et la prise de la tension artérielle se font environ une demi-heure avant chaque repas. Elles se déroulent dans la salle de soins où les patients sont reçus

individuellement, l'attente s'effectuant dans un recoin du couloir où sont installés des fauteuils et une petite table. Le traitement de nuit est distribué entre 22 et 23h.

Les contrôleurs ont pu constater la grande disponibilité de tous les membres de l'équipe à l'égard des patients qui n'hésitent pas à frapper au bureau du médecin ou de la cadre et à solliciter les soignants qui depuis leur bureau ont une vue directe sur les couloirs de circulation.

7. LES CONDITIONS PROPRES A LA PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE

Ainsi qu'il a été dit plus haut, la psychiatrie infanto-juvénile occupe une place particulière au CH Théophile Roussel puisqu'elle en constitue le noyau originel. Le projet d'établissement lui consacre une part importante. Elle se compose de trois filières :

- périnatalité et petite enfance, avec, sur le site du CHTR, une unité d'accueil parents-enfants de six lits (six lits pour les mères et sept lits d'enfant) ;
- enfance, avec deux unités d'accueil et d'hospitalisation pour enfants, dites UAHE A de treize lits, et UAHE B, de douze lits ;
- adolescence, avec une unité d'accueil et de soins intensifs (UASI) de douze lits, une unité d'accueil et d'hospitalisation pour adolescents (UAHA), de dix lits, et une unité d'accueil et de soins-études (UASE) de sept lits.

Toutes les unités d'hospitalisation sont intersectorielles et reçoivent des patients du Nord-est des Yvelines (secteur 78103) et de trois secteurs du Nord des Hauts-de-Seine (92102 à 92104) ; l'UASI reçoit au-delà de ces limites.

Le site compte également trois unités de jour pour jeunes enfants, enfants et adolescents.

Chaque secteur compte par ailleurs un lieu de consultation pour les mères et les tout-petits, plusieurs centres médico-psychologiques (CMP) ou, pour les Hauts-de-Seine, des centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP).

Des priorités ont été définies, de sorte que les adolescents et les situations signalées par les services sociaux ou judiciaires donnent lieu à un premier rendez-vous en CMP dans les huit ou quinze jours. Il est dit que, dans les autres cas, le délai pour bénéficier d'un entretien médical dépasse rarement deux mois, la personne pouvant généralement rencontrer un psychologue ou un éducateur dans l'intervalle.

Une équipe mobile spécialisée pour les adolescents, basée à l'hôpital Louis Mourier (Colombes), est susceptible d'intervenir en amont comme en aval de l'hospitalisation, sur l'ensemble des secteurs ainsi qu'une autre, basée à Paris spécialisée en matière d'autisme.

Chaque secteur est dirigé par un chef de pôle qui assume la responsabilité d'un ou plusieurs pavillons d'hospitalisation complète. Chacun des pavillons propose un projet de soins qui lui est propre, l'ensemble étant supposé couvrir tous les besoins des secteurs desservis.

Un pédiatre intervient pour l'ensemble de la pédopsychiatrie.

Les modalités d'admission. Le 14 mars 2016, soixante et un enfants étaient soignés en hospitalisation complète sur le site de Montesson. Sur le plan formel²³, la quasi-totalité des demandes d'admission était le fait des parents.

Les parents ne remplissent pas de demande d'admission *stricto sensu* mais un certain nombre de documents – fiche d'identification mentionnant leur situation au regard de l'autorité parentale, autorisation de soins²⁴, autorisations diverses (scolarisation, sortie, image etc.) d'où se déduit leur accord pour une hospitalisation complète. Ces documents sont généralement conservés dans les unités, le service des admissions ne disposant que de données purement administratives (affiliation à l'assurance maladie, mutuelle, responsabilité civile).

²³ L'examen des situations particulières montre que la demande des parents est parfois fortement suscitée par les services sociaux ou/et médicaux.

²⁴ Il s'agit essentiellement des divers soins somatiques dont l'enfant pourrait avoir besoin pendant l'hospitalisation.

Les renseignements relatifs à l'autorité parentale sont enregistrés sur la foi des déclarations du parent présent à l'admission ; il n'est pas demandé de justificatif (notamment en cas de séparation).

En cas d'admission d'un enfant préalablement confié à l'aide sociale à l'enfance, le bureau des entrées dit réclamer l'ordonnance aux unités, sans toujours réussir à l'obtenir. De fait, il semble que les unités ne disposent pas toujours, elles non plus, de ce document.

Les admissions sur décision du représentant de l'Etat restent rares : un cas en 2014 et deux en 2015. Il n'en a pas été relevé les années précédentes.

Jusqu'à une période très récente au moment du contrôle, le bureau des entrées ne distinguait pas les admissions prononcées au titre de l'article 375-9 du code civil (qui, sous certaines conditions, donne au juge des enfants le pouvoir de confier directement un enfant à un établissement de santé spécialisé dans les troubles mentaux) de l'accueil d'enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance sur le fondement de l'article 375-3 du code civil. Il n'a donc pas été possible de chiffrer précisément le nombre d'enfants admis sous ce régime ; un cas a cependant été identifié avec certitude.

Sur le sujet de la prise en charge des mineurs en soins sans consentement, le chef d'établissement dans son courrier daté du 2 mai 2017 précise :

Concernant les parents des mineurs admis en soins sans consentement, les soins psychiatriques sans consentement par décision du représentant de l'Etat, chez les mineurs sont peu nombreux. Ainsi en 2015, 2 patients ont été concernés, en 2016 aucun et en 2017 un seul patient.

En cas de soins sans consentement par décision du représentant de l'Etat, (SDRE), c'est normalement à l'ARS d'informer les parents titulaires de l'autorité parentale de leurs droits ; à défaut l'unité d'accueil l'assure de son côté.

Le rapport du CGLPL était une occasion de rappeler la règle et de demander aux unités de systématiser la recherche des détenteurs de l'autorité parentale tout spécialement dans le cas d'une hospitalisation par décision du représentant de l'Etat où l'accord des parents n'est pas requis pour l'admission.

Il a été aussi rappelé le droit à l'information des parents détenteurs de l'autorité parentale quelques soient les modalités d'admission.

7.1 L'UNITE D'ACCUEIL PARENTS-ENFANTS (UAPE), UNE UNITE DEDIEE AU TRAVAIL SUR LA CONSTRUCTION DE LA RELATION MERE-ENFANT DURANT LES PREMIERS MOIS DE VIE DU BEBE

L'UAPE est une unité d'hospitalisation conjointe mère et enfant, destinée à accueillir les mamans venant d'accoucher accompagnées de leur bébé de moins de six mois, afin de travailler sur la mise en place de la relation mère-enfant. Elle est gérée par le pôle 92102 et située auprès des unités de pédopsychiatrie et de l'unité adulte Victor Hugo.

La durée moyenne de séjour est de trois mois.

Les mamans accueillies présentent deux types de profils : soit elles souffraient de troubles psychiatriques avant la naissance de l'enfant, soit des troubles se sont déclarés après la naissance.

L'accueil au sein de cette unité se fait en principe avec l'accord de la mère et du père. Néanmoins, certains bébés sont parfois placés par ordonnance judiciaire au service de l'aide sociale à l'enfance. La maman demeure libre de quitter l'hôpital mais, du fait du placement, ne peut

emmener son bébé. Il a été précisé aux contrôleurs que ces mesures étaient décidées afin « d'inciter » la mère à travailler sur le lien avec son enfant. Il s'est avéré difficile de savoir qui, dans ce cas, était signataire de la demande.

L'unité reçoit en moyenne un bébé sous ordonnance de placement par an. Cependant en 2015, quatre bébés ont été accueillis sous ce régime juridique.

Les modalités de prise en charge des mères dont le bébé est placé sur ordonnance judiciaire ne diffère pas de celle des autres mères accueillies à l'exception des sorties du bébé de l'enceinte de l'hôpital qui sont restreintes et nécessitent l'accord de l'aide sociale à l'enfance.

Les hospitalisations dans ce cas sont également d'une durée moyenne plus longue, de l'ordre de six mois.

L'unité peut accueillir jusqu'à six mamans accompagnées de leur bébé. Le nombre de bébés peut être porté jusqu'à sept si l'une des mamans a eu des jumeaux.

Au jour de la visite, cinq mères étaient hospitalisées avec six bébés.

L'hospitalisation est organisée toute la semaine avec des permissions de sortir le week-end, accordées progressivement. Souvent, la première sortie doit être effectuée sans le bébé.

L'unité est ouverte. Les mères sont libres de circuler au sein de l'unité et peuvent se rendre dans le parc de l'hôpital avec leur bébé mais doivent être accompagnées les premiers jours ou lorsque leur état ne leur permet pas de rester seule avec l'enfant.

La prise en charge est organisée autour d'entretiens individuels, d'entretiens avec le père et d'activités de groupe.

Aucune chambre d'apaisement n'est aménagée au sein de l'unité. Seule une chambre d'isolement infectieux est présente afin d'y installer les bébés qui sont malades et d'éviter les contaminations dans la pouponnière.

Les mamans peuvent recevoir des visites tous les jours de 14h30 à 19h. Le conjoint et les autres enfants de la maman sont admis à venir la voir à tout moment.

7.2 L'UNITE D'ACCUEIL ET D'HOSPITALISATION POUR ENFANTS A (UAHE A)

L'UAHE A est une unité d'hospitalisation de semaine pour enfants âgés de 6 à 12 ans. Elle est, comme l'unité parents-enfant, gérée par le pôle 92102.

L'unité est fermée et accueille principalement des enfants à la demande de leurs parents. Il arrive que l'unité accueille des enfants confiés à l'aide sociale par décision judiciaire, mais non des enfants directement confiés à l'hôpital par le juge des enfants. Au jour de la visite, aucun enfant n'était hospitalisé sous ce régime.

La durée de séjour est en moyenne d'une année scolaire. Certains enfants sont néanmoins parfois accueillis pour des séjours de rupture d'une durée de quinze jours.

L'unité est fermée les week-ends ainsi qu'une partie des vacances scolaires, les enfants devant regagner leur milieu familial ou d'accueil. Il a été précisé aux contrôleurs que lorsqu'un enfant présentait un état de santé nécessitant un maintien en hospitalisation le week-end, il est accueilli au sein de l'UASI, ouverte toute l'année.

L'unité dispose de treize lits. Elle accueillait au jour de la visite onze enfants.

7.2.1 Les locaux

L'UAHE A est installée sur deux niveaux, au sein du pavillon Lakanal, la partie nuit se situant à l'étage et la partie jour au rez-de-chaussée.

L'unité se compose, à l'étage, de dix chambres dont cinq à un lit et cinq à deux lits (seuls treize lits étant ouverts), deux salles d'eau, l'une avec douche l'autre avec douche et baignoire, trois toilettes, un bureau infirmier et une chambre dite d'apaisement.

Les chambres sont toutes dotées d'un lit, d'un placard qui peut être fermé par le personnel sur demande du jeune, d'une étagère, d'un bureau et d'un panneau d'affichage. Dans les chambres à deux lits, le mobilier est doublé.

Les chambres sont très peu décorées. Il a été précisé aux contrôleurs que ce manque d'investissement s'expliquait notamment par le recours important aux hospitalisations séquentielles qui, en raison de leur courte durée, n'invitent pas l'enfant à personnaliser son espace. Des tentatives de décoration sont parfois réalisées par l'équipe avec les enfants, cependant celles-ci sont régulièrement endommagées voire arrachées par les enfants souffrant de troubles autistiques.



Salle de bains et chambre

Les portes des chambres sont pleines à l'exception de deux d'entre elles qui sont pourvues d'une fenêtre vitrée. Il a été indiqué aux contrôleurs que ces deux portes avaient été changées depuis l'ouverture et que des portes avec fenêtres vitrées avaient été apposées sans que l'équipe ait été consultée.

La chambre dite d'apaisement est située en bout de couloir. Elle dispose de deux portes, l'une donnant sur le couloir qui est pleine, afin d'empêcher les enfants de regarder à l'intérieur, l'autre donnant sur le bureau des infirmiers avec une fenêtre vitrée.

Une feuille de format A4 a été scotchée sur la fenêtre vitrée, du côté du bureau des infirmiers et peut être relevée pour assurer la surveillance. Le côté de la feuille visible depuis la chambre a été pourvu d'un dessin.

Il a été précisé aux contrôleurs que cette feuille avait pour objectif de rompre le contact visuel entre le soignant et l'enfant lorsque ce dernier est dans l'invective et que cette rupture apparaît nécessaire pour lui permettre de se calmer. Dans ce cas, le personnel en charge de la surveillance de l'enfant continue à l'observer régulièrement en soulevant un coin de la feuille.



Chambre d'apaisement

Cette chambre est dotée pour tout mobilier d'un matelas en mousse, posé sur le sol. Les angles des murs sont protégés et les interrupteurs permettant d'actionner la lumière sont situés à l'extérieur dans le bureau des infirmiers.

La chambre est pourvue d'une fenêtre dont les vitres n'ont pas été opacifiées.

Il a été indiqué aux contrôleurs que la visibilité sur et depuis l'extérieur pouvait entraîner des difficultés, certains enfants ne parvenant pas à se calmer du fait de la présence de stimuli extérieurs ; de plus, ceux-ci peuvent être vus, lorsqu'ils sont en état de crise, par d'autres patients ou familles se promenant dans le parc. Pour pallier ces difficultés, certains enfants sont placés dans la chambre d'apaisement avec les volets fermés, la lumière étant alors allumée.

Aucune horloge ou autre moyen de mesurer le temps n'est installé à la vue de l'enfant. Celui-ci n'est donc pas en mesure d'apprécier le temps pendant lequel il se trouve enfermé dans la chambre.

Au rez-de-chaussée de l'unité, se trouvent une salle de jeux au sein de laquelle est installée un poste de télévision, une salle d'activité donnant sur le jardin, une salle d'activité sensorielle dotée de mobilier en mousse et d'une baignoire à balles, un vestiaire pour déposer les vêtements d'extérieur, deux salles d'eau l'une avec douche l'autre avec douche et baignoire, trois toilettes, deux salles à manger (pour pouvoir mettre à part les enfants qui ont besoin de beaucoup d'assistance pour manger) et une chambre de repos.

Des pictogrammes sont apposés sur certaines portes, permettant aux enfants qui ne savent pas lire d'identifier les pièces. Il était prévu d'en placer sur toutes les portes de l'unité.



Salle d'activité sensorielle



Salle à manger

La chambre de repos est une pièce dont la porte est pourvue d'une fenêtre vitrée et meublée de matelas et sièges en mousse. Elle est utilisée pour permettre à l'enfant de se calmer et de s'extraire pendant un temps court du collectif.



Chambre de repos

La fenêtre de la chambre de repos donne sur l'extérieur. Ses vitres ne sont pas opacifiées mais la vue est obturée par des dessins de fleurs réalisés directement sur le verre. Il a été précisé aux contrôleurs que ces dessins avaient été exécutés pour limiter la vue de l'intérieur de la chambre depuis l'extérieur, certains enfants se dénudant lorsqu'ils y sont placés.

Les contrôleurs ont cependant constaté que ces dessins n'obturaient que très imparfaitement la vue, l'enfant pouvant aisément être vu depuis l'extérieur lorsqu'il s'approche de la fenêtre.

L'unité dispose également d'un jardin, au sein duquel sont installés une terrasse, deux espaces de jeux avec toboggan et balançoire ainsi qu'un petit potager pour l'atelier jardinage et un abri de jardin qui sert de local pour certains ateliers manuels tels que la poterie et la peinture.



Jardin

7.2.2 Le personnel

L'unité est gérée par une équipe paramédicale composée d'un cadre de santé, de six infirmiers, trois aides-soignants et trois ASH. Interviennent également à l'unité un psychomotricien, un psychologue, une assistante sociale et un pédopsychiatre présent dans l'unité quatre demi-journées par semaine.

Les enfants sont encadrés le matin et l'après-midi par quatre soignants et deux la nuit. Deux soignants sont également présents, en plus, tout au long de la journée, portant leur nombre à sept le matin et l'après-midi.

7.2.3 Le projet thérapeutique

L'unité est conçue comme une structure d'internat et de rupture, l'hospitalisation se déroulant du lundi au vendredi. Néanmoins, des enfants peuvent parfois être accueillis en hospitalisation séquentielle du lundi au mercredi ou du mercredi au vendredi.

Au jour de la visite, trois enfants étaient accueillis à plein temps et huit de manière séquentielle. Le travail est axé sur la séparation et les retrouvailles avec le milieu familial ainsi que sur l'autonomie des enfants.

L'arrivée de l'enfant est toujours précédée d'une phase dite de pré-admission²⁵, au cours de laquelle celui-ci est accueilli durant deux semaines au sein de l'unité, pour observation. Pendant cette phase l'enfant peut participer à certaines activités ponctuelles (une activité par jour) et un bilan de son niveau scolaire est réalisé par l'Education nationale à l'unité d'enseignement.

L'unité est fermée, les enfants ne pouvant se rendre seuls à l'extérieur.

Les chambres et plus globalement l'étage n'est accessible aux enfants qu'à partir de 17h, une fois les activités de la journée achevées.

Les journées sont rythmées par la prise en charge scolaire, chaque enfant bénéficiant d'une scolarité adaptée au sein de l'unité d'enseignement de l'hôpital et par les activités.

Outre les activités quotidiennes de jeux intérieurs ou extérieurs, l'équipe paramédicale organise chaque semaine des ateliers ainsi que des sorties autour de contes, de la cuisine, du théâtre, de la terre, de la piscine et des jeux d'eau, de la relaxation, de l'esthétique, des travaux manuels etc.

Des activités sportives sont également organisées ainsi que des passages à la bibliothèque de l'hôpital.

La psychomotricienne organise également des activités autour du corps en utilisant notamment la salle d'activité sensorielle.

Les activités sont accessibles sur prescription médicale et adaptées au profil des enfants. Certaines ne sont organisées que pour un enfant, d'autres accueillent jusqu'à six enfants à la fois.

Les téléphones portables sont interdits au sein de l'unité. Ils sont conservés avec les objets jugés dangereux dans le bureau des infirmiers. Les parents peuvent téléphoner à leurs enfants de 17h à 19h. La conversation téléphonique se déroule au sein du bureau des infirmiers, en présence d'un personnel soignant. En cas de besoin et sur prescription médicale, des appels peuvent être reçus en dehors de ces horaires.

Les enfants peuvent recevoir des visites, sur prescription médicale. Le plus souvent les visites sont programmées à l'issue des rencontres entre les parents et le médecin psychiatre de l'unité.

Les enfants ne sont pas autorisés à fumer. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'il n'était jamais arrivé que l'unité accueille un enfant fumeur.

La sexualité ne fait pas l'objet de travail de réflexion au sein de l'équipe. Lorsque le personnel se retrouve confronté à des comportements sexuels de l'enfant, un recadrage est réalisé par le cadre de santé. Au besoin les parents en sont informés.

²⁵ Bien qu'identifiée comme une phase de pré admission, l'hospitalisation à temps complet est effective dès l'arrivée de l'enfant.

L'unité est dotée de deux chambres spécifiques : la chambre de repos et la chambre d'apaisement.

La chambre de repos est utilisée pour permettre à un enfant d'être extrait du collectif pendant un temps court qui ne doit pas excéder dix minutes. L'enfant est conduit par un personnel soignant dans la chambre. La porte est poussée mais n'est pas fermée et le personnel reste de l'autre côté pour surveiller l'enfant grâce à la fenêtre vitrée et échanger avec lui pendant toute la durée de la mesure. Ces placements peuvent être décidés par le personnel paramédical à tout moment de la journée. Les contrôleurs ont pu assister à deux de ces placements et constater qu'ils n'ont duré que quelques minutes et que l'enfant a conservé pendant toute la durée de la mesure la possibilité de ressortir de la pièce, la porte n'étant pas fermée.

La chambre d'apaisement est utilisée pour permettre à l'enfant en état de crise de se calmer. Installée à l'étage, elle est davantage isolée du collectif que la chambre de repos.

Compte tenu de la disposition de la chambre à l'étage, il est systématiquement fait appel, en cas de placement, à l'équipe de sécurité de l'hôpital. Il a été précisé aux contrôleurs que monter l'escalier pouvait se révéler périlleux avec un enfant en crise.

L'enfant peut y être placé sur décision du personnel paramédical pendant une durée fixée initialement dans les prescriptions médicales de chaque enfant, en moyenne **entre dix minutes et un quart d'heure**. Lorsque celui-ci n'est pas calmé à l'issue de cette première période, un médecin psychiatre doit se déplacer pour décider d'un éventuel renouvellement de la mesure ou donner d'autres consignes.

Le médecin de l'unité n'étant présent que trois demi-journées par semaine, lorsque le placement a lieu en dehors de ses temps de présence, il est fait appel à un médecin du pôle. Si ceux-ci ne sont pas disponibles, le médecin de permanence se déplace.

Il est arrivé à une reprise, trois ans auparavant, qu'un enfant trop agité soit adressé à l'UASI pour être placé en chambre d'isolement. Il s'agissait d'un enfant de 12 ans. Aucun autre enfant accueilli à l'UAHE A ne s'y est rendu depuis.

Comme indiqué au § 5.6, il n'y a pas de traçabilité au sein de l'unité de ces pratiques. Il a été précisé aux contrôleurs que les seules données statistiques pouvant être utilisées sont celles des équipes de sécurité, mais celles-ci ne distinguent pas les placements en chambre d'apaisement des autres interventions. Ceci dit les situations d'intervention des agents de sécurité pourraient, sans doute utilement, faire l'objet d'une analyse des pratiques soignantes (cf. § 5.1.3)).

La contention n'est jamais utilisée.

7.3 L'UNITE D'ACCUEIL ET D'HOSPITALISATION POUR ENFANTS B (UAHE B)

Le pavillon La Fontaine abrite, sur deux niveaux, une unité de douze lits accueillant des enfants de 5 à 13 ans, souffrant de pathologies diverses, en hospitalisation séquentielle ou de semaine et en hôpital de jour. Le 14 mars – jour de recueil des données – onze jeunes garçons y étaient hébergés. Le plus jeune était âgé de 7ans et le plus âgé de 13 ans ; l'hospitalisation la plus ancienne date de janvier 2010.

L'unité est fermée. Elle est gérée par le pôle 78I03. Son recrutement est originaire pour moitié de ce secteur. Au plan administratif, l'admission a généralement été sollicitée par les parents. Les placements directs par voie d'ordonnance de placement au titre de l'article 375-9 du code civil sont « très rares » (aucun au moment du contrôle) ; en revanche, il est fréquent que les enfants soient confiés au service de l'aide sociale à l'enfance au titre de l'assistance éducative ; tel était le cas de près de la moitié des enfants présents au moment de la visite.

7.3.1 Les locaux

Au rez-de-chaussée comme à l'étage, les locaux s'organisent autour de longs couloirs au sol carrelé que des peintures murales aux teintes vives ne parviennent pas à rendre chaleureux.

Le rez-de-chaussée comprend, pour l'essentiel, d'un côté du hall d'accueil, le bureau des médecins et de la cadre de santé, une salle de réunion également utilisée comme atelier pour les enfants, une buanderie avec lavabo, lave-linge et sèche-linge, une salle de bains équipée notamment d'une vaste baignoire ronde et de miroirs, une salle dite « d'apaisement » et une salle dite « cocooning ». De l'autre côté de l'entrée, un couloir dessert notamment une salle de jeux (environ 25 m², avec tapis au sol, jeux, table et chaises pour enfants), deux salles à manger décorées et équipées de mobilier coloré (l'une d'environ 25 m² et l'autre deux fois plus petite, qui sert aussi de salle télévision et dispose d'un magnétoscope, un coin toilette où les enfants se lavent les dents.

Les chambres – quatre chambres individuelles et quatre à deux lits – sont à l'étage. L'une d'elles, située face au bureau des soignants, est réservée à la phase d'observation, sa porte est dotée d'un hublot.

La surface des chambres varie de 10 à 15 m² ; le sol (linoleum) et les peintures murales sont clairs ; à l'exception d'une chambre qui dispose d'un petit bureau, l'équipement est réduit au lit (montants en bois, tête de lit colorée, possibilité pour les enfants, de venir avec leurs draps) ; les affaires des enfants sont déposées dans un placard mural fermé dont les portes sont peintes de couleurs vives. Les chambres sont éclairées par un plafonnier au néon (une chambre dispose d'une veilleuse au-dessus du lit). La décoration est réduite. L'ensemble – sols, murs, placards – présente des dégradations dont certaines auraient pu être réparées (étagères).

L'étage comporte également deux salles de bains avec, chacune, trois lavabos, une douche sans rideau et une petite baignoire ainsi que deux WC ; une salle de soins, une vaste salle de jeux, correctement équipée (piscine à balles, tapis de sol, table et chaises, jeux variés...) et une salle de télévision.

De l'ensemble se dégage une atmosphère de vétusté et de relative tristesse.

Le pavillon bénéficie, à l'arrière du bâtiment et sur toute sa longueur, d'une vaste cour aménagée en différents espaces (potager, portique avec balançoires sur dalles souples, panier de basket-ball). Les contrôleurs ont pu constater, une fin d'après-midi ensoleillée, que les enfants investissaient cette cour avec plaisir, sous le contrôle de soignants attentifs.

Au-delà de cette cour, un hangar sert d'atelier « arts plastique » et d'entrepôt abritant, dans un grand désordre, trottinettes, patins à roulettes, jeux de quilles et autres équipements ludiques en plus ou moins bon état.

7.3.2 Le personnel

L'unité est placée sous la responsabilité d'un praticien hospitalier présent à mi-temps dans l'unité ; il est secondé par un autre praticien intervenant dans les mêmes conditions. Tous deux sont absents le mercredi après-midi et un jeudi sur deux ; un médecin de garde intervient alors, à la demande.

Le médecin somaticien n'intervient – pour un bilan – qu'après la période dite de pré-admission de trois semaines. Les interventions ultérieures ont lieu à la demande et, selon les renseignements recueillis, « très rapidement ».

Le cadre de santé est présent toute la semaine.

L'équipe soignante est composée de :

- cinq infirmiers ;
- quatre éducateurs ;
- trois aides-soignants ;
- un psychologue à mi-temps ;
- un psychomotricien à mi-temps ;
- trois ASH ;
- une assistance sociale à 0,2 ETP.

L'effectif minimum, de jour, est fixé à quatre soignants ; en pratique il est plus fréquemment de cinq.

Les échanges relatifs aux questions générales ont lieu, le vendredi après-midi après le départ des enfants, en alternance avec des séances d'analyse des pratiques, animées par un psychologue du pôle. L'examen des situations particulières a lieu chaque lundi après-midi, en synthèse avec les partenaires.

7.3.3 Le projet thérapeutique

L'unité accueille, **en hospitalisation de semaine ou de jour**, des enfants souffrant de pathologies diverses : autisme (dans la limite de cinq enfants), troubles envahissants du développement, troubles du comportement ... L'unité est fermée aux enfants le week-end (du vendredi 13h au lundi 9h), huit jours à Pâques, quinze jours à Noël et un mois, en août.

Le **projet de soins** évoque une « approche institutionnelle, coordonnée à l'approche ambulatoire et partenariale de secteur » ; il définit les objectifs et les moyens de la prise en charge ; il est assorti d'un règlement intérieur qui déroule une journée type ainsi que d'une annexe précisant de manière détaillée le rôle de chaque intervenant.

L'« admission » est en principe précédée d'une période d'observation, avec hospitalisation pendant trois semaines. Cette phase donne lieu à des rencontres avec la famille et l'ensemble des partenaires médico-sociaux extérieurs, afin de définir un projet de soins individualisé. Au terme de cette période sont théoriquement analysés les divers bilans réalisés (somatique, orthophonique, psychologique, psychomotricité). Il semble qu'en pratique, l'hospitalisation soit acquise dès ce stade et alors même que certains bilans ne seront réalisés qu'ultérieurement.

La prise en charge repose sur :

- des entretiens médicaux avec l'enfant et un étayage de la famille ;
- une surveillance somatique et, si besoin, un traitement médicamenteux ;
- un accompagnement soignant (deux soignants référents par enfant) destiné à soutenir l'autonomisation : ateliers thérapeutiques, rééducation du langage, psychomotricité... ;
- un partenariat étroit avec les institutions extérieures et l'école interne à l'établissement.

Le projet de soins définit les conditions d'**utilisation de la salle dite d'apaisement**, qu'il limite aux « situations imposant une contenance dépassant momentanément les recours relationnels ou pharmacologiques », à savoir « les conduites clastiques ou d'agitation avec hétéro ou auto-agressivité physique ou verbale transgressive et d'intensité majeure ». Le placement en chambre d'apaisement est soumis à prescription médicale, pour une durée définie par le médecin ; il est assorti d'une surveillance étroite (passage toutes les cinq minutes).

La chambre est située au rez-de-chaussée, face au bureau du cadre et non loin de celui des médecins. La porte est munie d'un hublot ; la pièce, d'une surface d'environ 10 m², dispose d'une

fenêtre aux vitres opacifiées ; les murs sont recouverts de papier peint couleur parme ; le plafonnier est protégé et l'interrupteur est accessible ; la pièce est équipée d'un matelas en mousse posé au sol ; l'enfant est autorisé à prendre une peluche ou un autre objet de nature à le rassurer.

Dans le discours des soignants rencontrés, les modalités d'utilisation sont adaptées à l'état de l'enfant : la porte peut rester ouverte ; elle n'est fermée que si l'état de l'enfant l'exige et qu'il le supporte ; dans ce cas, un soignant reste juste derrière la porte. Toute utilisation porte fermée donne lieu à transcription sur une feuille individuelle mentionnant les dates et heures d'entrée et de sortie, le motif et le nom du soignant chargé de la surveillance. Le document soumis aux contrôleurs montre que l'utilisation ne dépasse pas une quinzaine de minutes, la plupart du temps moins. **Il est permis de s'interroger sur certains motifs – insolence, insultes – qui ne répondent pas nécessairement aux exigences du projet de soins.**

La contention physique manuelle est parfois estimée nécessaire ; le personnel, à l'exception de deux agents, a reçu une formation. Il n'est jamais recouru à du matériel de contention.

En cas de besoin, il est fait appel à la sécurité de l'établissement, par téléphone ; selon les renseignements recueillis auprès de soignants, ce type d'appel a lieu « plusieurs fois par jour » et la simple arrivée des agents suffit à calmer l'enfant. Les contrôleurs ont aussi constaté que les soignants utilisaient la « menace » de l'appel à la sécurité (« calme toi ou j'appelle la sécurité ») pour calmer un enfant agité. Ces pratiques nécessitent une réflexion sur les pratiques soignantes et l'aspect contenant du cadre de vie et d'hospitalisation (cf. § 5.1.3).

De fait, les enfants accueillis souffrent de pathologies lourdes – au moment du contrôle, quatre étaient dépourvus de langage et incontinents ; les troubles sont souvent associés à des problématiques affectives ; l'environnement familial est souvent défaillant.

Les modalités de prise en charge sont diverses – hospitalisation de semaine, du lundi 9h au vendredi 13h, hospitalisation séquentielle, de jour ou de nuit – en alternance avec d'autres lieux de vie : hôpital de jour, institut médico-éducatif (IME), classe d'intégration scolaire (CLIS) et scolarité interne à Montesson...

Selon l'analyse des soignants, la multiplicité des intervenants constitue une tentative de réponse au manque cruel de structures adaptées.

Selon les renseignements recueillis, le médecin ne rencontre les parents de manière formelle qu'environ une fois par trimestre en moyenne ; les échanges téléphoniques avec l'équipe sont qualifiés de fréquents. Il s'agit à la fois d'informer les parents de l'évolution de leur enfant et de les soutenir. Ponctuellement, des parents peuvent partager un repas dans l'unité avec leur enfant et un soignant ; il arrive qu'un parent vienne donner le bain à son enfant. Les appels téléphoniques à l'enfant sont limités par le règlement intérieur (18h-19h et 20h-20h30) ; il semble que la pratique soit plus souple.

Face aux difficultés de certaines familles à offrir un cadre suffisamment sécurisant à leur enfant, les week-ends et les périodes de vacances donnent parfois lieu à des « solutions » d'urgence – hébergement par un autre membre de la famille, voire à l'UASI – ou à des montages peu satisfaisants : le cas a été cité, d'un enfant autiste confié à l'aide sociale à l'enfance qui, chaque week-end, se rend dans un lieu d'accueil situé dans le département de la Drôme²⁶. Les accueillants, qui refuseraient le principe de l'agrément, sont qualifiés de « super » par les

²⁶ Ce trajet oblige l'enfant à prendre une ambulance jusqu'à la gare de Lyon, puis le train jusqu'à Valence, avant de rejoindre le lieu de vie avec un autre véhicule. Il est accompagné lors des trajets.

soignants de l'unité qui les ont rencontrés à Montesson lors de synthèses mais les conditions précises de l'accueil sur place étaient inconnues des soignants.

Recommandation

Compte-tenu de la lourdeur des pathologies affectant les enfants accueillis et des difficultés de leurs parents, il est permis de s'interroger sur l'adaptation des temps d'ouverture de l'unité. Il est manifeste que la fermeture de week-end conduit à accueillir des enfants dans des lieux non conçus pour eux ou dans des conditions incertaines.

Dans sa réponse datée du 5 mai 2017, le chef d'établissement précise sur ce sujet :

Concernant l'organisation des unités d'hospitalisation de semaine et la situation des jeunes qui changent d'unité pour le week-end :

A : il s'agit surtout de l'unité d'adolescents UAHA qui adresse à l'unité de soins intensifs UASI les patients qui ne peuvent pas rentrer chez eux le WE. Cette unité a demandé une fermeture de 15 jours en avril 2017 afin que l'ensemble de l'équipe repense son projet médical et de soins pour améliorer la qualité de la prise en charge en définissant les orientations et les profils des patients, en reconsidérant les liens entre les 2 unités d'adolescents et de soins intensifs (UAHA et UASI) et en intensifiant le travail partenarial en amont et en aval,

B : l'établissement est en train de réécrire son nouveau projet médical pour les 5 ans à venir. Une démarche projet est mise en place, un chef projet médical avec un binôme soignant sont désignés pour chacune des filières enfance et adolescence notamment pour les unités d'hospitalisation. Il est prévu de réfléchir à une unité de crise pour les enfants à l'instar de celle qui existe pour les adolescents ouverte 24h/24h et d'avoir des unités plus adaptées au profil des patients accueillis, à leurs parcours de soins et en lien avec les partenaires des prises en charges et les familles.

7.4 L'UNITE D'ACCUEIL ET D'HOSPITALISATION POUR ADOLESCENTS (UAHA) REÇOIT, DANS LE CADRE D'HOSPITALISATIONS SEQUENTIELLES, DES JEUNES POUR LESQUELS UNE SCOLARISATION A L'EXTERIEUR EST MAINTENUE

L'UAHA est une unité intersectorielle d'hospitalisation de semaine pour adolescents de 12 à 18 ans. Elle est gérée par le pôle 92I03 ; elle a accueilli trente adolescents en 2014.

Les jeunes sont accueillis de manière séquentielle, du lundi au mercredi pour une partie d'entre eux et du mercredi au vendredi pour l'autre partie. Certains jeunes sont parfois accueillis durant toute la semaine. D'autres peuvent être accueillis en hôpital de jour les autres jours de la semaine.

L'unité est fermée les week-ends ainsi qu'une partie des vacances scolaires. En 2016 l'unité n'avait pas été fermée pendant les vacances de février mais prévoyait de fermer pour les vacances d'avril, durant le mois d'août ainsi que pendant les vacances de Noël.

De la même manière que pour les enfants, il a été précisé aux contrôleurs que si un jeune ne présentait pas un état de santé lui permettant de rentrer à son domicile durant le week-end, il pouvait être accueilli à l'UASI.

Les jeunes accueillis sont tous hospitalisés à la demande du ou des titulaires de l'autorité parentale. Il a été précisé aux contrôleurs que pouvaient être accueillis, plus rarement, des jeunes sous ordonnance de placement judiciaire. Dans ce cas, les jeunes sont placés à l'aide sociale à l'enfance qui décide de leur hospitalisation, en accord avec le juge et après en avoir informé les parents.

Un jeune était accueilli sous ce régime au jour de la visite. Aux dires de l'équipe, il s'agissait d'une situation dans laquelle le père, qui ne demeurait pas sur le territoire français, s'opposait à l'hospitalisation tandis que la mère avait donné son accord. Ne parvenant pas à convaincre le père, l'équipe médicale a pris contact avec l'aide sociale à l'enfance pour qu'une mesure de placement de ce jeune soit prise et que l'hospitalisation puisse être ensuite décidée par cet organisme²⁷.

L'unité dispose de dix lits, dont un est réservé aux prises en charge ambulatoires. Elle accueillait au jour de la visite seize jeunes, huit la première partie de la semaine et huit la seconde. Un jeune se trouvait au surplus présent le lundi matin dans le cadre de la prise en charge ambulatoire.

7.4.1 Les locaux

L'UAHA est installée au premier étage du pavillon Diderot.

Outre les locaux réservés au personnel, l'unité comprend huit chambres dont sept à un lit et une à trois lits, deux salles de bains comportant chacune deux douches et une baignoire, deux toilettes, une salle à manger, une salle d'activité, une petite salle de télévision, une pharmacie et un grand hall d'entrée.



Salle à manger

Les chambres sont aménagées d'un lit, d'un placard, d'une étagère, d'un bureau, d'un lavabo surmonté d'un miroir et d'un tableau d'affichage en liège.

Dans la chambre de trois lits, ces aménagements sont multipliés par trois.

Les chambres ne sont pas ou peu décorées, les jeunes ne les occupant qu'à titre séquentiel et devant les libérer chaque semaine pour le groupe suivant. Le linge de lit est coloré, ce qui rompt avec le côté austère de la chambre.

²⁷ Il convient de préciser que l'intervention du juge des enfants repose sur une notion de danger et non sur un simple désaccord entre les parents.

*Chambre à un lit**Chambre à trois lits*

Les placards ne sont pas fermés à clef. Néanmoins, les jeunes peuvent se voir remettre, sur demande et si leur état de santé le permet, un cadenas fonctionnant à code.

Les fenêtres des chambres sont fermées à clef et ne peuvent être ouvertes par les jeunes.

Une des chambres à un lit est sécurisée pour pouvoir jouer le rôle de chambre dite d'« apaisement ». Le lavabo et le miroir ont été retirés, les vitres de la fenêtre recouvertes d'un film opacifiant et doublées par du plexiglas. La porte de cette chambre se trouve au surplus revêtue d'une fenêtre vitrée pour en assurer une surveillance visuelle.

Il a été indiqué aux contrôleurs que cette chambre servait très rarement de chambre d'apaisement mais avait pu être utilisée à ce titre par le passé sur demande d'un jeune, sans que la porte ne soit fermée à clef. Il est également arrivé à une reprise qu'elle soit utilisée comme chambre d'isolement pour contraindre le mineur à s'apaiser, avec maintien de la porte fermée par un soignant, le temps que le jeune soit admis à l'UASI.

*Chambre d'apaisement et sa porte d'entrée*

Au jour de la visite, la chambre d'apaisement était occupée normalement par un jeune et comptabilisée dans le nombre de lits offerts par l'unité.

7.4.2 Le personnel

L'équipe paramédicale est composée d'un cadre de santé, cinq infirmiers, trois éducateurs spécialisés, deux aides-soignants et deux ASH. Interviennent également à l'unité un psychomotricien, une assistance sociale et deux pédopsychiatres dont le responsable du pôle.

Les jeunes sont encadrés chaque jour par quatre personnels soignants, dont deux accompagnent les jeunes dans leurs rendez-vous à l'extérieur. L'effectif est plus important le mercredi en raison du mouvement de départ du groupe de jeunes accueillis en première partie de semaine et de l'arrivée du second groupe, et porté à sept soignants.

Trois soignants sont présents la nuit dont deux infirmiers.

7.4.3 Le projet thérapeutique

L'arrivée du jeune à l'UAHA se déroule avec une phase dite de pré-admission, au cours de laquelle le jeune est accueilli durant deux semaines au sein de l'unité, pour observation.

Les arrivées sont toutes programmées, l'unité ne recevant pas de jeune en urgence, et demandées par un médecin exerçant en CMP ou dans un hôpital de jour.

A son arrivée, un inventaire des effets personnels du jeune est réalisé et lui sont retirés les objets interdits au sein de l'unité : téléphones portables, objets coupants, objets filaires (chargeur de téléphone, écharpe, ceinture), flacons en verre et médicaments, qui seront conservés au sein du bureau des soignants et restitués à la sortie.

L'UAHA est une unité ouverte. Les chambres ainsi que la porte de l'unité restent ouvertes toute la journée, cette dernière étant fermée la nuit.

Les jeunes peuvent accéder librement à leur chambre durant la journée ou se rendre dans le parc de l'hôpital, à la condition toutefois de bénéficier d'une prescription médicale. Au jour de la visite, tous les jeunes accueillis bénéficiaient de cette autorisation à l'exception de l'un d'entre eux qui ne pouvait sortir qu'accompagné en raison d'un risque de fugue. Toute sortie doit être signalée au personnel soignant.

L'un des objectifs de la prise en charge est de permettre au jeune de poursuivre une scolarité à l'extérieur (grâce au système d'hospitalisation séquentielle) complétée d'une scolarité adaptée au sein de l'unité d'enseignement de l'hôpital par le biais de classes le plus souvent individuelles.

Outre la scolarité, les jeunes bénéficient d'activités quotidiennes qui s'articulent autour de trois médiations :

- la médiation thérapeutique qui privilégie les activités axées sur le corps (danse, musique, pâte à modeler, jardinage, esthétique, théâtre), animées par la psychomotricienne ;
- la médiation sportive qui se déroule au gymnase et sur les terrains de sport de l'hôpital (l'UAHA dispose en propre de VTT, raquettes de tennis et ballons de football) ou parfois dans les structures de la commune telles que la piscine ;
- la médiation culturelle qui privilégie les sorties à l'extérieur (musée, médiathèque de Sartrouville, sorties en lien avec la citoyenneté telles que sortie au planning familial, visite de la caserne de pompiers ou du commissariat de Poissy...).

La journée est rythmée par les tâches ménagères (trois jeunes sont désignés chaque jour pour installer la salle à manger au moment des repas, mettre la table, la nettoyer, balayer la salle et sortir les poubelles), les activités, les rendez-vous à l'extérieur pour certains jeunes et les entretiens avec les médecins. La télévision peut être regardée de 17h à 19h. Le reste de la journée les jeunes sont autorisés à écouter de la musique, à lire ou à jouer aux jeux de société se trouvant à leur disposition dans le hall d'entrée.

Les jeunes peuvent être autorisés à jouer à des jeux vidéo à certains moments de la journée. Ils n'ont pas accès à l'informatique en dehors de l'unité d'enseignement.

Les jeunes peuvent téléphoner à leurs parents ou famille d'accueil deux fois par semaine, avec l'autorisation du médecin. L'appel est passé depuis le bureau des soignants, en présence d'un soignant (cf. § 5.2.1). Au jour de la visite tous les jeunes accueillis bénéficiaient de cette autorisation. Les parents, de leur côté, peuvent contacter l'équipe soignante à tout moment.

Les jeunes qui souhaitent envoyer du courrier à leurs proches doivent bénéficier d'une autorisation pour sortir acheter des timbres, aucun point de vente n'étant disponible au sein de l'hôpital. Une boîte aux lettres est installée près des bureaux de la direction des soins pour y déposer le courrier. Il a été précisé aux contrôleurs qu'il était exceptionnel que les jeunes demandent à envoyer du courrier.

Compte tenu du caractère séquentiel des hospitalisations, les parents ne viennent pas rendre visite à leur enfant au sein de l'unité. Ils rendent cependant régulièrement visite au médecin responsable de son suivi. Il arrive néanmoins que certains parents viennent chercher leur enfant pour l'accompagner en sortie extérieure pendant l'hospitalisation.

Les règles de vie de l'unité prévoient qu'il est interdit aux patients de faire usage du tabac dans l'unité (cf. § 5.4). Au jour de la visite, aucun des jeunes accueillis n'était fumeur.

Les règles de vie de l'unité précisent également que les rapports sexuels sont interdits au sein de l'unité ainsi que dans l'enceinte de l'hôpital. La sexualité est cependant un thème régulièrement abordé par les jeunes dans le cadre de groupes de parole. Un accompagnement au planning familial est également programmé, à l'occasion duquel leur sont remis des préservatifs.

Bien que les personnels soignants se trouvent régulièrement confrontés à des comportements provocants de mineurs, à des scènes de masturbation, à des déclarations sexuées de mineurs voire à des rapprochements entre mineurs, il apparaît que la question de la sexualité demeure taboue au sein l'équipe médicale et paramédicale. Cet aspect de la prise en charge des jeunes est peu abordé en équipe. Les seules consignes appliquées sont celles du signalement au médecin responsable du pôle, à la direction de l'hôpital, à l'agence régionale de santé, aux parents ainsi que, le cas échéant, au juge des enfants. Les comportements soumis à signalement n'apparaissent pas toujours aisés à apprécier : si les rapports sexuels avérés semblent devoir être signalés, quels que soient l'âge et les circonstances, la conduite à tenir n'est pas clairement établie pour les autres comportements à caractère sexuel ni pour les allégations de rapports sexuels non encore avérés.

Ainsi, l'unité s'est trouvée confrontée à la situation de deux jeunes qui indiquaient avoir eu des rapports sexuels ensemble. Un signalement a été effectué auprès des autorités médicales, judiciaires et des parents. Il s'est avéré, après investigations internes, que les deux jeunes s'étaient en réalité rapprochés sans avoir de rapports sexuels.

Cette situation a soulevé de nombreuses questions au sein de l'équipe médicale et paramédicale sans qu'une réflexion soit réellement engagée par la suite au niveau de l'hôpital.

La sexualité, qui ne semble abordée que sous l'angle des rapports sexuels, apparaît traitée dans cette unité avec un systématisme qui ne tient compte ni de l'âge des mineurs, ni des circonstances. Le signalement tous azimuts de tels faits n'est ni raisonnable, ni respectueux de l'intérêt des mineurs. Il est impératif que l'équipe engage une réflexion à ce sujet (cf. § 4.6).

L'unité ne pratique pas l'isolement ni la contention.

Lorsqu'un jeune s'agite, les soignants l'invitent à aller se promener dans le parc pour lui permettre de se calmer, la chambre d'apaisement présente dans l'unité n'étant envisagée que comme une réponse très exceptionnelle et à la demande du mineur.

En outre, cette chambre n'apparaît pas suffisamment sécurisée pour pouvoir contenir un jeune qui serait en crise ; de ce fait, elle est comptabilisée comme un lit d'hospitalisation et régulièrement occupée à ce titre.

En cas de besoin, le jeune est envoyé à l'UASI pour être placé en chambre dite de soins intensifs. Ces placements n'excèdent jamais deux heures. En 2015, deux jeunes ont été placés dans les CSI de l'UASI dont l'un avec placement sous contention pendant la durée du séjour. De janvier à mars 2016, quatre jeunes y avaient été placés.

7.5 L'UNITÉ D'ACCUEIL ET DE SOINS INTENSIFS (UASI)

Le pavillon La Treille abrite, au rez-de-chaussée, l'unité d'accueil et de soins intensifs – UASI – qui peut accueillir de dix à douze adolescents, filles et garçons, âgés de 12 à 18 ans, en état de crise psychique ou de décompensation psychiatrique. Cette unité est gérée par le pôle 92104.

Le 14 mars – jour de recueil des données – onze adolescents – quatre filles et sept garçons – étaient hébergés en hospitalisation complète²⁸, tous à la demande de leurs parents. L'hospitalisation la plus ancienne datait d'une année.

Il s'agit d'une unité fermée, susceptible d'accueillir des patients admis en soins sans consentement. Le pavillon dispose de deux chambres d'isolement. Au moment de la visite, un patient était placé à l'isolement depuis le 24 novembre 2015.

7.5.1 Les demandes d'admission

Ainsi qu'il a été dit plus haut, la quasi-totalité des demandes émane formellement des parents ; faute de demande d'admission proprement dite, celle-ci se déduit des autorisations signées par eux ou par l'un d'eux (sortie, soins externes, scolarité, image etc.)

A travers les données enregistrées au secrétariat de l'unité et au bureau des entrées, il a pu être constaté qu'aucun document n'était demandé aux parents, notamment en cas de séparation, justifiant qu'ils disposaient de l'autorité parentale.

En 2015, deux enfants ont été accueillis sur décision du représentant de l'Etat.

Le premier est né en novembre 1998 ; il a été accueilli en mai 2015 en raison d'une agression par arme blanche commise dans un contexte dépressif et suicidaire ; la mesure a été levée au bout de 30 jours, sur proposition du psychiatre (il semble qu'un placement éducatif ait été mis en place). Les termes du certificat médical évoquent un placement éducatif.

Les termes de l'arrêté de placement ne font aucunement référence à la situation familiale du jeune et rien ne vient attester que ses parents en ont été destinataires. La formulation des motifs comme du dispositif est en tous points semblables à celle des décisions visant des adultes ; en particulier, il n'est pas fait mention d'une possibilité de recours pour les représentants légaux. L'ordonnance du JLD, en revanche, fait état d'une convocation adressée aux parents ; ils ne se sont pas présentés ni ne se sont faits représenter ; la décision leur a été notifiée.

Le deuxième cas concerne un enfant né en mai 2002, accueilli en octobre 2015 en raison d'une agression par arme blanche dans un contexte de troubles autistiques avec hallucinations. Le mineur avait d'abord été confié à l'EPSM de Moisselles (Val-d'Oise) le 27 septembre 2015 avant

²⁸ Un autre enfant était en hospitalisation séquentielle et deux autres en hôpital de jour.

d'être transféré à l'UASI ; un programme de soins a été mis en place le 28 octobre 2015 et la mesure a été levée le 21 décembre 2015.

Ni l'arrêté préfectoral ni la décision du JLD ne font référence aux représentants légaux du mineur.

En 2015, une jeune fille a été confiée directement à l'établissement de santé par le juge des enfants²⁹ : la mineure, née en octobre 1998 a été confiée au CHTR pour 15 jours, en juillet 2015, sur la foi d'un certificat médical d'un médecin du CH de Poissy (non présent au dossier administratif mais visé par l'ordonnance) posant l'indication d'une hospitalisation à laquelle les parents s'opposaient. Le placement n'a pas été renouvelé, un certificat médical proposant de mettre fin à l'hospitalisation au profit d'un suivi ambulatoire.

Les renseignements recueillis auprès des unités laissent entendre que le nombre d'enfants préalablement confiés à l'aide sociale à l'enfance (ASE) est significatif, sans plus de précision. Le secrétariat indique se procurer généralement l'ordonnance auprès de l'ASE, notamment si l'un des parents dispose d'un droit de visite restreint.

Au moment de la visite, trois enfants étaient identifiés comme placés. Dans deux cas, le secrétariat des unités disposait d'une copie des ordonnances.

L'un des cas mérite que l'on s'y attarde : il concerne une jeune fille née en 1999, confiée par ordonnance en janvier 2016, prise, vu l'urgence, par un substitut des mineurs, et confiant l'enfant à l'ASE, avec un droit de visite médiatisé aux parents. Selon les renseignements recueillis dans l'unité, il s'est agi de « convaincre » la mère d'accepter d'hospitaliser sa fille, ce qu'elle a fait en remplissant les divers documents indiqués plus haut. Selon les documents figurant au dossier, la mère manifestait une forme d'opposition en ne respectant pas la durée des droits d'hébergement ; l'hôpital, pour sa part, maintenait une certaine forme de pression en informant le juge des enfants de ses manquements. Le placement ne semblait pourtant pas avoir été confirmé par le juge des enfants³⁰, en tous cas ni le bureau des admissions ni l'unité d'accueil n'ont été destinataires d'une décision en ce sens.

7.5.2 Les locaux

Le pavillon a été rénové en 2012. Il est fermé ; le visiteur doit se signaler par une sonnette ; l'ouverture est actionnée de l'intérieur.

Un hall clair et chaleureux (peinture jaune pâle, tapis, fauteuils « coque ») fait office de salle d'attente et donne sur le secrétariat par une baie vitrée. Une large fenêtre donne vue sur l'un des deux jardins attenants à l'unité.

Les bureaux médicaux sont situés d'un côté du hall, tout à fait à part du lieu de vie des adolescents.

De l'autre côté du hall, une porte tenue fermée donne sur un premier espace comprenant le secrétariat, le bureau du psychologue, une salle de réunion, une salle informatique munie de quatre postes avec accès internet.

Une deuxième porte tenue fermée donne sur un sas comprenant, d'un côté, le salon de visite des familles (peinture jaune pâle, fauteuils, vue sur jardin intérieur, aucune décoration) et, de

²⁹ Ainsi qu'il a été dit plus haut, il s'agit du seul cas identifié avec certitude.

³⁰ L'article 375-5 du code civil autorise le procureur de la République à prendre une telle mesure en cas d'urgence, à charge de saisir le juge des enfants dans les huit jours. La preuve n'a pas ici été rapportée que le placement a été maintenu. En tout état de cause, il s'est agi, formellement, d'une hospitalisation à la demande du titulaire de l'autorité parentale.

l'autre côté, le vestiaire des patients : tous les effets des adolescents y sont entreposés dans des casiers individuels fermés, avec accès contrôlé.

Une troisième porte, également tenue fermée, donne sur l'espace d'hébergement. Les chambres sont réparties de chaque côté d'un long couloir en parfait état dont les murs sont totalement nus.

Les chambres offrent une surface comprise entre 10 m² (pour les sept chambres individuelles) et 12 m² (pour les trois chambres doubles). Elles ne peuvent pas être fermées de l'intérieur. Les murs sont recouverts de papier peint (trois murs de couleur pâle et le quatrième d'un ton un peu plus soutenu) ; elles sont équipées d'un lit (métal et bois), d'une chaise et d'une table faisant office de bureau, à l'exclusion de tout autre mobilier. Elles ne sont pas décorées. De chaque côté, la fenêtre donne sur un jardin ; l'ouverture, même partielle, nécessite l'intervention d'un soignant. Une onzième chambre individuelle, plus petite, et située à proximité du bureau infirmier, est tantôt dénommée « place de transition » ou « chambre d'observation » ; le patient arrivant y est généralement placé pour quelques jours.

Les sanitaires sont collectifs et répartis en deux espaces dont chacun comprend trois lavabos, deux douches séparées et deux WC. L'unité dispose par ailleurs d'une salle de bains avec baignoire thérapeutique.

Entre deux portions de couloir, un espace plus vaste est consacré à la vie collective : salle à manger, salle de détente (avec baby-foot), salon télévision (non séparé) et cuisine de type « familial ». Deux fenêtres donnent de part et d'autre sur un jardin dont l'un est accessible par une porte tenue fermée. L'espace central est décoré, lumineux et équipé de meubles colorés.

Le bureau de la cadre de santé et celui des infirmiers sont situés à proximité immédiate de cet espace de vie ; la porte du deuxième est équipée d'un hublot ; elle est souvent ouverte lorsque les adolescents sont présents dans l'espace central.

L'unité dispose en outre d'une salle d'activités utilisée pour divers travaux manuels.

Au total, les locaux sont en parfait état mais impersonnels.

Les chambres d'isolement disposent de deux entrées ; la porte qui ouvre sur le sas est munie d'un hublot qui donne vue sur le coin sanitaire, équipé d'une douche, d'un lavabo et d'un WC en métal. La chambre dispose, pour tout mobilier, d'un matelas en mousse épaisse ; les murs sont peints de couleur claire ; une fenêtre dont les vitres ne sont pas opacifiées donne sur un jardin dont il est dit qu'il n'est fréquenté que très exceptionnellement, et exclusivement par les patients de l'unité (cf. § 5.6).

7.5.3 Le personnel

L'unité est placée sous la responsabilité d'un médecin psychiatre, praticien hospitalier ; il est secondé par un praticien hospitalier contractuel et un interne, et assisté d'une secrétaire médicale à temps plein.

L'équipe soignante, placée sous la responsabilité d'un cadre de santé, est composée de :

- douze infirmiers (dix de jour et deux de nuit) ;
- sept aides-soignants (quatre de jour et trois de nuit) ;
- deux éducateurs spécialisés (dont l'un en arrêt pour accident de travail depuis un mois) ;
- une psychologue (0,6ETP) ;
- une assistante sociale (0,5 ETP) ;
- trois ASH.

La médecin cheffe de pôle est généralement présente à l'UASI les mardis et jeudis après-midi. Le médecin responsable est présent toute la journée du mardi et du jeudi ainsi que le lundi matin. Compte-tenu des temps de présence des autres médecins, l'unité est découverte le lundi après-midi et le vendredi après-midi. L'emploi du temps des médecins indique qu'ils sont au CMP, donc joignables en cas de difficulté.

Le pédiatre affecté à l'ensemble des unités de pédopsychiatrie intervient pour le bilan d'entrée puis à la demande.

L'équipe soignante a été présentée comme jeune (en moyenne) et relativement peu formée à la psychiatrie, *a fortiori* aux problématiques adolescentes. Médecins et cadre de santé étaient arrivés depuis quelques mois. Certains responsables souhaitaient questionner quelques éléments du cadre (le tabac, les vestiaires, l'obligation du port des chaussettes et plus largement la part des interdits) et semblaient se heurter à une certaine résistance de la part du personnel mettant en avant la notion de sécurité.

L'équipe se réunit en staff chaque après-midi pour passer en revue le cas de tous les patients. Une fois par semaine se tient une réunion plus institutionnelle, avec les médecins, le cadre et les soignants présents.

Une réunion soignants-soignés se tient chaque semaine, animée par le médecin responsable.

Une fois par mois, l'équipe se réunit autour d'un thème qui constitue une difficulté ou un centre particulier d'intérêt pour les soignants ; le médecin effectue une présentation de type formation.

Au moment du contrôle, l'équipe ne bénéficiait d'aucune supervision.

7.5.4 Le projet thérapeutique

On notera en premier lieu que le « projet d'activité et de fonctionnement », daté de septembre 2013, est particulièrement détaillé et couvre de nombreux aspects de la prise en charge y compris celui des relations avec les institutions extérieures. Un règlement intérieur fait partie intégrante du projet ; le document remis au patient, plus bref, s'intitule « règles de vie dans l'unité ».

Les indications médicales d'admission sont larges : troubles psychiatriques à manifestation aiguë, décompensation de troubles chroniques, atteinte sévère des fonctionnements sociaux et relationnels mettant le patient en danger, situation à caractère médico-légal en lien avec un trouble psychiatrique (que l'adolescent en soit la victime ou l'auteur). Le projet pose également des contre-indications, notamment les troubles psychiatriques stabilisés ne nécessitant pas une prise en charge en milieu fermé et les situations relevant strictement de questions éducatives, judiciaires ou sociales. L'analyse des situations des patients présents lors du contrôle montre qu'entre ces populations, la frontière est ténue.

Le projet privilégie les admissions programmées, ce qui s'avère peu compatible avec une situation de crise. Durant le temps du contrôle, il a pu être constaté que l'unité était très sollicitée pour des accueils en urgence, faute de place dans d'autres structures ; il est aussi apparu que le caractère pressant des demandes risquait parfois de conduire à précipiter une sortie. A cela s'ajoute le fait que la situation des adolescents placés sur la liste d'attente finit parfois par devenir urgente. En pratique et dans l'attente qu'une place se libère à l'UASI ou dans un autre service accueillant des adolescents, les patients en crise, ou sur liste d'attente, sont régulièrement admis en pédiatrie, dans un autre établissement ou en psychiatrie adulte.

En principe, le projet prévoit un accueil de courte durée. En fait, plusieurs patients étaient présents depuis plus de trois mois et l'un depuis un an ; l'analyse de l'hospitalisation la plus longue a conduit l'équipe à estimer que la durée avait permis une amélioration notable de l'état

de la patiente et la préparation d'une sortie concertée avec un établissement scolaire adapté³¹, porteuse de davantage d'espoir.

Le projet repose sur un cadre de soins – locaux, règlement intérieur, emploi du temps – qui se veut ferme sans être rigide et sur des interventions coordonnées des professionnels de santé – dont les missions sont définies par le projet – avec les parents et les partenaires extérieurs.

Les contrôleurs ont pu constater que les contacts avec les services éducatifs, sociaux et scolaires extérieurs étaient la norme : dans la mesure du possible, ils sont contactés avant l'admission pour une évaluation de la situation ; ils sont systématiquement invités aux réunions de synthèse ; les éducateurs viennent rencontrer les adolescents dans l'unité et le projet de sortie est élaboré avec eux.

Une enseignante de l'unité interne à Montesson est notamment associée aux synthèses ; elle effectue des bilans individuels, suit les enfants scolarisés à Montesson et, avec l'accord des parents, assure un lien avec les établissements scolaires extérieurs et contribue à l'orientation. Au moment de la visite, la moitié des patients bénéficiait d'un temps scolaire interne.

Que l'admission intervienne de manière programmée ou en urgence, il est dit que parents et enfants se voient remettre livret d'accueil et règlement intérieur propres à l'unité. Les patients rencontrés n'avaient pas souvenir d'avoir eu ces documents entre les mains – et ne les avaient pas dans leur chambre – mais ont déclaré que les règles – que manifestement ils connaissaient bien – leur avaient été oralement expliquées. On notera que les dispositions du règlement intérieur inséré dans le projet de soins diffèrent quelque peu de celles du document intitulé « règles de vie dans l'unité », théoriquement remis au patient et à ses représentants légaux.

La place des parents. Les contrôleurs ont constaté que les parents étaient très présents dans le discours des soignants. Ils sont rencontrés avant l'admission et à plusieurs reprises pendant le séjour, le plus souvent sous forme d'entretiens familiaux.

De manière générale, les parents sont invités à signer, d'une part, une autorisation de soins, d'autre part, une « fiche d'identification » précisant, pour chacun, s'il est titulaire de l'autorité parentale, d'un droit de visite et d'hébergement et si l'enfant bénéficie d'une mesure de protection³². Il n'est pas demandé de document à l'appui ; en cas de placement, le secrétariat ou l'assistante sociale sollicite copie de l'ordonnance auprès du service intervenant.

Les parents (ou l'un d'eux) sont invités à signer diverses autorisations (sorties, scolarité à l'établissement et contact avec l'établissement scolaire d'origine, droit de faire des photographies).

Au-delà de la suspension initiale, les visites sont possibles et principalement réservées aux parents³³ ; elles sont limitées à deux heures, enserrées dans des horaires (16h30-18h45 les jours sans école et 14h30-18h45 les autres jours). Sous réserve de l'accord du médecin, les visites peuvent avoir lieu dans le salon, dans le jardin de l'unité ou dans le parc.

Les contacts téléphoniques sont également limités : un appel émis par jour, entre 10h30 et 11h30 ou 17h et 18h 45 ; un appel reçu, entre 17h et 18h45, selon les règles de vie. Les appels ont lieu en présence d'un soignant, ce qui fait dire à un enfant : « je sais que c'est pour me protéger mais

³¹ Il était estimé qu'une sortie plus précoce aurait probablement entraîné des allers et retours entre le domicile et l'hôpital.

³² Il est également demandé aux parents s'ils sont représentants légaux de leur enfant ce qui n'a guère de portée pratique.

³³ La fratrie est admise à titre exceptionnel et hors l'unité.

on se sent écouté, je suis pudique, ça me gêne ». Invité à évoquer cette question, un soignant dira que l'écoute est fortuite, le poste téléphonique étant dans le bureau infirmier cf. § 5.2.1).

Les sorties sont autorisées par le médecin ; elles donnent lieu à inventaire au retour (poches retournées, contenu de la valise vidé, contrôle effectué par le soignant). Certains enfants se sont déclarés rassurés de pouvoir appeler le service pendant les séjours au domicile parental : « on peut appeler quand on veut ; on peut même revenir plus tôt si ça se passe mal ».

Le cadre thérapeutique est symbolisé par **la mise en pyjama dès l'arrivée**, pour une durée de 48h. Aucune visite ni sortie ne sont autorisées durant cette période.

Chaussures et vêtements sont placés au vestiaire ; **les patients sont en chaussettes ou chaussons et le restent durant tout le séjour**. Certains soignants ont justifié cette pratique par le risque de fugue (ce qui ne saurait concerner tous les patients, pendant tout le séjour) ; d'autres ont semblé s'en remettre à l'habitude (« on a toujours fait comme ça »).

Lecteurs MP3 et postes de radio sont autorisés, le soir et pendant les temps obligatoires en chambre (quinze minutes avant les repas).

La décoration personnelle est posée comme devant être restreinte. Au moment du contrôle, on pouvait voir, dans quelques chambres, une ou deux peluches, et, chez ceux qui justifient d'un travail scolaire, un livre et un cahier. Un soignant dira à ce sujet : « il ne faut pas qu'ils se sentent trop bien ici puisqu'il leur faudra repartir ». On note que cette limitation dans l'appropriation des lieux n'a pas empêché un adolescent de dire aux contrôleurs : « on est bien ici, c'est un peu notre maison ».

Les enfants rencontrés ne se sont pas plaints de devoir rester en chaussettes. En revanche, l'impossibilité d'accéder à ses vêtements ou de disposer de l'ensemble de ses livres scolaires a pu faire dire à l'un d'eux (en réponse manifeste à l'autonomie attendue) : « franchement, on n'est pas autonome. ».

La chambre est librement accessible (sauf temps de ménage ou tendance à s'y isoler) ; il est interdit d'entrer dans celle d'un autre patient.

Quelques semaines avant le contrôle, cet interdit avait été franchi par un jeune accueilli en hôpital de jour ; il est entré dans la chambre d'une jeune fille qui s'est plainte auprès des soignants d'avoir subi une agression sexuelle. Les faits ont été portés à la connaissance des contrôleurs par les jeunes, dont l'une a semblé perturbée par l'événement sans, disait-elle, pouvoir évoquer réellement la question avec les adultes. Il en sera reparlé plus loin.

Les **entretiens médicaux** sont présentés comme une donnée essentielle au soin ; les patients rencontrés ont tous évoqué des entretiens fréquents (plus d'un par semaine et souvent un par jour, au début). Les entretiens infirmiers sont plus informels ; il n'y a pas d'infirmier référent. Une psychologue intervient auprès des enfants, sur prescription médicale.

Les traitements médicamenteux ne sont pas systématiques ; ils sont discutés avec le jeune et ses parents ; ils sont dispensés avant les repas, en salle de soins où les patients sont appelés un par un.

Les repas sont pris avec les soignants ; le menu proposé par l'hôpital est généralement amélioré pour correspondre davantage aux besoins et aux goûts des adolescents. Une fois par mois il est prévu un repas à thème, pris de manière plus conviviale (les petites tables sont rapprochées en une table unique).

Les **activités thérapeutiques** sont présentées par les soignants comme nombreuses et variées ; au moment du contrôle, l'affichage de la semaine évoquait une activité par jour, au moins : arts plastiques, théâtre, photolangage, goûter-débat, bibliothèque, écouter-crée (musique).

Plusieurs patients ont indiqué que certaines des activités affichées n'avaient pas eu lieu (théâtre notamment, qui ne semblait plus avoir lieu depuis un certain temps) ; quelques soignants ont éprouvé de sérieuses difficultés à en décrire le contenu. Lors de l'un de leurs passages, les contrôleurs ont toutefois pu constater qu'un groupe était conduit de manière improvisée sur le terrain de sport ; ce qui devrait répondre, au moins ponctuellement, à l'une des revendications des patients : « ce qui nous manque le plus ? De l'air ! ».

A la question de savoir ce qui les aidait à aller mieux, plusieurs enfants ont clairement évoqué un cadre rassurant : « ils sont stricts ; au début on n'aime pas mais après on change ; ils sont justes et c'est bien » ; un autre : « chez moi je faisais ce que je voulais ; ici c'est carré, je ne pars plus dans tous les sens ».

Le règlement intérieur inclus dans le projet de soins indique que le **tabac** est formellement interdit dans l'unité et dans le jardin. Selon les renseignements recueillis, la pratique a évolué d'un interdit total à une autorisation contrôlée, en passant par une phase de « tolérance » alliant la connaissance du fait au refus de l'admettre officiellement : le patient fumeur était autorisé à sortir dans le parc et nul n'ignorait qu'il se procurait des cigarettes selon les méthodes les plus diverses (quémander, ramasser des mégots...).

Au moment de la visite, les patients pouvaient fumer à l'extérieur de l'unité, sous réserve de l'autorisation des parents ; le nombre de cigarettes était limité à trois par jour ; elles sont fournies par la famille et placées, avec le briquet, dans le bureau infirmier. Le soignant allume la cigarette et ouvre la porte mais le jeune est laissé seul à la porte de l'unité. Il était prévu de mettre cette question à l'ordre du jour afin de s'assurer que sa gestion, évolutive si ce n'est aléatoire, ne prenne pas le pas sur d'autres aspects du soin (cf. § 5.4).

La sexualité n'est pas abordée dans le projet de soins *stricto sensu*, en tant que problématique inhérente à l'adolescence mais le règlement intérieur intégré au projet de soins dispose : « pas de contacts physiques entre patients. Les relations sexuelles, câlins et baisers sont interdits dans l'unité ». On notera que cet interdit suit immédiatement celui de la violence (« pas de violence verbale ou physique envers les soignants et les autres patients ») et précède un autre interdit, lié, cette fois, à l'intimité (« interdiction de se rendre dans la chambre d'un autre patient », expressément liée au respect de l'intimité).

Le document « règles de vie » remis au patient indique simplement, dans un encadré : « sont strictement interdits, les rapprochements physiques, les violences et insultes à l'encontre des soignants et patients, les intrusions dans les chambres des autres patients ». La logique semble la même et, si elle se conçoit, mériterait probablement quelques explications face à des adolescents que leurs âges (au-delà de leurs problématiques) situent dans des appréhensions différentes de la sexualité. Or il a semblé aux contrôleurs que la question en taraudait quelques-uns qui disaient n'avoir pas eu de réponse (questionnement en lien avec l'agression sexuelle évoquée plus haut, et que son traitement interroge également (cf. *infra*)).

L'isolement. Le placement en chambre dite de soins intensifs fait l'objet d'un protocole ; les indications thérapeutiques sont énoncées et l'attention attirée sur le fait que ce placement ne peut être utilisé pour punir ou mettre à l'écart un perturbateur. Une place est faite à d'autres modalités de gestion de l'agitation (contention psychique, enveloppement...) mais ne s'attarde pas sur l'observation et l'anticipation de la violence. L'unité n'est pas équipée de dispositif permettant de détourner la violence, ni de lieu d'apaisement. Il est dit que la chambre d'isolement peut remplir cet objectif.

Le protocole indique que le placement à l'isolement doit être « validé » par un médecin. En pratique, il est parfois recouru à une prescription « si besoin », pour certains adolescents et pour

une courte période est-il indiqué. Le protocole prévoit une surveillance toutes les heures au moins.

Les soignants se disent respectueux du protocole et évoquent le placement à l'isolement comme « un dernier recours ».

Au moment du contrôle, il n'avait pas été mis en place de registre d'isolement au sens de l'article L3222-5-1 du code de la santé publique. Un tableau récapitulatif a été édité à la demande des contrôleurs ; il fait état de six jeunes isolés depuis 2015, sans contention :

- J : isolée à neuf reprises, pour une durée totale de 47 jours ;
- S : un épisode de 7 jours ;
- F : à l'isolement continu depuis le 23 novembre 2015, soit plus de 3 mois ;
- D : un épisode de 3 jours ;
- N : quatre épisodes, pour une durée totale de 9 jours ;
- M : un épisode d'une journée.

Il semble que les données recueillies ne puissent être considérées comme totalement fiables puisqu'un autre patient au moins a indiqué aux contrôleurs avoir été placé à l'isolement, ce qui a été confirmé par le médecin. Par ailleurs, le registre ne rend pas compte des durées exactes, ni des isolements séquentiels. Il est dit que, à l'exception des patients autistes, l'isolement excède rarement une heure ou deux. (cf. § 5.6)

Deux situations ont par ailleurs interrogé les contrôleurs : celle des conditions d'accueil d'un enfant autiste et celle des suites données à une plainte pour agression sexuelle.

L'accueil d'un enfant autiste. Au moment de la visite, l'unité accueillait depuis plusieurs mois un enfant autiste, âgé de 13 ans, qui ne trouvait plus sa place à l'IME qu'il fréquentait précédemment et que ses parents, décrits comme « très investis », ne pouvaient assumer seuls. Décrit comme d'une violence imprévisible, l'enfant (d'une stature relativement imposante pour son âge) avait occasionné quatre accidents du travail chez les soignants durant les derniers mois. Il était à l'isolement depuis quatre mois au moment de la visite. L'enfant étant dépourvu de langage, les soignants utilisaient des pictogrammes.

L'enfant était sorti de la chambre d'isolement deux à trois fois par jour, en présence des agents de sécurité (en tenue, uniforme et gants, en raison des morsures). Il parcourait alors le couloir en courant, apparemment indifférent à ceux qui pouvaient se trouver sur son passage. En raison d'agressions commises sur d'autres enfants, il prenait son repas de midi un peu avant les autres, dans la salle à manger, avec des soignants, en présence des agents de sécurité.

Outre une sortie dans le parc d'une vingtaine de minutes en compagnie des agents de sécurité et d'un soignant, l'équipe proposait chaque jour un bain thérapeutique et un temps de relaxation accompagné d'une musique douce ; l'enfant était enveloppé dans un matelas gonflable souple sur lequel il se plaçait spontanément. Les contrôleurs ont pu apercevoir l'adolescent qui semblait alors détendu ; un soignant était assis sur le sol à ses côtés et lui parlait doucement.

Malgré l'évidente bienveillance de l'équipe et sa volonté d'offrir à cet enfant des temps individualisés, il est permis de penser qu'il gagnerait à être accueilli dans un lieu spécialement équipé, avec du personnel en nombre suffisant et spécifiquement formé.

Le traitement d'une plainte pour agression sexuelle. Selon les renseignements recueillis, la jeune fille disant avoir été victime d'agression sexuelle dans sa chambre a été encouragée à déposer plainte, une procédure a été ouverte et la jeune fille était convoquée à l'unité médico-judiciaire. Le garçon – dont la situation personnelle est décrite comme difficile, tant au plan

administratif que familial – a été aussitôt exclu de l'hospitalisation de jour ; selon les renseignements recueillis à l'unité, les soins exigés par son état se poursuivent dans les conditions suivantes : il se présente au service tous les quinze jours, accompagné d'un éducateur de l'aide sociale à l'enfance et de deux agents de sécurité ; il est conduit directement en salle de soins où quatre soignants sont présents lors de l'injection. Le jeune homme a été décrit comme « habituellement véhément et provoquant » mais il a semblé difficile de déterminer ce qui, dans le dispositif, pouvait être justifié par une dangerosité réelle et ce qui relevait d'une logique sécuritaire liée à la nature de l'acte reproché. Quoiqu'il en soit, on peut s'interroger, d'une part, sur la nécessité d'un tel dispositif³⁴, d'autre part sur l'image de lui-même qu'il renvoie à cet adolescent.

Par ailleurs, ainsi qu'il a été dit plus haut, les faits ont été évoqués auprès des contrôleurs par les jeunes, qui témoignaient ainsi d'un certain malaise ; or il n'est pas certain que l'occasion ait été donnée aux patients qui le souhaitaient d'évoquer réellement ces événements.

Il serait opportun que l'équipe, confrontée à des adolescents d'âges différents, engage une réflexion sur l'approche de la sexualité, la formulation de l'interdit, la prévention du passage à l'acte, la réponse à la transgression, de sorte que les uns puissent être protégés sans que les autres soient stigmatisés.

7.6 L'UNITE SOINS-ETUDES

Le pavillon Diderot abrite, au rez-de-chaussée, l'unité « soins-études » Esquirol, qui peut accueillir sept adolescents, filles et garçons, âgés de 13 à 18 ans, scolarisés à l'extérieur du CHTR. Le 14 mars – jour de recueil des données – cinq patients étaient hébergés, quatre filles et un garçon.

Il s'agit d'une unité ouverte, qui n'a pas vocation à recevoir des patients admis en soins sans consentement et ne dispose d'aucune chambre d'isolement ni ne pratique l'isolement en chambre. Elle est gérée par le secteur 78I03.

7.6.1 Les locaux

L'unité était précédemment implantée à Poissy, conformément aux préconisations officielles et médicales tendant à offrir aux adolescents un lieu de prise en charge intégré au tissu urbain. Par suite d'une déclaration de non-conformité des locaux, les locaux de Poissy ont été fermés le 15 juillet 2011 et l'unité précipitamment relogée sur le site du CHTR, partiellement rénové à l'occasion.

Selon les renseignements recueillis, la localisation et l'éloignement des autres structures de soins et d'éducation rendent difficiles les partenariats ce qui a contribué à une baisse du nombre des admissions.

Le bâtiment est précédé d'une cour dont la grille, comme la porte de l'unité, reste ouverte en journée (jusqu'à 21h).

Les espaces collectifs – vaste hall polyvalent, salon, salle d'études – sont propres, lumineux et spacieux. Le mobilier est en bon état, coloré, adapté à son usage (ordinateur et tableau noir dans la salle d'études ; fauteuils, table basse et étagères pourvues de livres en nombre dans le salon ; baby-foot et billard...). L'ensemble est convivial.

³⁴ Il ne semble pas que le transport donne lieu à des mesures de sécurité particulières.

Le bureau infirmier, de dimensions réduites, donne vue sur le hall d'accueil et le salon, à condition d'en laisser la porte ouverte, ce qui semble l'habitude.

Les chambres – huit dont une chambre dite d'observation – sont situées dans une aile à part, plus vétuste. Hormis la chambre d'observation, on compte deux chambres individuelles, une chambre à deux lits attribuée aux filles et une à trois lits, attribuée aux garçons.

Les chambres sont de dimensions relativement réduites (10 m² environ pour les chambres individuelles), correctement meublées (lit, table-bureau, chaise, placard et armoire en bois, miroir dans certaines) et dépourvues de sanitaires. Les fenêtres ne peuvent être ouvertes que par un soignant ; il en va de même pour le maniement du store extérieur.

Les jeunes sont autorisés à apporter leurs draps et à décorer leur chambre ; ils peuvent conserver leurs affaires de toilette.

Deux locaux sanitaires offrent chacun un lavabo, deux douches et une baignoire. L'unité dispose également de deux WC.

Dans un coin relativement isolé du secteur d'hébergement, un punching-ball a été installé, qui permet au jeune de « se défouler » sans qu'il soit besoin de recourir à des mesures contraignantes.

7.6.2 Le personnel

L'unité est placée sous la responsabilité d'un médecin psychiatre qui partage son temps entre le pavillon et le CMP. Un cadre de santé est présent à 80 %.

En pratique, selon les renseignements recueillis, le médecin est présent trois demi-journées par semaine.

L'équipe soignante est composée de :

- six infirmiers, quatre de jour et deux de nuit, dont l'un à 0,8 ETP ;
- deux éducateurs (un éducateur en longue maladie était remplacé par un vacataire) ;
- un aide soignant (80 %) ;
- un psychologue (25 %) ;
- une assistante sociale (20 %).
- deux ASH.

Les réunions s'organisent comme suit : *staff* clinique hebdomadaire, réunions d'équipe trois fois par mois, réunion mensuelle avec le médecin et la direction pédagogique de l'unité d'enseignement du CHTR.

La présence soignante auprès des jeunes est toujours constituée de deux soignants au moins, trois en fin d'après-midi et en soirée. Le déroulement d'une journée de soignant est défini par le projet de soins. La fonction d'éducateur et d'infirmier n'est pas différenciée.

7.6.3 Le projet thérapeutique

Le projet médical, daté de janvier 2013, se revendique des préceptes de la psychothérapie institutionnelle : cadre thérapeutique structuré, patient acteur de son traitement, maintien du lien avec l'extérieur.

Il s'adresse à des adolescents des deux sexes, capables de suivre une scolarité à l'extérieur, éventuellement à temps partiel, mais dont la pathologie – qui va de la phobie scolaire ou des troubles de l'humeur à la schizophrénie débutante – nécessite des soins hors du milieu familial.

L'indication est toujours médicale ; elle suit le plus souvent une période de crise, parfois assortie d'une hospitalisation dans un lieu plus contenant.

L'accueil est précédé d'une visite de pré admission associant parents et enfant ; elle permet de confirmer l'indication d'une séparation, de s'assurer de l'adhésion de la famille et de sa capacité à accepter parallèlement une prise en charge ambulatoire. Chaque jeune est en effet suivi par le médecin de l'unité et par un médecin extérieur.

L'hospitalisation est séquentielle ; l'unité ferme du vendredi soir au dimanche soir ainsi que pendant le mois d'août. L'admission vaut en principe pour une année scolaire mais la souplesse est de mise.

La scolarité est considérée comme une composante du soin et les liens avec l'établissement scolaire sont étroits ; un soutien scolaire est en principe organisé au sein de l'unité ; au moment du contrôle, il était estimé insuffisant par les soignants (un professeur d'anglais intervenait une fois par semaine ; l'équipe soignante estimait nécessaire un soutien en français et mathématiques qui n'avait pu se mettre en place).

Selon le projet médical, les entretiens médicaux avec l'adolescent sont hebdomadaires et les entretiens familiaux mensuels. Les adolescents rencontrés évoquent des entretiens exclusivement familiaux, à un rythme variable selon leurs besoins.

Selon le projet, la psychologue assure un entretien hebdomadaire individuel. Tel ne semblait pas le cas au moment du contrôle, plusieurs patients ayant émis le souhait d'une intervention plus intensive.

Deux soignants sont référents. Ils sont chargés par des entretiens réguliers non formalisés de reprendre les difficultés quotidiennes du jeune ou les comportements s'apparentant à un symptôme.

Un groupe de parole hebdomadaire animé par la psychologue et une réunion soignant-soignés complètent les lieux de parole.

Une partie du projet est consacrée à l'organisation de la journée et de la vie collective ; ces règles n'ont pas été déclinées en un règlement de fonctionnement distinct et ne font pas l'objet d'un affichage ni d'une remise au patient ou à leurs parents ; elles sont expliquées oralement par les soignants ; certains jeunes ont dit les avoir apprises par les autres patients ; tous disent que le franchissement d'un interdit donne lieu à un rappel à l'ordre.

L'accès aux chambres n'est pas limité, sauf enfermement « pathologique » mais il n'est pas possible aux adolescents de fermer leur porte de l'intérieur. Les adolescents ne s'en sont pas plaints, évoquant d'une part, un respect réciproque de leur part et, d'autre part, une vigilance des soignants. L'absence de sanitaires individuels en revanche, était estimé problématique, davantage en termes d'organisation (« il faut prendre son tour ») que d'atteinte à l'intimité. L'obligation de cohabiter dans une même chambre était considérée comme difficile.

Les appels téléphoniques sont limités à deux par semaine mais les jeunes disposent de leur téléphone lorsqu'ils sont hors de l'unité.

L'accès à l'ordinateur et à la télévision s'effectue en accord avec les soignants. En pratique, l'usage de l'ordinateur est limité à trente minutes dès lors qu'il n'est pas justifié par les besoins de la scolarité, ce que les jeunes présents ont semblé comprendre.

Sous réserve de l'accord des parents, l'usage du tabac est théoriquement limité à cinq cigarettes par jour ; cigarettes et briquet sont confiés au soignant.

Les relations sexuelles sont « interdites au sein de la structure et entre adolescents en cours de traitement ». On notera que la formulation gagnerait à être explicitée. Les patients évoquent un interdit très fort, visant également le flirt entre patients. Ils ne s'en sont pas plaints. La sexualité, la contraception, le respect de l'intimité, ne font pas l'objet d'un programme plus vaste d'éducation à la santé ; « si on voulait, on pourrait en parler » précise un patient (cf. § 4.6).

Les patients rencontrés ont globalement estimé que la présence permanente des adultes et le fonctionnement de l'unité était « sécurisant ».

Dans le projet médical comme dans le discours des patients, le traitement médicamenteux n'occupe pas une place prépondérante. Il ne concerne pas nécessairement tous les patients. Son administration est assurée par les infirmiers qui le donnent en chambre, le matin.

La sortie est organisée en lien avec les parents, l'école et les intervenants extérieurs, ces derniers continuant d'intervenir pendant l'hospitalisation et participant aux synthèses (une à l'issue de la période d'observation et une au moins par année scolaire).

Le projet envisage la possibilité d'une réadmission à titre provisoire, en cas de difficulté postérieure à la sortie. La continuité des soins est assurée par le maintien du suivi extérieur engagé pendant le séjour.