



Rapport de visite :

Du 4 au 8 juillet 2016 – 1^{ère} visite

Centre hospitalier de

Novillars (Doubs)

SYNTHESE

Six contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier de Novillars (Doubs), du lundi 4 au vendredi 8 juillet 2016.

Un rapport de constat a été adressé au directeur général le 19 décembre 2016. Celui-ci a fait valoir ses observations par un courrier en date du 26 janvier 2017 ; elles ont été prises en considération pour la rédaction du présent rapport.

Le centre hospitalier de Novillars est l'établissement de référence en matière de psychiatrie pour le département du Doubs. Sa capacité totale est de 350 lits et places.

Le domaine s'étend sur 25 hectares, comprenant de nombreux espaces verts mais la majorité des bâtiments est vétuste et offre des conditions d'hébergement déplorables. La construction de nouveaux bâtiments s'avère urgente, d'autant plus que la présence d'amiante a été détectée. Il est à noter que l'établissement est sous-doté financièrement depuis plusieurs années. La modulation financière promise auparavant par l'agence régionale de santé n'est plus garantie en raison d'un changement de gouvernance de l'agence, lié à la nouvelle répartition des régions.

Malgré l'incertitude financière, l'équipe de direction et la communauté médicale œuvrent de concert pour gérer au mieux cette structure. Le projet d'établissement, qui résulte d'une réflexion commune, est cohérent et traduit notamment la volonté d'avoir une gestion homogène des pôles.

Les professionnels de santé ont engagé une réflexion globale sur la prise en charge des patients. Il existe une réelle volonté de faire évoluer les pratiques et notamment celles pouvant porter atteinte aux libertés individuelles. Dans la majorité des unités, une approche souple et individualisée est adoptée à l'égard des patients dont seul l'état clinique peut motiver la restriction de liberté.

Il convient également de souligner la qualité des conditions d'accueil et de prise en charge offertes aux patients détenus. Le centre hospitalier de Novillars et la maison d'arrêt de Besançon travaillent en bonne intelligence afin que les droits fondamentaux des patients détenus soient préservés.

Cependant, malgré la volonté affichée d'offrir une prise en charge de qualité à l'ensemble des patients, les moyens humains sont insuffisants et conduisent le personnel soignant à adopter des pratiques portant atteinte à la liberté d'aller et venir et à la dignité des patients. Ainsi, dans une unité de long séjour qui accueille principalement des patients présentant des troubles graves du comportement, un seul soignant est présent durant la nuit. En conséquence les patients sont systématiquement enfermés dans leur chambre durant toute la nuit alors même que ces chambres ne sont pas équipées de sanitaires, ni de sonnettes d'appel. Outre ces pratiques indignes, on peut s'interroger sur le projet même de cette unité qui a vocation à regrouper dans un même lieu une catégorie spécifique de patients qui, en raison de leur pathologie, ne peuvent pas être pris en charge dans une autre unité. Ces patients sont pénalisés en raison de leur regroupement et des mesures exceptionnelles dont ils font l'objet.

De même, la fermeture permanente de certaines unités porte atteinte à la liberté d'aller et venir des patients autorisés à sortir. Outre les effectifs insuffisants en personnel soignant, le statut d'admission de certains patients en serait la raison alors que seul l'état clinique devrait motiver la décision de la fermeture temporaire des portes.

Enfin, il a été constaté que le recours à l'isolement était fréquent. Cela doit amener les professionnels de santé à poursuivre leur réflexion sur ce point.

Le contrôle du juge des libertés et de la détention, relatif aux mesures de soins sans consentement, s'exerce dans des conditions respectueuses des droits des patients. Il est néanmoins regrettable qu'aucune procédure d'accès systématique à l'aide juridictionnelle pour les patients bénéficiant de l'assistance d'un avocat commis d'office n'ait été instaurée.

En dernier lieu, la procédure sur l'aménagement et l'évolution de la mesure des soins sans consentement pose question. Si la position de la préfecture semble s'être largement assouplie au cours de ces deux dernières années, il a été fait état lors de la visite des contrôleurs, de contraintes imposées par cette autorité et la nécessité d'une progressivité dans le chemin vers la sortie pour les patients admis en soins psychiatriques sur décision du préfet. Il serait par exemple plus aisé d'obtenir l'accord du préfet pour une levée de la mesure de soins sans consentement lorsqu'un programme de soins a été mis en place après l'hospitalisation complète.

OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

1. BONNE PRATIQUE 19

L'instauration d'une formation clinique destinée à l'ensemble du personnel est une initiative qui mérite d'être soulignée.

2. BONNE PRATIQUE 29

Les conditions d'arrivée des patients détenus et des personnes admises en soins sans consentement font l'objet de dispositions particulières préservant la confidentialité.

3. BONNE PRATIQUE 41

Les chambres d'isolement des unités d'admission sont bien équipées. Elles sont toutes munies d'horloges, de téléviseurs, de boutons d'appel et d'un espace sanitaire.

4. BONNE PRATIQUE 45

La formation du personnel soignant aux soins « renforts d'urgence et contention » et le dispositif de renfort d'urgence promeuvent des pratiques de sécurité pour les patients et le personnel, dans une logique d'apaisement des situations de crise.

5. BONNE PRATIQUE 49

Le personnel soignant adopte une approche souple et individualisée concernant la consommation de tabac et l'usage du téléphone portable. Seul l'état clinique du patient peut motiver une restriction.

6. BONNE PRATIQUE 60

L'accueil des patients détenus au sein du CHN constitue un exemple rare. La consommation de tabac est autorisée et le droit au maintien des liens familiaux est respecté. En outre, les patients détenus ont la possibilité de participer aux activités organisées au sein de l'unité. Il serait cependant opportun de formaliser l'ensemble de ces bonnes pratiques par un protocole avec la maison d'arrêt de Besançon.

7. BONNE PRATIQUE 75

Le système d'ouverture et de fermeture des portes des chambres de l'unité Calypso permet aux patients d'avoir un libre accès à leur chambre. En outre, ils peuvent fermer la porte et se reposer en toute tranquillité et sécurité. Ce dispositif favorisant l'autonomie et assurant la sécurité des patients devrait être élargi à l'ensemble des unités de l'établissement.

8. BONNE PRATIQUE 88

La mise en place de sonnettes d'appel portatives à l'unité Lilas est une excellente initiative qui devrait s'appliquer aux unités Calypso et Aubier.

RECOMMANDATIONS**1. RECOMMANDATION 19**

Il conviendrait de mettre en place une politique de mobilité des soignants, exerçant la nuit, afin que ces derniers puissent réactualiser leurs pratiques et leurs connaissances.

2. RECOMMANDATION 22

Il n'est pas admissible qu'en raison du taux élevé d'occupation des unités d'admission, les chambres des patients, placés provisoirement en chambre d'isolement, soient attribuées aux nouveaux entrants. Il doit être mis un terme à cette pratique qui oblige les patients à demeurer en chambre d'isolement après la levée de la mesure. En outre les patients, placés à l'isolement et relevant d'une prise en charge en unité d'admission, ne devraient pas être transférés dans une chambre d'isolement d'unités non adaptée.

3. RECOMMANDATION 30

Le contenu des décisions d'admission en soins sans consentement doit être réactualisé au regard de la loi du 5 juillet 2011, modifiée le 27 septembre 2013.

4. RECOMMANDATION 30

Il convient d'harmoniser les pratiques concernant la notification de la décision d'admission et des voies de recours. De même, le recueil des observations de patients concernant la décision dont ils font l'objet devrait être systématiquement effectué.

5. RECOMMANDATION 31

Il convient de réactualiser le contenu du livret d'accueil en tenant compte des dispositions introduites par la loi du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi du 5 juillet 2011 relatives aux audiences du JLD.

6. RECOMMANDATION 31

Il est indispensable de finaliser, dans les plus brefs délais, la rédaction du règlement intérieur de l'établissement d'autant plus que certaines unités (Lilas, Les Tilleuls) ne disposent pas d'un document précisant les règles de vie et de fonctionnement spécifiques à l'unité.

7. RECOMMANDATION 33

Dans un souci de neutralité et d'indépendance, il est souhaitable que, dans la composition du collège des professionnels de santé, le médecin ne participant pas à la prise en charge appartienne à un autre pôle que celui dans lequel est hospitalisé le patient.

8. RECOMMANDATION 34

Le TGI de Besançon doit mettre en place, comme c'est le cas dans certaines juridictions, une procédure d'accès systématique à l'aide juridictionnelle pour les patients bénéficiant de l'assistance d'un avocat commis d'office.

9. RECOMMANDATION 34

Le tableau de l'ordre des avocats au barreau de Besançon doit être affiché dans les unités d'hospitalisation.

10. RECOMMANDATION 36

La fermeture permanente de certaines unités porte atteinte à la liberté d'aller et venir des patients autorisés à sortir. Le statut d'admission des patients ne peut justifier la fermeture permanente de ces unités. Seul l'état clinique des patients peut motiver la décision de la fermeture temporaire des portes.

11. RECOMMANDATION 39

L'interdiction générale des relations sexuelles dans l'enceinte de l'établissement, telle qu'elle est mentionnée dans le règlement intérieur de l'unité Magnolia, est illégale et doit être retirée.

12. RECOMMANDATION 42

La configuration et l'équipement des chambres d'isolement ou d'apaisement des unités Epidaure, Calypso et Aubier n'offrent pas des conditions satisfaisantes en termes de confort et de sécurité. En outre, la présence de barreaux aux fenêtres leur confère un aspect carcéral. Il est urgent d'y remédier.

13. RECOMMANDATION 43

Nonobstant la prescription des mises en isolement de façon séquentielle, qui n'a pu être évaluée, les contrôleurs observent que le recours à l'isolement est fréquemment utilisé dans l'établissement.

14. RECOMMANDATION 44

La durée maximale de prescription d'une mise en chambre d'isolement doit être réévaluée de façon identique quel que soit le jour de la semaine afin que l'isolement d'un patient ne soit pas prolongé au-delà du temps nécessaire le week-end.

15. RECOMMANDATION 48

Le rôle et le cadre d'intervention des agents, en charge d'assurer la sécurité, doivent être clarifiés afin d'éviter une confusion des rôles et des responsabilités.

16. RECOMMANDATION 55

Il convient d'améliorer l'accès aux ateliers d'ergothérapie, le nombre de participants étant peu élevé.

17. RECOMMANDATION 57

Dans la majorité des unités, la distribution des traitements médicamenteux ne respecte pas la confidentialité des échanges entre les patients et les soignants. Il convient d'y remédier.

18. RECOMMANDATION 71

L'aménagement des espaces extérieurs des unités Eole et Cyclades, constitués d'une seule terrasse petite et grillagée, est insuffisant et inconfortable pour les patients. Il doit être amélioré.

19. RECOMMANDATION 75

Les chambres de l'unité Calypso devraient être équipées de boutons d'appel permettant aux patients de solliciter l'intervention d'un soignant. Il en va de même pour l'unité Aubier.

20. RECOMMANDATION 76

La restructuration des locaux de l'unité Calypso n'étant pas envisageable en raison de l'amiante, la construction d'un nouveau bâtiment s'impose afin d'offrir des conditions d'hospitalisation adaptées aux patients qui y sont admis.

21. RECOMMANDATION 77

Afin de favoriser l'information des patients, des familles et des responsables légaux, un affichage du règlement intérieur de l'unité dans les parties communes de l'unité Calypso serait opportun.

22. RECOMMANDATION 80

Le travail de communication et de collaboration avec les différents pôles afin de favoriser la mobilité des patients de l'unité Aubier doit être optimisé.

23. RECOMMANDATION 83

Les sanitaires du premier étage de l'unité Aubier doivent être en accès libre pour les patients tout au long de la journée.

24. RECOMMANDATION 84

Les conditions matérielles d'hébergement et le manque de moyens humains mis en œuvre dans l'accompagnement des patients hospitalisés à l'unité Aubier sont gravement attentatoires à leur liberté d'aller et venir et à leur dignité. Il est urgent d'envisager le transfert de cette unité dans des locaux adaptés à l'état des patients et aux normes d'hygiène, et par ailleurs, de doter cette unité du personnel nécessaire à une prise en charge hospitalière de qualité.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
OBSERVATIONS	4
SOMMAIRE	8
RAPPORT	10
1. LES CONDITIONS DE LA VISITE	11
2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT	12
2.1 Le centre hospitalier de novillars est l'établissement de référence en matière de psychiatrie dans le département du Doubs	12
2.2 Un centre hospitalier dont le site principal dispose de locaux en partie vétustes et inadaptés	12
2.3 Les postes en personnel médical et paramédical sont tous pourvus mais les effectifs sont insuffisants dans certaines unités	15
2.4 La situation budgétaire est équilibrée mais elle demeure précaire	20
2.5 L'activité de l'hôpital est stable mais le taux élevé d'occupation des lits des unités d'admission impacte les conditions de prise en charge des patients en soins sans consentement	21
2.6 Les contrôles institutionnels : la traçabilité interne est très bien effectuée, mais certains organes de supervision sont peu présents	25
2.7 La prise en charge par la commission des usagers est de qualité et la place accordée aux familles n'a pas été négligée	25
3. LE DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT	29
3.1 L'arrivée des patients admis sans consentement se déroule dans de bonnes conditions	29
3.2 L'information écrite transmise aux patients n'a pas été réactualisée	31
3.3 L'aménagement et l'évolution de la mesure des soins sans consentement demeurent en partie soumis aux contraintes imposées par la préfecture	31
3.4 Le contrôle du juge des libertés et de la détention s'exerce dans des conditions respectueuses des droits des patients	33
4. LES DROITS DES PATIENTS	36
4.1 Des restrictions dans les libertés d'aller et venir qui ne sont pas toujours médicalement justifiées	36
4.2 Le service des tutelles de l'hôpital prend en charge la majorité des patients suivis sur du long terme	36
4.3 Le mode de gestion des biens des patients est contraignant	37
4.4 Les délais légaux de communication du dossier médical sont respectés	37
4.5 Les relations sexuelles ne sont pas interdites, le personnel soignant demeure vigilant à ce que la sécurité des patients soit garantie	38
4.6 L'exercice du droit de vote des patients est assuré	39

4.7 Les patients bénéficient d'un libre accès aux activités religieuses.....	39
5. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION	40
5.1 L'isolement est fréquemment utilisé, dans des conditions matérielles hétérogènes 40	
5.2 La contention est bien encadrée.....	44
6. LES CONDITIONS GENERALES D'HOSPITALISATION.....	46
6.1 Les différentes fonctions qui contribuent à la vie courante donnent satisfaction aux patients.....	46
6.2 Les relations avec l'extérieur sont maintenues	49
6.3 L'accès aux lieux collectifs est bien organisé et permet des activités variées.....	50
6.4 La prise en charge somatique des patients est bien développée.....	55
6.5 Le circuit du médicament et l'activité pharmaceutiques sont de qualité, hormis le mode de distribution des traitements dans les unités	57
6.6 Les incidents font l'objet d'un suivi minutieux conformément aux prescriptions du code de la santé publique	57
6.7 Les liens familiaux des patients détenus sont maintenus durant leur hospitalisation 59	
7. LES CONDITIONS PROPRES A CHAQUE UNITE	61
7.1 Les locaux des unités d'hospitalisation présentent d'importantes différences d'entretien, de fonctionnalité, d'équipements et d'agréments.....	61
7.2 Le pôle A a adopté une approche souple et individualisée au sein de ses unités d'hospitalisation.....	63
7.3 Le pôle B : un pôle dynamique.....	69
7.4 Le pôle C : un pôle largement investi dans les missions de soins intersectorielles.....	77
7.5 Le pôle psychiatrie de la personne âgée possède deux unités d'hospitalisation adoptant des pratiques homogènes.....	85
8. CONCLUSION GENERALE.....	98

Rapport

Contrôleurs :

- Bonnie Tickridge, cheffe de mission ;
- Virginie Brulet ;
- Céline Delbauffe ;
- Jean-Christophe Hanché ;
- Gérard Kauffmann ;
- Philippe Nadal.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, six contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier de Novillars (Doubs), situé 4 rue du docteur Charcot, du lundi 4 au vendredi 8 juillet 2016.

1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le lundi 4 juillet à 16h et en sont repartis le vendredi 8 juillet à 15h. Ils ont réalisé une visite de nuit le soir du 6 juillet.

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 de participants dont le président de la commission médicale de l'établissement (CME), le directeur des soins infirmiers, les directeurs adjoints, les chefs de pôle, les cadres de santé et les représentants des usagers.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le cabinet du préfet du Doubs, la présidente du tribunal de grande instance (TGI) de Besançon et le délégué territorial de l'agence régionale de santé (ARS). Les contrôleurs ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD).

Les organisations professionnelles représentatives du personnel présentes sur le site ont été avisées de la présence des contrôleurs.

Il a été mis à la disposition des contrôleurs une salle de travail équipée d'un 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 qui a été alimenté tout au long de la visite.

Des affichettes signalant la visite de contrôleurs ont été diffusées dans les unités et l'information a également été transmise oralement dans certains services.

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

Une réunion de restitution a eu lieu le vendredi 8 juillet en présence du directeur de l'établissement, du président de la CME, du directeur des soins infirmiers, du médecin responsable du département d'information médicale, des chefs de pôle, des cadres supérieurs de santé et des cadres des unités.

Un rapport de constat a été adressé au directeur général le 19 décembre 2016. Celui-ci a fait valoir ses observations par un courrier en date du 26 janvier 2017, qui ont été prises en considération pour la rédaction du présent rapport.

2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 LE CENTRE HOSPITALIER DE NOVILLARS EST L'ETABLISSEMENT DE REFERENCE EN MATIERE DE PSYCHIATRIE DANS LE DEPARTEMENT DU DOUBS

Au 1^{er} janvier 2015, le département du Doubs comptait 533 320 habitants¹. Le centre hospitalier de Novillars est l'établissement de référence en matière de psychiatrie pour le département du Doubs. Il assure cette mission en coordination avec le centre hospitalier universitaire (CHU) de Besançon, le centre hospitalier de Pontarlier et l'Association Hospitalière de Franche-Comté (Saint-Rémy). Le département est découpé en sept secteurs de psychiatrie générale et deux intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

2.2 UN CENTRE HOSPITALIER DONT LE SITE PRINCIPAL DISPOSE DE LOCAUX EN PARTIE VETUSTES ET INADAPTES

Le centre hospitalier de Novillars (CHN) a ouvert en mai 1968. Construit sur le modèle de l'hôpital village, il a développé immédiatement la psychothérapie institutionnelle et s'est tourné vers l'extérieur. L'établissement comptait alors environ 500 lits. Au fil du temps, les structures alternatives à l'hospitalisation, telles que les hôpitaux de jour et centres médico-psychologiques (CMP), ont vu le jour et le nombre de lits d'hospitalisation a progressivement diminué. Aujourd'hui, la capacité totale du CHN est de 350 lits et places dont 320 en psychiatrie et 30 en maison d'accueil spécialisé (MAS). Il est à noter que dans le cadre de la loi de modernisation du système de santé qui prévoit les groupements hospitaliers de territoire (GHT), le centre hospitalier de Novillars et le centre hospitalier de Saint-Ylie (Jura) viennent d'obtenir l'accord de l'ARS pour créer un GHT spécialisé.

L'établissement dessert trois secteurs de psychiatrie adulte (25 G01, 25 G02 et 25 G03), un intersecteur de psychogériatrie (25 Z01), et un intersecteur de pédopsychiatrie (25 I01) qui couvre l'ensemble du département du Doubs, hormis le Nord du département. La population couverte pour les secteurs adultes représente 287 910 habitants et pour la pédopsychiatrie 393 000 habitants. L'offre de soins est répartie sur dix-huit sites :

- le site central situé à Novillars comprenant 281 lits et places pour adultes;
- treize CMP et/ou centres de guidance répartis dans les principales villes du département ;
- dix-neuf centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) rattachés aux CMP, centres de guidance et hôpitaux de jour (HDJ) ;
- cinq hôpitaux de jours de vingt-sept places, dont deux sont implantés à Novillars, deux à Besançon et un à Pontarlier ;
- un espace accueil adolescents (sept lits et deux places) situé à Besançon ;
- deux foyers de postcure implantés à Besançon ;
- une1 maison d'accueil spécialisée (MAS) de trente places implantée à Novillars ;
- s'y ajoutent trois équipes mobiles, un réseau de santé pour les adolescents, le centre de ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (CRIA VS) et le programme de réussite éducative.

¹ Source INSEE- recensement 2013

Les urgences psychiatriques sont prises en charge au centre hospitalier régional universitaire de Besançon (CHRUB) qui dispose également d'une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) de cinq lits. Elles sont gérées conjointement avec le CHN ; le service des urgences est rattaché administrativement au CHRUB, le CHN ayant la responsabilité médicale.

Les contrôleurs ont visité uniquement le site de Novillars.

2.2.1 L'implantation de l'établissement

Le CHN est installé sur les communes de Roche-Lez-Beaupré et Novillars à environ dix kilomètres de Besançon, sur l'axe Belfort /Montbéliard. On y accède par l'autoroute A36. Il est également desservi par le train qui circule tous les jours. Il existe également deux lignes régulières de bus (73 et 74 GINKO) qui fonctionnent uniquement du lundi au samedi. L'établissement dispose d'une seule entrée principale, équipée d'une barrière commandée par du personnel de surveillance présent sur le site jour et nuit. De nombreux emplacements de parking sont mis à la disposition des visiteurs.

Le domaine s'étend sur une superficie totale de 25 hectares et comprend de nombreux espaces verts aménagés, offrant ainsi un cadre agréable et apaisant. Il compte une trentaine de bâtiments répartis sur l'ensemble du terrain et qui, à l'exception du bâtiment des unités d'admission, n'ont pas fait l'objet de véritables travaux de rénovation depuis l'ouverture du site.

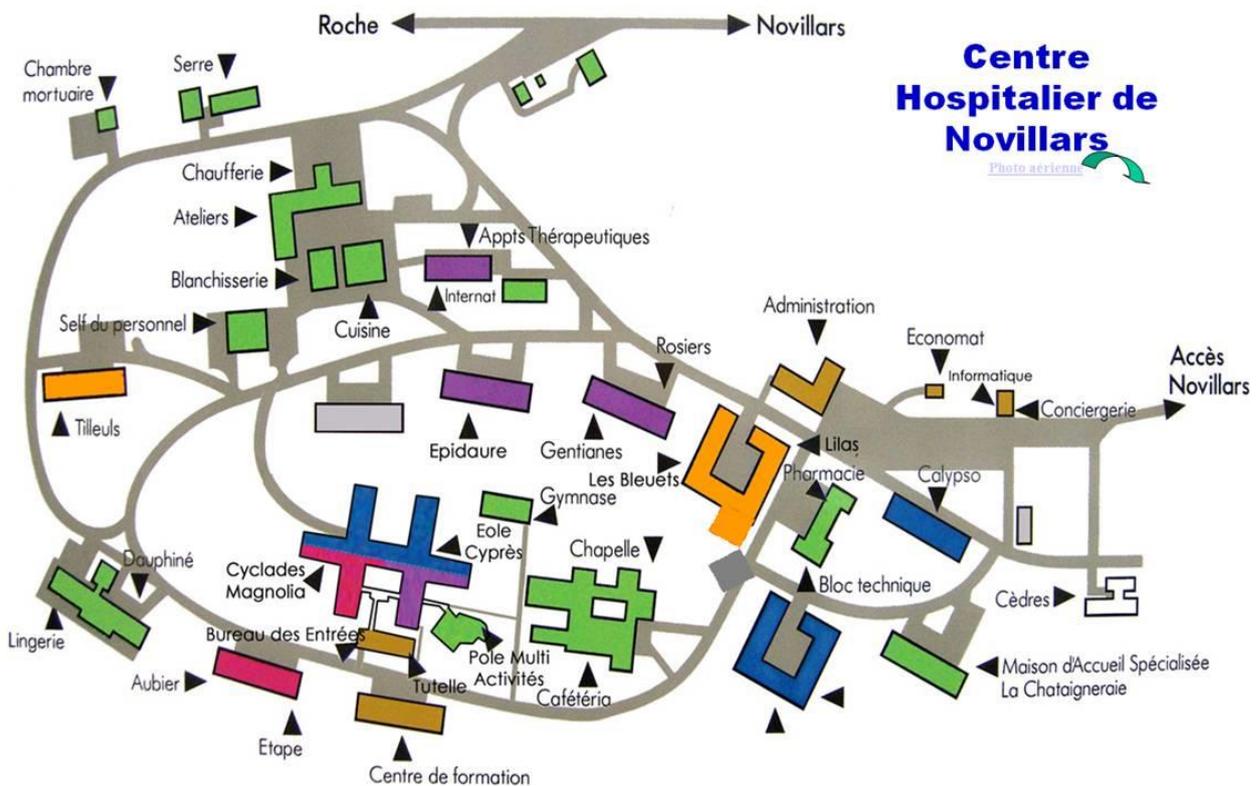


Figure 1 : Schéma du centre hospitalier de Novillars

Les conditions d'hébergement ne sont pas satisfaisantes dans certaines unités accueillant des patients au long cours malgré les efforts fournis pour assurer l'entretien et la propreté des locaux. La construction de nouveaux édifices s'avère urgente d'autant plus qu'il a été détecté la présence d'amiante dans les bâtiments d'origine. Ainsi, lors de la visite, un ancien bâtiment hébergeant

l'unité Magnolia était désaffecté. L'étude d'un projet de construction a été lancée, le coût estimé s'élève à 35 millions d'euros. Bien que l'ARS reconnaisse la nécessité de reconstruire, le projet n'a pas pour autant été validé (cf. § 2.4). Cependant dans le cadre de la négociation du contrat de performance des organisations (CPO) 2014-2017, les orientations suivantes concernant la restructuration architecturale ont été retenues :

- la construction d'une nouvelle MAS visant à accueillir quarante-deux patients au lieu de trente ;
- la construction d'une maisonnée sanitaire, d'une capacité de vingt lits, pouvant accueillir des patients au long cours ;
- la restructuration de soixante-quatre lits par construction d'un bâtiment neuf regroupant des patients au long cours, répartis dans les unités Calypso, Rosiers, Aubier, Etape, Epidaure ainsi que deux patients du pôle PPA (psychiatrie de la personne âgée).

2.2.2 L'organisation fonctionnelle de l'établissement

L'établissement est organisé sur la base de trois pôles de psychiatrie adulte couvrant chacun un secteur de psychiatrie. L'offre de service de chacun des trois secteurs de psychiatrie permet aux personnes d'accéder à un CMP, un HDJ et à un CATTP. Cependant, l'offre de soins est inégalement répartie sur l'ensemble du territoire notamment dans les régions rurales où les délais d'attente peuvent être particulièrement longs (trois à six mois) pour l'obtention d'un premier rendez-vous en CMP.

Les trois pôles exerçant des activités de psychiatrie pour adultes sont les suivants :

- le pôle A couvre le secteur 25 G01 (cantons d'Amancey, Audeux, Boussières, Quingey et une partie de Besançon). Il gère notamment les unités d'admission « Cyprès » et « Epidaure » ainsi que des unités accueillant des patients au long cours, « Gentianes » et « Rosiers ». Il dispose également d'un CMP, d'un CATTP dans le quartier de Planoise à Besançon et d'un foyer « Le Colombier ». La capacité totale du pôle est de quatre-vingt-sept lits d'hospitalisation ;
- le pôle B couvre le secteur 25 G02 (cantons le Russey, Maîche, Marchaux, Pierrefontaine les Varans, Roulans, Saint-Hippolyte, Vercel et une partie de Besançon). Il gère notamment les unités d'admission « Eole », « Cyclades » et l'unité intersectorielle « Calypso ». Le service d'accueil des urgences psychiatriques du CHU de Besançon et l'UHCD sont rattachés à ce pôle. La capacité totale du pôle est de soixante-quatre lits d'hospitalisation ;
- le pôle C couvre le secteur 25 G03 (Baume-les-Dames, Clerval, L'Isle-sur-le-Doubs, Pont de Roide, Rougemont, Roulans et une partie de Besançon). Il gère notamment une unité d'admission « Magnolia » deux unités intersectorielles « Aubier » et « Etape » et le foyer « Les quatre vents ». La capacité totale du pôle est de soixante et onze lits d'hospitalisation, dont vingt et un lits sectorisés. Le dispositif extra hospitalier est constitué de deux CMP, d'une antenne CMP, d'un CATTP et d'un HDJ.

Le CHN comprend également un pôle de psychiatrie de la personne âgée (PPA), secteur 25 Z01, couvrant les trois secteurs de psychiatrie pour adultes. Il dispose de cinquante-neuf lits d'hospitalisation. Enfin, l'établissement compte un pôle psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (PEA) couvrant un intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile. Les unités du pôle PEA (CMP, HDJ,

unité du psycho-traumatisme, maison de l'adolescent, unité Père Mère Bébé) sont implantées au CHRU de Besançon. Le PEA dispose également d'unité de sept lits d'hospitalisation.

Les cinq pôles s'appuient sur un pôle médico-technique « Pharmacie, médecine spécialisée et hygiène », un pôle administratif et un pôle logistique.

2.2.3 Les instances de pilotage

La direction a instauré un cadre de gouvernance institutionnelle au sein duquel « *tout est débattu dans un esprit de confiance mutuelle* ». Un comité de direction se tient chaque semaine et un directoire élargi se déroule chaque mois. Par ailleurs, les échanges quotidiens entre la direction, le président de la CME et la direction des soins infirmiers ont également permis de renforcer la collaboration entre la direction et la communauté médicale. Enfin, chaque mois le directeur rencontre chaque chef de pôle. Sont abordés au cours de ces entretiens, les difficultés de fonctionnement et les projets en cours.

2.3 LES POSTES EN PERSONNEL MEDICAL ET PARAMEDICAL SONT TOUS POURVUS MAIS LES EFFECTIFS SONT INSUFFISANTS DANS CERTAINES UNITES

En 2015, les effectifs globaux de personnel employé au CHN étaient de 712,31 équivalents temps plein rémunérés (ETPR). Ces effectifs sont en légère augmentation par rapport aux années 2014 (705,82 ETPR) et 2013 (693,24 ETPR). Selon les propos recueillis, l'établissement ne rencontre aucune difficulté particulière en matière de recrutement. L'hôpital est situé à proximité de Besançon qui dispose d'une faculté de médecine et d'un institut de formation de soins infirmiers (IFSI).

Par ailleurs, le CHN est perçu par la communauté médicale comme « *un établissement dynamique et attractif* ».

a) Le personnel médical au 30 juin 2016

Fonction	Pôle A		Pôle B		Pôle C		Pôle PPA	
	Total ETP ² prévu	ETP réel	Total ETP prévu	ETP réel	Total ETP prévu	ETP réel	Total ETP prévu	ETP réel
PH ³ temps plein et chef de pôle	1	1	1	1	1	0,90	1	1
PH temps plein	4	3,40*	5,30	5,20	2,70	3,30	2,50	2
PH temps partiel	0	0	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,60
Praticien attaché	0,50	0,50	0,70	0,60	1	0	0	0,40
Assistant***	0	1**	0	1	1	0	0	0

² Equivalent temps plein

³ Praticien hospitalier

Internes	2	2	2	3	2	2	1	1
TOTAL	7,50	7,90	9,50	11,30	8,20	6,70	5,10	5

* Un poste à temps partiel (60 %) avait été transformé en un poste à temps plein dans le cadre du projet de collaboration en addictologie avec le CHU mais il n'a jamais abouti.

** Il s'agit d'une embauche à 80 % en renfort pour l'unité Rosiers.

*** Les postes d'assistants ont été convertis en postes d'internes.

Parmi les postes médicaux, on compte également des médecins généralistes :

- 1,10 ETP au pôle A ;
- 1 ETP au pôle B ;
- 0,80 ETP au pôle C ;
- 1 ETP au pôle personne âgée.

Les praticiens hospitaliers (PH) répartissent leur temps de travail entre l'intra et l'extra hospitalier. Ils sont présents, au minimum une demi-journée, du lundi au vendredi dans les unités d'hospitalisation. Chaque samedi, un PH senior effectue une visite dans les unités du pôle auquel il est rattaché. Durant la nuit et les week-ends, les gardes sont assurées par un interne qui, le cas échéant, fait appel au PH d'astreinte. Les PH se remplacent mutuellement durant leurs congés annuels.

a) Le personnel non médical au 30 juin 2016

Statut	POLE A			POLE B			POLE C			PPA		
	ETP Prévu	Nbre ⁴	ETP réel	ETP Prévu	Nbre	ETP réel	ETP Prévu	Nbre	ETP réel	ETP Prévu	Nbre	ETP réel
Cadre de pôle	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Cadre unité	6	5	5**	4	3	3	5,50	3	2,8	2,50	2	2
IDE unités	56,8	68	64,7	61,5	70	64,3	46,75	50	48,4	35,5	41	40
Aides-soignants	21	24	23,6	18	22	21,6	17	19	18,1	14,5	18	16,40
AMP ⁵	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
ASH ⁶	15,50	19	18,20	14	16	15,2	11	13	12	10	14	12,40
Psychologue	1,90	4	2,15	2,50	2	2	2,95	5	2,90	0,90	2	0,90
IDE sport	0,90	1	0,80	1	1	0,90	0	0	0	0,20	1	0,10
IDE*	0,30	1	0,30	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IDE ou Ergothérapeute	1	1	1	0,40	1,70	0,80	3,20	5	2,40	0,10	0	0
Animateur	0	1	0,20	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Assistante sociale	0,70	2	1,35	1	2	1,50	1	1	1	0,70	2	0,70
Assistant administratif	0	0	0	3	4	3,5	3,20	4	3,20	1,20	2	1,20
Secrétaire médicale	3,10	4	3,10	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	108,2	132	122,4	106,4	122	113,8	91,60	103	93,80	66,6	83	74,7

* Un poste d'infirmier diplômé d'Etat (IDE) est réparti entre les pôles A, B et C.

** Un poste de cadre est pourvu par un poste de faisant fonction de cadre.

⁴ Nombre

⁵ Aide médico-psychologique

⁶ Agents des services hospitaliers

Un des deux postes de psychologue au sein du pôle PPA est pourvu par une neuropsychologue. Il est à noter que l'effectif actuel des IDE et aides-soignants (AS) est supérieur aux effectifs prévus. 95 % des postes, toutes catégories confondues, sont occupés par du personnel titularisé et en contrat à durée indéterminé (CDI), les autres postes étant pourvus par du personnel en contrat à durée déterminée (CDD) et en contrat d'aide à l'embauche (CAE).

A la suite de la mise en place d'un audit diligenté par l'ARS, une renégociation de l'accord des 35 heures a eu lieu, en raison des contraintes budgétaires auxquelles est confronté l'établissement. Depuis le 1^{er} janvier 2016, le personnel dispose de vingt jours de RTT au lieu de vingt-huit. Un nouveau rythme de travail a également été instauré. Ainsi le personnel soignant, exerçant dans les unités d'hospitalisation, assure un temps de présence de sept heures et quarante minutes (au lieu de huit heures) les matins et après-midi. Le roulement des IDE et des AS est donc le suivant :

- 6h40 - 14h20 ;
- 13h40 - 21h20 ;
- 21h - 7h.

Selon les propos recueillis, la nouvelle réorganisation du temps de travail a eu pour conséquence de diminuer, dans certaines unités, les temps de transmission entre les équipes soignantes.

L'organisation actuelle garantit, le matin et l'après-midi, la présence de quatre soignants (deux IDE et deux AS) pour les unités au long cours, Calypso et Aubier, et trois soignants pour les unités d'admission ainsi que les unités Gentianes et Rosiers (deux IDE et un AS) avec la présence d'un quatrième soignant (IDE) de 8h à 15h40. Ce dernier a pour mission d'accompagner les patients en sortie extérieure, d'effectuer les entretiens infirmiers et d'organiser des activités au sein de l'unité. Cependant ce poste supplémentaire n'est pas pourvu tous les jours, comme ont pu le constater les contrôleurs. L'ensemble des cadres et des soignants a indiqué que les effectifs de jour étaient parfois insuffisants pour répondre aux besoins notamment en matière d'accompagnement des patients à l'extérieur et d'organisation d'activités.

Un IDE et un AS sont présents durant la nuit dans chaque unité, à l'exception des unités Aubier et Etape ainsi que les unités Rosiers/Gentiane. Les effectifs sont alors mutualisés : deux soignants sont présents sur deux unités. Cela conduit le personnel à adopter des pratiques portant atteinte à la dignité des patients. A titre d'exemple, faute de personnel en nombre suffisant, les patients de l'unité Aubier sont enfermés dans leur chambre durant toute la nuit (cf. § 7.4.3).

Il n'existe pas de système de rotation entre les équipes de jour et les équipes de nuit ; certains soignants exercent la nuit depuis une dizaine d'années. Seules les équipes de jour sont amenées à remplacer leurs collègues de nuit durant les congés annuels. L'inverse ne se produit jamais. Le risque d'être déconnecté des équipes de jour et de la cohérence de la stratégie de soins est non négligeable. De fait, durant la nuit, les soignants ne bénéficient pas d'un encadrement et les contacts avec les médecins sont rares. Selon les propos recueillis, il avait été envisagé d'organiser un système de rotation permettant aux équipes de nuit d'effectuer des remplacements en journée. Cependant, la médecine du travail s'y est opposée évoquant des répercussions sur l'état de santé des agents.

Recommandation

Il conviendrait de mettre en place une politique de mobilité des soignants, exerçant la nuit, afin que ces derniers puissent réactualiser leurs pratiques et leurs connaissances.

b) La gestion des ressources humaines

Le personnel soignant, nouvellement recruté, est affecté en premier lieu dans des unités d'hospitalisation (long cours et admission) avant d'occuper un poste en ambulatoire. La direction des soins encourage la mobilité interne parmi les soignants qui sont invités à changer d'unité environ tous les cinq ans. En 2015, 185 soignants (32,10 % de la totalité des effectifs) ont été affectés dans une autre unité. Il est à noter que la direction est particulièrement vigilante concernant les unités de long séjour où le risque d'épuisement, pouvant conduire à de la maltraitance, est plus élevé.

Des formations sont intégrées au parcours professionnel des agents. En principe tous les soignants bénéficient systématiquement de la formation portant sur les soins de renfort et la contention en urgence. En 2015, 167 agents ont suivi une formation dont 16 ont participé à la formation portant sur les soins de renfort et la contention en urgence et 6 autres à la formation sur la gestion de l'agressivité. Il existe également une formation sur la prévention et la gestion de l'agressivité. Par ailleurs les médecins de l'hôpital animent une formation clinique thématique, destinée à l'ensemble du personnel soignant et non soignant, environ un après-midi par mois. Certaines unités, comme l'unité Eole, inscrivent automatiquement à cette formation les soignants nouvellement recrutés.

Bonne pratique

L'instauration d'une formation clinique destinée à l'ensemble du personnel est une initiative qui mérite d'être soulignée.

Lors de la visite, la majorité du personnel soignant a exprimé sa satisfaction sur les conditions de travail ; les contrôleurs ont reçu très peu de récriminations. Le taux global de rotation est relativement faible (5,43 %). S'agissant du personnel soignant, l'établissement a enregistré cinquante-deux départs en 2015 pour un total de 746 agents.

Le tableau suivant détaille le taux d'absentéisme du personnel médical et non médical pour les années 2014 et 2015⁷.

Personnels	2013		2014		2015	
	Non médical	Médical	Non médical	Médical	Non médical	Médical
Nombre de journées d'absence durant l'année	17 341	355	18 209	251	19788	429

⁷ Concernant les données relatives à l'absentéisme, depuis l'instruction ministérielle N°DGOS/RH3/DGS/4B/2013/15 du 2 janvier 2013, les taux présentés dans les bilans sociaux ne tiennent pas compte des journées de formation, des absences syndicales et des journées de grève.

Taux d'absentéisme ⁸	7,29 %	2,71 %	7,54 %	2,44 %	8,10 %	3,96 %
---------------------------------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

Les pôles fonctionnent sur un principe de mutualisation pour pallier les absences des IDE, AS et ASH d'une durée inférieure à trois semaines. Au-delà de cette durée, l'établissement fait appel à des contractuels.

2.4 LA SITUATION BUDGETAIRE EST EQUILIBREE MAIS ELLE DEMEURE PRECAIRE

La situation financière de l'établissement est équilibrée. Sur trois ans l'accroissement des produits d'exploitation (+7 %) a été supérieur à l'accroissement des charges de personnel (+5,6 %) et à celui des consommations intermédiaires (+5,5 %). Le compte financier de l'année 2015 fait apparaître un produit d'exploitation de 41 849 k€, un excédent brut d'exploitation de 2 506 k€ et un résultat net de -113 k€.

Les trois chiffres principaux qu'il convient de retenir en 2015 sont : 37 486 k€ de charges de personnel, 2 040 k€ d'investissement et une trésorerie disponible de 8 254 k€ (un emprunt de 10 000k€ a été contracté en 2007).

Mais cet équilibre reste précaire.

Du côté des ressources, les perspectives de recettes de la dotation annuelle de financement (DAF) sont incertaines. Elles avaient été réévaluées en 2015 à la suite d'un groupe de travail conduit par l'ARS (Franche-Comté) pour un montant total de 3 millions d'euros sur 3 ans. Mais cette décision semble remise en cause à la suite du regroupement régional (Bourgogne-Franche-Comté). Or, cette augmentation de dotation « corrigeait » une « insuffisante évaluation historique » et c'est sur cette hypothèse que beaucoup de projets de l'établissement ont été fondés.

Du côté des dépenses d'investissements, le fait « *qu'aucun entretien majeur (hors construction du bâtiment des admissions) n'a été entrepris ces dernières années⁹* » va entraîner des besoins significatifs de financements futurs. Or, l'hôpital a réalisé ou est déjà engagé dans des projets d'investissements importants : fin du chantier MAS Maisonnée (3,4 M€ en 2016) mais également toitures (en 2015), fenêtres du bâtiment des admissions et véhicules de transport des repas en (2016). Les besoins sont importants : reconstruction des anciennes unités, aménagement des locaux de cuisine en raison de la présence d'amiante et prise en compte de nouveaux besoins tels que l'installation d'un automate de dispensation automatique de médicaments et de la mise à niveau du système informatique. Si la direction veut remédier à des situations d'infrastructure quelquefois inacceptables pour les patients dans certains bâtiments anciens, elle peut se trouver dans une configuration financière très difficile. Une situation qui appellerait un nouvel emprunt et deviendrait fortement déficitaire à partir de 2017 ne permettant pas de poursuivre l'activité telle que le souhaite l'équipe de direction.

⁸ Quotient du nombre de jours d'absence/ ETP Moyen*365 (Absences en jours calendaires).

⁹ Comme évoqué *supra*, la présence d'amiante est importante dans des bâtiments construits en 1968.

2.5 L'ACTIVITE DE L'HOPITAL EST STABLE MAIS LE TAUX ELEVE D'OCCUPATION DES LITS DES UNITES D'ADMISSION IMPACTE LES CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT

Le tableau ci-dessous indique l'activité de l'hôpital pour les années 2014 et 2015.

Données	Totalité des pôles		POLE A		POLE B		POLE C		POLE PPA	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
File active totale	4 355	4 275	1 154	1 134	1 783	1 656	1 238	1 255	626	672
File active exclusivement ambulatoire	3 083	2 984	836	814	1 361	1 250	869	851	306	331
File active hospitalisés à temps plein	1 055	1 058	282	274	416	398	300	331	197	208
Nombre de journées d'hospitalisation à temps plein	73 580	71 462	22 498	22 256	20 499	19 618	15 536	14 755	15 047	14 833
Nombre de séjours d'hospitalisation à temps plein	2 199	2 184	556	561	852	807	558	583	364	356
DMH ¹⁰	70	67	80	81	49	49	52	45	76	71
Nombre de lits d'hospitalisation à temps plein	229	229	71	71	62	47	47	49	49	49
Taux d'occupation des lits d'hospitalisation en %	90,4	87,8	88,7	88,4	93,7	89,6	93,7	88	86,2	84,9

La file active totale enregistre une variation très légère de - 1,8 % qui se traduit par la diminution de la file active suivie en ambulatoire.

Les unités d'admissions (Eole, Cyprès et Magnolia) ont un taux d'occupation très élevé qui est parfois supérieur à 100 %. La principale raison réside dans le fait que l'offre en nombre total de lits d'admission adulte sectorisée est inférieure à la demande au sein des trois secteurs. Par ailleurs, en dehors de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), le CHRU de Besançon n'admet pas en hospitalisation de patients en soins sans consentement. Les patients hospitalisés

¹⁰ Le mode de calcul de la durée moyenne d'hospitalisation (DMH) est le suivant : un patient hospitalisé plusieurs fois dans l'année n'est compté qu'une fois pour la durée cumulée de ses séjours.

au CHN ne relevant d'aucun secteur de l'établissement sont affectés dans les différentes unités d'admission selon leur date de naissance. Il a été indiqué que le transfert des patients hospitalisés dans leur secteur d'origine, n'était pas systématique mais dépendait du projet thérapeutique et de l'échéance avant la sortie.

En raison du taux d'occupation élevé dans ces unités d'admission, il arrive fréquemment que toutes les chambres de ces unités soient occupées. Lorsque cette situation se présente, les chambres des patients, placés momentanément en chambre d'isolement, sont attribuées à un nouvel entrant. En conséquence, le patient pour lequel la mesure d'isolement prend fin doit demeurer dans la chambre d'isolement. Cette disposition est communément appelée le « 22^{ème} et le 23^{ème} lit », les unités d'admission étant doté de vingt et une chambres normales et de deux chambres d'isolement. Au cours de l'année 2015, les unités d'admissions comptabilisaient un total de 169 jours d'occupation de leur « 22^{ème} lit » et de 12 jours d'occupation de leur « 23^{ème} lit ». Entre janvier et juin 2016, le total était de 79 jours d'occupation d'un 22^{ème} lit et de 11 jours d'occupation d'un 23^{ème} lit.

Recommandation

Il n'est pas admissible qu'en raison du taux élevé d'occupation des unités d'admission, les chambres des patients, placés provisoirement en chambre d'isolement, soient attribuées aux nouveaux entrants. Il doit être mis un terme à cette pratique qui oblige les patients à demeurer en chambre d'isolement après la levée de la mesure. En outre les patients, placés à l'isolement et relevant d'une prise en charge en unité d'admission, ne devraient pas être transférés dans une chambre d'isolement d'unités non adaptée.

Le tableau ci-dessous indique l'activité par statut d'hospitalisation en 2014 et 2015.

Activité par statut d'hospitalisation	Nombre de mesures		Nombre de patients		Nombre de journées		Nombre de séjours		DMS		DMH annuelle	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Totalité des soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT)	302	302	264	265	10425	10450	524	345	20	20	39	39
Dont SDT	68	66	67	64	2498	2230	107	78	23	29	37	35
Dont soins psychiatriques à la demande d'un tiers - Urgence - (SPDTU)	168	164	149	148	5467	5894	327	192	17	31	37	40
Dont soins psychiatriques à la demande d'un tiers – péril imminent	66	72	61	66	2460	2326	90	75	27	31	40	35
Totalité soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE)	48	52	46	45	3398	2642	76	63	45	42	74	59
Dont à la demande du maire ou sur arrêté préfectoral	40	40	38	37	2688	1763	67	52	40	34	71	48
Dont patients détenus	6	10	6	9	100	459	7	10	14	46	17	51
Dont décision judiciaire	2	2	2	2	610	420	2	3	305	140	305	210
Dont transformation SDT en SDRE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Soins libres (SL)	NA*	NA	915	919	59787	58372	1766	1926	34	30	65	64
TOTAL des patients hospitalisés	NA	NA	1052	1051	73580	71462	2194	2168	34	33	70	68

*NA = Non applicable

Le nombre total de journées d'hospitalisation pour les personnes admises sur décision du représentant de l'Etat a considérablement diminué (22,24 %) par rapport à 2014. Le nombre de mesures en soins psychiatriques sur décision d'un tiers en urgence (SPDTU) représente plus de la moitié de la totalité des mesures de soins psychiatriques sur demande d'un tiers (SPDT). Il convient de préciser qu'il s'agit de patients qui transitent par le service des urgences psychiatriques du CHU dont deux des trois PH sont rattachés au pôle B.

2.6 LES CONTROLES INSTITUTIONNELS : LA TRAÇABILITE INTERNE EST TRES BIEN EFFECTUEE, MAIS CERTAINS ORGANES DE SUPERVISION SONT PEU PRESENTS

2.6.1 Le registre de la loi

Un agent du bureau des entrées est chargé de tenir deux types de registres : l'un pour les admissions en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat, l'autre pour celles effectuées sur demande d'un tiers.

Si ces registres sont globalement bien tenus, certains renseignements à inscrire sur la 1^{ère} page de chaque folio, dans le cadre prévu, pour une meilleure clarté dans la consultation sont parfois manquants comme les mesures de protection, les éventuelles transformations des mesures de soins ou les interventions du juge des libertés et de la détention (JLD), ce qui est d'autant plus dommageable qu'une copie réduite des ordonnances de ce dernier n'est collée dans le registre que lorsqu'une décision de mainlevée de la mesure est prononcée.

2.6.2 La commission départementale des soins psychiatriques

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) est composée de six membres :

- le vice-président du tribunal d'instance de Besançon ;
- un psychiatre, praticien hospitalier ;
- un psychiatre, médecin libéral, président de la CDSP ;
- un médecin généraliste ;
- deux représentants de l'union nationale des amis et familles de personnes atteintes de maladies et/ou de handicaps psychiques (UNAFAM).

La commission visite le centre hospitalier deux fois par an et, à cette occasion, reçoit en entretiens les patients qui en ont fait la demande. Au moment de la visite des contrôleurs, son dernier passage datait du 20 mai 2016 ; son visa dans les registres de la loi n'est assorti d'aucune observation.

La CDSP n'a fait part aux contrôleurs d'aucune difficulté particulière relative aux soins sans consentement dans l'établissement.

2.6.3 La visite des autorités

En dehors de celles de la CDSP, les visites des autorités sont rares. Selon les informations fournies, le directeur de cabinet du préfet du Doubs a visité l'établissement en août 2014 et en mars 2016, le président du tribunal de grande instance (TGI) en novembre 2013 et le procureur près le même tribunal, en novembre 2010.

2.7 LA PRISE EN CHARGE PAR LA COMMISSION DES USAGERS EST DE QUALITE ET LA PLACE ACCORDEE AUX FAMILLES N'A PAS ETE NEGLIGEE

2.7.1 La place laissée aux représentants des familles et des usagers

L'union nationale des amis ou familles de personnes atteintes de maladies et/ou de handicaps psychiques (UNAFAM) est la seule association de familles participant aux instances d'échange et d'information prévues par le code de santé publique.

L'UNAFAM ne tient pas de permanence au sein du CHS de Novillars mais reçoit après rendez-vous téléphonique, à son siège 9 rue de Palente à Besançon.

Les représentants de l'UNAFAM du Doubs qui siègent en commission des usagers ont rencontré les contrôleurs pour échanger sur l'écoute qui leur était réservée au sein de l'établissement.

Sur ce point, le constat est unanime et satisfaisant : les familles bénéficient d'une écoute en progression constante depuis des années et d'une prise en compte de leurs demandes, à la fois rapide et pertinente.

A titre d'exemple, il est cité la réalisation de la fiche « votre proche est hospitalisé » (cf. § 2.7.2) et la rédaction, en cours lors de la visite, du règlement intérieur pour laquelle l'UNAFAM a été consultée.

Concernant les problèmes rencontrés ou améliorations souhaitées par les familles, il a été évoqué la vétusté des locaux datant de 1968, l'inconfort de certaines unités comme Epidaure. Les représentants attendent beaucoup des projets immobiliers de la direction dont ils ont été manifestement bien informés.

La situation géographique de l'établissement et son relatif éloignement de Besançon n'est pas une problématique évoquée par les familles lors des entretiens avec les bénévoles de l'UNAFAM.

Plus globalement, les familles ont abordé deux points dont le premier a été souvent évoqué par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté à l'issue de visites des établissements de santé mentale :

- il concerne la prise en charge des frais d'avocat devant le juge de la liberté et de la détention. La loi précise que le ministère d'avocat est obligatoire mais ne pose aucune disposition sur la prise en compte des frais. L'aide juridictionnelle n'est accordée qu'à ceux des patients dont les revenus le permettent (cf. § 3.4.1) Les familles soulignent la contradiction, elles doivent régler les honoraires d'un avocat dont le ministère leur est imposé par la loi ;
- la seconde revendication porte sur le règlement du forfait hospitalier¹¹. Les mutuelles ou assurances maladie complémentaires n'en assurent le remboursement que pendant un temps limité alors qu'en psychiatrie les hospitalisations peuvent durer plusieurs mois, voire plusieurs années.

2.7.2 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.

Elle s'est réunie à quatre reprises en 2015 (10 mars, 16 juin, 15 septembre et 8 décembre), et quatre dates ont été arrêtées pour 2016 (7 avril, 7 juillet, 13 octobre, 9 décembre).

Le compte rendu annuel 2015 fait apparaître un taux de participation global des participants de 82 % (100 % pour les représentants des usagers).

La commission a pris acte que douze réclamations écrites ou orales ont été formulées en 2015, portant sur « l'information du patient » et « les relations avec les médecins » à deux reprises, « la qualité des soins » à une reprise et « autres motifs » non précisés pour les autres.

La commission a émis trois recommandations :

- sur le thème « information du malade et de la famille » :
 - o amélioration de la communication aux proches du patient ;

¹¹ 13,50 euros par jour en psychiatrie

- demande de présentation et d'information sur les droits du patient.
- sur le thème « qualité de la prise en charge paramédicale » :
 - interrogations sur un point de vigilance concernant la circulation de drogue sur le site.

Ces trois recommandations ont fait l'objet d'une réponse actée dans les comptes-rendus :

- mise en place de la fiche « votre proche est hospitalisé » ;
- réalisation par le mandataire judiciaire d'une présentation informative sur les droits du patient lors d'une réunion de la commission ;
- exposé du directeur de l'établissement sur le dispositif de traitement des problématiques de circulation de drogues sur le site en rappelant notamment l'intervention de la gendarmerie dans les meilleurs délais.

Aucune remarque d'amélioration n'a été formulée.

2.7.3 Les questionnaires de satisfaction

Le questionnaire de satisfaction est remis avec le livret d'accueil, qui explicite en page 20 l'intérêt de la démarche et sa finalité.

Les questionnaires renseignés sont ensuite étudiés et font l'objet d'une large diffusion au sein de l'établissement notamment par la commission des usagers.

Les taux de retour ont été de 38 % en 2014 et 32,4 % en 2015.

Dans le questionnaire le patient est invité à donner son appréciation sur :

- la qualité de l'accueil dans le service de soins ;
- la prise en compte de l'inconfort et des douleurs ;
- la qualité des soins reçus ;
- la qualité des repas ;
- le confort hôtelier ;
- la préparation à la sortie ;
- les bénéfices du séjour sur son état.

Les problématiques de restriction de liberté individuelle (isolement, contention, liberté d'aller et venir) ne font pas l'objet d'une rubrique particulière.

L'analyse des résultats ne fait pas apparaître de données suscitant l'interrogation, à l'exception de l'appréciation globale sur le confort hôtelier qui reste à un excellent niveau 95,8 % d'excellent, très bon ou bon en 2014 et 91,95 % en 2015. Il aurait été intéressant de décliner plus finement par unité, le résultat global donnant un impact numérique fort aux unités d'accueil situées dans les bâtiments neufs.

2.7.4 Le comité d'éthique

Le comité d'éthique est présidé par un professeur de philosophie exerçant à l'université de Franche-Comté, également psychologue et intervenant de longue date au sein du CHN. Il est composé de deux PH représentant la CME, d'un magistrat, de deux représentants des cultes et d'un représentant des usagers.

Le comité d'éthique s'est réuni à cinq reprises en 2015. Il a été consulté sur la rédaction, en cours, du règlement intérieur et s'est attaché à l'amélioration de la qualité d'accueil, tout en regrettant

de n'être pas davantage sollicité par le personnel soignant ou les patients. Les thèmes portant sur la liberté d'aller et venir, l'isolement et la contention ne sont pas abordés.

2.7.5 Les instances de qualité et de prise en charge

La CME du CHN a regroupé ses diverses instances visant à l'amélioration de la qualité des soins dans deux sous-commissions :

- la commission MERIDONT, chargée du comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), du comité de lutte contre la douleur (CLUD), du comité de liaison alimentation et nutrition (CLAN), du comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) et de la question du tabac ; elle se réunit tous les deux mois ;
- le comité de coordination des vigilances et des risques associés aux soins (COVIRIS), il se réunit trois à quatre fois par an.

3. LE DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT

3.1 L'ARRIVEE DES PATIENTS ADMIS SANS CONSENTEMENT SE DEROULE DANS DE BONNES CONDITIONS

3.1.1 Les modalités d'admission

La majorité des admissions de l'hôpital est réalisée par le bureau des entrées ouvert de 8h30 à 17h. Directement rattaché au directeur de l'établissement, il réunit sous l'autorité d'un adjoint administratif, qui a délégation du directeur, trois agents exerçant à temps plein et deux agents à mi-temps.

Ce bureau assure en outre les admissions des différents sites et foyers appartenant au CHN.

En dehors des heures ouvrables, la procédure d'admission est conduite, sous la supervision du cadre de santé de garde, par l'agent administratif positionné à la porte d'entrée qui est également chargé du standard et du contrôle des véhicules. L'administrateur de garde est en lien avec la préfecture et l'ARS. Tous les documents sont ensuite transmis au bureau des entrées.

Le bureau des entrées est situé au rez-de-chaussée du bâtiment hébergeant les unités d'admission. Les patients en soins libres se présentent au guichet, mais ceux qui sont admis en soins sans consentement et qui sont transportés en ambulance, ou dans des véhicules particuliers, s'agissant des personnes détenues par exemple, peuvent emprunter un chemin particulier, qui assure la discrétion et la sécurité de l'accès.

Bonne pratique

Les conditions d'arrivée des patients détenus et des personnes admises en soins sans consentement font l'objet de dispositions particulières préservant la confidentialité.

Durant la procédure d'admission, l'agent du bureau des entrées procède aux vérifications d'identité nécessaires. Il dispose d'un fichier datant de 1999 lui permettant de vérifier le rattachement éventuel d'un patient au secteur concerné. Le plus souvent le choix de l'unité d'hospitalisation a fait auparavant l'objet d'un accord préalable ; dans les autres cas, le bureau des entrées suggère le choix de l'unité en accord avec le responsable (médecin ou cadre de santé) de l'unité concernée. Il est également chargé d'éditer les décisions d'admission et les notifications d'admission. Il a aussi la responsabilité de saisir le juge des libertés (JLD) dans les douze jours qui suivent l'admission sans consentement. Les notifications comportent les informations concernant les possibilités de recours et d'intervention d'un avocat.

Les dossiers administratifs des patients, élaborés par le bureau des entrées contiennent les documents suivants : les pièces justificatives des notifications d'admission et des voies de recours qui sont toujours effectuées dans les services, ainsi que les copies des inventaires individuels réalisés au moment des admissions (documents le plus souvent illisibles et qui seraient utilement réalisés sur support informatique). Il comprend également un document intitulé « bon d'information », censé récapituler les informations individuelles relatives aux patients. Ce document non obligatoire n'est pas rempli avec la rigueur suffisante. On peut s'interroger sur son intérêt.

Enfin le suivi et le contrôle de la procédure de protection des droits est fait de façon manuelle ; les arrêtés en cours sont regroupés dans une pochette alors qu'aucune application logicielle ne permet de vérifier le bon fonctionnement de la procédure.

Les contrôleurs ont constaté que la procédure des admissions était suivie avec rigueur. La notification des droits est contrôlée avec sérieux mais de façon manuelle. Elle pourrait être suivie par une application informatique simple qui en faciliterait le contrôle.

3.1.2 La notification de la décision d'admission, les voies de recours et les informations prévues par la loi

Les notifications de la décision d'admission et des voies de recours sont réalisées dans chaque unité par les cadres de santé, en leur absence, par un infirmier. Les pratiques varient d'une unité à une autre car elles n'ont pas fait l'objet d'une procédure normalisée.

De façon concrète, il apparaît que la décision d'admission fait essentiellement l'objet d'une lettre du directeur signée et notifiée aux intéressés. Elle comporte un paragraphe rappelant le droit de former un recours contre cette décision. Par ailleurs, le patient émerge un document dénommé « notification d'une décision » dans lequel il reconnaît « avoir reçu une ampliation de la décision n° du... » Trace est gardée par le bureau des entrées de ce document.

Ces décisions appellent deux remarques :

- les décisions prises par délégation du directeur ne font pas référence à la délégation (date et numéro) ;
- suite à la mise en application de la loi du 5 juillet 2011, modifiée le 27 septembre 2013, le passage devant le JLD doit s'effectuer dans les 12 jours qui suivent la mesure d'hospitalisation sous contrainte et non dans les 15 jours comme l'indique le document.

Recommandation

Le contenu des décisions d'admission en soins sans consentement doit être réactualisé au regard de la loi du 5 juillet 2011, modifiée le 27 septembre 2013.

3.1.3 Le recueil des observations des patients

Les documents de notification ne laissent pas systématiquement de place pour l'expression des observations des patients ; or la question doit leur être systématiquement posée de savoir s'ils ont des observations à formuler sur la décision dont ils font l'objet. Il a été constaté qu'elles n'étaient jamais recueillies.

Recommandation

Il convient d'harmoniser les pratiques concernant la notification de la décision d'admission et des voies de recours. De même, le recueil des observations de patients concernant la décision dont ils font l'objet devrait être systématiquement effectué.

3.1.4 La désignation d'une personne de confiance

La désignation d'une personne de confiance est systématiquement proposée aux patients. Il leur est demandé de renseigner un formulaire « jaune » récapitulant les divers choix concernant : la désignation de la personne de confiance, le médecin traitant, la confidentialité sur l'hospitalisation et les personnes à prévenir.

Ce document est rempli de manière variable selon les unités. A titre d'exemple, à l'unité Cyclades vingt et un patients sur vingt et un ont désigné une personne de confiance et dix-huit sur vingt-

trois à l'unité Eole. Dans l'unité Tilleuls du pôle PPA, dix-sept sur vingt-quatre patients avaient désigné une personne de confiance. A l'unité Magnolia, seules sept fiches avaient été renseignées pour vingt et un patients présents ; seuls trois patients avaient désigné une personne de confiance. A l'unité Aubier, deux patients avaient désigné une personne de confiance.

3.1.5 La confidentialité sur l'hospitalisation

Le choix de la confidentialité sur l'hospitalisation est systématiquement proposé aux patients. Il se traduit en particulier par une mention qui apparaît automatiquement sur l'écran des standardistes les alertant sur le fait que l'intéressé ne peut être appelé de l'extérieur et que sa présence ne peut être révélée.

3.2 L'INFORMATION ECRITE TRANSMISE AUX PATIENTS N'A PAS ETE REACTUALISEE

3.2.1 Le livret d'accueil

A leur arrivée les patients reçoivent un livret d'accueil. Ce document est clair et sa présentation permet un accès facile aux informations nécessaires. Cependant, les informations concernant le passage devant le JLD non pas été réactualisées.

Recommandation

Il convient de réactualiser le contenu du livret d'accueil en tenant compte des dispositions introduites par la loi du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi du 5 juillet 2011 relatives aux audiences du JLD.

3.2.2 Le règlement intérieur

Lors de la visite, le règlement intérieur était en cours de réactualisation.

Recommandation

Il est indispensable de finaliser, dans les plus brefs délais, la rédaction du règlement intérieur de l'établissement d'autant plus que certaines unités (Lilas, Les Tilleuls) ne disposent pas d'un document précisant les règles de vie et de fonctionnement spécifiques à l'unité.

3.3 L'AMENAGEMENT ET L'EVOLUTION DE LA MESURE DES SOINS SANS CONSENTEMENT DEMEURENT EN PARTIE SOUMIS AUX CONTRAINTES IMPOSEES PAR LA PREFECTURE

3.3.1 Les sorties de courte durée

Les autorisations de sortie accompagnées de moins de 12 heures et de sorties non accompagnées d'une durée maximale de 48 heures ne sont pas consignées dans un registre spécifique et l'établissement ne tient pas de statistiques relatives aux demandes de sorties pour les patients en SPDRE ou en SPDT. Cependant, le bureau des entrées a pu fournir aux contrôleurs les chiffres suivants :

- entre le 1^{er} février et le 7 juillet 2016, vingt-deux demandes de sorties de moins de 12 heures et seize demandes de sortie de moins de 48 heures ont été sollicitées pour des patients en SPDRE ; le préfet s'est opposé à une demande de sortie de moins de 48 heures au motif qu'elle n'était pas accompagnée ;

- entre le 18 juin et le 7 juillet 2016, vingt-deux demandes de sorties de moins de 12 heures et trente-trois demandes de sortie de moins de 48 heures ont été sollicitées pour des patients en SPDT.

Selon les informations fournies, le directeur de l'établissement ne s'oppose jamais aux demandes de sortie sollicitées pour les patients admis à la demande d'un tiers. Concernant celles relatives aux patients en SPDRE, si la position de la préfecture semble s'être largement assouplie, il apparaît qu'un certain nombre de conditions subordonnent l'absence d'opposition du préfet : les sorties de moins de 12 heures doivent être encadrées par deux soignants et celles de moins de 48 heures avoir été précédées d'une sortie de moins de 12 heures.

3.3.2 La levée de la mesure

a) L'avis conjoint

Lorsqu'il estime que les soins à apporter au patient ne nécessitent plus une hospitalisation complète sous contrainte, le médecin psychiatre référent du patient établit un certificat médical dans lequel il préconise une levée de la mesure de soins sans consentement ou une prise en charge sous une autre forme.

Selon les informations fournies, lorsque le médecin préconise la levée de la mesure d'hospitalisation sans consentement des patients en SPDRE, le préfet sollicitait systématiquement, jusqu'à une époque récente, l'examen du patient par un second psychiatre. Cette pratique serait désormais plus exceptionnelle. En 2015, sur trente-cinq demandes de levée de la mesure d'hospitalisation à temps complet de patients en SPDRE, six ont essuyé un refus de la préfecture.

Un certain nombre de médecins continuent d'évoquer les contraintes imposées par la préfecture et la nécessité d'une progressivité dans le chemin vers la sortie ; il serait par exemple plus aisé d'obtenir l'accord du préfet pour une levée de la mesure de soins sans consentement lorsqu'un programme de soins a été mis en place après l'hospitalisation complète.

A cet égard, il est intéressant de reprendre les termes du procès-verbal de la réunion de la CME du 17 mars 2016 « *A la demande de notre établissement suite à la réadmission d'un patient, une réunion relative à la prise en charge des patients irresponsables pénaux s'est déroulée le 15 mars 2016 en présence du représentant de la préfecture et de l'ARS BFC (...) plusieurs points particuliers ont été notés : (...) une demande de levée de soins sans consentement (ambulatoire ou hospitalisation) doit être progressive et préparée en collaboration avec la Préfecture et l'ARS BFC, afin de limiter le recours par le Préfet à la sollicitation d'un second certificat à fournir dans les 72h après le premier* ».

b) Le collège des professionnels de santé

Conformément à l'article 3211-9 du code de la santé publique, le collège des professionnels de santé est composé de trois personnels du centre hospitalier : un médecin psychiatre participant à la prise en charge du patient, un médecin psychiatre n'y participant pas et un représentant de l'équipe pluridisciplinaire prenant en charge le patient.

Les contrôleurs ont consulté six avis rendus par ce collège en 2016 et 2015 et ont constaté que le médecin psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient était toujours un médecin du même pôle (et parfois même le responsable de ce pôle) que le psychiatre participant à la prise en charge.

Recommandation

Dans un souci de neutralité et d'indépendance, il est souhaitable que, dans la composition du collège des professionnels de santé, le médecin ne participant pas à la prise en charge appartienne à un autre pôle que celui dans lequel est hospitalisé le patient.

3.4 LE CONTROLE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION S'EXERCE DANS DES CONDITIONS RESPECTUEUSES DES DROITS DES PATIENTS

3.4.1 Les modalités d'organisation de l'audience

Les convocations à l'audience sont transmises par télécopie au bureau des entrées par le greffe du JLD. Le bureau des entrées les transmet ensuite aux secrétariats médicaux des unités ; une copie est remise au patient par le cadre de santé qui recueille sur un autre exemplaire de la convocation, ultérieurement renvoyé au greffe du JLD, les informations relatives à l'avocat, choisi ou désigné d'office.

Les décisions sont rendues le jour même et directement remises à l'issue de l'audience au bureau des entrées qui les faxe aux secrétariats ; les cadres procèdent à leur notification.

Les quinze vice-présidents du tribunal de grande instance (TGI) de Besançon assurent alternativement les fonctions de JLD ; le souhait de la présidente du tribunal serait de pouvoir créer un poste unique de magistrat en charge de ces audiences afin notamment d'assurer une uniformité des décisions rendues.

Les audiences, y compris celles concernant les patients du centre hospitalier de Pontarlier, ont lieu au sein de l'hôpital depuis septembre 2014 ; en cas d'appel, les patients sont conduits à la cour d'appel de Besançon.

Le JLD tient deux audiences par semaine au sein du centre hospitalier, les mardi et jeudi après-midi. Les contrôleurs ont pu assister à celles du 5 et du 7 juillet 2016. Le parquet n'est jamais représenté à l'audience, il se contente de réquisitions écrites jointes aux dossiers.

En 2015, les JLD ont rendu 280 ordonnances relatives à des patients en soins sans consentement du centre hospitalier dont 17 prononçant une mainlevée. Quarante et une audiences se sont déroulées en dehors de la présence du patient sans qu'il soit précisé si cette absence était liée au refus du patient de comparaître ou à l'existence d'un certificat médical d'incompatibilité. Cependant, selon les informations fournies, il semble que ces derniers soient peu nombreux. Par ailleurs, il arrive que certains magistrats se déplacent dans les unités d'hospitalisation pour rencontrer les patients qui ne peuvent assister à l'audience notamment du fait de leur placement en chambre d'isolement.

Les patients sont convoqués toutes les demi-heures à partir de 14h et peuvent s'entretenir avec leur avocat avant le début de l'audience pour le premier convoqué ou pendant les délibérés. Les magistrats rencontrés ont dénoncé des retards récurrents d'arrivées des patients à l'audience.

Les patients sont accompagnés par un soignant depuis leur unité jusqu'à la salle d'audience ; ce dernier est généralement présent à l'audience mais les magistrats ne le sollicitent jamais pour s'exprimer sur l'état du patient ou les conditions de son hospitalisation.

Selon les informations fournies, la majorité des magistrats ne porte pas de robe durant l'audience ; les deux magistrats rencontrés étaient effectivement en civil.

Le barreau de Besançon dresse mensuellement une liste des avocats commis d'office volontaires chargés des audiences relatives aux hospitalisations sans consentement ; les permanences s'effectuent par jour d'audience. Le bâtonnier, informé de la visite, n'a pas souhaité contacter les contrôleurs pour répondre à leurs questions ; les informations recueillies l'ont été auprès de l'avocat de permanence présent à l'audience. Une demande d'aide juridictionnelle (AJ) est établie après chaque audience par l'avocat commis d'office et transmise au bureau d'aide juridictionnelle (BAJ) accompagnée d'une « *attestation relative aux déclarations faites par la personne hospitalisée à l'audience « hospitalisation sous contrainte » sur sa situation familiale et économique* » – remplie par le patient préalablement à l'audience – et de l'attestation de fin de mission. En cas de refus du BAJ (25 % des cas environ), l'avocat adresse une note d'honoraire au patient ; l'avocat rencontré a précisé que le montant de ses notes d'honoraires était égal à celui de l'AJ (soit 110 euros) mais qu'il ignorait les tarifs pratiqués par ses confrères, il a par ailleurs ajouté qu'il ne relançait jamais les mauvais payeurs.

Les contrôleurs ont noté que le tableau de l'ordre des avocats au barreau de Besançon n'était affiché nulle part dans l'établissement.

Recommandation

Le TGI de Besançon doit mettre en place, comme c'est le cas dans certaines juridictions, une procédure d'accès systématique à l'aide juridictionnelle pour les patients bénéficiant de l'assistance d'un avocat commis d'office.

Recommandation

Le tableau de l'ordre des avocats au barreau de Besançon doit être affiché dans les unités d'hospitalisation.

3.4.2 Les locaux

Les audiences du juge des libertés et de la détention (JLD) se tiennent au sein de l'hôpital, dans une salle de 45 m², servant également de salle de réunion, située au premier étage du pavillon des admissions. Cette salle est fléchée depuis l'entrée de l'établissement. Elle est équipée d'une vaste table de réunion modulaire et de nombreuses chaises. La salle dispose de deux entrées distinctes, l'une réservée au juge et au greffier et l'autre au patient et à son avocat. Un système de deux claustras amovibles permet de réaliser un vis-à-vis entre le juge et le patient tout en évitant le croisement de ces derniers lors des déplacements. Le greffier dispose d'un ordinateur et d'une imprimante.

En l'absence de salle des délibérés, ces derniers se tiennent dans la salle d'audience.

Les avocats disposent d'un bureau de 16 m², habituellement réservé à l'équipe de liaison et de soins en addictologie, situé en face de la salle d'audience.

3.4.3 Les décisions rendues

Comme indiqué *supra*, parmi les 280 ordonnances rendues par le JLD en 2015, 17 ont prononcé une mainlevée de la mesure d'hospitalisation (soit 6 %).

Les contrôleurs ont examiné les dix dernières décisions de mainlevées dont six datent de 2016.

Sur les dix mainlevées ordonnées, seules deux l'ont été pour des motifs d'ordre procédural :

- dans un cas, la procédure n'était pas régulière en la forme puisqu'au moment de l'audience, « *le délai de 12 jours qui court à compter du certificat médical initial permettant l'admission est dépassé* » ;
- dans l'autre, « *aucun certificat médical n'est produit à la procédure postérieurement à la réadmission et qu'il n'est produit que l'avis motivé avant saisine du JLD* ». Le préfet a interjeté appel de cette ordonnance ; la cour d'appel de Besançon a infirmé la décision du JLD ordonnant la mainlevée de l'hospitalisation complète sans consentement.

A cinq reprises, la mainlevée a été prononcée par manque de motivation des certificats médicaux qui ne caractérise pas :

- l'existence d'un péril imminent (dans deux cas) ;
- un risque grave justifiant le recours à la procédure d'urgence (dans deux cas également) ;
- en quoi, dans le cadre d'une procédure de réadmission, la prise en charge sous la forme ambulatoire ne permet plus de dispenser les soins nécessaires.

Il est important de noter que ces cinq décisions ont été prises par trois magistrats différents.

Enfin, trois mainlevées (prononcées par deux magistrats) sont motivées par l'évolution favorable de la situation du patient qui ne justifie plus la poursuite d'une hospitalisation complète sans consentement.

Toutes les ordonnances, à l'exception d'une seule, ont été prononcées avec un effet différé de 24 heures afin qu'un programme de soins puisse, le cas échéant, être établi.

4. LES DROITS DES PATIENTS

4.1 DES RESTRICTIONS DANS LES LIBERTES D'ALLER ET VENIR QUI NE SONT PAS TOUJOURS MEDICALEMENT JUSTIFIEES.

La communauté médicale du CHN a adopté une position de principe qui, dans la pratique, n'est pas respectée. En théorie, il n'existerait pas d'unité fermée mais des unités « modulables ». Le statut d'hospitalisation sans consentement étant à lui seul insuffisant pour justifier la fermeture des portes, seul l'état clinique du patient devrait motiver la décision de fermer provisoirement les portes d'une unité. De surcroît, la communauté médicale veut éviter la stigmatisation des patients en provenance d'une unité fermée.

Parmi les douze unités d'hospitalisation, six avaient leurs portes fermées en permanence lors de la visite. A titre d'exemple, trois unités d'admission Epidaure, Cyprès et Eole étaient fermées. L'unité Eole, en raison de la présence d'un patient admis en SDRE dont la fugue avait été très largement médiatisée, avait fermé ses portes depuis mars 2016. **En 2015, les portes de cette unité ont été ouvertes durant soixante jours seulement.** Il semble que la décision de fermeture de cette unité ait été prise sous la pression exercée par la préfecture (cf. § 7.3.2). Les portes de l'unité Aubier, qui accueille des patients présentant des troubles importants du comportement, étaient également fermées en permanence. En outre, comme évoqué dans le chapitre § 7.4.3, les patients sont enfermés dans leur chambre durant la nuit mais également entre 13h et 14h30.

En raison des effectifs insuffisants en personnel soignant pour vérifier les allers et venues des patients en errance, certaines unités, comme l'unité Calypso (cf. § 7.3.4) ferment leur porte en journée. Les patients autorisés à sortir doivent systématiquement demander aux soignants de leur ouvrir la porte.

Recommandation

La fermeture permanente de certaines unités porte atteinte à la liberté d'aller et venir des patients autorisés à sortir. Le statut d'admission des patients ne peut justifier la fermeture permanente de ces unités. Seul l'état clinique des patients peut motiver la décision de la fermeture temporaire des portes.

4.2 LE SERVICE DES TUTELLES DE L'HOPITAL PREND EN CHARGE LA MAJORITE DES PATIENTS SUIVIS SUR DU LONG TERME

Le CHN dispose d'un service des tutelles au sein duquel exercent trois mandataires judiciaires dont la responsable du service. Lorsqu'un patient, pris en charge par l'hôpital, doit bénéficier d'une mesure de protection juridique, l'assistante sociale de l'unité adresse la demande au juge des tutelles. Ce dernier privilégie le service des tutelles du CHN dès lors que le patient est susceptible d'être pris en charge, sur du long terme, par l'établissement. Lorsque le patient est convoqué par le juge des tutelles, l'assistante sociale se charge de l'accompagner au tribunal.

Le 7 juillet 2016, quatre-vingt-dix-huit patients, pris en charge à temps complet ou en ambulatoire, bénéficiaient d'une mesure de protection juridique. Parmi eux, soixante-quatorze étaient sous tutelle et vingt-quatre sous curatelle renforcée. Il n'a pas été possible de recueillir des données concernant le nombre de patients en soins sous contrainte bénéficiant d'une mesure de protection juridique.

Lorsqu'un patient, suivi par le service des tutelles de l'hôpital, souhaite retirer une somme d'argent de son compte il en fait la demande au cadre de santé de l'unité. Ce dernier transmet la requête au mandataire judiciaire. Il a été indiqué que lorsque le mandataire opposait un refus, il s'agissait bien souvent d'un patient en proie à des achats compulsifs.

Lors des échanges que les contrôleurs ont eus avec différents interlocuteurs, il n'a pas été fait état de difficultés particulières concernant ce service.

4.3 LE MODE DE GESTION DES BIENS DES PATIENTS EST CONTRAIGNANT

La régie de dépôt de l'hôpital assure la gestion de dépôt des valeurs (chéquiers, cartes bancaires et sommes d'argent supérieures à un montant de 20 euros) des personnes hospitalisées. Un carnet de dépôt de reçus des valeurs est mis à la disposition de chaque unité d'hospitalisation. Lors d'une admission, le personnel soignant inscrit dans ce carnet le détail des valeurs déposées. Le patient et un soignant apposent leurs signatures une fois l'inventaire terminé. Si le patient n'est pas en capacité de procéder à l'inventaire, il est effectué par deux soignants. L'inventaire des effets personnels est également effectué par les soignants. En principe, la décision de retirer au patient certains objets est motivée par son état clinique (risque de passage à l'acte par exemple).

Les effets personnels sont conservés dans des casiers situés dans les bureaux des soignants. Selon les unités, les patients sont autorisés à conserver leurs valeurs dans un placard fermé à l'aide d'un cadenas personnel. Dans d'autres unités les portes des chambres se ferment à l'aide d'un badge. Les valeurs sont ensuite déposées à la régie du CHN, ouverte de 8h30 à 16h30 du lundi au vendredi.

L'hôpital n'étant pas autorisé à créer des comptes privés et à gérer l'argent des patients, lorsqu'un patient souhaite retirer une somme d'argent, il est dans l'obligation de récupérer l'intégralité des valeurs déposées. Le personnel soignant doit alors procéder à un nouvel inventaire des valeurs puis les déposer à la régie. Afin de faciliter le quotidien des patients, l'association « Présence » (cf. § 6.3.1) remet, à ceux qui le souhaitent, une somme d'argent liquide en contrepartie d'un chèque.

4.4 LES DELAIS LEGAUX DE COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL SONT RESPECTES

Les informations explicitant les règles d'accessibilité au dossier médical sont disponibles dans le livret d'accueil dans lequel il est fait mention de la possibilité de saisir la commission départementale de soins psychiatriques (CDSP) en cas de refus de communication du dossier.

La demande d'accès au dossier doit être adressée par lettre manuscrite au directeur de l'hôpital. Le courrier est traité par le bureau des entrées. Les données du patient sont enregistrées dans une fiche numérotée. Un courrier, accusant réception, accompagné d'un document précisant les frais de copie (0,18 euro par copie) est alors envoyé au demandeur. Un questionnaire intitulé « accès aux informations personnelles de santé » lui est également adressé. La date d'envoi et de retour du questionnaire est enregistrée. Ce questionnaire indique les documents à communiquer notamment si le demandeur est un titulaire de l'autorité parentale, un mandataire judiciaire ou un ayant droit. Pour un envoi postal, la demande doit être accompagnée d'une copie d'un justificatif d'identité et de domicile ou d'une adresse d'expédition.

Lorsque la consultation du dossier a lieu sur place et qu'il s'agit d'un patient hospitalisé, le médecin en charge du suivi peut décider en fonction de l'état clinique du patient de l'accompagner dans l'examen de son dossier. Lorsque le demandeur n'est plus hospitalisé, il peut

choisir de le consulter seul. Selon les propos recueillis, lorsqu'il s'agit d'une personne qui n'est plus hospitalisée, bien souvent la demande s'effectue par le biais du médecin traitant qui accompagne ce dernier dans l'examen de son dossier.

Pour l'année 2015, trente-six demandes ont été formulées dont trois par des patients hospitalisés. Le délai moyen d'accès au dossier de plus de cinq ans a été de 22,3 jours. S'agissant des dossiers de moins de cinq ans, le délai de 8 jours a été respecté. Parmi les trente-six demandes, neuf ont été classées sans suite en raison, semble-t-il, des questionnaires qui n'ont jamais été renseignés. Il n'a pas été possible de savoir si des refus avaient été opposés aux demandeurs. Selon les informations communiquées aux contrôleurs, la CDSP n'a jamais été saisie.

4.5 LES RELATIONS SEXUELLES NE SONT PAS INTERDITES, LE PERSONNEL SOIGNANT DEMEURE VIGILANT A CE QUE LA SECURITE DES PATIENTS SOIT GARANTIE

Le thème de la sexualité à l'hôpital a fait l'objet d'une réflexion institutionnelle. Un groupe de travail a établi des recommandations portant sur la prévention des infections sexuellement transmissibles chez les patients hospitalisés. Une position de principe institutionnelle a été adoptée. Elle consiste à ne pas interdire les relations sexuelles mais reconnaît à l'hôpital le rôle d'assurer que ces actes, lorsqu'ils ont lieu en son sein, ne portent pas atteinte à la dignité et à la sécurité des patients. Cependant, les contrôleurs ont constaté qu'à l'unité Magnolia, le règlement intérieur de l'unité stipule que « *les relations sexuelles ne sont pas autorisées dans l'établissement* ». L'ensemble du personnel soignant, interrogé sur ce point, s'accorde à dire qu'on ne peut pas interdire la pratique de la sexualité qui est une liberté fondamentale. Pour autant il est impératif de protéger les patients, notamment ceux étant en phase maniaque, d'éventuels comportements à risque. La vigilance des équipes porte également sur les patients qui semblent particulièrement fragilisés ou exposés et dont le consentement mérite toujours d'être interrogé. A cet égard, dès lors qu'un patient souhaite porter plainte pour agression sexuelle ou tentative d'agression sexuelle, il est reçu immédiatement en entretien par le médecin de l'unité. Puis, il est fait appel à la brigade de gendarmerie de Roulans qui recueille sa plainte.

Dans la majorité des unités, à l'exception des unités accueillant les personnes âgées et de l'unité Aubier où le sujet semble demeurer tabou parmi le personnel soignant, **la sexualité est abordée avec les patients dans les jours qui suivent leur admission**. Par ailleurs, lorsque l'équipe soignante constate un rapprochement entre deux personnes, un entretien a lieu avec les patients. Il leur est rappelé que si les relations sexuelles ne sont pas interdites, elles ne sont pas pour autant autorisées dans les unités d'hospitalisation : « *l'hôpital est avant tout d'un lieu de soins et l'accès aux chambres des autres patients est interdit* ». Certaines unités mettent également l'accent sur la démarche éducative développée en deux points :

- chaque patient doit d'abord prendre soin de lui-même ;
- il doit veiller à respecter et aider les autres.

La question de la contraception et de la prévention des maladies sexuellement transmissibles est également abordée. Il est à noter que des préservatifs sont disponibles dans les postes de soins infirmiers et au distributeur automatique de la cafétéria. Les femmes peuvent également bénéficier de consultations de gynécologie.

Recommandation

L'interdiction générale des relations sexuelles dans l'enceinte de l'établissement, telle qu'elle est mentionnée dans le règlement intérieur de l'unité Magnolia, est illégale et doit être retirée.

4.6 L'EXERCICE DU DROIT DE VOTE DES PATIENTS EST ASSURE

Durant les périodes électorales, les informations concernant le droit de vote font l'objet d'un affichage dans chaque unité. Le bureau des entrées adresse aux cadres des unités une note d'information expliquant la marche à suivre pour les patients souhaitant exercer leur droit de vote. Les patients en soins libres, autorisés à sortir seuls, se rendent au bureau de vote. Les patients en soins sans consentement bénéficient soit d'une permission de sortie de courte durée ou remplissent une procuration qui est transmise au bureau des entrées.

Les cadres infirmiers font parvenir, dans les plus brefs délais au bureau des entrées, la liste des patients désirant voter par procuration, ainsi qu'un certificat médical précisant « le patient est en possession de toute ses facultés pour désigner un mandataire en vue de voter en son nom ». Le bureau des entrées contacte la gendarmerie de Roulans qui se déplace au CHN, trois jours avant les élections, pour enregistrer les demandes de procuration.

4.7 LES PATIENTS BENEFICIENT D'UN LIBRE ACCES AUX ACTIVITES RELIGIEUSES

Un service d'aumônerie catholique, représenté par un aumônier bénévole, est organisé au sein de l'établissement. Une affichette, accolée sur le panneau d'affichage de chaque unité, indique les jours de permanence du bureau de l'aumônerie et les jours et les horaires des cérémonies religieuses. Elles sont célébrées à la chapelle située dans l'enceinte de l'établissement. L'affichette comprend également les coordonnées téléphoniques et électroniques de l'aumônier. L'aumônier se déplace dans les unités à la demande des patients, des familles ou du personnel soignant. Selon les propos recueillis, il est également autorisé à rencontrer les patients placés en chambre d'isolement, lorsque leur état de santé psychique le permet. Il rencontre tous les patients, quelle que soit leur confession religieuse.

Il a été précisé aux contrôleurs que les patients souhaitant rencontrer un imam ou un rabbin s'adressent à l'aumônier catholique, qui se charge de contacter le représentant du culte en question.

5. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

Le registre dédié à la contention et à l'isolement¹² prévu par la loi du 26 janvier 2016 était en cours d'élaboration lors de la visite. Les contrôleurs ont pu examiner l'outil informatique, presque finalisé, qui devrait permettre, à partir de l'automne 2016, de créer un registre concernant la contention et l'isolement, en même temps que la prescription et la surveillance de ces mesures dans le dossier informatisé des patients. Néanmoins, les contrôleurs ont eu accès à des données sur les mises en isolement issues des relevés de chaque service.

Les mesures de contention et d'isolement sont encadrées par un protocole élaboré en 2000 et font l'objet de fiches de prescription et de surveillance spécifique, dans le dossier du patient.

L'hôpital mène une réflexion sur ces pratiques, notamment par une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) réalisée en 2008¹³. Il a été décidé de la réactiver lors de la CME d'avril 2016 suite aux récentes recommandations du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL)¹⁴.

5.1 L'ISOLEMENT EST FREQUEMMENT UTILISE, DANS DES CONDITIONS MATERIELLES HETEROGENES

L'établissement comptabilise douze chambres d'isolement ou « d'apaisement » (dont onze étaient utilisables lors de la visite), réparties comme suit :

- deux chambres d'isolement dans chaque unité d'admission sectorisée, Magnolia, Eole et Cyprès ;
- une chambre « d'apaisement » et une chambre « d'isolement » dans chaque unité intersectorielle Aubier, Calypso et Epidaure.

Le 4 juillet 2016, soit durant la semaine de visite des contrôleurs, sept chambres d'isolement étaient occupées (deux à l'unité Eole, deux à l'unité Cyprès, deux à l'unité Aubier et une à l'unité Magnolia). La chambre d'isolement de l'unité Epidaure était également occupée depuis de nombreux mois par une patiente nécessitant des soins somatiques importants. Elle avait donc été transformée en chambre médicalisée afin de lui prodiguer des soins appropriés. Seule la chambre « d'apaisement » de cette unité était donc réellement utilisée pour des mises en isolement (cf. § 7.2. 2).

Les conditions d'isolement sont très hétérogènes dans l'établissement, selon les locaux des unités où il est pratiqué.

Les trois unités d'admission sectorisées, établies dans le bâtiment de construction récente (Magnolia, Eole et Cyprès), disposent de chambres d'isolement qui sont identiques et convenablement aménagées. Chaque chambre d'isolement possède :

- un sas situé entre le couloir du service et la chambre, contenant un placard et dont la porte le séparant du couloir du service est pleine, préservant la confidentialité des soins et l'intimité du patient ;

¹² Article L3222-5-1 du code de santé publique.

¹³ Evaluation des pratiques professionnelles à propos de la pertinence de la mise en chambre d'isolement.

¹⁴ Recommandations en urgence du Contrôleur général des lieux de privation de liberté du 8 février 2016 relatives au centre psychothérapeutique de l'Ain (Bourg-en-Bresse).

- une grande chambre de 15 m² donnant accès à une salle d'eau comprenant un WC, une douche et un lavabo surmonté d'un miroir incassable ;
- dans la chambre : un lit scellé au sol, un bouton d'appel déclenchant une alarme dans la salle de soins, un poste de télévision fixé au mur en face de la tête du lit et protégé par un socle plastifié, une horloge murale ;
- une climatisation, une alarme incendie ;
- de grandes fenêtres qui offrent un éclairage naturel tandis que l'éclairage électrique est assuré par des plafonniers, actionnés depuis la chambre. Malheureusement ces fenêtres sont barreaudées.



Figure 2 : Téléviseur et horloge dans une chambre d'isolement de l'unité Cyprès



Figure 3 : Chambre d'isolement de l'unité Cyprès

Bonne pratique

Les chambres d'isolement des unités d'admission sont bien équipées. Elles sont toutes munies d'horloges, de téléviseurs, de boutons d'appel et d'un espace sanitaire.

Les conditions d'isolement sont nettement moins satisfaisantes dans les unités Aubier, Calypso et Epidaure. Dans ces unités, situées dans des bâtiments anciens, les cinq chambres utilisées pour l'isolement sont souvent vétustes et plus petites (de 9 m² à 15 m²). Les chambres qui n'ont pas de sas d'entrée sont appelées « chambres d'apaisement », mais sont néanmoins utilisées pour l'isolement. Les chambres ne sont pas toutes équipées de la même façon : certaines manquent d'un climatiseur, d'autres d'horloge ou encore de téléviseur. Aucune n'est équipée de bouton d'appel. Elles disposent d'un lavabo mais aucune n'est dotée d'une salle d'eau contenant douche et WC. Il a été indiqué que dans la mesure du possible les patients étaient accompagnés aux toilettes mais que certaines fois, un siège percé était mis à leur disposition.

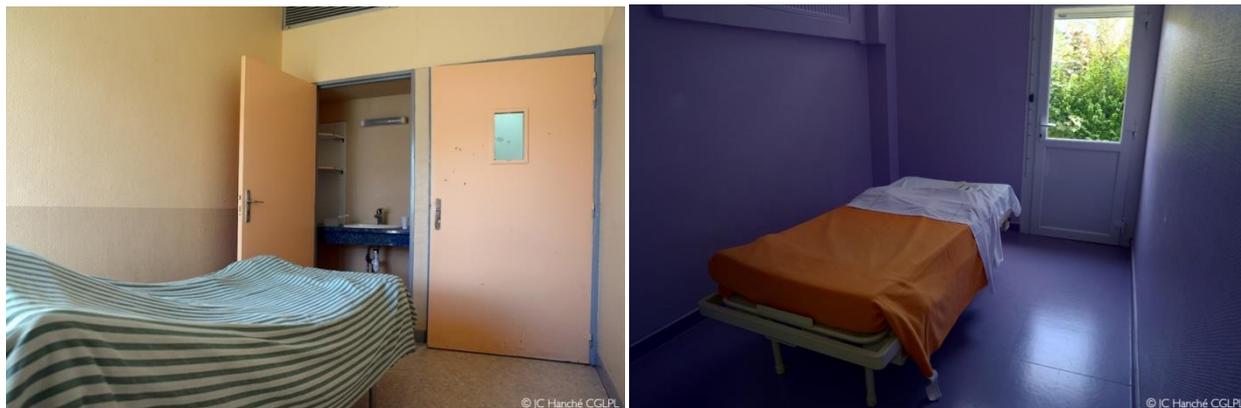


Figure 4 et figures 5 : Chambres d'isolement situées dans les anciens bâtiments

Recommandation

La configuration et l'équipement des chambres d'isolement ou d'apaisement des unités Epidaure, Calypso et Aubier n'offrent pas des conditions satisfaisantes en termes de confort et de sécurité. En outre, la présence de barreaux aux fenêtres leur confère un aspect carcéral. Il est urgent d'y remédier.

Données sur l'isolement au CHN pour la période du 1^{er} Juillet 2015 au 30 Juin 2016¹⁵ :

Au cours de cette période, 142 patients ont effectué un séjour en chambre d'isolement.

Unités*	Nombre de séjours continus**
AUBIER	43
AUBIER, EOLE*	1
AUBIER, MAGNOLIA*	3
CALYPSO	6
CALYPSO ADMISSIONS	15
CALYPSO ADMISSIONS HJ	1
CALYPSO ADMISSIONS, CYPRES*	1
CALYPSO ADMISSIONS, MAGNOLIA*	1
CYPRES	94
CYPRES, EOLE*	1
CYPRES, MAGNOLIA*	1
EOLE	52
EOLE, MAGNOLIA*	2
EPIDAURE	1
MAGNOLIA	109
Nombre total de séjours en chambre d'isolement depuis un an	331

* Lorsque qu'un séjour en isolement a été effectué dans deux unités différentes mais que l'isolement a été continu, il est comptabilisé comme un séjour avec mention des deux unités qui ont pris en charge le patient isolé.

¹⁵ Ces données ne tiennent pas compte d'un séjour de 280 jours relevé dans l'unité Aubier, concernant un patient placé de façon quotidienne dans sa chambre normale, fermée à clefs quelques heures dans la journée, à des fins d'apaisement.

**Un séjour de moins de 24 heures en isolement est compté comme « un jour », même s'il ne s'agit que de deux heures. Le nombre de jours ne tient pas compte des périodes de sortie de la chambre d'isolement lorsque l'isolement est prescrit de façon séquentielle.

Durée du séjour**	Nombres de séjours
1 jour	79
de 2 à 4 jours	164
de 5 à 7 jours	32
de 8 à 14 jours	32
de 15 à 20 jours	9
de 21 à 29 jours	4
de 30 jours à 57 jours	10

Sur cette période, la durée moyenne d'un séjour en isolement est de 5 jours avec un maximum de 57 jours.

L'ensemble du personnel soignant des unités d'hospitalisation a indiqué aux contrôleurs que la prescription d'isolement continu était rare et que l'isolement était prescrit de façon séquentielle dès que possible.

L'isolement se pratique essentiellement dans les chambres d'isolement des unités d'admission. Cependant lorsque celles-ci sont toutes occupées, les unités Calypso, Epidaure et Aubier sont amenées à recevoir des patients en isolement, relevant normalement des unités d'admission sectorisées. Cela concernait six séjours en isolement pour la période allant de juin 2015 à juin 2016. Il a été indiqué que dans ce cas, le transfert du patient dans son unité d'admission était effectué dans un délai de deux à trois jours au maximum.

Il a été indiqué que lorsque la chambre ordinaire d'un patient isolé était occupée et que l'indication d'isolement prenait fin, la chambre d'isolement était maintenue ouverte le temps qu'une chambre ordinaire soit disponible.

Dans les unités Calypso et Aubier, un isolement séquentiel quotidien de quelques heures dans la journée en « chambre d'apaisement » ou en chambre normale, est prescrit pour certains patients, en dehors d'un état de crise aiguë.

Recommandation

Nonobstant la prescription des mises en isolement de façon séquentielle, qui n'a pu être évaluée, les contrôleurs observent que le recours à l'isolement est fréquemment utilisé dans l'établissement.

Dans sa réponse, la direction indique que dans le présent rapport les références permettant d'évaluer que les pratiques d'isolement sont fréquentes au sein de l'établissement ne sont pas précisées et aucune donnée comparative n'est présentée dans le rapport. Les contrôleurs maintiennent leur constat.

Le protocole de mise en isolement et la fiche de prescription spécifique sont identiques dans tout l'établissement. La fiche de prescription médicale prévoit :

- la prescription par le médecin de la mesure, son motif, les indications et les contre-indications de la mesure et sa durée ;
- les modalités de surveillance du patient (au minimum toutes les heures, parfois plus) et de prévention des complications réalisée par les infirmières ;

- les « modalités » pour le patient : isolement continu ou séquentiel, mise en pyjama (ou non), lieu des prises de repas, possibilité de visite, possibilité de téléphoner, possibilité de sortir fumer accompagné ou prescription de substituts nicotiques pour les fumeurs.

La prescription de mise en chambre d'isolement est de 24 heures maximum en semaine et de 48h le samedi après-midi et le dimanche.

Recommandation

La durée maximale de prescription d'une mise en chambre d'isolement doit être réévaluée de façon identique quel que soit le jour de la semaine afin que l'isolement d'un patient ne soit pas prolongé au-delà du temps nécessaire le week-end.

Les patients, placés à l'isolement, bénéficient d'une visite médicale quotidienne effectuée par le médecin psychiatre ou l'interne de garde. L'examen somatique des patients isolés est effectué par les médecins généralistes des unités.

En l'absence du médecin, il est prévu que les infirmiers puissent placer un patient à l'isolement afin de le « protéger ». Le médecin du service ou l'interne de garde sont immédiatement prévenus afin d'effectuer la prescription de la mesure et des traitements dans les deux heures qui suivent le placement à l'isolement.

Lors de la visite, tous les patients placés en chambre d'isolement étaient admis en soins sans leur consentement. Il a été indiqué que lorsqu'une personne admise en soins libres était placée en chambre d'isolement, le changement de son statut d'admission en soins sans consentement était opéré immédiatement.

Il a été mentionné que les personnes affectées dans les chambres d'isolement n'étaient jamais vêtues de pyjama lorsqu'elles sortaient de leur chambre pour se rendre dans les espaces communs et que la prescription initiale de port de pyjama en chambre d'isolement était fréquente mais pas systématique.

5.2 LA CONTENTION EST BIEN ENCADREE

Il a été évoqué dans toutes les unités que la mise en contention était rarement pratiquée dans l'établissement. Cependant au moment de la visite, deux patients hébergés à l'unité Aubier étaient régulièrement mis sous contention.

La prescription de contention et les modalités de surveillance de cette mesure sont prévues dans le protocole de mise en chambre d'isolement. Il a été indiqué que les patients contenus étaient surveillés toutes les demi-heures par les infirmiers et bénéficiaient d'un examen médical systématique réalisé par le médecin généraliste. Une réévaluation pluriquotidienne est effectuée par le médecin psychiatre afin que la contention soit levée dès que possible.

Lors de la visite, quatre patients placés en chambre d'isolement avaient une prescription de contention « si besoin ». Il a été expliqué que cette prescription permettait aux infirmiers de faire face à l'urgence. Le médecin est alors appelé immédiatement afin de rédiger la prescription de la contention et les traitements nécessaires.

En dehors des états de crise, la pratique de la contention séquentielle afin d'éviter les chutes (dite « passive ») ou afin d'apaiser le patient est utilisée. Dans ces cas, la contention est toujours *prescrite* par un médecin. Lors de la visite, les contrôleurs ont notamment relevé ces pratiques dans les unités suivantes, en dehors des chambres d'isolement :

- dans l'unité Cyprès, un patient avait une prescription de contention séquentielle si besoin ;
- dans l'unité Magnolia, un patient avait une prescription de contention séquentielle si besoin ;
- dans l'unité Calypso, un patient avaient une prescription systématique au fauteuil et deux patients avaient une prescription de contention si besoin (l'un au fauteuil et l'un au lit)
- dans l'unité Aubier, deux patients avaient une prescription de contention séquentielle « si besoin » au quotidien, pour l'un, afin d'empêcher qu'il ne se griffe, à sa demande et pour l'autre, le soir, afin l'aider à s'endormir ;
- dans l'unité Lilas (pôle de la personne âgées), deux patients avaient une contention « si besoin », dont un pour l'aide à l'endormissement (cf. § 7.5.2) ;
- dans l'unité Gentiane (prenant en charge des patients souffrant d'autisme), il a été mentionné que la contention peut être parfois utilisée, en fonction de l'état clinique des patients.

Les contrôleurs s'interrogent sur la possibilité d'alternatives à l'utilisation de ces contentions. Il a en effet été évoqué par des soignants que l'architecture de certaines unités et les effectifs parfois restreints en personnel soignant favorisaient le recours à la contention.

Une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) de 2007 et 2011 a été menée sur la contention physique « passive » concernant essentiellement les contentions de maintien au fauteuil pour les sujets âgés. Des recommandations ont été émises pour l'ensemble de l'hôpital à l'issue de cette EPP. Elles rappellent la nécessité d'évaluer les bénéfices et les risques avant l'utilisation de la contention et l'obligation d'une prescription médicale systématique.

Concernant le matériel utilisé, les unités ont recours aux draps de sécurité pour la contention passive durant la nuit. Ils permettent au patient d'être libre de ses mouvements sans pour autant risquer de tomber du lit. Des gilets de maintien au fauteuil sont également utilisés en journée.

Les sangles de contention, utilisées dans l'établissement, sont en tissu. Elles permettent d'attacher le corps en cinq points : poignets, chevilles et ceinture abdominale. Lors de la visite, il était prévu de remplacer le matériel. Les bandes blanches de contention devaient être remplacées par des bandes bleues, destinées à la contention pelvienne.

L'ensemble du personnel soignant (infirmiers et aides-soignants) reçoit obligatoirement une formation « soins, renfort d'urgence et contention ». Elle consiste à enseigner aux soignants les comportements à adopter pour apaiser et maîtriser un patient agité ainsi que la pratique de la contention. Deux autres formations sont proposées de façon facultative : « self-sauvegarde » et « violence et agressivité ».

Un dispositif de renfort d'urgence est organisé dans l'établissement. Six soignants (de différents pôles) en journée et cinq soignants ainsi que l'agent de sécurité la nuit, sont désignés quotidiennement (par roulement) pour répondre aux appels d'urgence activés par les unités (cf. § 6.1.3).

Bonne pratique

La formation du personnel soignant aux soins « renforts d'urgence et contention » et le dispositif de renfort d'urgence promeuvent des pratiques de sécurité pour les patients et le personnel, dans une logique d'apaisement des situations de crise.

6. LES CONDITIONS GENERALES D'HOSPITALISATION

6.1 LES DIFFERENTES FONCTIONS QUI CONTRIBUENT A LA VIE COURANTE DONNENT SATISFACTION AUX PATIENTS

6.1.1 La restauration

La restauration de l'ensemble de l'hôpital (patients et self du personnel) est assurée par un service en régie qui semble donner satisfaction.

Le service restauration est composé d'un chef de cuisine, de quinze cuisiniers et d'aide-cuisiniers qui tournent en trois équipes dont la composition est revue chaque année.

L'approvisionnement est assuré au sein d'un groupement d'achats hospitaliers qui fonctionne bien en raison d'une excellente association des participants aux décisions.

La tenue des effectifs et de la paie est assurée par un logiciel de gestion du temps (HOROQUARTZ). Les commandes particulières des services sont assurées par un nouveau logiciel HESTIA qui, vu du service restauration, donne satisfaction.

Sur le plan matériel les locaux sont spacieux, clairs et très propres. Ils devront faire l'objet de gros travaux en raison des infiltrations constatées et de la découverte de la présence d'amiante qui doit rendre ces travaux plus particulièrement onéreux. Les équipements sont d'anciennetés variables mais fonctionnent bien.

La diversité et la qualité diététique des menus sont assurées par un système de cycles de cinq à sept semaines qui varient en fonction des saisons (quatre périodes). Le but est qu'il n'y ait pas deux fois le même plat au cours d'une semaine.

Curieusement la mesure de la satisfaction des clients est peu pratiquée : un bilan annuel est tiré des questionnaires de sortie (cf. § 2.7.3) mais les comités des repas qui associaient les patients ne semblent plus pratiqués.

Un contrôle régulier des cuisines est assuré par la direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP). Le dernier contrôle a été réalisé le 23 septembre 2015. Il a relevé cinq non-conformités de niveau « moyen » sur des sujets (transport des repas en particulier) qui ont été réglées.

Chaque mois un laboratoire d'analyse (ACRO-ANALYSE de Woippy, Moselle) vient vérifier la qualité des denrées. Les résultats sont satisfaisants et particulièrement surveillés car une intoxication alimentaire était intervenue en 2013.

6.1.2 L'hygiène

L'entretien des locaux est assuré par le personnel de l'hôpital. Il est le plus souvent satisfaisant.

L'hôpital dispose d'un service d'entretien du linge comprenant une buanderie et une lingerie.

Si l'entretien du linge plat est externalisé auprès d'un groupement extérieur, situé à Besançon, qui donne satisfaction (pour six à sept tonnes de linge par mois), le reste des besoins est assuré en interne par une équipe de sept personnes disposant d'un local clair et d'équipements récents et satisfaisants (traitement de 800 Kg/jour).

Les patients ont la possibilité de faire laver leur linge. Le ramassage est effectué deux fois par semaine, la restitution intervient dans les deux à trois jours. Ce service est gratuit. Lors du premier passage le linge est marqué ce qui en facilite le traitement et la distribution.

Le service dispose d'un vestiaire, contenant un lot de vêtements, permettant de répondre aux nombreux besoins des patients hospitalisés sur le long cours. Située dans des bâtiments anciens, cette lingerie de taille humaine est particulièrement accueillante et disponible pour les patients. Cependant, elle est probablement appelée à disparaître. Ce service sera alors confié à un prestataire extérieur.

6.1.3 La sécurité

Dépendant du responsable des services techniques, un nouveau responsable de la sécurité a été nommé depuis deux ans et s'est attaché à renforcer le dispositif. Il dispose d'une dizaine de collaborateurs dont six agents administratifs chargés de l'accueil, trois agents de sécurité et une dizaine d'agents en charge des travaux d'entretien dont la réactivité est appréciée par les patients car ils peuvent en temps réel résoudre de nombreuses difficultés techniques.

Les agents administratifs assurent le standard général de l'hôpital, la surveillance de l'entrée unique et, le soir ou le week-end, les formalités sommaires d'admission. Ils sont installés dans un local plutôt fonctionnel, situé dès l'entrée d'où ils peuvent assurer une surveillance générale, l'accueil et la résolution des incidents.

Les postes récepteurs individuels qui permettent aux équipes soignantes d'appeler à l'aide en urgence sont stockés et distribués à partir de ce centre. Ce système de fonctionnement moyen aujourd'hui sera remplacé en fin d'année par une solution technique plus moderne : téléphone et alerte individuelle sous protocole IP.

Six adjoints administratifs se relaient pour assurer la sécurité au sein de l'établissement. Pour autant, la sécurité générale reste très perfectible. Aucun contrôle effectif n'est réalisé à l'entrée notamment des véhicules¹⁶, le personnel ne dispose pas de badges¹⁷, il n'existe pas de caméra de surveillance et la clôture des 25 hectares reste aisément franchissable. Les agents, chargés de l'accueil, sont fortement sollicités par des tâches multiples.

Les exercices incendie sont régulièrement effectués (le dernier est intervenu le 12 juin 2016). Les alarmes incendie des locaux sont centralisées dans chacun des pavillons mais ne sont pas reportées au poste d'accueil. Compte tenu de la grandeur du site, il s'agit là d'une faiblesse manifeste dans le dispositif général de sécurité.

Trois agents de sécurité présents la nuit dans le bâtiment des admissions assurent, de 20h30 à 6h30, deux rondes dans l'ensemble du site. Ces rondes ne sont pas mentionnées dans les fiches de poste.

Par ailleurs, chaque nuit un agent est désigné, pour intervenir dans les unités et venir en aide au personnel soignant lorsque ce dernier actionne le dispositif d'urgence. Selon les propos recueillis, ces interventions, relativement fréquentes, sont toujours réalisées sous le contrôle d'un soignant. Les contrôleurs ont examiné le registre répertoriant ces interventions.

Dans sa réponse, la direction précise que l'agent de sécurité est sollicité la nuit lorsque par exemple deux soignants doivent partir chercher un patient aux urgences psychiatriques. En général l'administrateur de garde fait appel à deux soignants dont obligatoirement un IDE en

¹⁶ Les contrôleurs ont ainsi pu rencontrer en dehors des heures de visites un visiteur qui circulait dans l'hôpital avec son véhicule à la recherche d'un patient.

¹⁷ Sauf pour accéder au self

diminuant l'effectif de deux unités. L'agent de sécurité est positionné dans l'une des unités le temps du déplacement des soignants. Les contrôleurs maintiennent néanmoins leur constat.

Entre le 26 février et 3 mai 2016, les agents ont été sollicités à vingt-neuf reprises pour des interventions relevant des catégories suivantes :

- aider à relever un patient au sol ;
- mise en contention ;
- injection en chambre d'isolement ;
- surveillance d'un patient ;
- accompagner un patient en chambre d'isolement ;
- donner un traitement en chambre d'isolement ;

Interrogés par les contrôleurs, la direction des soins et le cadre de santé, en charge de la formation, ont précisé que les interventions des agents ne portaient jamais sur les soins et qu'en principe ils n'avaient pas un contact physique avec les patients. Pour autant, les conditions de leurs interventions prévues à leur fiche de poste sont indiquées en ces termes « *aide à la maîtrise d'individu sous le contrôle du personnel soignant.* » Le contenu du document, tel qu'il est formulé, peut prêter à confusion.

Recommandation

Le rôle et le cadre d'intervention des agents, en charge d'assurer la sécurité, doivent être clarifiés afin d'éviter une confusion des rôles et des responsabilités.

Pour l'ensemble de la sécurité du site, les divers contrôles nécessaires sont suivis et n'appellent pas de commentaires particuliers. L'hôpital a fait l'objet en 2014 d'un audit général de sécurité. Les recommandations sont suivies assez convenablement.

6.1.4 Les transports

L'hôpital dispose d'une ambulance et deux véhicules sanitaires légers qui sont gérés par le pôle PMSH auquel sont affectés les deux ambulanciers. L'entretien de ces véhicules est assuré par le secteur privé.

6.1.5 L'accès au tabac

La politique suivie par l'établissement reste stricte concernant l'usage du tabac dans les parties communes et dans les chambres. L'interdiction est rappelée fréquemment et fait l'objet d'un affichage dans la plupart des unités. Cependant, les patients sont autorisés à fumer dans le parc de l'établissement. Par ailleurs les unités qui disposent de jardins privatifs autorisent les patients à s'y rendre pour fumer, dès lors que l'accès est libre. Dans certaines unités, des zones spécifiques ont été aménagées pour les fumeurs qui ne sont pas autorisés à sortir de l'unité.

La consommation de tabac par les patients ne fait pas l'objet d'interdiction ou de restriction spécifique à l'exception de l'unité Aubier. Certains patients peuvent garder leur tabac durant la journée (il est systématiquement repris par les soignants le soir avant d'entrer dans la chambre). Cependant pour la majorité d'entre eux il est conservé dans un bureau, situé à côté de l'armoire de la pharmacie, et distribué à la demande. Il n'est plus possible de fumer après 20h, lorsque les patients sont enfermés dans leur chambre.

Concernant les patients des autres unités, ils sont autorisés à conserver leur tabac et leur briquet à l'exception de ceux pour lesquels il existe un risque de passage à l'acte (tentative d'incendie). Lorsqu'un patient se voit imposer une restriction portant sur sa consommation, elle est systématiquement justifiée médicalement.

S'agissant des patients placés en chambre d'isolement, lorsque les soignants sont en effectifs suffisants, ils prennent la peine de les accompagner dans le jardin privatif pour fumer.

6.2 LES RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT MAINTENUES

6.2.1 Le téléphone

Il n'existe pas de restriction systématique concernant l'usage du téléphone portable et les patients peuvent conserver leur téléphone portable ainsi que les chargeurs à l'exception de ceux pour lesquels il existe un risque de passage à l'acte suicidaire. Dès lors qu'un patient fait l'objet d'une interdiction, elle est justifiée médicalement. Les patients ne possédant pas de téléphone portable ou ceux pour lesquels l'utilisation est interdite en raison de leur état clinique peuvent avoir accès au *point phone* de l'unité à l'exception de l'unité Aubier qui n'en dispose pas ; les patients font usage du téléphone sans fil des infirmiers. Concernant les *points phone*, leur configuration – absence de cabine – ne préserve pas la confidentialité des conversations. Seule l'unité Lilas dispose d'une véritable cabine téléphonique.

Bonne pratique

Le personnel soignant adopte une approche souple et individualisée concernant la consommation du tabac et l'usage du téléphone portable. Seul l'état clinique du patient peut motiver une restriction.

6.2.2 Le courrier

Les patients ayant l'autorisation et la possibilité de sortir dans le parc peuvent poster leurs courriers dans la boîte aux lettres située près de la cafétéria. Pour les autres, le courrier est relevé par le personnel soignant.

6.2.3 La télévision, informatique et accès à internet

Chaque unité possède un à deux téléviseurs. Leur accès n'est pas restreint et il existe une certaine souplesse durant la soirée afin que les patients puissent regarder la fin de leur programme. Seule l'unité Aubier fait exception, les patients sont enfermés dans leur chambre dès 20h.

L'usage de l'ordinateur personnel ne fait l'objet d'aucune restriction particulière cependant il convient de préciser que les unités ne disposent pas d'un accès à internet. Les patients autorisés à se rendre à la bibliothèque peuvent toutefois se connecter. Ils ne sont pas soumis à un contrôle particulier (cf. § 6.3.2).

6.2.4 Les visites

Les visites sont autorisées de 14h à 18h30 environ, à l'exception de l'unité Aubier qui prévoit également une plage horaire le matin de 10h à 12h. Cependant dans les autres unités, il existe une certaine souplesse dans les horaires notamment pour les visiteurs venant de loin. Selon les unités, des salles de visites sont mis à la disposition des familles ; tel est le cas pour les unités

hébergées dans le bâtiment des admissions ainsi que pour les unités Tilleuls, Aubier et Epidaure. Les autres unités (Lilas, Calypso) n'en possèdent pas.

Lors de la visite, la majorité des patients était autorisée à recevoir des visites, sauf avis médical contraire. L'interdiction fait alors l'objet d'une prescription médicale.

6.3 L'ACCES AUX LIEUX COLLECTIFS EST BIEN ORGANISE ET PERMET DES ACTIVITES VARIEES

6.3.1 La cafétéria

La cafétéria est installée à l'intérieur du boulevard circulaire à proximité du bâtiment neuf des unités d'admission. Il s'agit d'une vaste salle vitrée de plain-pied, accessible aux personnes à mobilité réduite, avec un comptoir pour la vente de boissons et un autre pour les produits d'hygiène, beauté, épicerie, papeterie et bazar.

La cafétéria est ouverte toute l'année selon les horaires suivants :

- le matin de 9h30 à 11h45 ;
- l'après-midi de 13h à 17h.

La gestion de la cafétéria a été confiée par l'établissement à l'association « Présence ». Implantée au sein de l'hôpital de longue date, cette association est constituée d'adhérents et d'un bureau composé de douze membres, tous salariés de l'hôpital. En plus de la gestion de la cafétéria, l'association organise des séjours thérapeutiques, des loisirs, et gère un fonds de solidarité qui accorde des avances aux patients arrivés démunis ou en attente de pécule, après avis du personnel soignant ou des assistantes sociales.



Figure 5 : l'intérieur de la cafétéria

L'établissement a mis à disposition de l'association pour l'exploitation de la cafétéria, cinq titulaires de la fonction publique hospitalière. Les prix pratiqués au comptoir sont particulièrement bas et donc accessibles. Pour exemple :

- un café, un thé ou une tisane : 0,30 euro ;
- un café crème ou un thé au lait : 0,40 euro ;
- un verre de limonade ou d'eau minérale : 0,20 euro ;
- une petite bouteille de soda de marque : 1,10 euro.

Les familles et les visiteurs ont accès à la cafétéria qui constitue de l'avis général un lieu très apprécié.

6.3.2 La bibliothèque

La bibliothèque se trouve au sein du bâtiment dit « pôle multi-activités » derrière les ateliers d'ergothérapie. Il s'agit d'une salle relativement petite, où l'on trouve des rayonnages contenant de nombreux ouvrages. Trois ordinateurs, reliés à internet *via* une liaison privée par un routeur du commerce, sont également mis à la disposition des patients. Lors de la visite, plusieurs patients se sont succédé devant les écrans, consultant des sites sans contrôle préalable. Cependant, les sites parcourus par les patients sont contrôlés ultérieurement par les soignants. A titre d'exemple, un patient de l'unité Eole s'est vu interdire l'accès aux à internet suite à la consultation d'un « site non autorisé par la loi ».



Figure 6 : la bibliothèque

La gestion de la bibliothèque a été confiée à une infirmière du pôle C, mais il s'agit d'une mission transversale, les lieux sont donc ouverts à tous les patients hospitalisés quelle que soit leur unité d'hospitalisation. L'association « Présence » participe à sa gestion, principalement par l'achat d'abonnements à des revues ; aussi en principe, une adhésion d'un montant de 2 euros est-elle demandée pour le prêt des livres.

Le fonds documentaire est alimenté par des dons de collectivités ou par des éditeurs voire des auteurs présents à des manifestations (salon du livre et foires). Cependant aucun budget fixe n'est alloué à la gestion de la bibliothèque.

Il est proposé en sus des livres, revues et bande dessinées des livres audio (vingt titres), et des livres à gros caractère pour personnes mal voyantes. Pour le prêt des livres, selon les propos recueillis, les pertes et dégradations sont nombreuses, ce qui fait regretter l'absence d'un budget plus confortable, d'autant que la demande existe.

Les horaires d'ouverture, susceptibles de modifications ponctuelles, sont :

- le lundi de 13h à 14h ;
- le mardi de 14h30 à 16h30 ;
- le jeudi de 10h à 12h ;
- le vendredi de 14h à 16h.

L'infirmière en charge de la bibliothèque anime également un atelier d'écriture et un groupe de lecture à raison d'une fois par semaine.

L'activité est quantifiée par unité, le tableau ci-dessous indique le nombre de patients fréquentant la bibliothèque :

	1ER SEMESTRE 2015	1ER SEMESTRE 2016
Magnolias	213	210
Etape	16	62
Aubier	5	5
Cyprès	168	217
Epidaure	26	12
Rosier	6	13
Eole	153	110
Cyclades	169	225
Calypso	6	2
Tilleuls	2	0
Lilas	2	10
Total	766	867

6.3.3 Les installations sportives

En plein centre de l'emprise hospitalière se trouve le gymnase où se déroule l'essentiel des activités sportives proposées. Les autres activités se déroulent dans une salle de musculation à l'entrée de l'hôpital, dans la salle de relaxation adjacente à la bibliothèque ou à l'extérieur notamment pour la piscine.

Trois infirmiers, appartenant chacun à l'un des trois pôles cliniques A, B et C sont en charge des activités physiques et sportives adaptées (APSA)

Contrairement à la bibliothèque ou à l'atelier d'ergothérapie, les APSA ne sont pas une activité transversale. Chaque infirmier prend en charge les patients de son pôle à l'exception des congés scolaire où les soignants se remplacent à tour de rôle. L'association « Présence » participe financièrement à la prise en charge des activités extérieures qui nécessitent des abonnements ou des locations de matériel.

Dans chacun des pôles la prise en charge est soit individuelle, soit par petits groupes de cinq personnes. Il a été indiqué que l'état de délabrement global des installations sportives qui font partie des constructions initiales du centre hospitalier, contribuait à démotiver les patients.

Individuellement, un patient qui le désire peut bénéficier au maximum de trois séances de deux heures de sport hebdomadaires. Les activités extérieures sont organisées en dehors de ces plages horaires.

Le statut d'hospitalisation du patient n'est pas une donnée prise en compte par l'équipe, seul l'état clinique du patient peut justifier la restriction d'une activité sportive.

6.3.4 Les ateliers d'ergothérapie

Au sein du bâtiment « pôle multi-activités », l'atelier d'ergothérapie occupe une place centrale. L'entrée s'y effectue par la façade principale côté boulevard circulaire. Un perron ombragé et une vue dégagée sur des espaces verts font de cet endroit un lieu particulièrement apprécié.



Figure 7 : l'atelier d'ergothérapie

Le principe de fonctionnement de l'atelier « expression » est fondé d'une part sur des larges plages horaires d'ouverture et d'autre part sur la liberté qu'a chacun des patients d'y venir, dès lors qu'il bénéficie d'une prescription médicale. L'équipe en charge de l'animation est composée, depuis le début d'année 2015, de deux infirmières appartenant pour l'une au pôle A et pour l'autre au pôle B. Cependant, l'atelier « expression » est une activité totalement transversale et y sont donc reçus tous les patients hospitalisés. Les IDE du pôle A et B prennent en charge respectivement des patients des unités Cyprès et Gentianes.

L'atelier « expression » est ouvert :

- le mardi et le mercredi de 9h30 à 11h30 et de 14h30 à 16h30 ;
- le jeudi de 14h30 à 16h30 ;
- le vendredi de 9h30 à 11h45 et de 14h30 à 16h.

La salle, vitrée de part et d'autre, qui accueille cette activité est spacieuse – près de 180 m² avec les dépendances – et amplement décorée des productions de l'atelier.

Plusieurs tables de différentes hauteurs selon les activités proposées sont disposées et un panel important de matériaux est mis à disposition des patients. Les fours réservés aux activités de poterie et aux ateliers d'émaux sont installés dans une dépendance.

Pendant les heures d'ouverture, les patients se succèdent, s'installent, restent le temps qu'ils le désirent à travailler sur leur ouvrage en cours, sollicitant parfois l'aide ou le conseil d'une des infirmières. Ces dernières ont accès aux dossiers de soins des patients et leur proposent des ateliers adaptés à leur pathologie. Elles participent également à l'élaboration du projet thérapeutique.



Figure 8 : travail d'ergothérapie

Les travaux collectifs sont rares, sauf commande particulière de décoration de l'établissement ou de besoin de l'association « Présence » qui lors de la kermesse annuelle revend quelques productions pour alimenter ses comptes.

Malgré l'impression générale de liberté des patients qui entrent et sortent souvent à leur gré, l'activité fait l'objet d'une quantification précise et déclinée par services.

Le bilan d'activités 2015 s'établit ainsi :

	NOMBRE DE PRISES EN CHARGE	NOMBRE DE PATIENTS
PÔLE A	562	66
PÔLE B	1 600	188
PÔLE C	362	70
PÔLE PPA	203	20
TOTAL	2 903	344

Le nombre de patients participant aux activités est faible en comparaison de la file active (nombre de prises en charge).

Il convient de préciser que les contrôleurs n'ont pas pu obtenir de données précises concernant l'accès aux activités pour les patients admis en soins sans consentement.

Le pôle B apparaît surreprésenté en raison de l'unité « Cyclades » qui est une unité intersectorielle. Dans sa réponse, la direction précise qu'il s'agit de patients dont les pathologies (dépressions principalement) sont différentes de celles des patients des autres unités (psychoses). Les patients de l'unité Cyclades adhèreraient donc plus facilement aux activités proposées.

D'autre part, il a été effectué en 2015, 176 visites de présentation des ateliers.

Recommandation

Il convient d'améliorer l'accès aux ateliers d'ergothérapie, le nombre de participants étant peu élevé.

6.4 LA PRISE EN CHARGE SOMATIQUE DES PATIENTS EST BIEN DEVELOPPEE**6.4.1 Les soins de médecine générale et la prise en charge somatique au sein des unités**

Une équipe de médecins généralistes, répartie dans les différentes unités d'hospitalisation des pôles de l'hôpital, assure les soins de médecine générale auprès des patients dans les unités (cf. §. 2.3).

Bien qu'affectés chacun à un pôle, les médecins généralistes sont organisés sous forme de permanence, en journée (de 9h à 17h), du lundi au vendredi, afin de pallier l'absence des confrères. Ainsi, les unités peuvent avoir recours à un médecin généraliste à tout moment de la journée. Le soir et le week-end, la prise en charge somatique des patients est assurée par les internes de garde.

A l'admission des patients, les infirmières relèvent leurs antécédents médicaux et leurs problématiques de santé (aussi évalués lors de l'entretien avec le médecin psychiatre), mesurent les constantes vitales des patients (tension artérielle, pouls, saturation, température) ainsi que le poids et la taille. Un bilan sanguin et un électrocardiogramme sont systématiquement effectués. Le patient sera alors orienté vers une consultation avec le médecin généraliste en fonction de cette première évaluation.

La surveillance de la prise de poids liée à la prise des traitements neuroleptiques est surveillée de façon rigoureuse dans l'hôpital : selon les indicateurs de qualité HAS de 2016¹⁸, le poids des patients est enregistré dans 93 % des dossiers des patients à l'entrée et l'indice de masse corporelle (IMC) dans 57 % des dossiers à l'entrée. Le poids des patients est ensuite surveillé régulièrement lors de l'hospitalisation, notamment dans les unités d'admission¹⁹. Une diététicienne intervient auprès des patients présentant des problèmes de prise de poids.

Divers protocoles sont instaurés concernant les soins somatiques et la prévention des effets secondaires des traitements psychiatriques²⁰. Il a été mentionné que les accidents tels que les occlusions intestinales liées à la prise de neuroleptiques étaient exceptionnels (le dernier accident aurait eu lieu il y a plus de quinze ans).

La prise en charge de la douleur fait l'objet de protocoles élaborés par le CLUD²¹ (cf. § 2.7.5). Trois échelles spécifiques d'évaluation de la douleur sont utilisées, disponibles dans le dossier médical informatisé. Une évaluation de la douleur doit être effectuée systématiquement lors de l'admission du patient, même en l'absence de douleur exprimée. Lorsque le patient relève d'une prise en charge complexe, il est fait appel au centre d'évaluation et de traitement de la douleur du CHU de Besançon.

¹⁸ Indicateur IPAQSS, source données 2015.

¹⁹ Par exemple, dans l'unité Eole, le poids des patients est surveillé toutes les semaines.

²⁰ Notamment des protocoles sur la prévention des thromboses veineuses profondes.

²¹ Protocoles : « Fiche d'information et de recommandation de prise en charge de la douleur » ; « Prise en charge de la douleur morale dans les pathologies psychiatriques »

Une équipe de liaison en addictologie (ELSA), commune avec le CHU de Besançon, intervient au sein des unités depuis le 1^{er} mars 2016. Des protocoles sont mis en place pour le sevrage alcoolique et la délivrance de substituts nicotiques.

Des kinésithérapeutes libéraux interviennent auprès de patients dans les unités sur prescription médicale.

Un pédicure intervient également dans toutes les unités de l'hôpital.

6.4.2 Les consultations spécialisées sont nombreuses au sein de l'établissement

Des consultations de spécialités ont lieu dans l'établissement, au sein du bâtiment « Bloc technique » :

- une consultation de pneumologie par semaine ;
- une consultation de cardiologie par semaine ;
- une consultation de dentiste par semaine ;
- une consultation de gynécologie tous les quinze jours ;
- une consultation de dermatologie tous les quinze jours ;
- une consultation de neurologie par mois.

Il n'existe aucun délai d'attente pour ces consultations.

Des radiographies sont effectuées au sein du bloc technique et sont interprétées par les radiologues d'un centre d'imagerie privé.

Les autres examens d'imagerie (IRM, scanner) sont effectués à Besançon dans le centre d'imagerie, sans problème de délai d'attente.

Pour les consultations d'ophtalmologie, les patients sont adressés dans des cabinets de ville. Il a été indiqué que le délai d'obtention d'une consultation en ophtalmologie était identique à celui des patients de la région, à savoir de « plusieurs mois ». Les patients hospitalisés au CHN doivent ensuite aller chez un opticien de ville pour l'obtention de leurs montures.

Les consultations des autres spécialités sont effectuées au CHU de Besançon ou dans des cliniques, selon la disponibilité des spécialistes. Il a été indiqué qu'il n'existait pas de problème d'accès aux soins concernant les prises en charges spécialisées.

6.4.3 La prévention santé

La prévention des infections sexuellement transmissibles fait l'objet d'un protocole datant de 2004. Il y est indiqué que les patients doivent être informés des risques d'infections sexuellement transmissibles par les soignants et les médecins. Comme indiqué *supra* (cf. § 4.5), des préservatifs masculins, sont mis gratuitement à disposition des patients au sein des unités et à la pharmacie si le patient en fait la demande. Il existe également un distributeur de préservatifs payants au sein de la cafétéria. Le cas échéant, il est rappelé aux patientes la possibilité de consulter un gynécologue et, à tous les patients, d'effectuer des dépistages.

Des actions ponctuelles concernant la prévention de la santé sont parfois menées dans les unités.

Un programme de prévention bucco-dentaire destiné à tous les patients de l'hôpital était en cours d'élaboration lors de la visite.

6.5 LE CIRCUIT DU MEDICAMENT ET L'ACTIVITE PHARMACEUTIQUES SONT DE QUALITE, HORMIS LE MODE DE DISTRIBUTION DES TRAITEMENTS DANS LES UNITES

La prescription des médicaments est informatisée. Toutes les ordonnances sont relues par un pharmacien ayant accès aux données biologiques des patients, aux résultats des examens complémentaires et à l'observation médicale informatisée des dossiers patients, ce qui permet une analyse clinique des prescriptions.

Le déploiement de la dispensation nominative des traitements (préparation des traitements par la pharmacie de façon nominative pour chaque patient) était en cours lors de la visite.

Dans la majorité des unités, les traitements sont distribués par les infirmières, dans la salle de réfectoire au moment des repas. Seules deux unités assurent une distribution de traitements de façon individuelle et confidentielle : à l'unité Eole la distribution s'effectue au sein de la salle de pharmacie et à l'unité Cyclades, les patients reçoivent leur traitement dans leur chambre.

Recommandation

Dans la majorité des unités, la distribution des traitements médicamenteux ne respecte pas la confidentialité des échanges entre les patients et les soignants. Il convient d'y remédier.

Il est à noter qu'un pharmacien effectue un travail de pharmacie clinique au sein de l'unité Cyclades en participant au programme d'éducation thérapeutique HUMADICT et aux réunions cliniques hebdomadaires de l'unité.

6.6 LES INCIDENTS FONT L'OBJET D'UN SUIVI MINUTIEUX CONFORMEMENT AUX PRESCRIPTIONS DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

L'établissement est amené à avoir connaissance des incidents soit par les patients ou leur famille à travers la procédure du traitement des plaintes et des réclamations, soit en interne au moyen des déclarations d'événements indésirables.

6.6.1 Le traitement des plaintes et réclamations

Le livret d'accueil consacre un chapitre à la rubrique « si vous n'êtes pas satisfait ».²² Le patient et sa famille y sont invités à adresser :

- une plainte ou une réclamation écrite au directeur de l'établissement ;
- une plainte, mettant exclusivement en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service, au médecin médiateur concernant.

Ils ont également la possibilité de saisir la commission des usagers ou de faire part de leurs griefs au comité d'éthique et de réflexion.

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.

Les contrôleurs se sont fait communiquer le tableau de bord des plaintes et réclamations 2015 et 2016 :

²² Page 19

- douze plaintes ont été enregistrées en 2015 et cinq²³ en 2016. Sur la totalité des dix-sept plaintes, neuf plaintes émanaient de patients, sept de leur famille, et une d'une personne extérieure (elle concernait la MAS) ;
- l'ensemble des plaintes avait déjà été traité ou était en cours de traitement pour les dernières en date;
- l'ensemble des pôles était concernés : le pôle A (à quatre reprises), le pôle B (à cinq reprises), le pôle C (à cinq reprises), le pôle PPA (à deux reprises), la MAS (une reprise) ;
- parmi les motifs de réclamation relevés « patient de Eole qui présente ses excuses pour avoir fugué et demande à ne plus être placé en isolement », « fille d'un patient qui se plaint que la surdité de son père n'a pas été prise en compte lors du passage devant le JLD »
- les quatre réclamations apparaissant les plus fondées et relatives à la prise en charge médicale ont donné lieu à des rencontres entre les familles ou les patients avec le président de la CME, le chef de pôle et le médiateur médical ;
- aucune réclamation n'a donné lieu à la tenue d'une commission des usagers restreinte.

6.6.2 Les événements indésirables

La procédure de déclaration d'événements indésirables a fait l'objet d'une formalisation détaillée, avec production d'un idéogramme explicitant les différentes phases, et les différents acteurs : personnel qui constate l'événement, cellule qualité, la commission de vigilance et de gestion des risques (CVGR), le comité de coordination de vigilance et des risques (COVIRIS) avant l'information à la CME.

Le bilan des événements indésirables (EI) de l'année 2015 a été présenté au COVIRIS du 22 mars 2016. Ce bilan fait apparaître :

- 280 événements indésirables ont été déclarés au sein de l'établissement ;
- concernant les unités d'hospitalisation, la déclinaison par ordre décroissant s'établit ainsi : pôle A 58 EI, pôle B 56 EI, pôle C 44 EI, pôle PPA 40 EI, bureau des entrées 38 EI, pôle PEA 25, autres 7 EI ;
- les risques principaux ciblés sont : l'identité du patient (30,8 %), la sécurité des personnes (17,6 %), les risques professionnels (14,3 %), la maintenance technique (10,7 %) ;

Au vu de ces résultats, le COVIRIS a défini un programme d'actions qui priorise dans l'ordre : l'identité des patients, la sécurité des personnes, les risques professionnels, la maintenance technique, et les procédures de sécurisation du circuit du médicament. Lors du COVIRIS du 7 juin, le bilan des événements indésirables du premier semestre 2016 a été présenté. 100 EI ont été enregistrés. La typologie en 2016 reste identique, identité du patient, risques professionnels et sécurité des personnes sont les thématiques les plus nombreuses.

Le contenu de deux événements indésirables qualifiés de graves (incendie volontaire d'un matelas par un patient, menaces avec armes au sein de la cafétéria par quatre individus extérieurs à l'établissement) a été examiné au cours de cette même séance.

Les contrôleurs ont également examiné les déclarations d'événements indésirables relatives aux fugues et aux agressions survenues depuis le début de l'année 2016. Un total de sept fugues

²³ Les réclamations visant les services extra hospitaliers comme le CMP ne sont pas décomptés ici.

concernant trois patients en SPDRE et quatre en SPDT a été enregistré : trois à l'unité Eole, deux aux Cyprès et deux aux Magnolias. Dans trois déclarations de fugue, il est fait mention d'un avis à la gendarmerie.

Un total de seize agressions physiques ou verbales a été enregistré, soit douze pour la seule unité Aubier (avec trois EI pour un seul et même patient), une aux Magnolias, une à Calypso, une à Gentianes et une à la cafétéria.

Par ailleurs, deux décès par suicide de patients hospitalisés ont eu lieu au cours de l'année 2015. Suite à ces événements, un protocole spécifique a été mis en place dans le cadre de la prévention du suicide. Ainsi le patient présentant un risque suicidaire fait l'objet d'un cadre d'hospitalisation particulier et d'une surveillance spécifique prescrite par le médecin psychiatre.

6.7 LES LIENS FAMILIAUX DES PATIENTS DETENUS SONT MAINTENUS DURANT LEUR HOSPITALISATION

6.7.1 Le contexte

Les patients détenus hospitalisés au CHN proviennent de la maison d'arrêt de Besançon, d'une capacité théorique de 276 places. Un protocole cadre a été signé le 2 janvier 2014 entre les autorités sanitaires et pénitentiaires de la région pour la prise en compte des soins somatiques et psychiatriques au sein de la maison d'arrêt par le CHU de Besançon.

Depuis cette date, l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Lyon-Vinatier (Rhône) a été achevée et a vocation à recevoir également les patients de la maison d'arrêt de Besançon.

Il a été sollicité de l'établissement la production d'un protocole spécifique avec la maison d'arrêt pour la prise en charge des patients détenus. Le seul protocole existant est celui mentionné ci-dessus qui a un périmètre d'application bien plus vaste mais il n'est pas détaillé.

Dans la documentation fournie, figure un document déjà ancien (dernière réactualisation août 2007), qui explicite la conduite à tenir pour l'hospitalisation des personnes détenues. Ce document est d'usage interne et n'a pas fait l'objet d'une signature commune avec l'autorité pénitentiaire.

Les pratiques décrites dans les paragraphes suivants répondent en de nombreux points à ce document.

6.7.2 Choix de l'unité d'accueil

Le seul critère retenu pour le choix de l'unité d'accueil est la disponibilité d'une chambre d'isolement, si possible, dans l'une des unités d'accueil du bâtiment neuf, Eole, Cyprès ou Magnolia. En l'absence de disponibilité dans ces unités, le patient peut être orienté vers Epidaure ou Calypso pour une durée de séjour relativement brève. Tout est alors mis en œuvre pour que le patient soit transféré dans une autre unité le plus rapidement possible.

En 2016, la répartition des sept patients détenus hospitalisés depuis le début de l'année s'est effectuée ainsi :

- deux l'unité Cyprès ;
- quatre à l'unité Magnolia ;
- un à l'unité Calypso.

6.7.3 Le transfert du patient détenu

Le transfert du patient détenu de la maison d'arrêt vers l'hôpital est un transport médicalisé. La décision de faire escorter l'ambulance par la police ou la gendarmerie appartient à l'administration pénitentiaire qui en informe l'hôpital. Comme pour toute autre arrivée de patient admis en SDRE, aucune personne détenue n'est reçue si l'arrêté préfectoral n'a pas été signé.

En toute hypothèse, l'escorte ne pénètre jamais dans les locaux des unités. L'entrée dans l'établissement est réalisée par un cheminement discret (cf. § 3.1.1). Les autres patients ne peuvent détecter la venue d'une personne détenue au sein de l'unité.

L'UHSA est systématiquement prévenue en temps réel de l'admission du patient détenu au CHN.

6.7.4 Le séjour du patient détenu

La personne détenue est accueillie systématiquement en chambre d'isolement pour un temps d'observation. **Il a été précisé qu'elle n'y demeurait que si son état clinique le justifiait.** En principe, le patient peut sortir très rapidement de façon séquentielle de la chambre d'isolement pour fumer puis manger au réfectoire et participer aux activités.

Le chef de détention fournit à l'hôpital les éléments nécessaires à l'exercice des droits de la personne détenue pendant son hospitalisation :

- le statut pénal de la personne (condamné ou prévenu) ;
- la liste des numéros téléphoniques que la personne détenue a le droit de contacter ;
- la liste des personnes bénéficiant d'un permis de visite.

Les cadres de santé qui gèrent l'arrivée des personnes détenues ont insisté sur l'excellence des relations avec le chef de détention, interlocuteur privilégié au sein de la maison d'arrêt.

6.7.5 Le retour en détention

La fin de l'hospitalisation s'effectue soit par un retour en détention à la maison d'arrêt soit par la continuité des soins en UHSA.

Dans le premier cas, il s'agit d'un transfèrement administratif qui sera pris en charge par l'administration pénitentiaire et dans le second cas, il s'agit d'un transport médicalisé, éventuellement escorté.

En 2015, parmi les neuf patients détenus hospitalisés, deux ont été transférés à l'UHSA, les sept autres sont retournés en maison d'arrêt.

Depuis le début de l'année 2016, sur sept patients, deux ont été transférés à l'UHSA et cinq sont retournés à la maison d'arrêt.

Bonne pratique

L'accueil des patients détenus au sein du CHN constitue un exemple rare. La consommation de tabac est autorisée et le droit au maintien des liens familiaux est respecté. En outre, les patients détenus ont la possibilité de participer aux activités organisées au sein de l'unité. Il serait cependant opportun de formaliser l'ensemble de ces bonnes pratiques par un protocole avec la maison d'arrêt de Besançon.

7. LES CONDITIONS PROPRES A CHAQUE UNITE

7.1 LES LOCAUX DES UNITES D'HOSPITALISATION PRESENTENT D'IMPORTANTES DIFFERENCES D'ENTRETIEN, DE FONCTIONNALITE, D'EQUIPEMENTS ET D'AGREMENTS

Les unités du CHN sont implantées dans deux types de bâtiment :

- un bâtiment très récent, implanté côté Sud du boulevard circulaire, reçoit quatre unités d'admission : Cyclades, Magnolia, Eole et Cyprès ;
- des bâtiments datant de l'ouverture du CHN, plus ou moins rénovés et entretenus, reçoivent une ou parfois deux unités. Les unités Aubier et Etape se partagent un même bâtiment de deux niveaux, situé face au bureau des entrées. L'unité Epidaure occupe, à elle seule, un bâtiment implanté côté Nord du boulevard, composé de deux niveaux dont une partie est désaffectée. Les unités Rosiers et Gentiane sont également implantées dans un seul et même bâtiment à deux niveaux. L'unité Calypso se trouve dans un bâtiment en face de la conciergerie. L'unité Tilleuls est positionnée près du restaurant du personnel ; il s'agit d'un bâtiment à deux niveaux. L'unité Lilas est située près du bâtiment de l'administration. La configuration architecturale varie d'une unité à une autre. La description de ces locaux est intégrée aux chapitres réservés à ces unités.

7.1.1 Les unités d'admission au sein du bâtiment récent

Les quatre unités d'admissions bénéficient de locaux identiques au sein d'un vaste bâtiment composé de six ailes sur deux niveaux complétés d'un sous-sol. Deux ailes sont réservées aux services administratifs des pôles.

On y accède par le bâtiment d'administration relié à l'implantation principale par une coursive vitrée.

Le bureau des entrées se trouve immédiatement dans le hall d'accès au bâtiment d'administration.

Les unités d'hospitalisation sont implantées de la façon suivante :

- sur l'aile Ouest, à gauche en entrant Magnolia au rez-de-chaussée et Cyclades à l'étage ;
- sur l'aile Est, à droite en entrant Cyprès au rez-de-chaussée et Eole à l'étage.

Seule différence notable et avec des conséquences importantes sur le quotidien des patients, les unités d'étage Cyclades et Eole n'ont pas accès à un jardin. Aussi il a été aménagé des patios à l'étage pour l'accueil des fumeurs, bien moins pratiques et accueillants que les jardins.

Pour chacune des quatre unités, les locaux de chaque service sont composés de quatre ailes formant une croix :

- la première aile constitue la partie réservée à l'accueil des visiteurs et se trouve immédiatement après la porte d'accès au service. Elle est composée de quatre bureaux dont un prévu pour l'accueil des familles, une salle de télévision non fumeurs d'un côté et une salle d'activités polyvalente de 45 m² de l'autre ;
- la seconde aile comprend la partie hébergement avec quatorze chambres individuelles, sept de chaque côté du couloir qui la traverse ;
- la troisième aile qui fait face à la seconde est dévolue à la restauration avec le réfectoire de 42,50 m² et l'office, ainsi qu'aux soins infirmiers avec le bureau infirmier et ses dépendances. Le bureau infirmier se trouve quasiment au centre du croisement des ailes ;

- la quatrième aile qui est en continuité de la première est divisée en deux parties : la première est consacrée aux soins infirmiers avec le bureau de soins, la pharmacie, des bureaux médicaux, la seconde qui peut être isolée reçoit les deux chambres d'isolement de part et d'autre du couloir, puis sept chambres individuelles du même type que celles de la deuxième aile, et une salle de bains collective munie d'une baignoire.

Les vingt et une chambres individuelles de chaque service sont du même type. D'une superficie de 17,35 à 18,38 m², elles sont toutes pourvues d'un local sanitaire individuel avec douche, lavabo, WC. Elles sont meublées d'un lit médicalisé, d'un fauteuil d'une table et d'une chaise. Des grands placards permettent un rangement important.



Figure 9 : chambre unité Cyprès



Figure 10 : local sanitaire unité Cyprès

Chaque chambre est équipée de trois dispositifs d'appel, l'un à l'entrée, l'autre dans le local sanitaire et le troisième accessible depuis le lit.

Les portes ne sont pas munies de serrures mais d'ouvertures électromagnétiques commandées par un lecteur de carte magnétique. Chaque patient reçoit sa carte personnelle à son arrivée. Naturellement, le personnel soignant dispose d'une carte d'ouverture générale.

Chaque chambre dispose d'une fenêtre à ouverture sécurisée. Aucune n'est climatisée.

A l'origine, de larges oculi permettaient aux soignants depuis le couloir d'avoir vue sur les patients, mais il a été estimé que ce dispositif portait atteinte à l'intimité, aussi les oculi ont été réduits à la dimension de deux fentes identiques à celles des boîtes aux lettres.



Figure 11 : ouvertures sur les portes des chambres

Les chambres d'isolement sont décrites dans le chapitre 5 du rapport.

7.2 LE POLE A A ADOPTE UNE APPROCHE SOUPLE ET INDIVIDUALISEE AU SEIN DE SES UNITES D'HOSPITALISATION

7.2.1 L'organisation des soins dans le pôle

Le pôle A accueille les patients du secteur 25G01 (cf. § 2.2.2). Les patients issus de quartiers socialement difficiles de Besançon (Planoise et Châteaufarine) représentent 34 % de la totalité des patients accueillis en 2015, ce qui constitue de loin le pourcentage le plus élevé.

Comme indiqué *supra* (cf. § 2.2.2), le pôle A gère deux unités d'admission Cyprès et Epidaure et deux unités d'accueil intersectorielles de patients au long cours Gentianes et Rosiers en intra hospitalier. Il offre également une prise en charge extra hospitalière en CMP et au CATTP dans le quartier de Planoise à Besançon. Il existe également un foyer de post cure intersectoriel en ville. Le rapport d'activité du pôle fait également apparaître les diagnostics principaux qui sont par ordre décroissant :

- la schizophrénie et troubles schizotypiques 40,4 % ;
- les troubles de l'humeur 32 % ;
- les troubles névrotiques 8,4 %.

Les unités d'hospitalisation ont adopté le même mode de fonctionnement concernant l'organisation des réunions. Des transmissions ont lieu lors des changements d'équipe et un *staff* réunissant les infirmiers, le cadre de l'unité et le médecin en poste se tient tous les matins à l'unité Cyprès. Une réunion clinique regroupant les équipes soignantes, la psychologue, l'assistante sociale se déroule une fois par semaine. La situation et le projet de soins de chaque patient sont examinés. Les équipes médicales se réunissent une fois par semaine.

Toutes les unités organisent deux réunions institutionnelles par an. Enfin un conseil de pôle, présidé par le chef de pôle, se tient deux fois par an.

7.2.2 L'unité Epidaure : une unité d'admissions intersectorielle

a) Présentation générale et projet thérapeutique

L'unité Epidaure est une unité d'admissions et de réadmissions pour patients atteints de troubles psychotiques. Il s'agit d'une unité ouverte, de vingt lits, avec une chambre d'isolement et une chambre d'apaisement.

Installée dans un bâtiment ancien et très dégradé, ce service a vocation à quitter son implantation actuelle fin 2017 (cf. § 2.2.1) En attendant cette échéance, les conditions actuelles de travail influent sur le fonctionnement de cette unité, qui connaît au niveau du personnel un *turn-over* important. Dans sa réponse, la direction précise que le *turn-over* de l'unité n'est pas dû à la vétusté des lieux mais aux projets professionnels, congés maternité et la mobilité du personnel.

En 2015, cette unité accueillait des patients du pôle A (52,6 % de l'ensemble) du pôle B (36,8 %) et du pôle C 15,8 %. Comme pour les autres unités du pôle A, les quartiers sensibles de Besançon sont largement surreprésentés par rapport à l'ensemble.

Le projet de soins de l'unité est²⁴ « la prise en charge et un accompagnement adaptés en vue d'une réinsertion (sociale, professionnelle et familiale) ». L'unité s'appuie donc pour la réalisation

²⁴ Rapport d'activité 2015

de cet objectif sur l'activité ambulatoire et l'utilisation de deux appartements thérapeutiques de quatre lits chacun implantés au sein même du CHN.

En 2015, la file active était de cinquante-huit patients, chiffre stable par rapport à l'année précédente et la durée moyenne d'hospitalisation de 130 jours. D'année en année, le taux d'occupation reste élevé, au-dessus de 95 %.

L'effectif médical en psychiatrie est d'un praticien hospitalier pour 0,30 ETP et un interne pour 0,50 ETP.

L'effectif non médical est de 31 soignants pour 25,5 ETP.

Les équipes soignantes du matin sont composées de deux infirmiers et de deux aides-soignants et celles d'après-midi de deux infirmiers et d'un aide-soignant. Les effectifs de nuit sont d'un infirmier et un aide-soignant.

b) Les locaux

L'unité est implantée dans un bâtiment de deux niveaux, sans ascenseur.

Le rez-de-chaussée est traversé par un couloir central où se trouvent :

- un réfectoire avec un office ;
- le bureau infirmier, la salle de soins, la pharmacie, la salle de repos des personnels.

La chambre d'isolement est adjacente au bureau infirmier.

Cette chambre d'isolement, occupée à plein temps depuis le 14 octobre 2014, a été aménagée en chambre d'hospitalisation pour une patiente présentant un handicap physique. Il est à noter que c'est la seule chambre qui dispose d'un WC (cf. § 5).

Les vingt chambres individuelles se trouvent pour partie à l'étage et pour partie au rez-de-chaussée. Elles sont équipées de lavabo individuel mais non de douches (à l'exception de deux d'entre elles), ni de WC.



Figure 12 : unité "Epidaure", chambre individuelle

Six WC collectifs sont réservés aux patients, ainsi que cinq locaux sanitaires dont trois avec baignoires.



Figure 13 : Salle de bains collective de l'unité Epidaure

A l'étage, au-dessus se trouvent en sus des chambres : deux bureaux médicaux attribués respectivement à l'assistante sociale et au cadre de santé ainsi qu'une salle de réunion. Sur l'arrière du bâtiment se trouve un jardin accessible depuis le rez-de-chaussée.

L'ensemble apparaît totalement suranné et très loin des conditions d'hébergement des unités d'admission situées dans le bâtiment neuf. Une réfection générale ne semble plus être envisageable.

c) Les patients

Le jour de la visite, vingt patients étaient hospitalisés. Un seul était en soins sans consentement (SPDT), les dix-neuf autres avaient été admis en soins libres. La plus longue durée d'hospitalisation concernait un patient en soins libres hospitalisé depuis quinze ans.

Aucun patient détenu n'a été accueilli à Epidaure depuis le début de l'année 2016 (cf. § 6.7.2). Le service n'accueille pas de mineurs.

d) L'arrivée dans le service

L'unité Epidaure accueille pour l'essentiel des patients au long cours. Les formalités d'arrivée dans le service ne font pas l'objet d'un protocole particulier mais sont adaptées à la situation du patient.

e) Les règles de vie

Les règles de vie ne font pas l'objet d'un règlement intérieur spécifique. Les restrictions imposées sont rares en raison de la majorité des patients admis en soins libres et pour lesquels il est mis en place un projet de soins visant à favoriser l'autonomie.

Seul un patients, admis en soins libres, fait parfois l'objet d'une prescription médicale de port de pyjama, dans le but reconnu de l'empêcher de sortir de l'établissement et de s'alcooliser.

Pour le reste, les téléphones ne sont pas retirés. En outre, un *point-phone* est mis à disposition des patients.

La gestion du tabac ne fait l'objet d'aucun contingentement sauf parfois pour des raisons économiques en liaison alors avec les tuteurs ou mandataires.

Les repas sont pris en commun dans le réfectoire de l'unité :



Figure 14 : unité Epidaure le réfectoire

f) Les activités spécifiques à l'unité

Contrairement aux unités d'admission, la participation des patients aux activités transversales est faible. En 2015 : cinquante-huit prises en charge pour huit patients seulement. Les comparaisons avec les unités d'accueil ne sont toutefois pas pertinentes, les publics accueillis étant fort dissemblables. Cependant l'équipe soignante s'est engagée pour 2016 à renforcer la coordination avec les équipes d'activités transversales.

Des activités ponctuelles sont donc organisées au sein de l'unité, ainsi en 2015 un atelier photo qui s'est terminé par une exposition et un thé dansant dont il est prévu de renouveler l'expérience. L'équipe soignante organise également des activités de cuisine et des séjours thérapeutiques.

7.2.3 L'unité Cyprès : une unité d'admission sectorisée

a) Présentation générale et projet thérapeutique

L'unité Cyprès est une unité d'admission sectorisée de vingt et un lits. Elle comprend également deux chambres d'isolement. Cette unité est fermée.

30 % des patients accueillis proviennent des secteurs sensibles (la Planoise et Châteaufarine) de Besançon. L'unité a effectué 253 admissions en 2015 (dont 176 primo admissions et 77 réadmissions). Le taux d'occupation en 2015 était de 93,4 %. Il convient d'ajouter qu'au cours de cette même année, l'unité a accueilli quatre mineurs.

Les contraintes d'organisation du CHN amènent cette unité, comme les unités des autres pôles, à recevoir des patients des pôles B (11,3 % du total) et du pôle C (15,8 %).

Deux praticiens hospitaliers, dont la cheffe de pôle, interviennent au sein de l'unité pour un équivalent de 2,2 ETP. Les effectifs en personnel soignant sont identiques à ceux de l'unité Epidaure. La présence d'un soignant masculin est assurée à chaque roulement d'équipe. Il n'a pas été évoqué de difficultés particulières dans la gestion des effectifs qui sont stables. L'unité accueille de façon régulière des étudiants en soins infirmiers.

Dans la présentation de son service²⁵, le cadre de santé indique « *notre prise en charge est un travail en équipe pluridisciplinaire centré sur l'accueil, l'écoute et le respect de la personne soignée et de sa famille* ». Pendant la visite, aucun élément n'est venu infirmer cette appréciation.

b) Les locaux

Les locaux de Cyprès sont ceux décrits au paragraphe 7.1.1, modernes, fonctionnels et en bon état de fonctionnement. Située au rez-de-chaussée, l'unité bénéficie d'un jardin accessible depuis le hall de l'unité. Ce jardin a été très agréablement décoré par un soignant.

c) Les patients

Le jour de la visite vingt-trois patients étaient hospitalisés. Parmi eux, quatre avaient été admis en soins sur décision du représentant de l'Etat (ASPDRE) neuf en soins à la demande d'un tiers (ASDT), dix patients étaient admis en soins libres. La durée la plus longue d'hospitalisation était de 3 ans et 3 mois. Il s'agissait d'un patient, en hospitalisation sans consentement prise en application de l'article 122-1 du code pénal.

Les deux chambres d'isolement étaient occupées ; l'une par un patient détenu, présent depuis quinze jours, qui a réintégré la maison d'arrêt de Besançon le lundi 4 juillet. Le second patient, présent dans l'unité depuis le mardi 28 juin 2016, avait été admis en soins psychiatriques en péril imminent (SPPI).

Les deux faisaient l'objet d'une décision médicale. Il a été indiqué que le choix de la chambre d'isolement n'était pas motivé par le manque de place car dans cette hypothèse un autre pôle reçoit le patient.

d) L'arrivée dans le service

Les modalités d'arrivée dans le service des personnes en soins sans consentement ou en soins libres sont adaptées en fonction de l'état clinique du patient et ne font pas l'objet d'un protocole particulier.

²⁵ Rapport d'activité 2015

e) Les règles de vie

Un document synthétisant les règles de vie, mais ne portant pas le nom de règlement intérieur est remis à chaque arrivant.

Il rappelle que les sorties dans le parc sont autorisées de 9h30 à 12h et de 13h30 à 18h30 mais sont soumises à l'accord du médecin traitant.

Le jour de la visite, seize patients (sept en soins libres, six en SPDT et trois en SPDRE) pouvaient sortir dans le parc. Les autres patients (trois en soins libres en raison de leur état psychique, trois en SPDT et un en SDRE) n'étaient pas autorisés à sortir de l'unité.

Les visites ont lieu tous les jours de 13h30 à 18h30 et peuvent s'effectuer dans les chambres.

L'accès au tabac est libre, le personnel soignant ne procède pas à des restrictions de consommation. Le service procède une fois par semaine à l'achat de tabac pour les patients qui en auront fait la demande.

Les téléphones portables ne sont pas retirés à l'arrivée. Les patients sont cependant fermement invités à ne pas utiliser la fonction « appareil photo ». Seule restriction, les chargeurs sont retirés en raison des risques de pendaison avec les fils. Les patients mettent leur téléphone en charge au sein même du bureau infirmier. Ils peuvent également utiliser un *point phone*. Trois patients faisaient l'objet, sur prescription médicale, de restriction dans l'utilisation de leur téléphone.

Les repas sont pris en commun dans la salle à manger, sans plan de table. Les horaires sont fixes, même pour le petit-déjeuner.

Le soir, comme les contrôleurs ont pu le constater lors de la visite de nuit, les patients ne sont pas enfermés dans leur chambre. Vers 23h, les patients qui restent encore dans les couloirs sont invités à regagner leurs chambres et l'accès au patio est fermé. Le personnel de nuit a cependant indiqué que la règle de la fermeture à 23h était appliquée avec souplesse.

Pendant la visite de nuit, les patients étaient peu nombreux à être dans le salon, préférant se retrouver dans le patio.

Le personnel soignant n'a pas fait état de difficultés particulières. Les relations avec les patients, facilitées selon eux, par la fonctionnalité des locaux. Les patients rencontrés n'ont pas soulevé de difficulté particulière au sein de cette unité.



Figure 15 : les Cyprès, le réfectoire

f) Les activités spécifiques à l'unité

Même si l'unité possède une salle d'activités polyvalente, l'essentiel des activités s'effectue sur prescription médicale dans les structures de l'hôpital. L'infirmière animant l'atelier « expression » (cf. § 6.3.4) intervient pour des prises en charge individuelles deux fois par semaine (les lundi après-midi et jeudi matin) au sein même de l'unité. Une infirmière détachée au sport prend également en charge des patients en soins sans consentement dès lors que leur état de santé le permet.

7.2.4 L'unité Rosiers

L'unité « Rosiers » est une unité intersectorielle accueillant des patients souffrant de pathologies psychiatriques au long cours et/ou en voie de stabilisation. Cette unité tout comme l'unité Gentianes, a été entièrement refaite. Il s'agit d'une unité totalement ouverte n'ayant pas vocation à accueillir des patients en soins sans consentement.

D'une capacité de dix-huit lits, elle accueillait seize patients lors de la visite, soit neuf hommes et sept femmes, tous admis en soins libres, et aucun avec des restrictions de sorties ou des obligations de port de pyjama.

7.2.5 L'unité Gentianes

L'unité Gentianes est une unité intersectorielle qui a pour vocation d'accueillir des personnes adultes autistes ou présentant des troubles graves de la communication. Il s'agit d'une unité fermée, installée dans un bâtiment comportant un étage, ancien mais en bon état de fonctionnement avec un jardin. Elle dispose de douze lits, mais n'accueillait que neuf patients lors de la visite, tous en soins libres. Parmi eux, le plus ancien patient du CHN présent depuis l'ouverture de l'établissement en 1968.

Ces deux unités ne disposant pas de chambres d'isolement et accueillant uniquement des patients en soins libres n'ont donc pas été visitées. Par ailleurs, aucun des patients n'était soumis à une contention.

7.3 LE POLE B : UN POLE DYNAMIQUE

7.3.1 L'organisation de l'offre de soins au sein du pôle

Le pôle B du CHN a en charge une activité sectorisée (le secteur 25 G02) correspondant au secteur Est de Besançon et aux cantons Est du département, territoire urbain et rural, de 110 km de long, d'une population d'environ 100 000 habitants. Comme indiqué *supra* (cf. § 2.2.2), il dispose de l'unité d'hospitalisation d'admission sectorisée Eole et de trois CMP. L'un à Besançon (CMP « Jules Verne »), le second à Valdahon (situé à 37 km de Novillars) et le troisième à Maîche (situé à 75 km – 1h de route – de Novillars). En termes de délai, l'accès aux soins est variable en fonction des CMP : le délai de prise en charge par les infirmiers est de deux à quatre jours tandis que la prise en charge médicale est d'un mois au CMP de Besançon alors qu'il est d'un mois pour la prise en charge infirmière et de deux mois pour la prise en charge médicale au CMP de Maîche.

Pour rappel le pôle a développé de nombreuses activités intersectorielles (cf. § 2.2.2) dont deux unités d'hospitalisation (Cyclades et Calypso). Différents partenariats ont été également instaurés, notamment avec le CHU de Besançon avec qui il gère l'unité intersectorielle des urgences psychiatriques (cf. § 2.2). Le pôle collabore également avec la Fédération médicale inter hospitalière pour l'addictologie concernant : les activités communes de la consultation

d'addictologie, l'équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA). Il est prévu également de développer les projets d'hôpital de jour et des unités d'hospitalisation dédiées à l'addictologie. D'autres partenariats sont tournés vers la ville, les réseaux médico-sociaux et associatifs notamment avec le projet « vivre en ville » (accompagnement de personnes présentant un handicap psychique ayant pour but de favoriser leur autonomie et leur maintien de vie en ville) et l'atelier de santé de proximité développé avec le centre communal d'action sociale (CCAS) de Besançon, effectuant des maraudes et des permanences auprès des populations en situation de précarité. Le CMP de Maîche est installé dans la maison de santé de la ville dont les locaux sont municipaux et où travaillent des professionnels de santé libéraux tels que des médecins généralistes, des infirmiers et kinésithérapeutes.

7.3.2 Unité Eole : unité d'admission sectorisée

a) Présentation de l'unité

L'unité Eole est une unité d'admission pour le secteur couvert par le pôle B. Son taux d'occupation est important (cf. § 2.5). Elle accueille des patients principalement des patients atteints de troubles psychotiques, en phase aiguë de leur pathologie.

Le projet thérapeutique de l'unité repose sur la prise en charge thérapeutique individuelle par les médecins psychiatres, psychologues et infirmiers, ainsi que les activités thérapeutiques de groupe. Un programme d'éducation thérapeutique sur l'acceptation de la maladie était en projet lors de la visite et devait débuter en septembre 2016. Deux médecins psychiatres et neuf infirmiers du service et la cadre de santé ont bénéficié d'une formation en éducation thérapeutique.

Hormis les médecins psychiatres, il n'est pas affecté de soignant référent à chaque patient. Il a été indiqué que les patients qui souhaitaient changer de médecin psychiatre référent devaient en faire la demande auprès de leur médecin. La décision de changement était prise après une consultation de l'équipe soignante et un entretien avec le chef de pôle ainsi qu'avec le psychiatre référent.

A l'origine du projet de l'unité, celle-ci devait rester ouverte avec une organisation du service permettant de « *contenir les patients dans le collectif* ». Cependant, en raison de l'admission d'une personne désorientée et présentant des troubles cognitifs cette unité n'a été ouverte que soixante jours durant l'année 2015. Elle était encore fermée lors de la visite, étant donné la présence d'un patient, admis en SDRE et sous contrôle judiciaire dont la préfecture exigeait une surveillance importante suite à sa fugue très médiatisée l'année précédente (cf. § 4.1).

L'équipe soignante est stable. Il a été indiqué qu'il n'était jamais fait recours à du personnel intérimaire. Au moins un soignant homme est affecté dans chaque roulement.

Trois médecins psychiatres interviennent dans l'unité. Au moins l'un d'eux est présent dans le service tous les jours de la semaine, matin et après-midi, et le samedi matin.

L'équipe se réunit en *staff* tous les matins du mardi au vendredi. Deux infirmiers, un psychiatre, le médecin généraliste, le psychologue sont systématiquement présents aux *staffs* et l'assistante sociale et l'animateur théâtre y sont présents le jeudi matin.

Une réunion clinique a lieu le lundi matin. Elle réunit tous les médecins psychiatres, l'assistante sociale, le psychologue, la cadre de santé, un soignant du CMP ainsi que l'animateur sportif.

Une fois par mois, une visite en chambre est organisée avec le médecin chef de pôle, les psychiatres de l'unité, le médecin généraliste, le psychologue, le cadre de santé et un infirmier.

Des réunions institutionnelles se tiennent tous les mois.

b) Les locaux

Les locaux de l'unité Eole, situés dans le bâtiment récent « des admissions », sont identiques à ceux décrits précédemment (cf. § 7.1.1) à l'exception de l'aménagement des espaces extérieurs. Elle contient vingt et une chambres ordinaires individuelles et deux chambres d'isolement.

Cette unité, se trouvant au premier étage du bâtiment, possède deux terrasses extérieures, dont l'une d'elle, de 12 m², est grillagée et dont l'autre n'est pas accessible aux patients (sauf parfois pour des patients isolés, accompagnés). Le seul espace extérieur de l'unité est donc un petit espace donnant l'impression d'une cage. Les patients non-fumeurs ne souhaitent pas s'y rendre en raison de l'exiguïté du lieu car il ne permet pas de respirer de l'air frais lorsque des personnes fument.

Il a été expliqué que les grillages avaient été installés pour fermer la terrasse à la suite de la chute d'une patiente en 2014 et qu'il n'était pas possible de grillager l'autre terrasse pour préserver l'accès des pompiers. L'unité étant fréquemment fermée, les patients devant être, pour beaucoup, accompagnés lors de leurs déplacements à l'extérieur de l'unité, ceux-ci ne disposent pas d'un espace extérieur convenable.

Recommandation

L'aménagement des espaces extérieurs des unités Eole et Cyclades, constitués d'une seule terrasse petite et grillagée, est insuffisant et inconfortable pour les patients. il doit être amélioré.

La terrasse est ouverte dans la journée de 6h à 23h et peut être parfois ouverte lorsqu'un patient demande à sortir pour fumer la nuit.

Les deux salles de télévision sont confortables. La salle d'activité contient une table de ping-pong, un baby-foot, deux vélos d'appartement, une table et du matériel pour des activités diverses (dessin, jeux de société), quelques magazines et journaux ; le service est abonné au magazine *Femme Actuelle* et au journal *l'Est Républicain*. Une petite salle, comprenant une bibliothèque, a été aménagée pour l'atelier d'écoute musicale.

c) Les patients

Lors de la visite, vingt-deux patients, âgés de 19 à 61 ans, étaient présents dans l'unité. Parmi ces patients, quatre étaient admis en SDRE (dont trois sur demande du maire et un judiciaire), treize étaient admis en SDT (dont quatre à la demande d'un tiers, quatre en urgence et cinq en péril imminent) et cinq étaient admis en soins libres. L'unité comptait par ailleurs onze patients en programme de soins, suivis en ambulatoire.

Le patient le plus ancien dans le service était présent depuis sept mois, en soins libres.

En 2015, 55 % des journées d'hospitalisation dans l'unité étaient effectuées en admission pour des soins sans consentement.

Parmi les dix-sept patients admis sans leur consentement lors de la visite, deux étaient autorisés à des sorties non accompagnées de moins de 12 heures et deux bénéficiaient de sorties non accompagnées de 12 à 48 heures.

d) L'arrivée dans le service

A l'arrivée dans le service, les patients sont accueillis par un ou deux soignants (dont un infirmier). L'entretien d'accueil est effectué dans la chambre du patient.

Le livret d'accueil de l'hôpital ainsi que la brochure de présentation et des règles du service sont remis à chaque patient.

Un inventaire des affaires est effectué et les objets considérés comme dangereux ou interdits sont retirés et déposés dans les casiers nominatifs des patients dans le bureau infirmier. Les objets de valeur et l'argent sont remis à la régie de l'hôpital.

Un entretien infirmier ainsi qu'un entretien médical ont lieu le jour de l'arrivée.

Le médecin établit le cadre d'hospitalisation qui prévoit les modalités suivantes concernant :

- les repas : en collectif ou en chambre ;
- l'habillement ;
- l'accès au tabac (nombre de cigarettes autorisées par jour) ;
- la possibilité de regarder la télévision ;
- les contacts avec l'extérieur : utilisation du téléphone, les visites, les sorties ;
- l'accès aux activités ;
- l'apaisement (en chambre ordinaire ou en chambre d'apaisement) ;
- la « contention passive » si nécessaire ;

Le cadre d'hospitalisation est amené à évoluer au cours du séjour dans l'unité. Il est revu en équipe. En principe, les patients sont mis en « observation » pendant deux à trois jours. Durant cette phase, l'accès aux activités extérieures est restreint.

Pour les patients concernés, la notification de la mesure de soins sans consentement est effectuée par la cadre de santé du service. Cette dernière remet aux patients le courrier transmis par le bureau des entrées concernant les droits des patients admis sans consentement. Aucune information orale n'est transmise au patient concernant le contenu du courrier.

e) Les règles de vie

Les règles de vie et la présentation du fonctionnement du service et des soins sont consignées dans la brochure de présentation du service et la fiche des règles de l'unité, révisées en 2011 et remises à chaque patient.

Les patients peuvent posséder quelques aliments ou boissons fraîches qu'ils peuvent déposer dans le réfrigérateur de l'office.

La journée est rythmée par les horaires des repas (8h30, 12h, 19h).

De principe, le repas est pris dans la salle commune de réfectoire et il est interdit de manger ou de consommer une boisson dans le reste des espaces communs.

Le coucher a lieu aux alentours de 23h. En dehors de la chambre d'isolement, aucune chambre n'est maintenue fermée la nuit.

Les contrôleurs ont observé de la souplesse dans le déroulement de la journée, des adaptations des règles collectives peuvent être aménagées au cas par cas.

Les visites sont autorisées de 13h30 à 18h30, dans les chambres ou dans la salle de visites de l'unité. Une salle située au rez-de-chaussée du bâtiment est dédiée à l'accueil des visites avec des enfants. Lors de la mission, quinze patients étaient autorisés à recevoir des visites.

En période d'ouverture de l'unité, les horaires d'ouverture sont de 9h30 à 11h45 et de 13h30 à 17h. Lors de la visite, douze patients étaient autorisés à sortir seuls de l'unité et huit étaient autorisés à sortir accompagnés. Les sorties accompagnées à l'extérieur de l'unité sont tributaires du nombre de soignants et sont possibles en journée jusqu'à 16h, si le nombre de soignants exerçant le matin est réellement de quatre. Certains patients, autorisés à sortir accompagnés, ont déploré les effectifs insuffisants limitant ainsi les sorties accompagnées.

Lors de la visite, seize patients étaient autorisés à téléphoner, avec leur téléphone portable ou avec le téléphone mis à disposition des patients dans la salle d'activités du service.

f) Les activités de l'unité

Les patients hospitalisés dans l'unité Eole peuvent bénéficier des activités extérieures à l'unité, proposées par l'établissement (cf. § 6.3) ou organisées par le pôle.

Les activités extérieures à l'unité organisées par le pôle B sont :

- lundi après-midi : activité manuelle et sport dans le gymnase ;
- mardi matin : sortie botanique dans le parc de l'hôpital ;
- mardi après-midi : activité pâtisserie au pôle « multi-activités » en alternance avec l'unité Cyclades ;
- mercredi matin : sport en salle de musculation ;
- mercredi après-midi : activités manuelles et sortie à la piscine ou au golf ;
- jeudi matin : activités manuelles et randonnées pédestres ;
- vendredi après-midi : relaxation proposée dans l'unité.

L'emploi du temps des activités est affiché dans le service.

Lors de la visite, quatorze patients, en soins sans consentement comme en soins libres, étaient inscrits à des activités extérieures.

Dans l'unité, les soignants organisent des activités ponctuelles : jeux de société, ping-pong, peinture, dessin, maquillage, balnéothérapie.

7.3.3 L'unité Cyclades : une unité d'admission intersectorielle

L'unité Cyclades est une unité intersectorielle qui accueille des patients souffrant de troubles de l'humeur et de conduites addictives avec pour un certain nombre d'entre eux des risques suicidaires importants. Cette unité est ouverte.

Installée au premier étage du bâtiment des admissions, cette unité contient vingt et une chambres individuelles et ne compte pas de chambre d'isolement. Son installation est par ailleurs identique aux autres unités d'admission (cf. § 7.1.1) et son seul espace extérieur est contraint comme à l'unité Eole (cf. § 7.3.2). Ses locaux, lumineux, sont bien entretenus et décorés avec soin.

Le jour du contrôle, les vingt et un lits étaient occupés. Tous les patients étaient admis en soins libres. En 2015, seuls trois patients ont été admis pour des soins sans consentement dans l'unité.

Le règlement intérieur de l'unité est affiché dans chaque chambre.

Le régime adopté pour les patients est celui d'un service ouvert. Sur prescription médicale, six patients sur les vingt et un ne pouvaient sortir dans le parc sans être accompagnés. Un tiers des patients sortait régulièrement le week-end.

Ce régime de liberté, pondéré sur prescription médicale, s'applique à tous les aspects de la vie quotidienne : liberté de conserver un ordinateur, liberté de conserver son téléphone portable, liberté de laisser ouverte la porte de sa chambre, liberté d'accès au parc, liberté d'adapter les horaires de visites.

Dans le hall commun un panneau d'affichage donne un large éventail d'information dont le planning hebdomadaire des activités. Celles-ci sont considérées comme nombreuses et variées. On peut noter l'existence au sein du service de nombreuses activités autour de « modules d'ateliers thérapeutiques » dont la luminothérapie.

7.3.4 L'unité Calypso : unité intersectorielle offrant des prises en charges de longues durées.

a) Présentation générale et projet thérapeutique

« Cette unité intersectorielle accueille les personnes adultes souffrant d'affections psychiatriques sévères (psychozes, trouble du comportement et de la personnalité etc.), elle reçoit également en séjour de rupture des personnes résidant dans des structures médico-sociales du département du Doubs ou dans leur milieu familial et qui nécessitent un temps de prise en charge hospitalière de courte durée »²⁶.

Cette unité a une capacité d'accueil de vingt patients : quinze en soins de longue durée et cinq en « séjour de rupture »²⁷ ainsi que des patients admis en hospitalisation de jour.

Les patients de l'unité présentent de forts handicaps psychiques et parfois physiques. Les soins somatiques ont une place importante dans l'unité aux côtés des soins psychiatriques.

L'équipe soignante de l'unité, comprend dix-huit infirmiers effectuant 16,7 ETP et onze aides-soignants effectuant 10,8 ETP. Ils assurent un effectif présent dans l'unité de quatre soignants en journée et deux la nuit. L'équipe intervient aussi en extra hospitalier pour des visites à domicile, afin de favoriser l'intégration des patients sortant de l'unité.

Deux médecins psychiatres et un interne interviennent dans unité. Ils sont présents du lundi au vendredi, soit le matin soit l'après-midi. Le médecin généraliste vient quotidiennement dans l'unité du lundi au vendredi.

Des *staffs*, réunissant l'ensemble du personnel soignant, ont lieu trois fois par semaine.

b) Les locaux

Le service est installé dans l'un des bâtiments anciens datant de 1968. Son infrastructure est manifestement inadaptée aux besoins actuels, en particulier pour l'accueil de patients au long cours le plus souvent handicapés physiques et mentaux. Si la propreté des locaux est correcte, l'entretien est à peine suffisant. Les rares projets de travaux, les plus élémentaires comme l'installation de moyens d'appel sont reportés en raison de la présence d'amiante (cf. § 2.2.1).

L'unité dispose de vingt-deux chambres individuelles, d'une chambre d'isolement et d'une chambre d'apaisement (cf. § 5.1). Par ailleurs des chambres sont condamnées en raison de la présence d'amiante.

²⁶ Projet de pôle du pôle B 2011-2016

²⁷ Séjour consistant à créer une rupture dans la prise en charge habituelle des patients dans les structures médico-sociales.

Les chambres sont de surface inégale, allant de 9 m² pour les plus petites à 42 m² pour les plus grandes qui étaient auparavant des chambres collectives. Une seule chambre possède un WC et une salle de douche. Quatre salles communes de douche et deux salles de bains sont disponibles dans l'unité. Neuf WC communs sont répartis dans le service, dont un seul, au rez-de-chaussée, est adapté aux personnes à mobilité réduite (alors que six patients étaient en fauteuils roulants lors de la visite).

Les portes des chambres possèdent un système de serrure permettant aux soignants de les ouvrir. Les patients disposent également d'une clef, leur permettant de fermer leur chambre, de l'intérieur ou de l'extérieur.

Bonne pratique

Le système d'ouverture et de fermeture des portes des chambres de l'unité Calypso permet aux patients d'avoir un libre accès à leur chambre. En outre, ils peuvent fermer la porte et se reposer en toute tranquillité et sécurité. Ce dispositif favorisant l'autonomie et assurant la sécurité des patients devrait être élargi à l'ensemble des unités de l'établissement.

Aucune chambre n'est équipée de boutons d'appel.

Recommandation

Les chambres de l'unité Calypso devraient être équipées de boutons d'appel permettant aux patients de solliciter l'intervention d'un soignant. Il en va de même pour l'unité Aubier.

Les locaux sont répartis sur deux étages reliés par deux escaliers et un ascenseur qui n'est utilisé que comme monte-charge en raison d'un fonctionnement aléatoire²⁸.

Au rez-de-chaussée, passé le hall d'accueil, un couloir central donne sur une salle de télévision ouvrant sur un espace solidement grillagé de 5 m² environ accessible aux fumeurs de façon libre.



Figure 16 : salon de l'unité Calypso

²⁸ Il ne peut accueillir un brancard en position allongé

A côté, une grande salle d'activité d'environ 40 m² s'ouvre sur un grand parc, lui-même entouré d'un grillage. Les patients, sous la surveillance des soignants, y ont accès dans la journée uniquement. Des déjeuners et des barbecues y sont organisés.



Figure 17 : jardin privatif de l'unité Calypso

Huit chambres individuelles alternent le long du couloir du rez-de-chaussée.

Enfin, le rez-de-chaussée comporte divers locaux pour les soignants et une grande cuisine réservée aux ateliers thérapeutiques.

Le premier étage est séparé en deux ensembles distincts : l'un pour les hommes compte six chambres, l'autre pour les femmes compte également six chambres dont trois sont inutilisées. L'étage réservé aux femmes comprend en outre un local de toilette avec une machine à laver le linge.

En dépit des efforts pour améliorer la décoration, la configuration des locaux de l'unité Calypso n'est pas adéquate. Les salles de soins sont exiguës alors que les salles réservées notamment aux ateliers ne sont pas fonctionnelles et peu adaptées à la démarche de soins individualisés. La prise en charge, sur du long terme, de patients lourds et l'impossibilité de réaliser le moindre aménagement, du fait de la présence d'amiante, pénalisent l'équipe.

Recommandation

La restructuration des locaux de l'unité Calypso n'étant pas envisageable en raison de l'amiante, la construction d'un nouveau bâtiment s'impose afin d'offrir des conditions d'hospitalisation adaptées aux patients qui y sont admis.

c) Les patients

Lors de la visite, onze patients étaient admis en hospitalisation à temps complet, en soins libres, dans l'unité. Tous bénéficiaient soit d'une curatelle renforcée, soit d'une tutelle. Ils étaient âgés de 32 à 63 ans.

L'un des patients était hospitalisé depuis plus de vingt ans dans l'unité. Il a été expliqué qu'aucune solution de prise en charge alternative n'avait été trouvée.

L'unité admet rarement des patients en soins sans consentement.

d) Les règles et les rythmes de vie

L'unité est dotée d'un règlement intérieur dont le contenu est explicité aux patients à leur arrivée. Etant donné que la grande partie des patients admis dans l'unité est en incapacité de lire, aucun exemplaire du règlement intérieur ne leur est remis ni affiché dans le service.

Recommandation

Afin de favoriser l'information des patients, des familles et des responsables légaux, un affichage du règlement intérieur de l'unité dans les parties communes de l'unité Calypso serait opportun.

Les modalités de vie (téléphone, sortie, habillement, tabac...) sont prescrites par le médecin pour chaque patient.

L'unité est normalement ouverte de 9h30 à 12h et de 13h à 17h. Cependant, en raison de la nécessité de limiter les allers et venues des patients en errance, elle peut être fermée en journée. Tel était le cas lors de la visite. Selon les propos recueillis, les soignants, pas assez nombreux, ne peuvent surveiller les patients en permanence. Trois des patients admis dans l'unité lors de la visite avaient l'autorisation de sortir seuls du service. Huit autres patients avaient l'autorisation de sortir accompagnés.

Dans cette unité, un certains nombres de patients avaient une prescription médicale de temps de repos (imposée ou à leur demande) en chambre fermée dans la journée ou dans la nuit. Lors de la visite, quatre patients avaient une prescription de chambre fermée systématiquement la nuit, trois patients avaient une prescription d'être en chambre fermée de manière séquentielle durant la journée (trois fois 1 heure pour l'un, deux fois 1 heure pour le second et « pour la sieste » concernant le dernier). Un patient avait une prescription d'être en chambre d'apaisement fermée à raison de trois fois 1 heure en journée. Pour les patients en chambre fermée la nuit, il a été indiqué qu'ils étaient accompagnés aux WC communs en cas de besoin. Le personnel de nuit effectue régulièrement des rondes pour répondre à ces demandes.

Les visites sont autorisées l'après-midi de 13h30 à 18h30, dans les parties communes ou dans les chambres des patients. Un patient n'avait pas l'autorisation de visites lors du passage des contrôleurs.

e) Les activités spécifiques à l'unité

Le service propose des activités adaptées aux patients. En 2015, en moyenne trois activités par mois ont été instaurées dans l'unité (cuisine, jardin, activité manuelle), soixante-dix « sorties thérapeutiques » ont eu lieu (avec un ou plusieurs patients) et un séjour thérapeutique avec trois patients s'est déroulé pendant cinq jours, dans les Vosges. Les activités collectives de l'établissement (cf. § 6.3) et du pôle (cf. § 7.3.2) peuvent aussi être proposées aux patients (cuisine et diverses activités manuelles).

Lors de la visite, tous les patients présents étaient inscrits à des activités.

7.4 LE POLE C : UN POLE LARGEMENT INVESTI DANS LES MISSIONS DE SOINS INTERSECTORIELLES

7.4.1 L'organisation des soins dans le pôle

Pour rappel (cf. § 2.2.), le pôle C prend en charge les patients âgés de 18 à 65 ans du secteur 25G03. Ce secteur couvre une population d'environ 94 000 habitants. Concernant

l'hospitalisation à temps complet, le pôle gère trois unités (Magnolia, Aubier et Etape) implantées sur le site de Novillars.

Ce pôle est particulièrement impliqué dans ses missions de soins intersectorielles tant en intra hospitalier (les unités Aubier et Etape ne sont pas sectorisées) qu'en extra hospitalier (foyer de post-cure et HDJ). Il investit dans des structures et des projets qui favorisent la réhabilitation du patient dans la cité, qui permettent d'éviter « l'institutionnalisation » et de développer des alternatives à l'hospitalisation complète. Un projet d'extension de l'HDJ avec la création d'un centre d'accueil et de crise (notamment pour les patients suicidaires) était à l'étude au moment de la visite ainsi que la création d'un HDJ pour jeunes psychotiques, inexistant à Besançon. Les équipes travaillaient également sur un projet de psychoéducation à destination des familles.

En coopération avec le pôle A, le pôle a formé sept agents au *packing*²⁹; un psychologue extérieur intervient deux fois par an dans les deux unités qui proposent cette technique (Aubier et Gentiane) afin de permettre une analyse des pratiques.

Le pôle est également particulièrement impliqué dans le projet de construction de la nouvelle MAS et notamment dans la création annexe de l'unité de vingt lits d'hospitalisation destinée aux patients au long cours.

7.4.2 L'unité Magnolia : une unité d'admission sectorisée

a) Présentation générale et projet thérapeutique

L'unité Magnolia est une unité d'admission généraliste prenant en charge tous les types de pathologies psychiatriques et accueillant des patients en soins libres et en soins sans consentement. Sectorisée, elle reçoit en priorité les patients du secteur 25G03.

La capacité d'accueil de l'unité est de vingt et un lits ; elle est par ailleurs dotée de deux chambres d'isolement qui étaient occupées lors de la visite (cf. § 5.1).

Située au rez-de-chaussée du pavillon des admissions, l'unité est théoriquement ouverte de 9h30 à 11h30 et de 14h30 à 17h. Cependant, dans les faits, l'unité est fréquemment fermée en raison de la présence de patients dont l'état clinique est incompatible avec la possibilité de sortir librement à l'extérieur, tel est notamment le cas des patients en crise suicidaire. Partie essentielle du cadre de soins, la question de l'ouverture des portes est travaillée en équipe ; il a été précisé qu'il était préférable de fermer temporairement la porte de l'unité que d'enfermer un patient dans sa chambre, d'autant que l'ouverture de la porte de l'unité peut être facilement obtenue auprès des soignants pour les autres patients.

Quatre praticiens hospitaliers (PH) et un interne interviennent au sein de l'unité. Trois PH consultent quatre demi-journées par semaine, le quatrième est présent cinq demi-journées (dont le samedi matin). Il arrive que certains patients expriment le souhait de changer de psychiatre, le plus souvent sous le coup de la frustration. Ils sont alors invités à en discuter avec leur médecin et si leur volonté persiste, un changement est possible. En dehors de ce cas de figure, les PH n'étant pas présents chaque jour de la semaine, il arrive fréquemment qu'un patient soit amené à rencontrer un autre praticien que le sien. L'interne est présent toute la journée du lundi au vendredi. Le planning médical du pôle est disponible dans l'unité. Une psychologue intervient

²⁹ Technique de traitement consistant à envelopper temporairement un patient de linge froid et humide pour donner des sensations tactiles limitantes permettant au patient de reconnaître ses limites.

une journée par semaine dans l'unité et participe au travail de lien avec les CMP. Il n'existe pas d'infirmier référent.

Les transmissions journalières ont lieu trois fois par jour à chaque changement d'équipe. Le lundi, une réunion clinique hebdomadaire pluri professionnelle évoque les projets de soins individuels de chaque patient et étudie les relais avec les autres partenaires ainsi qu'avec l'extra hospitalier ; une infirmière du CMP est toujours présente. Une réunion institutionnelle relative au fonctionnement et aux projets de l'unité se tient une à deux fois par an.

b) Les locaux

Les locaux sont identiques à ceux de l'unité d'admission, Cyprès, du pôle A (cf. § 7.2.3).

c) Les patients

Le jour de la visite, vingt-deux patients étaient hospitalisés (douze hommes et dix femmes). Parmi eux, quatre avaient été admis en SPDRE et dix autres en SPDT (dont deux en procédure de péril imminent et trois en procédure d'urgence) ; les huit autres étaient tous admis en soins libres. L'un des patients en SPDRE bénéficiait d'un programme de soins consistant en une hospitalisation du lundi matin au vendredi soir dans un foyer de post-cure. Le patient en SPDT hospitalisé depuis la plus longue durée l'était depuis deux mois et demi, le patient en SPDRE depuis trois mois et trois semaines et le patient en soins libres depuis trois ans et trois mois.

d) Les règles de vie

Le règlement intérieur de l'unité est affiché dans toutes les chambres de l'unité et le livret d'accueil est remis aux patients lors de leur admission. En dehors des heures de repas et des rendez-vous médicaux, les patients peuvent relativement librement organiser leur journée dans les différents lieux qui leurs sont accessibles. Les patients autorisés à sortir seuls de l'unité (dix le jour de la visite) peuvent le faire librement pendant les heures d'ouverture des portes de l'unité lorsque qu'elles ne sont pas fermées ; à défaut, ils doivent solliciter un soignant pour leur ouverture. Les chambres sont accessibles toute la journée et le jardin est ouvert de 6h30 à 23h, heure à laquelle les patients doivent avoir regagné leur chambre selon le règlement intérieur. Le jardin est le seul espace fumeurs de l'unité, les patients placés à l'isolement peuvent bénéficier de six temps de sortie de la chambre (trois par service) pour aller fumer dans le jardin ; des substituts nicotiniques leurs sont par ailleurs proposés.

Les visites sont autorisées de 14h30 à 18h45 dans la salle de visites de l'unité, dans la chambre ou dans le parc pour les patients autorisés à sortir seuls de l'unité. Lors de la visite, vingt patients étaient autorisés à recevoir des visites.

Les patients peuvent conserver leur téléphone portable – sauf avis médical contraire – à l'exception de la nuit. Un *point phone* est également disponible dans la salle de visites des familles, à l'exception de la nuit.

e) Les activités spécifiques à l'unité

L'unité n'organise pas d'activités spécifiques à l'intérieur de l'unité. Les patients disposent d'un baby-foot, de deux tables de ping-pong et de jeux de société.

Le jour de la visite, quinze patients étaient inscrits à des activités dispensées en dehors de l'unité.

7.4.3 L'unité Aubier

a) Présentation générale et projet thérapeutique

L'unité Aubier est une unité intersectorielle qui reçoit des patients au long cours présentant des troubles graves du comportement – souvent doublés d'une déficience intellectuelle – venant d'autres unités de l'établissement mais dont les troubles ne permettent plus le maintien dans ces unités. La mission de cette unité est de leur permettre d'acquérir un niveau de socialisation et une capacité à vivre en collectivité suffisante afin qu'il puisse réintégrer leur unité d'origine, ce qui n'exclut pas, par ailleurs, la recherche d'un projet de vie au sein d'une structure extérieure (en 2015, une patiente a quitté l'unité pour un hébergement en famille d'accueil).

La vocation initiale de cette unité était d'accueillir de façon transitoire ces patients mais, selon les informations fournies, les séjours y seraient de plus en plus longs – certains patients sont présents depuis plusieurs années – l'hospitalisation dans cette unité étant particulièrement stigmatisante pour les patients. Tout au long de leur visite, les contrôleurs ont recueilli des témoignages selon lesquels les patients de cette unité seraient particulièrement « difficiles » et inspireraient souvent de la peur au personnel soignant.

Recommandation

Le travail de communication et de collaboration avec les différents pôles afin de favoriser la mobilité des patients de l'unité Aubier doit être optimisé.

L'unité compte onze lits d'hospitalisation plus un lit de séjour de rupture réservé aux patients du secteur médico-social. Le nombre de lits y est inférieur à celui des autres unités d'hospitalisation pour un effectif soignant identique (quatre soignants sont présents dans l'unité matin et après-midi), ce qui en fait l'unité la plus contenante de l'établissement. Cependant, un seul soignant est présent durant la nuit. Un autre soignant, en poste dans l'unité contiguë, Etape, peut être sollicité pour intervenir à Aubier, le cas échéant (cf. § 2.3).

Selon les informations fournies, le médecin psychiatre référent rencontre les patients en entretien au moins une fois par mois, il se rend dans l'unité les lundi, mardi et mercredi et, si un patient est présent en chambre d'isolement, il y passe les deux jours suivants. Deux ou trois soignants référents sont désignés pour chaque patient qui sont notamment chargés, selon le règlement intérieur de l'unité, d'assurer « la gestion des vêtements et l'entretien général du patient », « les liens avec la tutelle, la banque et l'association Présence » d'effectuer « la sortie mensuelle du patient » et de tenir à jour les dossiers de soin des patients.

Les transmissions journalières se tiennent trois fois par jour ; le mardi, une réunion de synthèse hebdomadaire est organisée entre le médecin psychiatre de l'unité, la cadre de santé, l'assistante sociale et, parfois, le médecin somaticien afin d'évaluer la prise en charge de chaque patient. Une réunion institutionnelle relative au fonctionnement de l'unité se tient une à deux fois par an.

b) Les locaux

L'unité est située au rez-de-chaussée et au premier étage d'un des bâtiments vétustes de l'établissement qui héberge également l'unité Etape. Elle est la seule unité au long cours dont la porte d'entrée est en permanence fermée.



Figure 18 : pavillon hébergeant l'unité Aubier

L'unité dispose, en sus des douze chambres individuelles, d'une chambre d'isolement et d'une chambre d'apaisement (ces deux dernières sont décrites au paragraphe 5.1). Malgré la vétusté du bâtiment, les locaux sont propres et ont été repeints récemment. Les portes des chambres du premier étage ont été décorées en tenant parfois compte des goûts de leur occupant.



Figure 19 : porte d'une chambre

- *les chambres*

Les chambres sont d'une surface identique de 10 m², trois sont situées au rez-de-chaussée et neuf au premier étage. Leurs portes sont percées d'un fenestron qui permet une vue sur l'ensemble de la chambre et n'assure aucune intimité aux patients.



Figure 20 : vue d'une chambre depuis le couloir

Deux des chambres du rez-de-chaussée sont équipées d'un lit, d'une table, d'une chaise percée et d'une planche pour les effets personnels des patients ; trois placards verrouillés – dont les patients ne possèdent pas la clé – situés dans le couloir d'entrée de l'unité servent à entreposer les vêtements des occupants de ces chambres. L'une des chambres n'est équipée que d'un lit scellé et dispose d'une douche.

La plupart des chambres du premier étage sont équipées d'un lit, d'une table, d'une table de chevet, d'un fauteuil, d'une chaise percée, d'un placard et d'un lavabo condamné (à l'exception de deux). Les patients qui le souhaitent (et qui en ont les moyens) peuvent équiper leur chambre d'un poste de télévision. Comme au rez-de-chaussée, neuf placards sont situés dans le couloir d'accès aux chambres.



Figure 21 : une chambre du premier étage

Aucune des portes des chambres de l'unité ne peut être verrouillée de l'intérieur par les patients et aucune ne dispose de bouton d'appel.

- *Les sanitaires*

Les chambres sont toutes dépourvues de wc et toutes équipées de chaises percées. A l'exception d'une, aucune ne possède de douche.

Au rez-de-chaussée, une salle de douche et deux wc sont réservés aux patients ; au premier étage, des sanitaires sont réservés aux femmes (équipés d'une douche et d'une baignoire) et

d'autres aux hommes (équipés de deux douches et une baignoire), deux wc y sont également installés.

L'accès aux sanitaires du rez-de-chaussée est libre alors que les WC du premier étage ne le sont pas. Les douches sont organisées et, le cas échéant, dispensées par le personnel soignant entre 18 et 19h.

Recommandation

Les sanitaires du premier étage de l'unité Aubier doivent être en accès libre pour les patients tout au long de la journée.

- *les espaces communs*

Au rez-de-chaussée les patients disposent d'une salle de visites des familles située à l'entrée de l'unité, d'un réfectoire (32,5 m²), d'une salle d'activités et d'un salon-salle de télévision de 27 m². Au premier étage, l'ancienne salle de musique a été transformée en salle de *packing* (au moment de la visite, trois patients bénéficiaient de séances d'enveloppement) et une salle d'activités fait office de débarras.

- *Le jardin*

Le jardin est un vaste espace clos de grillages, arboré et en grande partie engazonné. Y sont disposés des tables et des fauteuils de jardin ainsi qu'un kiosque. Il possède une très belle vue sur la vallée.

Son accès est libre de 7h30 à 20h.

- *Les locaux du personnel*

Le personnel dispose d'un bureau pour le cadre de santé, d'un bureau infirmier, et d'une pharmacie faisant également office de bureau d'entretien médical.

c) Les patients

Le jour de la visite, onze patients étaient hospitalisés (dix hommes et une femme). Parmi eux, un avait été admis en SPDRE et deux autres en SPDT en procédure de péril imminent ; les autres étaient tous en soins libres. Le patient en SDRE était présent depuis un mois dans l'unité mais hospitalisé depuis plus d'un an et demi ; le patient en SPDT hospitalisé depuis la plus longue durée l'était depuis deux mois et quatre jours et le patient en soins libres depuis dix-neuf ans.

d) Les règles de vie

La vie dans l'unité est soumise à une double contrainte : la configuration des locaux (répartition des chambres sur deux étages) et le profil des patients dont les troubles sont potentiellement générateurs de manifestations hétéro ou auto-agressives. Ces patients doivent donc être soumis à une surveillance particulière qui engendre d'importantes restrictions à leurs droits et, notamment, à leur liberté d'aller et venir.

L'accès à la chambre est un exemple particulièrement significatif. Tous les patients y sont enfermés la nuit entre 20h et 7h30. Cette mesure est justifiée, notamment, par la présence la nuit d'un unique soignant au sein de l'unité (cf. *supra*). Les patients sont donc enfermés dans leur chambre pendant 11h30 la nuit, sans accès aux sanitaires, contraints d'utiliser une chaise percée et de crier ou taper dans la porte pour prévenir le soignant en cas de besoin à défaut de bouton d'appel.

La journée, les patients sont de nouveau enfermés dans leur chambre de 13h à 14h30. Selon les explications fournies, cette plage horaire constitue un « *temps d'apaisement et de baisse des stimulations* » et « *temps réservé aux soignants* » (période de transmissions notamment).

Par ailleurs, au moment de la visite, deux patients étaient également enfermés dans leur chambre entre 18 et 19h car l'ensemble des soignants est alors occupé à accompagner les autres patients à la douche.

Le reste du temps, les chambres sont fermées à clé et les patients n'ont pas la possibilité d'aller s'y isoler, « *sinon, il faudrait en permanence deux soignants à l'étage pour éviter tout risque de vol ou de violence entre patients* ».

Recommandation

Les conditions matérielles d'hébergement et le manque de moyens humains mis en œuvre dans l'accompagnement des patients hospitalisés à l'unité Aubier sont gravement attentatoires à leur liberté d'aller et venir et à leur dignité. Il est urgent d'envisager le transfert de cette unité dans des locaux adaptés à l'état des patients et aux normes d'hygiène, et par ailleurs, de doter cette unité du personnel nécessaire à une prise en charge hospitalière de qualité.

Au moment de la visite, seuls quatre patients admis en soins libres étaient autorisés à sortir seuls de l'unité pour se rendre dans le parc de l'hôpital ; l'ensemble des patients était autorisé à le faire accompagné d'un soignant, cette possibilité étant naturellement subordonnée à la disponibilité du personnel présent. Par ailleurs, cinq patients bénéficiaient d'autorisations de sortie de moins de 12h et aucun d'autorisation de sortie non accompagnée de moins de 48h.

Les visites sont autorisées de 10h à 12h et de 14h à 18h dans la salle de visites de l'unité ou dans le parc pour les patients autorisés à sortir seuls de l'unité. Lors de la visite, seules les deux personnes placées à l'isolement n'étaient pas autorisées à recevoir de visites.

Les patients peuvent conserver leur téléphone portable, sauf avis médical contraire. Cependant, peu en possèdent ; au moment de la visite, seul un patient bénéficiait de l'usage d'un téléphone portable. Les patients peuvent utiliser le téléphone sans fil du bureau infirmier à défaut de *point phone* dans l'unité.

Certains patients peuvent garder leur tabac la journée (il est systématiquement repris par les soignants le soir avant d'entrer dans la chambre) mais, pour la majorité d'entre eux, il est conservé dans une armoire, située dans la pharmacie, et distribué à la demande. Il n'est plus possible de fumer après 20h lorsque les patients sont enfermés dans leur chambre.

e) Les activités spécifiques à l'unité

Selon le rapport d'activité 2015, « *la prise en charge des patients de l'unité Aubier s'appuie principalement sur la mise en place d'activités, de sorties individuelles et de groupe* ». Le jour de la visite, tous les patients étaient inscrits à des activités.

Les patients bénéficient théoriquement chaque mois d'une sortie individuelle accompagnée d'un ou de deux soignants référents. Ces sorties sont généralement l'occasion de faire des achats, de déjeuner au restaurant ou d'aller au cinéma. En 2015, trente-quatre sorties individuelles ont été organisées pour autant de patients.

Des sorties de groupe réunissant cinq à six patients sont également régulièrement organisées (restaurant, promenades, visite culturelle, cinéma, bowling...). En 2015, 106 patients ont bénéficié de vingt-neuf sorties de groupe.

Un séjour thérapeutique est également organisé une fois par an. En 2015, ce séjour de quatre jours a concerné cinq patients ; deux autres patients de l'unité rejoignaient le groupe durant la journée.

Une séance de musicothérapie ouverte à tous les patients est organisée hebdomadairement (33 séances en 2015, 158 patients bénéficiaires).

Enfin, un infirmier organise chaque semaine une séance sportive dans le gymnase de l'hôpital (56 séances en 2015, 255 patients bénéficiaires) ; au jour de la visite, sept patients étaient inscrits à cette activité.

7.4.4 L'unité Etape

Cette unité intersectorielle de préparation à la sortie et de réhabilitation sociale de quatorze lits n'accueille que des patients en soins libres et ne dispose pas de chambre d'isolement.

Pour ces raisons, l'unité Etape ne fait l'objet d'aucun développement dans le présent rapport.

7.5 LE POLE PSYCHIATRIE DE LA PERSONNE AGEE POSSEDE DEUX UNITES D'HOSPITALISATION ADOPTANT DES PRATIQUES HOMOGENES

7.5.1 L'organisation des soins dans le pôle

Le pôle psychiatrie de la personne âgée (PPA) intersectoriel a été créé en 2007. Auparavant, l'offre de soins proposée aux personnes âgées était intégrée aux trois pôles de psychiatrie pour adultes. Pour rappel (cf. § 2.2.2), le pôle PPA dispose de deux unités d'hospitalisation de vingt et vingt-neuf lits ainsi que d'un hôpital de jour (HDJ) de dix places. Afin de favoriser le retour du patient dans son lieu de vie d'origine, une équipe mobile intervient à domicile, dans les foyers ainsi que dans les EHPAD. Il a également été mis en place une consultation mémoire destinée à l'ensemble de la population âgée de plus de 65 ans. Dans le projet de reconstruction de l'établissement, il est prévu de rénover les deux unités et d'attribuer à chacune vingt-quatre lits. Enfin un projet de création d'un CMP, destiné uniquement aux personnes âgées, et d'un EHPAD spécialisé en psychogériatrie est à l'étude.

Les deux unités d'hospitalisation ont adopté le même mode de fonctionnement concernant la prise en charge des patients et l'organisation des soins. Des transmissions ont lieu lors des changements d'équipe et un *staff* réunissant les infirmiers, le cadre de l'unité et le médecin en poste se tient tous les matins. Il permet d'effectuer un point rapide sur le déroulement prévu de la journée et d'évoquer les cas de patients pour lesquels il existe des difficultés de prise en charge. Une réunion clinique regroupant les équipes soignantes du matin et d'après-midi, l'assistante sociale, l'ensemble des médecins et un infirmier de l'équipe mobile, se déroule une fois par semaine. La situation et le projet de soins de chaque patient sont examinés. Les deux unités favorisent une approche pluridisciplinaire et selon les propos recueillis, « *la parole est libre entre soignants, les médecins sont accessibles et acceptent d'être questionnés sur les projets thérapeutiques et les traitements prescrits* ». Enfin une réunion institutionnelle de pôle se tient une fois par an. Elle est présidée par le chef de pôle qui présente le bilan d'activités de l'année passée.

7.5.2 L'unité Lilas

a) Présentation et projet thérapeutique

L'unité Lilas, d'une capacité de vingt lits, accueille et prend en charge des patients âgés de 65 ans et plus souffrant de pathologies psychiatriques aiguës ou chroniques (schizophrénies accompagnées d'épisodes hallucinatoires, des troubles de l'humeur et des troubles psycho-comportementaux liés à des pathologies dégénératives cérébrales). Les patients peuvent être adressés par le service des urgences psychiatriques, par un EHPAD ou par une autre institution. Les admissions sont réalisées avec ou sans le consentement du patient. L'objectif majeur est d'atténuer les douleurs psychiques et physiques tout en préservant l'autonomie du patient. Les familles sont associées au projet thérapeutique de leur proche.

La durée moyenne de séjour (DMS) des patients pour l'année 2015, était de 81 jours en raison des délais d'attente pour obtenir une place dans des structures adaptées telles que les EHPAD.

L'unité demeure fermée de façon permanente « *afin de protéger les patients présentant des troubles cognitifs majeurs* ».

Le chef de pôle est l'unique praticien hospitalier (PH) pour toute l'unité, il consulte trois après-midi par semaine et adapte son emploi du temps aux besoins des patients. Selon les propos recueillis, aucun patient n'a jusqu'à ce jour exprimé le souhait d'être suivi par un autre médecin. Si le cas se présentait, un médecin de l'unité Tilleuls serait alors désigné. Un interne est également présent du lundi au vendredi et le médecin généraliste consulte tous les jours à l'exception des week-ends. Un planning indiquant les jours de présence des médecins est disponible dans chaque unité du pôle PPA. La psychologue intervient le mardi, elle assure des suivis réguliers avec quelques patients

Les équipes soignantes du matin sont composées de deux infirmiers et de deux aides-soignants. Les équipes d'après-midi sont constituées de deux infirmiers et d'un aide-soignant. Parmi les deux infirmiers, l'un est en charge de la gestion de la pharmacie et de la dispensation des traitements. Il assiste également aux consultations médicales. Le second prend en charge les admissions, il mène les entretiens infirmiers et accompagne les patients pour leurs examens médicaux. Il est à noter que les effectifs ne comptent pas un poste supplémentaire d'infirmier de jour, en charge des activités. Durant la nuit, un infirmier et un aide-soignant sont présents.

Il n'existe pas d'infirmier référent pour les patients. Il en est de même pour les aides-soignants. Le cadre de l'unité demeure vigilant concernant les patients pour lesquels la prise en charge est lourde et complexe ; il s'assure que les soignants passent le relais dès lors que le besoin s'en fait ressentir. La notion de la bientraitance semble être au centre des préoccupations de tous et la présence régulière d'étudiants en soins infirmiers stagiaires permet d'engager régulièrement le débat sur ce point et de remettre en question les pratiques. Selon les propos recueillis, les équipes sont stables et homogènes. La majorité des agents sont en poste depuis environ quatre ans et l'équilibre entre les soignants expérimentés et ceux récemment diplômés est maintenu.

b) Les locaux

L'unité est implantée dans un bâtiment de plain-pied. Une partie des locaux est vétuste mais les pièces sont aménagées avec soin offrant un cadre de vie agréable. En outre, les locaux sont propres et bien entretenus. L'unité dispose également d'une extension de conception moderne comprenant notamment huit chambres individuelles toutes équipées d'un sanitaire et d'une douche. Il n'existe pas de chambre d'isolement.

Les locaux de l'unité sont répartis ainsi :

- quatorze chambres individuelles dont huit chambres avec douche et sanitaires ;
- trois chambres à deux lits ;
- trois locaux sanitaires communs dont un avec baignoire ;
- trois WC communs ;
- une salle d'activités ;
- un grand salon équipé d'un téléviseur ;
- un petit salon également équipé d'un téléviseur ;
- un réfectoire ;
- une cuisine ;
- une pharmacie, une salle de soins, un bureau infirmier, une salle de réunion, trois salles de consultations et le bureau du cadre de santé.

Les chambres individuelles sont confortables et bien équipées. Elles disposent d'un lit médicalisé, d'une table de chevet, d'un placard et d'un coffre qui ne ferme pas à clef, d'une table et d'un siège. Elles sont également dotées d'une sonnette d'appel et d'un luminaire placé au-dessus du lit. L'éclairage naturel est assuré par la présence de larges fenêtres qui peuvent être maintenues entrouvertes. Les sanitaires (WC et douches) sont également adaptés aux patients. Ils disposent de poignées murales, d'une sonnette d'appel et ils sont équipés d'une douche à l'italienne. Le lavabo est doté d'une tablette surmontée d'un miroir.



Figure 22 : une chambre individuelle de l'unité Lilas

Les chambres doubles sont plus vétustes mais elles sont spacieuses. Ainsi, chacun dispose d'une table de chevet, d'une armoire individuelle, d'une table et d'un siège. En revanche, les patients doivent se partager le lavabo, doté d'une tablette surmontée d'un miroir. Ces chambres n'étant pas équipées de sonnette d'appel portable, les patients à mobilité réduite disposent d'une

sonnette fonctionnant à l'aide d'une pile qui est accolée à leur table de chevet. Pour les patients présentant des troubles cognitifs importants, des calendriers ainsi que des affichettes indiquant les horaires d'accès à l'ergothérapie et à la cafétéria sont fixés au mur de leurs chambres.



Figure 23 : chambre double de l'unité Lilas

Bonne pratique

La mise en place de sonnettes d'appel portatives à l'unité Lilas est une excellente initiative qui devrait s'appliquer aux unités Calypso et Aubier.

La configuration et l'aménagement des sanitaires communs et des salles de bains n'appellent pas de remarque particulière. Cependant il est à noter que si les patients ont la possibilité de fermer la porte à clef de la salle de douche, ils ne disposent pas de sonnette d'appel.

Les espaces communs sont agréablement aménagés, le mobilier comprend des fauteuils et des sièges en nombre suffisant. Une horloge et un calendrier sont fixés au mur du grand salon, un panneau d'information est situé à proximité de cette pièce. Il contient des notices d'information concernant l'accès au culte, les horaires d'ouverture et de fermeture de la cafétéria et de la bibliothèque.

L'unité dispose d'un jardin aménagé, clôturé de part et d'autre, comprenant une terrasse, ombragée. En principe, les patients y ont accès à partir de 6h 30 jusqu'à 21h15 afin d'éviter que les patients très désorientés, qui tenteraient de franchir la clôture en fin de journée, ne courent le risque de souffrir du froid.



Figure 24 : le salon donnant accès au jardin privatif

L'unité ne dispose pas d'un salon réservé aux visiteurs. En conséquence, les visites se déroulent dans les chambres ou à l'extérieur.

Une cabine téléphonique, accessible à tout moment à l'exception de la nuit, est installée à proximité du bureau infirmier. Elle est équipée de deux combinés téléphoniques : l'un est destiné à recevoir des appels et le second à en transmettre. La configuration de cette cabine, entièrement fermée, permet de préserver la confidentialité des communications.

c) Les patients

Le jour de la visite, vingt patients étaient hospitalisés. Parmi eux, quatre avaient été admis en soins à la demande d'un tiers (ASDT), les autres patients étaient tous admis en soins libres. La durée la plus longue d'hospitalisation était de 5 ans et 4 mois. Il s'agissait d'un patient admis en SDT, présentant des troubles hétéro-agressifs et en attente d'un placement dans une structure adaptée. Concernant les trois autres patients admis en SDT présents dans l'unité, l'un présentait des troubles importants du comportement et pour le second, il existait un risque élevé de passage à l'acte envers les membres de sa famille. Le troisième patient, en échec thérapeutique, provenait du pôle B.

d) L'arrivée dans le service

Lorsqu'un patient est admis dans le service, il est bien souvent accompagné par sa famille ou par ses proches. Il est accueilli par un infirmier et par un aide-soignant. Ces derniers procèdent à une visite des locaux et lui présentent l'ensemble du personnel de l'unité. Le patient est alors conduit dans sa chambre. Le choix de l'affectation des chambres est décidé en amont avec le médecin. En principe, les patients hospitalisés sur du long terme ou ayant des troubles importants du comportement se voient attribuer une chambre individuelle. Les affectations en chambre double sont décidées en fonction de l'état clinique des patients et de leur pathologie.

Les soignants procèdent à un inventaire des effets personnels et des objets de valeur (cf. § 4.3). Le retrait des effets personnels est adapté à l'état clinique de la personne. Si le patient ne présente aucun risque suicidaire, aucun objet ne lui est retiré. Sa famille se charge, en général, de gérer son argent. Si le patient ne présente pas de troubles cognitifs majeurs, il est autorisé à conserver avec lui sa carte bancaire, son chéquier et ses bijoux. Il a été indiqué que les vols étaient inexistantes dans le service.

Le patient est reçu par le médecin psychiatre dans les deux heures qui suivent son admission. Au cours de cette première consultation, il définit le cadre d'hospitalisation (autorisation de sortie, visites, utilisation du téléphone portable, consommation de tabac). Il n'existe pas de restriction systématique. Seul l'état clinique du patient peut justifier une interdiction ou une restriction prescrite par le médecin.

Ce document peut être établi durant les jours qui suivent l'admission du patient, après l'un temps d'observation et d'évaluation. Les cadres d'hospitalisation sont réexaminés tous les quinze jours ou tous les mois.

Lorsqu'il s'agit d'un patient admis en soins sans consentement, il est systématiquement examiné par un médecin généraliste. Le cadre de l'unité fait signer au patient la notification de décision d'admission en soins sans consentement. Outre l'information sur les droits et les voies de recours, le cadre explique au patient que le rôle du juge des libertés et de la détention (JLD) est de vérifier, entre autres, l'aspect légal de la procédure. Le recueil des observations n'est pas formalisé et n'est que très rarement effectué. Il a été indiqué aux contrôleurs que les cadres de santé n'avaient pas reçu de formation portant sur la notification de la décision d'admission. Lorsque l'entretien avec le patient est conflictuel, le cadre de l'unité passe le relais au médecin.

e) Les règles de vie

Si le patient ne présente pas de troubles cognitifs sévères, il reçoit le livret d'accueil. Les règles de vie régissant l'unité lui sont expliquées oralement. Aucun document spécifique n'a été établi. A l'exception des repas qui sont distribués à heures fixes (12h et 19h), il existe une certaine souplesse dans l'organisation de la vie quotidienne ; les soignants s'adaptent à la pathologie et au rythme de vie des patients.

Pour des raisons d'organisation, l'aide à la toilette démarre à 7h avant le petit déjeuner qui est servi au réfectoire à 8h30. Les patients autonomes peuvent se rendre aux douches communes le matin ou l'après-midi, en fonction de leurs habitudes de vie. Les patients, qui ont eu une nuit agitée, sont autorisés à prendre leur petit déjeuner en pyjama. En général, le placement au réfectoire est décidé par les soignants qui prennent en compte notamment les comportements agressifs de certains patients. Tel était le cas pour un patient. D'aucuns sont néanmoins autorisés à choisir leur place et certains prennent leur repas dans leur chambre lorsqu'ils en font la demande.

Les chambres sont accessibles toute la journée, à l'exception des patients clinophiles qui sont invités à se joindre aux autres. Comme indiqué précédemment, le jardin est ouvert de 6h30 à 21h15. Les patients peuvent donc sortir fumer quand ils le souhaitent à l'exception de ceux qui ne sont pas en mesure de gérer leur consommation de tabac ou qui ne sont pas autorisés à conserver leur briquet. Ils doivent alors s'adresser aux soignants. Le jour de la visite, un patient présentant une pathologie somatique lourde était autorisé à fumer quatre cigarettes par jour. Une note de rappel était affichée dans sa chambre.

En dehors des rendez-vous médicaux et des heures de repas, les patients, autorisés à sortir seuls, peuvent sortir à leur gré. Ils doivent néanmoins s'adresser aux soignants pour qu'on leur ouvre la porte. Un patient a indiqué aux contrôleurs que « *cela était contraignant mais que le personnel soignant faisait le nécessaire pour ouvrir la porte dans les meilleurs délais* ». Selon les propos recueillis, les soignants ne sont pas en nombre suffisant pour pouvoir surveiller les allées et venues et laisser la porte de l'unité ouverte en permanence. Le jour de la visite, onze patients, admis en soins libres, étaient autorisés à sortir seuls dans l'enceinte de l'établissement. Les

autres patients avaient l'obligation de sortir accompagnés. Certains jours les soignants, par manque d'effectifs, ne disposent pas du temps nécessaire pour accompagner les patients dans l'enceinte de l'établissement. Les sorties peuvent être alors limitées à deux par semaine. Lorsque des visiteurs accompagnent leur proche dans l'enceinte de l'établissement, certains emmènent avec eux un ou deux autres patients.

Les visites sont autorisées entre 13h30 et 18h30 cependant il existe une certaine flexibilité dans les horaires afin de permettre à des visiteurs, soumis à un emploi du temps contraignant, de venir en fin de matinée ou en début de soirée. Lors du contrôle, tous les patients étaient autorisés à recevoir des visites.

En principe, les patients possédant un téléphone portable sont autorisés à le conserver. Le jour de la visite, deux patients n'étaient pas autorisés à le conserver durant la nuit en raison d'un usage inapproprié. A titre d'exemple, l'un des patients avaient contacté, sans motif apparent, les pompiers durant la nuit.

Le soir, les patients ne sont pas soumis à un horaire précis pour aller se coucher. L'accès aux deux salons est libre et les patients peuvent regarder la télévision après la tisane du soir qui est distribuée à partir de 21h30. Pour autant, beaucoup d'entre eux regagnent leur chambre dès 20h après le repas. Les soignants les incitent alors à veiller dans le salon. Bien que l'accès au jardin ne soit plus autorisé après 21h30, ceux qui le souhaitent peuvent s'y rendre pour fumer.

Lorsque les patients ont regagné leur chambre, le personnel soignant effectue une ronde de surveillance environ toutes les heures. En principe, les portes des chambres ne sont pas fermées à clef. Au moment de la visite deux patients qui, pouvaient être éventuellement contenus dans leur lit au moment du coucher, étaient enfermés dans leur chambre afin « *d'éviter tout risque d'agressions de la part d'autres patients* ». Ces deux patients faisaient l'objet d'une prescription d'une contention « si besoin ». L'un, admis en soins libres, pouvait être contenu durant trente minutes au moment du coucher afin de faciliter l'endormissement. Les contentions sont systématiquement retirées une fois le patient endormi. Le personnel soignant a reconnu que si les effectifs en personnel étaient plus importants, le recours à la contention pourrait être évité grâce à la présence d'un soignant qui demeurerait aux côtés du patient durant la période d'endormissement.

Concernant le second patient pour lequel, il existait également une prescription de contention « si besoin », ce dernier admis en soins sans consentement présentait un risque hétéro-agressif élevé.

Lorsque le personnel soignant fait usage de la contention, l'interne de garde vient examiner le patient dans les deux heures qui suivent le début de la mesure.

f) Les activités spécifiques à l'unité

Les activités sont organisées en fonction des disponibilités du personnel soignant, il n'existe donc pas de planning d'activités. En général, les jeudis sont réservés à l'atelier cuisine ; cinq patients sont invités à confectionner un repas et à le partager avec les soignants. Une activité lecture, des jeux de sociétés sont organisés ponctuellement. Les patients peuvent bénéficier, en fonction de la disponibilité des soignants, de séances de maquillage et de soins esthétiques durant la matinée. Lors de la visite, la majorité des patients profitait du jardin en raison de la météo particulièrement propice. D'autres regardaient la télévision et un petit nombre déambulait dans le couloir.

Les sorties à l'extérieur ont lieu environ deux fois par mois. Les patients, au nombre de trois, sont accompagnés pour effectuer quelques achats et prendre un repas au restaurant.

7.5.3 L'unité Les Tilleuls

a) Présentation générale et projet thérapeutique

L'unité Tilleuls est une unité d'admission de court séjour accueillant des personnes âgées de 65 ans et plus, souffrant de troubles psychiatriques aigus. Elle dispose d'une capacité d'accueil de vingt-neuf lits. Les admissions sont réalisées avec ou sans le consentement du patient. L'unité est fermée en permanence afin de « *protéger les patients désorientés* ». Il n'existe pas de chambre d'isolement.

La durée moyenne de séjour (DMS) des patients pour l'année 2015 a été de vingt-huit jours.

Deux praticien hospitaliers (PH) interviennent au sein de l'unité, soit 1,30 ETP, afin d'assurer une présence quotidienne matin et après-midi du lundi au vendredi. Un interne est présent deux demi-journées par semaine. Les patients, selon leur pathologie et leur état clinique, sont reçus par le PH une à deux fois par semaine. Lorsqu'un patient souhaite être suivi par un autre PH « *cela se discute en équipe, la requête peut être accordée à moins que le patient ne soit dans un état délirant.* » Selon les informations recueillies, cela se produit très rarement.

Le médecin généraliste intervient à mi-temps. Auparavant un gériatre occupait ce poste, il n'a pas été possible d'en recruter un autre, faute de candidatures.

La psychologue intervient une journée par semaine ; selon les propos recueillis, son temps de présence est insuffisant pour pouvoir assurer des suivis réguliers des patients.

Les équipes soignantes du matin et d'après-midi sont composées de deux infirmiers et de deux aides-soignants et la nuit d'un infirmier et d'un aide-soignant. La répartition des tâches et des activités entre les infirmiers est similaire à celle de l'unité Lilas. Les effectifs comptent un infirmier de jour, en charge des activités. Cependant ce poste n'est pas pourvu tous les jours, comme ont pu le constater les contrôleurs.

L'équipe soignante a connu, sans raison apparente, un *turn-over* important il y a environ un an. Elle est maintenant stable cependant, les effectifs comptent sept nouveaux diplômés alors même que les autres soignants ont environ deux à trois ans d'ancienneté.

A l'instar de l'unité Lilas, les patients accueillis aux Tilleuls présentent de multiples pathologies ce qui génère une charge de travail supplémentaire (soins de nursing et de confort, aide à l'alimentation) pour les soignants, ceci au détriment des activités et des sorties extérieures. Selon les propos recueillis, « *la parole circule librement entre les soignants qui n'hésitent pas à passer le relais lorsqu'il s'agit de prendre en charge des patients difficiles nécessitant des toilettes complètes.* »

b) Les locaux

Les locaux de l'unité Tilleuls sont implantés dans un bâtiment d'un étage, accessible par un escalier et un ascenseur. L'ensemble est vétuste cependant les locaux sont d'une propreté irréprochable, ils sont maintenus en bon état et les pièces communes sont agréablement aménagées. Le bâtiment dispose de deux entrées dont l'une offre un accès direct à l'étage.



Figure 25 : le bâtiment "Les Tilleuls et son jardin privatif"

Les pièces et espaces communs sont répartis comme suit :

- Vingt-trois chambres individuelles dont douze situées au premier étage. Parmi les onze chambres individuelles, implantées au rez-de-chaussée, quatre disposent d'un WC avec douche ;
- trois chambres à deux lits, avec WC et douche, situées au rez-de-chaussée ;
- quatre locaux sanitaires communs dont deux avec baignoire répartis sur les 2 étages ;
- huit WC communs répartis sur les deux étages ;
- un petit salon, équipé d'un téléviseur, situé au premier étage et qui donne accès à une terrasse qui est fermée en permanence, les rambardes n'étant pas sécurisées ;
- une salle d'ergothérapie située au premier étage ; peu utilisée qui permet d'entreposer du matériel ;
- deux salons mitoyens, situés au rez-de-chaussée, dont un est réservé aux activités et le second beaucoup, plus spacieux, est équipé d'un téléviseur. Il donne directement accès au jardin ;
- une grande salle à manger et un petit réfectoire réservé aux personnes qui nécessitent une aide pour la prise de leur repas ;
- une cuisine ;
- une pharmacie, une salle de soins, un bureau infirmier, quatre bureaux médicaux et le bureau du cadre de santé.

Le jardin, qui est agréablement aménagé, est clôturé de part et d'autre. Il dispose d'une tonnelle, fréquentée principalement par les fumeurs. Il comprend également une terrasse ombragée où sont disposés des tables et des sièges. En principe, le jardin est accessible de 6h30 jusqu'à 21h15. Cependant, il est parfois fermé en journée lorsque les effectifs en personnel soignant sont insuffisants et qu'il existe un risque de fugue chez un patient désorienté ou très agité. Ce mode de fonctionnement limite de façon considérable les possibilités d'aller et venir, d'autant plus que

l'unité est fermée en permanence et que par conséquent les patients autorisés à sortir doivent systématiquement demander au personnel soignant d'ouvrir la porte.

Les chambres individuelles sont équipées de façon sommaire. Celles du premier étage, réservées en priorité aux patients totalement autonomes, ne disposent pas de douches ni d'un WC. En revanche, elles sont équipées d'un lavabo et d'une tablette surmontée d'un miroir.



Figure 26 : chambre individuelle de l'unité "Les Tilleuls"

Les patients, présents dans l'unité sur du très long terme, ont la possibilité de décorer leur chambre, voire de l'aménager avec du mobilier de leur choix. Tel est le cas pour une patiente admise dans l'unité depuis seize ans.

Les chambres doubles sont également sommaires. Leur superficie permet aux patients de disposer chacun d'une table de chevet, d'une armoire individuelle, d'une table et d'un siège. Le local de douche est correctement équipé. Il en est de même pour les quatre chambres individuelles situées au rez-de-chaussée, disposant d'un local de douche et d'un WC.

La configuration et l'aménagement des sanitaires communs et des salles de bains n'appellent pas de remarque particulière hormis le fait qu'ils soient vétustes et qu'ils ne soient pas équipés d'une sonnette d'appel.



Figure 27 : sanitaires communs de l'unité Les Tilleuls

L'unité dispose d'un petit salon réservé aux visiteurs. Bien qu'il soit agréablement aménagé, il ne permet pas de préserver l'intimité des patients et de leur famille car il est situé à proximité de l'escalier donnant accès au premier étage.

Il n'existe pas de cabine téléphonique. Un *point phone* est positionné dans le couloir à proximité de la salle de soins. Sa configuration (absence de cabine) ne permet pas de préserver la confidentialité des communications.

c) Les patients

Le jour de la visite, vingt-quatre patients étaient hospitalisés dont une patiente admise en SDRE. Cette dernière, hospitalisée depuis seize ans, avait été auparavant admise sur décision judiciaire et tout récemment, son statut d'hospitalisation avait été transformé en SDT. Tous les autres patients étaient admis en soins libres, sept étaient en attente d'une place dans un EHPAD.

d) L'arrivée dans le service

Lorsqu'il s'agit d'une admission sans consentement, le patient transite par les urgences et le médecin de l'unité ou l'interne de garde l'informe de son statut d'hospitalisation et des contraintes inhérentes aux soins sans consentement. En revanche, il appartient au cadre de l'unité de faire signer ultérieurement au patient la notification de décision d'admission sans consentement. Le cadre de santé informe le patient de ses droits et l'accompagne dans ces démarches lorsque ce dernier souhaite s'entretenir avec un avocat ou faire appel de la décision. Selon les propos recueillis, les patients éprouvent parfois des difficultés à appréhender le rôle du JLD.

La procédure d'accueil et de prise en charge est identique à celle réalisée à l'unité Lilas. Rien n'est effectué de façon systématique, le personnel soignant s'adapte au patient et s'attache à offrir une prise en charge personnalisée. Lorsque le patient arrive agité, les soignants prennent le temps nécessaire pour l'apaiser « *car tout se joue à l'entrée et il est indispensable d'établir une bonne relation thérapeutique afin d'offrir une prise en charge adaptée* ». L'inventaire des effets personnels peut être reporté lorsque le patient est agité. En revanche, lorsque l'état clinique du patient est stable, il est autorisé à conserver ses effets personnels y compris son téléphone portable, son tabac et son briquet. Par ailleurs, les patients ne sont jamais soumis au port du pyjama à l'exception de deux qui présentent un état d'incurie et qui ne disposent pas de vêtements.

Les patients font l'objet d'une surveillance et d'une observation durant les premières 48 heures. Ceux pour lesquels il existe un risque de passage à l'acte hétéro ou auto-agressif sont surveillés toutes les heures et sont affectés dans une chambre du rez-de-chaussée située à proximité du poste de soins. Les affectations en chambre double sont décidées en accord avec le médecin ; les pathologies et les éléments de personnalité des patients sont pris en compte dans le choix de l'attribution de la chambre.

e) Les règles de vie

A l'instar de l'unité Lilas, le personnel de l'unité Tilleuls n'a pas établi de document explicitant les règles de vie régissant l'unité. Les informations portant sur le fonctionnement de l'unité sont transmises oralement aux patients.

En général, les patients sont invités à se lever aux alentours de 7h30 pour prendre leur traitement. D'autres se lèvent dès 6h pour se rendre dans le jardin et fumer leur première cigarette de la journée. Les toilettes, pour les moins autonomes, sont effectuées avant le petit

déjeuner. Les autres patients sont autorisés à la faire après avoir pris leur petit déjeuner ; en outre, ils peuvent se rendre dans le réfectoire en pyjama.

La journée est rythmée par les heures des repas et des soins. L'accès aux salles de bains communes est libre et les chambres restent ouvertes en permanence.

Comme indiqué *supra*, les restrictions portant sur la consommation de tabac, l'usage du téléphone, les sorties et les visites sont prescrites par le médecin lorsque l'état clinique du patient le justifie. Le jour de la visite, vingt-trois patients étaient autorisés à téléphoner et tous pouvaient recevoir des visites. Neuf patients, dont la patiente admise en SDRE, étaient autorisés à sortir seuls dans l'enceinte de l'établissement. Cette patiente bénéficiait également de permissions de sortie accompagnée, d'une durée 12 heures, pour rendre visite à sa famille. Les quinze autres patients (désorientés ou peu autonomes) ne pouvaient sortir qu'en présence d'un soignant ou d'un membre de la famille. Lorsque les effectifs en personnel soignant sont au nombre de quatre uniquement, les soignants ne disposent pas toujours du temps nécessaire pour accompagner les patients à l'extérieur.

Les patients ne sont pas soumis à un horaire précis pour aller se coucher. Beaucoup rejoignent leur chambre après le repas. Lors de la visite de nuit, quatre patients étaient installés dans le grand salon tandis que trois autres regardaient un match de football dans le petit salon du premier étage. La porte donnant accès au jardin était fermée car le personnel soignant était en transmissions. Cependant une fois les transmissions terminées, les patients souhaitant fumer ont pu accéder au jardin. Selon les propos recueillis, le personnel de nuit est sollicité par les patients en proie à des états d'anxiété et d'agitation au moment du coucher. En principe, les portes des chambres ne sont pas fermées à clef, à l'exception des patients désorientés, susceptibles de déambuler et de chuter durant la nuit. La porte est alors fermée le temps de l'endormissement. Si une porte est fermée toute la nuit, le patient qui ne dispose pas de sanitaire dans sa chambre se voit attribuer une chaise percée. Selon les propos recueillis certains patients, circulant librement, demandent à disposer d'une chaise percée durant la nuit de peur de ne pouvoir se rendre à temps aux sanitaires communs.

Lors de la visite, quatre patients admis en soins libres avaient une prescription de contention séquentielle. Il convient de préciser que le terme de « contention » est employé dès lors que la porte de la chambre est fermée puisque la personne est contrainte dans ses déplacements. Deux patients avaient une prescription de fermeture de porte en cas d'agitation. Un autre patient était soumis à une contention au moyen d'une ceinture ventrale en cas d'agitation durant la phase d'endormissement. Les barrières du lit étaient également relevées. Seul un patient était soumis à une prescription de contention en cas de comportement agressif (coup de poing dans la figure). Ces prescriptions dataient de moins de trois semaines. Ces contentions sont utilisées « *avec parcimonie* » et sont d'une durée inférieure à deux heures à l'exception de la fermeture de porte qui peut durer toute la nuit. Un infirmier a indiqué que « *si les patients pouvaient sortir dans le parc chaque jour et participer à une activité quotidienne, ils seraient moins agités* ». En outre, lorsque les effectifs sont en nombre suffisant, d'autres alternatives à l'isolement et à la contention sont recherchées. A titre d'exemple, un patient fortement agité et dont le comportement était agressif a été invité à venir s'installer à l'ombre dans le jardin et à l'écart des autres patients. Deux infirmiers sont restés à ses côtés jusqu'à ce qu'il soit apaisé.

f) Les activités spécifiques à l'unité

Lorsque les effectifs sont au nombre de cinq soignants, les patients sortent accompagnés dans le parc. Beaucoup d'entre eux doivent être stimulés y compris ceux étant autorisés à sortir seuls. Le lundi et le mardi aucune activité n'est organisée. Cependant lorsque les soignants sont disponibles, des séances de maquillage se déroulent le matin dans le grand salon. Les patients qui le souhaitent peuvent également faire de la couture ou jouer à des jeux de société, comme ont pu le constater les contrôleurs.

Un atelier « expression artistique » se déroule le mercredi matin, la gymnastique douce a lieu le jeudi et la journée du vendredi est destinée à l'atelier cuisine et à la musicothérapie. Une à deux fois par mois, des sorties extérieures sont organisées pour environ cinq à six patients.

8. CONCLUSION GENERALE

Le CHN, établissement de référence dans le département du Doubs, a su développer une approche cohérente de réponse aux besoins de soins psychiatriques de la population en s'inscrivant dans une réelle dynamique partenariale qui a permis de développer une offre de soins tournée vers l'extérieur.

L'établissement mène une réflexion globale sur la prise en charge des patients et il existe une bonne collaboration entre les pôles. Soucieux du bien-être des patients, le personnel médical et paramédical a la volonté de faire évoluer constamment leur pratique et d'alimenter leur réflexion sur les libertés individuelles. La majorité des unités, à l'exception de l'unité Aubier, adopte une approche souple et individualisée à l'égard des patients. Rien n'est systématique et seul l'état clinique du patient peut motiver la prescription d'une restriction. Les professionnels de santé doivent cependant poursuivre le travail de réflexion sur la fermeture permanente de certaines unités, portant atteinte à la liberté d'aller et venir, et les mesures d'isolement dont le nombre et la durée sont élevés.

Il est à noter que l'équilibre financier demeure précaire alors même que la construction de nouveaux édifices s'avère urgente. Les conditions d'hébergement des patients admis dans les bâtiments anciens sont très insatisfaisantes.