



Rapport de visite
Centre hospitalier de Dieppe
Seine Maritime
(unités psychiatriques)
du 11 au 13 avril 2011

Contrôleurs :

Mme Anne Lecourbe, chef de mission ;

Mme. Khadoudja Chemlal ;

M. Philippe Lavergne ;

M. Bernard Raynal.

1 LES CONDITIONS DE LA VISITE

En application de la loi du 30 octobre 2007 instituant le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, quatre contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier de Dieppe du lundi 11 au mercredi 13 avril 2011. Le chef d'établissement en avait été préalablement informé le mercredi 6 avril 2011 par le Contrôleur général.

Un rapport de constat a été adressé le 5 octobre 2011 au chef d'établissement ; le directeur par intérim a fait connaître ses observations en retour le 18 novembre 2011. Le présent rapport de visite a pris celles-ci en considération.

La visite s'est déroulée du lundi 11 avril à 14h15 au mercredi 13 avril à 20h.

Les contrôleurs ont reçu partout un bon accueil et la direction de l'établissement s'est efforcée de faciliter la mission tout au long de son déroulement.

A leur arrivée, après un entretien avec le directeur du centre hospitalier, les contrôleurs ont participé à une réunion de présentation de la mission, associant vingt-huit personnes : le directeur de l'établissement, entouré de l'équipe de direction, le président de la commission médicale d'établissement, la directrice des soins, des médecins, des soignants et du personnel administratif des différents secteurs d'hospitalisation concernés par le contrôle – psychiatrie adultes, psychiatrie infanto-juvénile, urgences –, des représentants du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) et des organisations professionnelles ainsi que des représentants de l'Union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM).

Lors de leur visite au tribunal de grande instance (TGI) de Dieppe, les contrôleurs ont pu s'entretenir avec le président du tribunal, qui exerce également les fonctions de juge des libertés et de la détention, ainsi qu'avec le substitut en charge du contrôle des établissements psychiatriques.

Un contact téléphonique a été pris avec l'agence régionale de santé (ARS) et le secrétariat de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP) de la Seine-Maritime.

Le préfet du département a également été informé du contrôle.

Au cours de leur visite dans les différents secteurs, les contrôleurs ont pu s'entretenir en toute confidentialité tant avec des personnels qu'avec les patients ayant émis le souhait de les rencontrer, suite à l'annonce faite avant leur arrivée. Aucun agent de l'établissement n'a souhaité être entendu individuellement par les contrôleurs.

Les représentants de deux organisations syndicales de l'établissement ont été reçus, à leur demande, par les contrôleurs.

L'ensemble des locaux accueillant des malades hospitalisés sous contrainte et tous les lieux collectifs auxquels ils ont accès ont été visités. L'ensemble des documents demandés a été mis à la disposition des contrôleurs.

2 PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

Le centre hospitalier de Dieppe est installé sur deux sites.

Le premier est situé avenue Pasteur, au centre ville. Les piétons y accèdent directement de la gare SNCF en traversant un parking public par un cheminement clairement indiqué. Il est signalé dans l'ensemble de la ville.

Les services de médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie et les urgences sont installés dans des bâtiments récents. Les autres services, notamment les services de la direction, sont restés dans des bâtiments plus anciens.

L'autre site, l'hôpital Château Michel, situé à un kilomètre au sud du premier, réunit l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), l'unité de soins longue durée (USLD), le service de soins de suites et de réadaptation (SSR) gériatrique ainsi que le service de jour de psychiatrie infanto-juvénile.

Le centre hospitalier est organisé autour de six pôles médicaux et médicaux-techniques :

- chirurgie ;
- gériatrie ;
- médecine ;
- mère et enfant ;
- psychiatrie (deux secteurs de psychiatrie adulte – n° 11 et n° 12 – et un secteur de psychiatrie infanto-juvénile) ;
- activités transversales ;

Ses 971 lits et places sont ainsi répartis : médecine : 232 ; chirurgie : 75 ; gynéco-obstétrique : 33 ; psychiatrie : 120 ; SSR : 80 ; USLD : 130 ; EHPAD : 262 ; service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) : 39.

2.1 L'activité

En nombre d'entrées, l'activité 2010 s'est élevée à 30 564 admissions, supérieure à celle de 2009 de 906 admissions soit +3,05 %.

Activité mesurée en nombre d'entrées

	Nombre d'entrées	Pourcentage
Médecine chirurgie obstétrique	28 271	93%
Soins de suite et réadaptation	1 012	3%
Psychiatrie	1 281	4%

Activité mesurée en nombre de journées

	Nombre de journées	pourcentage	Évolution 2009/2010
Médecine chirurgie obstétrique	26 152	33%	+3,4%
Soins de suite et réadaptation	28 200	35,50%	- 5%
Psychiatrie	25 000	31,50%	+2%

En 2010, la durée moyenne de séjour pour l'hospitalisation complète en psychiatrie adulte était de 16,09 jours pour le secteur 11 et de 13,82 jours pour le secteur 12.

2.2 Les données financières

Les produits d'exploitation du compte de résultat principal du centre hospitalier de Dieppe se sont élevés en 2009 à 94 304 000 euros et ceux des cinq budgets annexes à 18 902 000 euros.

En 2010, la dotation annuelle de financement du secteur psychiatrique atteignait 10 244 659 euros.

La psychiatrie de l'établissement représente 10,8 % du compte de résultat principal, ses dépenses de personnel en 2009 se sont élevées à 7 029 626 euros, représentant 12,23 % des dépenses de personnel du compte de résultat principal.

Le prix de journée de la psychiatrie pour 2011 a été fixé à 604 euros. Le forfait journalier est de 13,50 euros.

2.3 L'organisation du service de psychiatrie

Le pôle psychiatrique comprend deux secteurs de psychiatrie adulte et un secteur de psychiatrie infanto-juvénile. Il n'y a pas de service d'hospitalisation complète dans ce dernier secteur.

Un bâtiment neuf destiné à accueillir le service de psychiatrie, le pavillon Simone Veil, a été achevé en 2010 et a ouvert ses portes le 1^{er} décembre 2010. Les dépenses d'investissement se sont élevées à 13 millions d'euros dont 92,05 % ont été financés par l'établissement (53,59 % par autofinancement et 38,46 % par emprunt). Pour le complément, l'établissement a bénéficié de plusieurs subventions, dont l'une au titre de sa performance énergétique.

Le bâtiment comporte quatre niveaux où sont installés :

- au rez-de-chaussée, une unité intersectorielle fermée (UFI) comportant vingt-quatre lits et quatre chambres d'isolement thérapeutique ;
- au premier étage un plateau de consultations ;
- aux deuxième et troisième étages, deux unités d'hospitalisation libre correspondant chacune à un secteur – respectivement le secteur 12 et le secteur 11 – et comportant toutes deux vingt-cinq lits.

Il dispose à chaque étage de salles d'activité et, au rez-de-chaussée, d'un jardin et d'un patio.

Le personnel médical exerçant en unités d'hospitalisation à temps plein comprend 16,7 équivalents temps plein (ETP) de psychiatres dont 11,7 en psychiatrie générale et 5 en psychiatrie infanto-juvénile, 3 ETP de cadre de santé, 43 ETP d'infirmiers, 19 ETP d'aides-soignants et 6,5 ETP de psychologues.

Un poste d'ergothérapeute commun aux trois unités n'est pas pourvu.

Dans ses observations, le directeur par intérim a indiqué que ce poste était pourvu depuis le 1^{er} septembre 2011.

3 HOSPITALISATIONS SANS CONSENTEMENT ET EXERCICE DES DROITS

3.1 Modalités d'arrivée des patients

Le service d'urgence du centre hospitalier est situé à l'opposé de l'entrée principale de l'établissement.

Depuis novembre 2010, un programme de travaux d'agrandissement de ce service est en cours. Il n'existe pas actuellement de lieu spécifique d'accueil en urgence des malades psychiatriques.

Une infirmière, qui dispose d'un poste de travail à l'entrée du secteur des urgences, est chargée de l'accueil et de l'orientation des patients. Elle apprécie l'urgence de la situation médicale sous le contrôle, en cas de besoin, d'un médecin.

Les entretiens avec les patients de psychiatrie arrivant aux urgences se déroulent dans une salle de consultation polyvalente de 15 m². Elle comporte une fenêtre fixe vitrée donnant sur un hall dans lequel attendent, sur des brancards, des patients relevant d'autres disciplines. Cette fenêtre, de 0,66 m sur 0,90 m, est pour partie recouverte par un film opaque ne laissant qu'une bande de visibilité de 4 cm de hauteur sur l'ensemble de la largeur, afin de préserver la confidentialité de l'entretien. Cette salle est équipée d'un bureau, de trois chaises et d'une poubelle. Les murs sont dégradés.

Le plan de restructuration des urgences prévoit pour la psychiatrie un bureau médical et deux boîtes de consultations.

L'établissement a mis en place une équipe mobile de liaison – constituée d'un praticien hospitalier (PH) psychiatre, d'un interne et de deux infirmiers – qui peut intervenir de 9h à 18h30. Cette équipe intervient au service des urgences sur appel.

L'activité du secteur des urgences générales compte environ cent passages jour dont 27 % ont été suivis d'une hospitalisation en 2010.

Le 11 avril 2011, jour de l'arrivée des contrôleurs, trois passages aux urgences ont concerné la psychiatrie :

- une patiente est arrivée à 15h22 avec une demande d'admission signée de son époux et un certificat médical de son médecin traitant ; le médecin urgentiste a effectué un examen somatique ; le psychiatre et l'infirmière de l'équipe mobile de liaison ont été appelés ; l'admission en hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) n'a pas été confirmée et la patiente est sortie à 19h30 ;

- deux patients sont arrivés après une tentative d'autolyse ; ils ont été affectés dans deux des dix lits d'accueil existant aux urgences ; après examen par les professionnels de l'équipe mobile de liaison, les deux patients sont sortis.

Le 12 avril 2011 au matin, deux patients ont demandé à consulter un psychiatre ; à la suite de la consultation effectuée par le PH de l'équipe mobile de liaison, un patient est sorti, l'autre a été admis en hospitalisation libre.

Dans le cadre de la procédure « qualité », l'établissement a récemment mis en place une « commission de l'hospitalisation » qui est chargée d'examiner les dysfonctionnements éventuels dans les procédures d'admission.

Le territoire sanitaire couvert par le centre hospitalier ne comprend pas d'établissement pénitentiaire ; aucune personne détenue n'est donc conduite au centre hospitalier.

3.1.1 L'accueil des patients admis dans le cadre d'une hospitalisation d'office :

La plupart des patients admis en hospitalisation d'office (HO) sont accueillis directement à l'UFI. À leur arrivée, le psychiatre présent, ou celui d'astreinte, est chargé avec l'infirmier de vérifier la régularité de la procédure d'admission. En journée, le dossier est transmis directement au bureau des admissions ; aux heures non ouvrables, l'administrateur de garde est appelé pour vérification de la régularité de l'arrêté et des certificats médicaux.

Le patient est installé dans l'une des chambres libres, les chambres d'isolement n'étant pas destinées à cet accueil.

Le psychiatre, après avoir effectué un entretien en présence de l'infirmier, prescrit les soins à prodiguer au patient.

Dans la mesure où un examen somatique est nécessaire, il est fait appel soit à l'interne du service soit au médecin des urgences présent, lequel se déplace.

Lorsque le patient passe par les urgences, ce qui est exceptionnel, il y est examiné par un somaticien et par l'équipe mobile psychiatrique puis conduit à l'UFI.

Il n'est jamais arrivé, depuis l'ouverture de l'UFI, qu'un patient présenté pour une HO n'ait pu être admis faute de place dans l'unité. Aucune procédure ne prévoit cette éventualité.

3.1.2 L'accueil des patients dans le cadre d'une hospitalisation à la demande d'un tiers :

En principe, lorsqu'un patient fait l'objet d'une demande d'hospitalisation par un tiers (HDT), il passe par le service des urgences où il est examiné par un médecin somaticien.

Durant la journée, les personnels de l'équipe mobile de liaison sont appelés. Il a été indiqué aux contrôleurs que leur intervention est très rapide. L'équipe vérifie la régularité de la demande d'admission et des certificats médicaux. Le dossier est immédiatement transmis au bureau des admissions.

En dehors de la présence de l'équipe mobile de liaison, c'est le directeur de garde qui vérifie la conformité des pièces. L'interne de garde et le médecin psychiatre d'astreinte se déplacent aux urgences.

Après les examens, somatique et psychiatrique, le transfert est organisé vers l'UFI.

Si le patient est calme, il est conduit à l'UFI par l'infirmière de l'équipe mobile de liaison lorsque l'hospitalisation a lieu durant la journée ; la nuit, il est fait appel à une infirmière de l'UFI.

Si l'état du patient le nécessite, un brancardier est appelé pour le transfert. En tant que de besoin, les moyens de contention peuvent être utilisés durant ce transport.

Le transfert du service des urgences vers l'UFI nécessite de traverser le hall principal d'accueil de l'établissement puis, durant les travaux en cours, de cheminer à l'extérieur entre l'entrée principale et l'UFI, au vu du public.

Dans ses observations, en date du 18 novembre 2011, le directeur intérimaire indique que : « Le transfert des patients des urgences vers l'UFI au sein du pavillon Simone Veil est organisé pour être réalisé par les sous-sols, hors la vue du public ».

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'une consultation externe effectuée dans le secteur de consultation psychiatrique du premier étage pouvait conduire à une HDT ; le cas échéant, il est fait appel, pour présenter la demande d'admission, à une personne extérieure à l'établissement et portant un intérêt particulier au patient. Dans cette circonstance, l'hospitalisation a lieu directement à l'UFI sans passer par les urgences. Le médecin somaticien est alors appelé pour effectuer un examen.

Aucune procédure n'est prévue dans l'éventualité où, faute de place, un patient ne pourrait être admis en HDT.

3.1.3 L'accueil des patients dans le cadre d'une hospitalisation libre :

Si le patient est suivi par l'équipe de secteur, l'hospitalisation est réalisée directement dans l'unité du secteur concerné sans passage par les urgences. Toutefois, dans la mesure où l'équipe du secteur estime nécessaire un examen somatique, celui-ci est pratiqué aux urgences.

Si l'hospitalisation d'un patient venu en consultation aux urgences est décidée, elle est réalisée après les examens somatique et psychiatrique. Le patient est alors dirigé vers la chambre qui lui est réservée par le personnel de l'équipe mobile de liaison ou par l'infirmière de l'unité d'hospitalisation.

3.2 Informations données au malade arrivant et possibilités de recours

3.2.1 Le livret d'accueil

Le centre hospitalier distribue aux personnes hospitalisées un livret d'accueil qui comporte en annexe quatre feuilles volantes : « *lutter contre la douleur c'est possible* », « *charte de la personne hospitalisée* », « *charte européenne des enfants hospitalisés* », « *charte des droits et des libertés des personnes âgées dépendantes* ».

Aucun des paragraphes de ce livret d'accueil ne concerne la psychiatrie. Le pavillon de la psychiatrie ne figure pas sur le plan imprimé et il n'est pas fait mention d'association d'usagers ou de familles de patients relevant de la psychiatrie. Pour les patients hospitalisés dans le pavillon Simone Veil, ce livret d'accueil est complété par trois feuilles volantes, l'une expliquant la situation géographique de l'unité de psychiatrie dans l'établissement, la deuxième exposant un organigramme simplifié du secteur concerné, la troisième présentant le règlement intérieur de l'unité.

Les contrôleurs ont constaté que les patients ne possédaient pas tous ce livret d'accueil.

Le règlement intérieur de l'unité concernée est affiché sur la porte d'entrée de chaque chambre.

Dans ses observations, le directeur par intérim a précisé que ce règlement intérieur a été validé par la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC).

3.2.2 La procédure de notification de l'HO :

Tous les arrêtés municipaux engageant la procédure d'HO examinés par les contrôleurs comportaient deux articles :

- le premier disposait : « *Est prescrit, à titre provisoire l'hospitalisation d'office de ... à l'hôpital...* » ;
- le second indiquait : « *Le présent arrêté sera transmis sous 24 heures au Préfet de la Seine-Maritime* ».

Les arrêtés préfectoraux portant hospitalisation d'office comprenaient quatre articles :

- article 1 : « *Est ordonnée l'hospitalisation d'office de ... au CH de Dieppe...* » ;
- article 2 : « *Par décision préfectorale, il peut être mis fin à tout moment à l'hospitalisation d'office après avis d'un psychiatre ou sur proposition de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP)* » ;
- article 3 : « *Le secrétaire général de la préfecture de la Seine Maritime, le directeur de l'agence régionale de santé et le directeur de l'établissement de santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, dont avis sera adressé au procureur de la République de Dieppe, au maire de... et notification à ... (l'hospitalisé)* » ;

- article 4 : « *Recours contre cette décision peut être formé :*
 - . *sur la régularité formelle -(pour en demander l'annulation) : devant le tribunal administratif - 53 avenue Gustave Flaubert - 76000 Rouen, dans le délai de deux mois de la notification du présent arrêté ;*
 - . *sur le bien-fondé de la mesure (pour demander la sortie immédiate) : devant le juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de Dieppe ;*
 - . *la commission départementale des hospitalisations psychiatriques peut également être saisie par courrier adressé à son président : 31 rue Malouet - Immeuble le Mail - BP 2061 - 76040 Rouen cedex ».*

Il a été indiqué aux contrôleurs que :

- l'arrêté préfectoral était immédiatement transmis par télécopie au bureau des admissions de l'établissement, ce qui a été effectivement constaté ;
- l'arrêté préfectoral initial était transmis par lettre recommandée avec accusé de réception au patient dans son unité ; les arrêtés de prolongations ou sorties de HO étaient adressés par courrier simple.

Le vaguemestre de l'établissement est chargé de la distribution de l'ensemble des courriers recommandés. Il dispose d'un registre où sont mentionnés tous les plis en recommandé. Il distribue personnellement aux patients hospitalisés les plis recommandés qui leur sont destinés. Si le patient est sorti, il retourne le pli à l'expéditeur. Si le patient est sous un régime de protection juridique, il est fait appel, pour signature du registre, à la personne chargée de la mesure de protection.

Neuf HO ont été prononcées au cours de l'année 2010 et six entre le 1^{er} janvier 2011 et la date de la visite des contrôleurs.

Sur le registre du vaguemestre, les contrôleurs ont constaté que seules deux lettres en recommandé avec accusé de réception correspondant à deux notifications de HO aux patients depuis le second semestre 2010 avaient été enregistrées :

- un patient hospitalisé le 19 septembre 2010 a fait l'objet d'un arrêté préfectoral du 20 septembre 2010 confirmant l'arrêté municipal ; il a été notifié au patient par lettre recommandée avec accusé de réception remise le 29 septembre 2010 ;
- un patient hospitalisé le 18 février 2011 a reçu notification de sa prolongation de HO pour une durée maximum de six mois le 14 mars 2011 ; la notification de l'HO initiale n'a pas été retrouvée ;

Il est impossible de vérifier la réception par les patients concernés des courriers simples leur notifiant la levée ou la prolongation d'HO.

3.2.3 La procédure de notification de l'HDT :

Le directeur établit une décision d'hospitalisation sur demande d'un tiers comportant un article unique : « *article 1 : D'admettre dans son établissement en HDT à compter du... M... demeurant...* ».

Cette décision ne mentionne pas les voies et délais de recours à son encontre. L'original est conservé au bureau des admissions et copie en est adressée à l'ARS.

Une copie est également transmise à l'unité d'hospitalisation concernée et classée dans le dossier médical de l'intéressé. Ce sont les soignants qui informent le patient de son régime juridique d'hospitalisation.

Il a été indiqué aux contrôleurs que cette pratique était mise en œuvre car « *dans la décision il y a le nom du tiers* ».

En 2010, cinq patients ont saisi le juge des libertés et de la détention. Un sixième patient a introduit un recours mais entre la présentation de sa demande et l'audience auprès du JLD, il a été transféré dans une unité pour malades difficiles ; son recours n'a pas été instruit.

Entre le 1^{er} janvier et le 13 avril 2011, trois patients ont présenté un recours devant le juge des libertés et de la détention.

3.3 Les livres de la loi

Les livres de la loi sont tenus au bureau des admissions lequel est situé à proximité du hall d'accueil du public de l'établissement. Les livres sont conservés dans une pièce fermée au public où travaillent deux agents dont l'un est chargé de la psychiatrie.

Conformément au code de la santé publique, il existe deux livres de la loi, l'un pour les HO, l'autre pour les HDT.

3.3.1 Le livre de la loi HO :

Il n'y a pas de mention de l'autorité ayant procédé à son ouverture, le 24 octobre 2007. Ce livre comporte cent pages numérotées, au recto, de un à cent. À chaque page sont fixées, avec un morceau de ruban adhésif, dans l'ordre de leur réception, l'ensemble des pièces concernant le patient ; pour les examiner il est nécessaire de relever chacune des pièces ; certaines peuvent ainsi se détacher.

L'examen du livre de la loi est rendu difficile par la quantité de pièces qui se trouvent parfois entre deux pages.

Les contrôleurs ont examiné dans ce registre, les HO de l'année 2010 et de l'année 2011 jusqu'au 13 avril 2011.

En 2010, neuf HO ont été enregistrées, de la page 43 à la page 51.

Huit des neuf HO ont été décidées sur le fondement d'un arrêté municipal suivi d'un certificat médical du praticien hospitalier le jour même de l'hospitalisation ou le lendemain.

Dans six cas sur huit, l'arrêté préfectoral est intervenu le lendemain de l'arrêté municipal.

Pour les deux autres cas :

- le certificat médical de vingt-quatre heures ne justifiait pas l'hospitalisation. Le directeur général de l'ARS a fait savoir par courrier qu'il ne confirmait pas la nécessité de soins pour troubles mentaux.
- un arrêté municipal du 11 mai 2010 n'a été confirmé par arrêté préfectoral que le 14 mai suite à un certificat médical du 13 mai.

La durée la plus courte d'hospitalisation en HO fut de huit jours : l'arrêté municipal était en date du 19 septembre 2010, l'arrêté préfectoral d'HO en date du 20 septembre et l'arrêté préfectoral de levée d'HO en date du 27 septembre.

Les contrôleurs ont étudié la situation d'un patient hospitalisé sous le régime de l'HO le 19 novembre 2005 : Par un arrêté du 16 décembre 2010 le préfet a décidé : « *Est autorisé à compter de ce jour, la levée de l'hospitalisation d'office de M... avec poursuite de soins sous le régime de l'hospitalisation de demande d'un tiers* ». Le patient est resté hospitalisé sous le régime de l'hospitalisation libre du 16 décembre 2010 au 17 mars 2011, date de sa sortie.

La première HO de 2011 est enregistrée à la page n°52, la dernière HO figurant dans la registre le 13 avril 2011, date de la visite des contrôleurs, a été enregistrée le 16 mars 2011 sur la page numéro n°57.

Six personnes ont été admises sous le régime de l'HO pendant cette période, dans chaque cas sur le fondement d'un arrêté municipal. Dans tous les cas l'arrêté préfectoral est intervenu le lendemain de l'arrêté municipal

Les contrôleurs ont examiné trois procédures de HO :

- un patient arrivant du centre hospitalier du Rouvray de Sotteville-lès-Rouen (76) a tout d'abord fait l'objet d'un arrêté municipal du maire de Dieppe le 18 janvier confirmé par un arrêté préfectoral du 19 janvier ;
- un patient transféré au centre hospitalier interdépartemental de Clermont-de-l'Oise a tout d'abord fait l'objet d'un arrêté municipal du maire de Dieppe le 25 janvier confirmé par arrêté préfectoral du même jour et suivi d'un autre arrêté préfectoral du 31 janvier pour transfert le 1er février dans un nouvel établissement d'accueil ;

- un patient a fait l'objet d'un arrêté municipal du 7 février non confirmé par le certificat médical. Le même jour, le directeur général de l'ARS adressait à l'établissement une lettre indiquant : « *...Dans ces conditions, je ne puis considérer que Mme... nécessite à ce jour des soins en raison de troubles mentaux qui compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public comme l'exigent les articles L3213-1 et suivants du CSP qui régissent les HO* ».

3.3.2 Le livre de la loi HDT :

Les contrôleurs ont examiné le livre en cours et le livre précédent.

Le livre ouvert le 18 juin 2010 ne porte pas mention de l'autorité ayant procédé à son ouverture. Il comporte cent pages numérotées de un à cent. Toutes ont été utilisées.

Le livre en cours ne mentionne ni la date de son ouverture ni l'autorité qui y a procédé. Les pages un à vingt-huit sur les cent qu'il comporte sont utilisées. La dernière HDT a été enregistrée le 12 avril 2011.

Le livre de la loi des HDT est tenu de la même manière que celui des HO.

En 2010, 111 HDT ont été enregistrées dont 27 complétées des deux certificats médicaux.

En 2011 – jusqu'au 13 avril – quarante-et-un patients ont été hospitalisés sur demande d'un tiers, trois de ces demandes étaient assorties de deux certificats médicaux.

Les contrôleurs ont examiné les demandes d'admission pour les HDT effectuées en 2011 :

Auteur de la demande	Nombre de HDT
Fils, fille	14
Époux, épouse, concubine	8
Mère, père	6
Beau-frère, nièce, cousin	6
Responsable de tutelle ¹	4
Directeur de centre formation	1
Ami	1
Assistante sociale de l'établissement	1

¹ Au jour de la visite des contrôleurs dix patients hospitalisés et onze patients en suivi extrahospitalier étaient placés sous un régime de protection juridique.

3.4 Information donnée aux familles et confidentialité de l'hospitalisation

Le livret d'accueil du centre hospitalier informe le patient qu'il peut demander au bureau des admissions, lors de son arrivée, à ce que sa "*présence dans l'établissement ne soit pas divulguée*". Les principes généraux de la charte de la personne hospitalisée sont résumés dans un document joint à ce même livret. Il mentionne que "*le respect de sa vie privée est garanti à toute personne ainsi que la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent*".

Ce livret, ainsi qu'il a été mentionné plus haut, n'est pas systématiquement distribué aux personnes hospitalisées dans les unités du service psychiatrique.

Il a été indiqué aux contrôleurs que lorsqu'une personne est hospitalisée, le service s'efforce de joindre sa famille ou ses proches sans s'assurer, auparavant, de la volonté de l'intéressée de faire connaître à la personne ainsi contactée, sa situation.

3.5 Accès au dossier médical par le patient

Les modalités d'accès au dossier médical sont portées à la connaissance des usagers par le livret d'accueil. Il y est indiqué que la demande doit être formulée par écrit, que la consultation peut avoir lieu sur place ou que des copies peuvent être envoyées. Il est précisé que la réalisation de copies ainsi que les frais d'envoi postal en recommandé avec accusé de réception, le cas échéant, sont facturés.

En 2010, sur 230 demandes de consultation de dossier médical, 3 ont concerné des patients de psychiatrie. En 2011, ces chiffres étaient, à la date du 13 avril, respectivement de 53 et 1.

Ces quatre demandes ont été formulées par des patients en hospitalisation libre.

3.6 Communication avec l'extérieur

3.6.1 Courrier

Selon les propos tenus aux contrôleurs, les patients de toutes les unités peuvent recevoir ou envoyer du courrier sans limitation.

- s'agissant du courrier arrivé : la poste le délivre à 8h30 au service du vaguemestre. Une fois le tri réalisé par unité, le vaguemestre dépose le courrier dans la boîte à lettres située au 1^{er} étage du bâtiment Simone Veil. Les soignants se chargent de remettre les lettres à leur destinataire.

- s'agissant du courrier départ : soit les patients remettent leurs lettres au personnel soignant, soit ils les déposent dans une boîte située au 1^{er} étage du bâtiment. Le vaguemestre effectue la levée du courrier « départ » deux fois par jour, du lundi au vendredi à 10h et à 16h45.

3.6.2 Visites

Les patients admis dans l'unité fermée du rez-de-chaussée réservée à l'hospitalisation sous contrainte peuvent recevoir des visites entre 14h et 19h. Pour des raisons de sécurité, un patient ne peut recevoir plus de deux personnes à la fois. Ces visites ont lieu, soit dans sa chambre, soit dans un des deux salons « familiaux » aménagés au rez-de-chaussée à proximité du sas d'entrée. Chacun de ces deux salons est équipé d'une banquette à deux places, de trois fauteuils assortis de couleur rouge, d'une table basse, d'un casier à roulettes destiné au rangement des jouets – vide lors de la visite des contrôleurs - et d'un porte-revues. L'ensemble est neuf, très propre et n'a visiblement été que peu utilisé jusqu'à présent. La lumière du jour pénètre dans la pièce par une large fenêtre.

Dans les unités ouvertes installées au 2^{ème} et 3^{ème} étage, les visites peuvent avoir lieu de 13h à 20h. Il est conseillé aux familles d'éviter les heures de repas afin de ne pas perturber ceux-ci. Ces visites peuvent se faire soit dans la chambre du patient, soit dans un salon d'accueil famille situé à l'entrée de l'unité, soit à l'extérieur. Le mobilier qui équipe le salon d'accueil est le même que celui décrit *supra* pour le rez-de-chaussée.

3.6.3 Téléphone

Les patients hospitalisés sous contrainte doivent remettre aux soignants leur téléphone portable. L'usage du téléphone portable personnel n'est possible qu'avec l'accord du médecin ; la consultation d'éventuels messages n'est admise qu'en présence d'un soignant.

Dans les unités ouvertes, l'utilisation des téléphones portables - en mode vibreur - est autorisée, sauf pour filmer ou prendre des photos dans l'enceinte des unités. Il est prévu que des postes téléphoniques soient installés dans les chambres. Leur utilisation sera soumise au versement d'une redevance d'un euro par jour auquel il faudra ajouter le coût des communications.

Dans ses observations, le directeur adjoint a précisé que la possibilité d'installer des postes téléphoniques dans les chambres en psychiatrie, sur demande du patient, existe et que seule la consommation vers des appels portables donne lieu à facturation supplémentaire à hauteur de 0,21 euros la minute.

Les appels extérieurs par l'intermédiaire du téléphone du service sont possibles. Il a été indiqué aux contrôleurs que cette possibilité était, dans les faits, restreinte car subordonnée à la disponibilité des soignants.

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

Pour des raisons de confidentialité et afin de protéger les autres patients, ceux d'entre eux qui possèdent un ordinateur équipé d'une webcam ne peuvent le conserver et doivent le remettre au personnel soignant. Les patients dont l'ordinateur en est dépourvu peuvent le conserver. Les prises « RJ 45 » installées dans les chambre ne sont pas reliées au réseau permettant l'accès à internet. Les patients qui souhaitent se connecter doivent posséder une clé de téléphonie mobile (clé 3G).

Dans sa réponse, le directeur par intérim indique que les prises RJ 45 sont destinées à la télévision et la téléphonie et qu'un projet *wifi* est en cours.

3.6.5 Les cultes

Seul le culte catholique est représenté dans l'établissement. L'aumônier est une religieuse, présente tous les jours. Elle dispose d'un bureau attenant à un lieu de culte « multiconfessionnel » au rez-de-chaussée du bâtiment d'accueil général. Une messe est célébrée tous les samedis dans cette salle.

Présente depuis vingt ans au sein de l'hôpital, elle dit être bien acceptée par l'ensemble des soignants en psychiatrie et ne connaît pas de difficulté pour rencontrer les patients dans les unités. Ces derniers peuvent la contacter, soit par l'intermédiaire des soignants, soit par téléphone, soit à l'aide d'un coupon figurant sur une fiche d'information relative au service d'aumônerie remise aux arrivants.

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'un malade avait souhaité la voir et que l'information ne lui avait pas été transmise.

L'aumônerie catholique sert d'intermédiaire pour les personnes pratiquant l'un des cultes protestant, musulman ou israélite. Elle informe le ministre du culte concerné quand elle a connaissance de la demande d'un pratiquant autre que catholique.

3.6.6 L'UNAFAM

L'antenne de Dieppe de l'association « Union nationale des amis et familles de malades psychiques » (UNAFAM) a été ouverte en 2008. Il n'y a pas d'autre association de malades ou de familles de malades représentée au pôle psychiatrique.

Les représentants de l'UNAFAM participent à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPEC) du centre hospitalier. Ils ont également été invités aux réunions de présentation des plans des nouveaux bâtiments.

Des affiches apposées sur les murs des services du pavillon Simone Veil signalent l'existence de l'association ainsi que des plaquettes placées sur le présentoir d'informations destiné aux familles. Le personnel médical n'informe pas lui-même les familles ou les patients de l'existence de l'UNAFAM.

Ses représentants tiennent une permanence l'après-midi du troisième mercredi de chaque mois. Ils organisent également chaque mois un groupe de parole, animé par une psychologue ; le nombre de participants à ce groupe est important et il est envisagé de constituer un second groupe.

Une réunion d'information sur la maladie mentale dispensée par la responsable du pôle psychiatrique a été organisée à destination des familles des patients.

3.7 Informations sur les visites des autorités

La visite des autorités (substitut du procureur, CDHP...) doit être portée à la connaissance des patients par voie d'affichage dans chaque unité psychiatrique. Les patients peuvent demander à rencontrer le représentant de l'autorité en visite.

Les contrôleurs ont pu constater que le livre de la loi HO a été visé :

- le 27 janvier 2010 par le substitut du procureur de la République ;
- le 17 juin 2010 par le juge d'instance pour examiner le cas du patient admis en HO le même jour ;
- le 18 juin 2010 par le substitut du procureur de la République ;
- le 10 octobre 2010 par le représentant de la CDHP ;
- le 9 novembre 2010 par le substitut du procureur de la République ;
- le 31 mars 2011 par le substitut du procureur de la République ;
- le 8 avril 2011 par le représentant de la CDHP.

Le livre de la loi HDT a été visé :

- le 18 juin 2010 par le substitut du procureur de la République ;
- le 9 novembre 2010 par le substitut du procureur de la République ;
- le 10 novembre 2010 par le représentant de la CDHP ;
- le 10 décembre 2010 par le représentant de la CDHP ;
- le 31 mars 2011 par le substitut du procureur de la République ;
- le 8 avril 2011 par le représentant de la CDHP.

3.8 Permissions de sortie et sorties d'essai

On distingue trois types de sorties pour les personnes hospitalisées sans leur consentement : les sorties du service sans sortie de l'établissement, les sorties hors les murs de l'établissement avec accompagnement et les sorties d'essai.

3.8.1 Sortie du service sans sortie de l'établissement

Les patients hospitalisés sous contrainte ne se déplacent à l'intérieur de l'établissement, essentiellement pour des examens médicaux, que sous la conduite d'un membre du personnel soignant.

Ces sorties du service sont accompagnées d'un certificat de situation qui est communiqué pour information à l'ARS.

L'accès au jardin du rez-de-chaussée, qui est lui-même isolé du reste de l'établissement, ne leur est possible qu'en présence d'un membre du personnel soignant.

3.8.2 Sortie accompagnée hors de l'établissement

Ce sont des sorties d'une durée inférieure à douze heures. La procédure réglementaire, à savoir proposition du psychiatre puis décision du préfet pour l'HO, du directeur de l'hôpital pour l'HDT, n'est pas rigoureusement mise en œuvre.

Dans les faits, si la personne est en HDT, un certificat de situation est adressé à l'ARS qui ne répond jamais.

La procédure est identique si la personne est en HO. À défaut de réponse de l'ARS, l'accord du préfet est réputé acquis.

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'en raison de la faiblesse de l'effectif et de la nécessité de la présence d'un infirmier pour l'accompagnement, le nombre de ces sorties demeure limité, sans qu'ait pu être précisé, pour une période donnée, le nombre de sorties nécessaires ou souhaitables qui n'avaient pas pu être effectuées.

3.8.3 Sortie non accompagnée en dehors de l'établissement

Il s'agit des sorties d'essai, lesquelles sont d'une durée supérieure à douze heures et inférieure à trois mois.

Si le patient est sous un régime de HO, le certificat de situation est transmis, par l'intermédiaire du bureau de des admissions, à l'ARS qui instruit la demande de sortie d'essai. Le préfet adresse éventuellement, en retour, un arrêté accordant la sortie.

Si le patient a été hospitalisé sur demande d'un tiers, l'ARS, le procureur de la République et le tiers demandeur sont tous trois informés de la demande de sortie par le bureau des admissions.

Les contrôleurs ont examiné le nombre et la nature des sorties des neuf personnes hospitalisées d'office en 2010 :

Date de l'arrêté d'HO	Sortie dans l'établissement	Sorties accompagnées < à 12 heures	Sorties d'essai > 12 heures	Date de l'arrêté de levée d'HO
26 janvier	1	0	0	3 mai
16 février	2	0	0	12 mars
25 février	5	3	3	10 mai
10 mai	0	1	0	16 juin
14 mai	0	0	0	4 juin
17 juin	0	0	0	Refusée
28 juin	0	0	0	30 juin
20 septembre	0	0	0	27 septembre
19 octobre	0	0	En sortie depuis le 5 novembre (renouvelée 5 fois)	

3.9 Commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP)

La composition de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques a été modifiée par arrêté du 9 juillet 2010. Elle comprend un médecin psychiatre hospitalier, un médecin psychiatre libéral, un magistrat, un médecin généraliste, un représentant de l'UNAFAM.

Le magistrat est désigné comme président.

Lors de la visite au CH de Dieppe, la CDHP est le plus souvent représentée par trois de ses membres.

En 2010, la CDHP s'est rendue dans l'établissement le 23 avril et le 10 décembre.

Le centre hospitalier avait été prévenu de la visite du 23 avril par un courriel qui n'a pas été confirmé par un courrier officiel. Les patients n'ont eu connaissance de la venue de la CDHP que le jour de cette visite.

La CDHP a rencontré des patients dans les chambres d'isolement.

En 2011, la CDHP s'est rendue dans l'établissement le 8 avril.

Le centre hospitalier n'aurait pas été informé de sa venue. Les affiches n'ont pas été apposées. La CDHP n'a pu que viser le registre de la loi.

Le représentant de la CDHP établit un compte rendu annuel de son activité pour le centre hospitalier du Rouvray à Sotteville-lès-Rouen, pour l'hôpital Pierre Janet du centre hospitalier du Havre et pour les secteurs psychiatriques du centre hospitalier de Dieppe.

Au jour de la visite des contrôleurs le rapport 2010 n'était pas établi.

3.10 Traitement des plaintes et des réclamations

3.10.1 La CRUCQPEC

La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUCQPEC) du centre hospitalier de Dieppe est composée de seize membres dont le directeur de l'hôpital, le président de la CME, deux membres du conseil de surveillance, deux médecins médiateurs, deux cadres supérieurs de santé, deux représentants des usagers, deux représentants du comité technique d'établissement (CTE).

Elle s'est réunie pour la première fois le 15 mars 2006 ; le règlement intérieur a été adopté le même jour et n'a pas été modifié ultérieurement.

En 2010, la commission s'est réunie les 23 mars, 28 juin, 10 septembre et 9 décembre.

Du 1er janvier au 31 décembre 2009, deux réclamations concernant le service de psychiatrie ont été adressées à la direction générale :

- la première a été présentée par le compagnon d'une personne hospitalisée en hospitalisation libre, qui faisait état de difficultés d'accès au service pour rendre visite à sa compagne. Il est noté dans le rapport médical que le comportement de ce visiteur n'était pas adapté : ivresses manifestes réitérées, insultes et menaces envers le personnel soignant. Le directeur de l'hôpital a porté plainte devant le parquet ; elle a été classée sans suite.
- la seconde a été présentée par le père d'une patiente âgée de 42 ans hospitalisée en HDT, lequel demandait le maintien de son hospitalisation.

Du 1er janvier au 31 décembre 2010, quarante-trois plaintes et réclamations ont été enregistrées pour l'ensemble du centre hospitalier. Le temps moyen de réponse définitive au plaignant à partir de la date de réception de la plainte a été de trente-trois jours. Sur les quarante-trois plaintes, cinq ont fait l'objet d'une proposition de rencontre avec les médecins médiateurs.

Deux réclamations visaient le pôle psychiatrie :

- la première, présentée par le conjoint d'une patiente hospitalisée en hospitalisation libre, portait sur un retard de prise en charge thérapeutique en raison d'un dysfonctionnement du matériel (appareil de sismographie défectueux) ;
- la seconde, présentée par une patiente, concernait une atteinte à la confidentialité et une atteinte à l'intimité. Une rencontre avec les deux médiateurs a été proposée à la plaignante.

Du 1er janvier au 13 avril 2011 aucune plainte ou réclamation concernant le pôle psychiatrie n'a été enregistrée dans le cahier des plaintes examiné par les contrôleurs.

3.10.2 Le questionnaire de satisfaction

Le questionnaire de satisfaction est remis dans des boîtes aux lettres spécifiques placées dans le sas de sortie des unités. Il comporte quarante-cinq items.

En 2010, 211 questionnaires provenant du pôle de psychiatrie ont été analysés, soit 20 % du nombre d'admissions.

La majorité des patients s'estiment satisfaits de l'accueil, de la disponibilité des équipes paramédicale et médicale, des informations relatives aux examens, des informations relatives aux traitements en cours. 40 % d'entre eux n'ont pas répondu à la question portant sur la satisfaction quant à l'information donnée aux proches ; 98 % des patients n'ont pas répondu aux questions portant sur la « courtoisie ». Pour chaque questionnaire rempli, le taux de réponse à chaque question est d'environ 80 %.

Les réponses relatives aux conditions d'hébergement (propreté de la chambre, respect du repos, aménagement et confort) sont nettement moins favorables, puisque moins de la moitié des patients se déclarent satisfaits ou très satisfaits. Ces réponses ont trait aux anciens locaux.

3.10.3 Les effets indésirables associés aux soins

Les « effets indésirables associés aux soins » déclarés au « service de la qualité et de la gestion des risques » par le service de psychiatrie concernent deux événements qui ont été déclarés et ont fait l'objet d'une analyse en 2010 : une intolérance médicamenteuse et une désorganisation dans l'appel des spécialistes pour un malade hospitalisé.

3.10.4 Les violences hospitalières

Six incidents ont été déclarés en 2009, cinq concernent des violences de patient envers le personnel soignant – trois déclarations font état de menaces verbales et deux de coups de poings et coups de pieds – ; le sixième fait état de l'agression physique d'un patient par autre patient.

En 2010, deux incidents ont été déclarés dont deux menaces verbales et une agression physique (gifle).

4 CONDITIONS D'HOSPITALISATION

4.1 Conditions matérielles d'hospitalisation

4.1.1 La capacité d'accueil

Le service de psychiatrie a emménagé dans le nouveau bâtiment Simone Veil en décembre 2010. La construction, neuve, est conforme aux dernières normes environnementales relatives aux *bâtiments de basse consommation* (BBC) et de *haute qualité énergétique* (HQE).

La capacité totale du service est de soixante-quinze lits, hors les quatre chambres d'isolement de l'UFI. Aucune chambre n'est située au premier étage qui abrite les bureaux des médecins et les locaux de la consultation de soins ambulatoires et de prévention en addictologie (CSAPA).

Les vingt-cinq lits de l'unité fermée située au rez-de-chaussée et commune aux secteurs 11 et 12 se répartissent de la manière suivante :

- treize chambres individuelles dont cinq pour personnes à mobilité réduite ;
- six chambres à deux lits ;
- quatre chambres d'isolement.

Les deuxième et troisième étages sont occupés par les unités d'hospitalisation libre des secteurs 12 et 11. Les deux unités possèdent chacune vingt-cinq lits qui se répartissent en :

- seize chambres individuelles dont quatre adaptées aux personnes à mobilité réduite ;
- quatre chambres à deux lits ;
- deux « studettes » destinées aux patients en cours de réinsertion.

4.1.2 Les chambres individuelles

La surface des chambres individuelles varie de 14,10 m², au 2^{ème} étage, à 12,10 m², au rez-de-chaussée. Le plafond est à une hauteur de 3,05 m.

Leur mobilier est composé :

- d'un lit à montant de bois surmonté d'un matelas mousse de 1,98 m sur 0,88m recouvert d'une housse plastifiée ;
- d'un fauteuil haut recouvert de skaï ;
- d'un chevet en bois de 47 cm sur 43 cm et d'une hauteur de 59 cm;

- d'un placard de 2,47 m de hauteur et de 0,46m de largeur comportant deux tablettes et une partie penderie. Ce placard renferme, au niveau du sol, un petit coffre-fort de 20 cm de profondeur et de 30 cm de hauteur qui permet au patient de ranger une petite somme d'argent et des papiers d'identité ;
- d'un téléviseur à écran plat fixé en hauteur, protégé par un écran de plexiglas dans l'UFI.

Elles sont toutes éclairées par une fenêtre de 1,10 m de large et de 2 m de hauteur, à double vitrage. Une réglette à néon est installée au dessus du lit et un double tube néon au plafond. Les interrupteurs, un bloc de deux prises électriques ainsi que la commande des volets roulants électriques sont situés à côté de la tête de lit. Une veilleuse composée de quatre « leds » est située à côté du lit à dix-huit centimètres du sol.

Chaque chambre possède une salle d'eau de 3,50 m² équipée d'une douche à l'italienne avec un mitigeur thermostatique, de w-c à l'anglaise et d'un lavabo.

La totalité du mobilier et des revêtements sont neufs et très propres.

4.1.3 Les chambres doubles et celles pour personnes à mobilité réduite

La surface des chambres doubles varie de 19,50 m², au 3^{ème} étage, à 18,40 m², au rez-de-chaussée. Le mobilier est identique à celui des chambres individuelles mais doublé. Les salles d'eau sont équipées de deux lavabos au lieu d'un seul.

Les treize chambres pour personnes à mobilité réduite ont la surface des chambres doubles, soit de 18,40 m² à 19,50 m², mais ne comportent de mobilier que pour une seule personne, la circulation en fauteuil roulant y est facilitée.

4.1.4 Les studettes

Les studettes des deuxième et troisième étages ont une surface identique de 13,10 m². Elles sont neuves et semblent n'avoir jamais été utilisées. Leur mobilier se compose :

- d'un lit et d'un chevet identiques à ceux décrits *supra* ;
- d'une commode à trois tiroirs de 0,82 m sur 0,63 m ;
- d'une console murale en demi-cercle de 66 cm de rayon ;
- d'un fauteuil, d'une chaise et d'un téléviseur à écran plat ;
- d'un placard penderie identique à celui déjà décrit et qui comporte également un petit coffre fort ;

- d'un coin cuisine totalement équipé comprenant un évier intégré dans un plan de travail de 1,42 m sur 0,60 m, deux plaques électriques, un réfrigérateur intégré sous le plan de travail, un placard de rangement sous l'évier, un élément suspendu de cuisine de 1,40 m sur 0,33 m et de 0,70 m de hauteur. Cet élément intègre une hotte aspirante au dessus des plaques de cuisson.

La fenêtre de 1,12 m de large et de 2 m de hauteur est équipée d'une sécurité qui ne permet une ouverture que de huit centimètres. Le sol est recouvert d'un revêtement synthétique imitant le parquet.

4.1.5 Les chambres d'isolement

Les quatre chambres d'isolement, qui sont toutes situées au rez-de-chaussée, ont une surface identique de 11,90 m². Leurs portes donnent sur un sas commun qui les isole des autres chambres mais qui communique avec le bureau infirmier. Chacune est équipée :

- d'un lit en mousse recouvert d'un tissu plastifié violet de 1,95 m x 1 m et d'une hauteur de 0,45 m ;
- d'un cylindre de mousse faisant office de table de 40 cm de diamètre et de 72 cm de haut ;
- d'un cube également en mousse de 45 cm de côté, faisant office de chevet ;

La fenêtre de 2 m de hauteur et de 1,10 m de largeur est à double vitrage et recouverte d'un film empêchant la vue depuis l'extérieur ; la vitre interne est renforcée pour résister aux chocs. Une caméra est située en hauteur, dans un angle de la chambre ; son champ en couvre la totalité : le lit, ainsi que les toilettes situées dans la salle d'eau².

La salle d'eau d'une surface de 3,70 m² comporte une douche à l'italienne équipée d'un mitigeur thermostatique et d'une pomme de douche murale. La cuvette des wc, à l'anglaise, est en inox ; la chasse d'eau se commande de l'intérieur. Le lavabo, également en inox, a une largeur de 45 cm ; il est surmonté d'un miroir incassable. Une seconde porte permet, le cas échéant, aux soignants de pénétrer dans la salle d'eau sans passer par la chambre. On ne peut pas allumer l'éclairage de la salle d'eau, aveugle, depuis la chambre.

Dans ses observations, le directeur par intérim indique que la commande de l'éclairage de la salle d'eau depuis la chambre est à l'étude par le concepteur.

L'ensemble est neuf et d'une grande propreté.

² Le patient qui souhaite préserver son intimité peut toutefois refermer la porte de la salle d'eau.

4.2 La restauration

Les repas sont préparés par une cuisine centrale située à trois kilomètres de l'hôpital, implanté sur le site de « Château Michel » mais qui relève du site Pasteur.

2 400 repas sont préparés quotidiennement et livrés à l'hôpital général. En 2009, le prix de revient d'un repas s'est élevé à 5,03 euros³.

La cuisine centrale livre les repas en « liaison froide » midi et soir au bâtiment Simone Veil dans des chariots isothermes.

La température des plats, qui sont préparés et réfrigérés trois jours avant leur consommation, est contrôlée avant et après la livraison. Le jour venu, les plats livrés en grandes barquettes sont reconditionnés en portions individuelles sur un plateau et remis en température dans des chariots chauffant dans les offices des unités. Des fiches qui accompagnent les chariots permettent de contrôler la prise en compte des menus individuels.

Lors du passage des contrôleurs, le menu « standard » qui allait être servi au déjeuner du 12 avril comportait une portion de pâté de campagne, du lieu noir cuit au court bouillon, de la purée ou, au choix, des épinards « nature » ainsi qu'une barquette de fromage blanc. Hormis le pâté qui était garni de cornichons, aucune sauce ou condiment n'accompagnait les plats qui présentaient peu d'attrait. Les patients entendus ont confirmé que la nourriture servie était peu appétissante et leur semblait fade.

Les menus varient selon un cycle de quatre saisons. Durant la même saison, la cuisine centrale garantit qu'un même menu ne peut être servi deux fois durant une période de trois semaines.

Le nombre de régimes spécifiques justifiés par une pratique religieuse (sans porc, végétarien) ou imposés pour des motifs médicaux (anallergique, sans gluten, sans résidu...) n'est pas limité.

4.3 La blanchisserie

4.3.1 Le linge plat

Les draps, couvertures, taies d'oreillers et pyjamas de l'hôpital sont lavés par la blanchisserie inter-hospitalière de Rouen. La blanchisserie de l'hôpital de Dieppe, installée au sein du bâtiment logistique, n'est donc qu'une lingerie-relais qui expédie et reçoit quotidiennement 900 draps. Le linge est trié par les agents hospitaliers qui le répartissent dans des sacs de couleur différente selon sa nature.

³ C'est le dernier coût connu ; le calendrier budgétaire ne permet pas encore de connaître le compte de résultat 2010.

Les sacs de linge sont collectés tous les jours vers 9h15 au bâtiment Simone Veil tandis qu'une quantité équivalente de linge propre y est livrée en fin de matinée. La lingerie inter-hospitalière ne prend pas en charge le linge personnel des patients.

4.3.2 Le linge des patients

Trois cas de figure sont possibles :

- les patients sans ressources et sans famille donnent leur linge à la buanderie de l'unité où ils sont hospitalisés. L'UFI et les unités des secteurs 11 et 12 disposent chacune d'un local équipé d'une machine à laver familiale, d'un sèche-linge, de deux tables à repasser et d'une centrale à vapeur. Le linge des patients est lavé par les agents de service hospitalier, séché sans délai pour leur être rendu le jour même ;
- les patients qui ont des ressources ou les incapables majeurs qui sollicitent à cette fin leur curateur ou tuteur afin que celui-ci se charge de cette tâche, peuvent faire laver leur linge par un prestataire extérieur ;
- les patients qui n'entrent pas dans les deux premières catégories doivent solliciter leur famille pour faire laver leur linge.

4.3.3 L'habillement

Les contrôleurs ont constaté que les patients circulent dans l'enceinte des unités en vêtements de ville et non en pyjama.

4.4 Projet thérapeutique

Au moment de la visite, le 12 avril 2011, vingt-trois patients étaient hospitalisés à l'UFI : douze hommes et onze femmes. Le plus jeune était une femme née en 1991 et le plus âgé un homme né en 1936. Quatre personnes avaient été admises sous le régime de l'HO – quatre hommes – et les dix-neuf autres sous le régime de l'HDT ;

Une femme occupait, à sa demande, une des chambres d'isolement ; la porte de celle-ci restait ouverte pendant la journée.

En principe, les portes des chambres d'isolement sont fermées mais aucune contention n'est utilisée.

Sept patients étaient présents depuis le 1^{er} décembre 2010, date de l'ouverture du pavillon. L'arrivée la plus récente datait du 5 avril 2011.

4.4.1 Effectif

L'effectif théorique médical comprend deux psychiatres praticiens hospitaliers temps plein dont le praticien responsable, un psychiatre temps plein – praticien contractuel – et trois internes en psychiatrie à temps plein. L'équipe médicale est composée de praticiens détachés des secteurs onze et douze.

La permanence des soins psychiatriques la nuit, le week-end et les jours fériés est assurée par une astreinte opérationnelle qui concerne l'ensemble des praticiens hospitaliers des services de psychiatrie dont le pédopsychiatre, soit dix-huit praticiens au total. À ceux-ci s'ajoute l'interne de psychiatrie de garde sur place.

L'effectif paramédical de l'UFI est composé de :

- un cadre de santé ;
- vingt infirmiers diplômés d'état ;
- six aides-soignants ;
- trois agents de service hospitalier ;

Les horaires du personnel infirmier sont les suivants :

- de 6h30 à 14h30 pour l'équipe du matin ;
- de 13h30 à 21h30 pour l'équipe de l'après-midi ;
- de 21h06 à 6h45 pour l'équipe de nuit.

L'effectif présent de l'UFI est de trois infirmiers le matin, quatre infirmiers l'après-midi et une infirmière en journée de 9h à 17h. Un aide-soignant est présent le matin et un autre en journée (de 9h 17h) sauf le week-end. Un agent de service hospitalier est présent de 7h30 à 14h30 et un autre de 13h30 à 20h30.

L'équipe de nuit est composée de deux infirmiers et d'un aide-soignant.

Seule l'équipe de nuit est en poste fixe. Mais il s'avère que, du fait des absences, certains infirmiers du service de jour doivent venir en renfort de l'équipe de nuit.

4.4.2 Le projet de soins

Il n'y a pas de projet de service validé.

Il existe un dossier commun à tous les services de l'hôpital qui comprend une fiche d'accueil et d'identification (mesures de protection, personne à prévenir, personne de confiance, vie sociale, correspondants), une fiche de prescription médicale, une fiche de sortie/transfert, une fiche de consignes, une fiche de transmission ciblée, une fiche de surveillance, deux notices relatives au dépôts des valeurs.

Les fiches spécifiques au pôle de psychiatrie sont les suivantes : diagramme de soins, prescription médicale de mise en chambre d'isolement, prescription médicale de prolongation et de fin d'isolement, observation infirmière, horaires d'un patient en chambre d'isolement, prescription médicale et questionnaire de sortie.

Une fiche dite « consignes spécifiques » permet d'appliquer les règles de vie à l'intérieur de l'unité ; y sont signalés : rythme des visites infirmières, contention (avec les items : systématique / si besoin / non), repas (chambre ou réfectoire), douche sous surveillance (oui / non), sanitaires ouverts (oui / non), visites autorisées (oui / non), autorisation de fumer, réception des appels téléphoniques, émission des appels, circulation dans le service autorisée.

Aucun espace n'est prévu pour indiquer la date de rédaction et l'identification du prescripteur (nom et qualité).

Des protocoles ont été établis par le cadre de santé mais ils n'ont pas été validés sur le plan institutionnel ; ils comprennent :

- une « liste d'entrée » : recueil de données, personne de confiance, feuille d'identification, feuille de surveillance, feuilles d'inventaire, coordonnées du tuteur, de l'hôpital de jour, inventaire des documents et valeurs dans le coffre, certificat médicaux dont il est fait mention ;
- une procédure d'accueil du patient en service fermé destinée au personnel soignant qui décrit la procédure administrative HO et HDT, les modalités d'accueil, l'examen médical, l'ouverture et la tenue du dossier de soins, l'inventaire.
- une procédure de sortie programmée assortie d'une « liste de sortie » qui comprend : synthèse effectuée par l'équipe, questionnaire de satisfaction, certificat médical, ordonnance, dossier médical, bon d'ambulance, rendez vous médical, famille prévenue, tuteur prévenu, hôpital de jour et centre médico-psychologique prévenu, envoi de la fiche navette, programmation de l'injection retard.

La procédure d'hospitalisation d'office fournie aux contrôleurs n'est ni datée ni validée.

Le protocole d'appel de renfort a été créé en mai 2000 et modifié le 13 janvier 2011. Le document fourni aux contrôleurs n'est pas validé par l'administration.

4.4.3 La vie quotidienne à l'UFI

Une journée à l'UFI se déroule de la façon suivante :

- 7h30 : lever des patients. La distribution des médicaments a lieu en chambre. Le petit déjeuner peut être pris en commun dans la salle à manger. Les patients en isolement prennent leur petit déjeuner, leur traitement et effectuent leur toilette dans leur chambre ;

- 10h : réunion clinique (staff) qui dure 45 minutes environ sauf le lundi et le vendredi où elle dure une heure (point sur le week-end passé et préparation du week-end) ;
- de 11h à 12h : entretiens médicaux ;
- 12h30 : les patients en isolement prennent leur repas dans leur chambre, les autres dans la salle à manger ;
- 13h : le café est pris dans la salle à manger ;
- de 13h30 à 14h30 : réunion de transmission entre l'équipe du matin et l'équipe d'après-midi dans le poste de soin ;
- de 14h30 à 16h des activités sont proposées en fonction de la disponibilité du personnel ; parallèlement, de 14h à 20h : visites des familles et entretiens infirmiers ;
- 16 h : goûter dans la salle à manger ;
- 19h : distribution des traitements puis dîner pris dans la salle à manger ;
- 21 h : transmission entre l'équipe d'après-midi et l'équipe de nuit ;
- 21h30 : préparation au coucher ainsi que distribution des traitements de la nuit.

Les patients disposent de leur propre carte magnétique qui leur est remise à l'arrivée dans le service et leur permet d'accéder à leur chambre à n'importe quel moment de la journée. Il ne leur est pas possible de pénétrer dans les autres chambres. Les chambres ne sont pas fermées la nuit, à l'exception des chambres d'isolement. Il a été précisé que, depuis l'ouverture, la perte des cartes magnétiques avait été très rare, trois à quatre pertes avaient été signalées.

Les soignants ont une carte magnétique donnant accès à tous les locaux.

4.4.4 Activités

Selon les soignants des unités ouvertes 11 et 12, des activités sont organisées régulièrement pour les patients : gymnastique douce, atelier cuisine thérapeutique, jeux de société, ping-pong. Les patients rencontrés se sont pourtant plaints du manque d'activité : « *on n'a rien pour s'occuper.* » ; la cuisine censée accueillir un atelier thérapeutique n'était manifestement pas utilisée.

A l'UFI, en théorie, les activités proposées sont les suivantes : gymnastique douce, art thérapie, atelier cuisine, écoute musicale. À défaut d'ergothérapeute, les activités sont animées par des infirmiers et des aides-soignants.

Un certain nombre d'activités sont également proposées en hôpital de jour situé à distance : randonnées, relaxation, sophrologie, ping-pong et séances trimestrielles de thérapie comportementale cognitive. Elles exigent l'accompagnement des patients.

Selon plusieurs agents rencontrés l'effectif de personnel ne permet pas actuellement d'organiser des activités régulières : « *les activités sont embryonnaires ; on n'arrive pas encore à assurer une activité par jour* » ; « *il y a beaucoup de projets sur le papier mais rien de concret pour le moment* ». Selon d'autres informations recueillies, les patients, avant le déménagement des unités, étaient souvent envoyés dans des structures externes, comme les centres médico-psychologiques, pour pratiquer des activités.

En pratique, lors de la visite des contrôleurs, les activités étaient quasiment inexistantes faute de personnel en nombre suffisant, ce dont se sont plaints des patients et leur famille. Le désœuvrement des patients de l'unité fermée était perceptible. Ceux dont l'état le permettait s'occupaient essentiellement en jouant aux cartes ou en regardant la télévision.

Le jardin intérieur clos est accessible de 8h à 20h30 et en la présence d'un soignant.

Aucune traçabilité relative à la participation des patients aux activités n'est organisée.

Une psychologue intervient sur demande ; elle est présente à l'étage des consultations. Son activité n'est pas mesurée.

4.4.5 Télévision et bibliothèque

Dans la salle de télévision, le poste reste allumé, en règle générale jusqu'à 22h30. Les patients qui souhaitent regarder la télévision dans leur chambre doivent s'acquitter d'une redevance de 2,40 euros par jour. Le tarif est dégressif à partir du quinzième jour de location et passe à 1,20 euro par jour.

Il n'y a pas de salle de lecture ni de bibliothèque, à proprement parler. Quelques livres garnissent des étagères dans la salle de télévision.

4.4.6 Tabac

Les patients peuvent fumer, avec accord du médecin, dans le jardin clos extérieur ouvert toute la journée et dans le patio.

4.5 Le cas particulier de la pédopsychiatrie

L'unité de psychiatrie infanto-juvénile est située à l'extérieur du centre hospitalier. Elle accueille des enfants et des adolescents en hôpital de jour uniquement. Depuis l'ouverture du nouveau bâtiment, aucun transfert de l'hôpital de jour n'a été effectué vers l'unité d'hospitalisation complète.

En 2010, sept mineurs dont un de moins de seize ans ont été hospitalisés. Quatre sont entrés par les urgences et trois par admission directe. Trois mineurs ont été hospitalisés pendant deux jours, un pendant trois jours, un pendant seize jours, un pendant 24h et le dernier, âgé de quinze ans, est ressorti le jour même. Un mineur âgé de seize ans en hospitalisation libre a été hospitalisé dans le secteur fermé pendant deux jours, les autres ont été hospitalisés dans les unités ouvertes.

Du 1^{er} janvier 2011 à la date de la visite des contrôleurs, six mineurs, dont un âgé de quinze ans, ont été hospitalisés dans les unités ouvertes. Trois patients ont été admis par les urgences et trois par entrée directe. Deux ont été hospitalisés pendant une journée - dont le mineur de quinze ans -, un pendant trois jours, un pendant quatre jours, un pendant quinze jours et un pendant trois semaines.

5 SOINS SOMATIQUES

Un examen somatique est systématiquement pratiqué pour chaque entrant. (Cf. *supra*)

Trois internes en psychiatrie sont affectés dans chacun des secteurs 11 et 12 et un interne est affecté dans le service de pédopsychiatrie. Aucun médecin somaticien n'étant dédié au pôle psychiatrie, ils assurent l'examen somatique initial des patients arrivants et organisent leur prise en charge somatique ultérieure avec les différents spécialistes concernés. En revanche, aucun examen somatique n'est pratiqué lorsque le patient arrive après être passé par le service des urgences car il y a déjà été examiné sur le plan somatique par les praticiens de ce service.

L'établissement est souvent choisi par les internes en psychiatrie. Au cours des deux années précédant le contrôle, aucun poste n'a été vacant.

Lorsqu'une consultation spécialisée, un bilan biologique ou des examens complémentaires sont nécessaires, ceux-ci sont prescrits par le psychiatre ou le spécialiste consulté. Les rendez-vous sont pris par les infirmières.

Les patients de l'unité fermée sont systématiquement accompagnés par des soignants. Ceux des unités ouvertes sont accompagnés, le plus souvent, par les brancardiers de l'hôpital selon la règle commune. Cependant, il arrive qu'un patient, en fonction du contexte, soit accompagné par un soignant.

Les bilans sanguins sont prélevés dans le poste infirmier ou éventuellement dans la chambre.

Les dossiers médicaux et les prescriptions ne sont pas informatisés. Les dossiers papiers sont rangés dans des casiers individuels dans le poste de soins.

L'armoire à pharmacie est située dans un local contigu. Ce sont les infirmières qui rangent dans les armoires les containers de médicaments livrés quotidiennement par la pharmacie et qui préparent les piluliers des patients. La charge de travail est considérée comme importante.

Aucune traçabilité des recours aux différentes spécialités et aux examens d'imagerie n'est organisée.

Dans ses observations, le directeur par intérim indique « contrairement à ce qui est mentionné, il existe une fiche de traçabilité spécifique pour le recours aux différentes spécialités et aux examens d'imagerie. »

Le département d'information médicale a été sollicité par les contrôleurs pour tenter d'obtenir des données chiffrées d'activité. En 2010, trente patients ont été transférés du service de psychiatrie vers les services de médecine ou de chirurgie. À l'inverse, 122 patients ont été transférés des services de médecine ou de chirurgie vers le service de psychiatrie. Ceci correspond dans la grande majorité des cas aux patients entrés par les urgences et hospitalisés dans la nuit. Par ailleurs, un transfert a été réalisé d'un service de médecine vers un autre établissement psychiatrique.

Du 1er janvier au 28 février 2011, trois transferts ont été réalisés du service de psychiatrie vers les services de médecine et vingt en sens inverse.

6 RECOURS A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION

6.1 L'isolement

Il existe un protocole d'utilisation de la chambre d'isolement, conçu en mars 2000 d'après les indications de la Haute autorité de santé de juin 1998. Ce protocole, toujours en vigueur, précise les indications et contre indications de l'isolement ainsi que « la conduite à tenir en pratique » : mentions à porter sur la prescription, surveillance attentive des signes vitaux, durée et renouvellement.

Les contrôleurs ont pu constater que ce protocole n'était pas disponible au sein des services ni sur *l'intranet* de l'hôpital doublé d'un logiciel dénommé « Blue medi » censé permettre l'accès des soignants à tous les protocoles de soins.

Il n'existe pas de traçabilité des mises à l'isolement, hormis les prescriptions individuelles qui sont versées au dossier médical des patients concernés, dossier auquel les contrôleurs n'ont pas accès.

Dans ses observations, le directeur par intérim a indiqué que « la traçabilité des mises à l'isolement dans le dossier médical individuel du patient suit les recommandations de la haute autorité de santé (HAS)»

En 2008, une étude de l'INSERM à laquelle participait l'hôpital de Dieppe avait pourtant permis d'analyser son positionnement par rapport à un panel national ; elle analysait différents indicateurs comme le nombre global de prescriptions, la durée des isolements réalisés et leur conformité aux indications admises. La collecte des différents indicateurs a été interrompue à la fin de l'étude alors que celle-ci démontrait la permanence de bonnes pratiques à l'hôpital de Dieppe.

Un projet d'évaluation des pratiques professionnelles liées à la mise en isolement doit débiter prochainement.

6.2 Le recours à la contention

Un protocole relatif à l'utilisation des moyens de contention a été élaboré en 2008 ; il est toujours en vigueur. Il présente un logigramme du type « *qui fait quoi-quand-comment* ». Il précise également la mise en œuvre de la contention ainsi que la surveillance qui doit l'accompagner.

Selon les soignants, la contention n'est utilisée qu'exceptionnellement. Le matériel montré aux contrôleurs, constitué de trois paires de sangles de poignets ou de chevilles et d'un filet à contention, n'avait manifestement pas encore servi depuis l'emménagement de l'unité dans le bâtiment Simone Veil.

Comme pour l'isolement, aucun registre ne permet d'assurer la traçabilité globale des mises sous contention, hormis les prescriptions individuelles versées au dossier médical des patients.

7 RAPPORTS AVEC LES PERSONNELS

L'ouverture récente du nouveau bâtiment a été l'occasion d'une profonde réorganisation du travail en ce qui concerne l'hospitalisation plein temps, qui comprend désormais une unité fermée intersectorielle et deux unités sectorielles ouvertes.

La réorganisation modifiait les repères relationnels des patients qui ont dû établir des liens avec de nouveaux personnels. L'adaptation s'est opérée sans incident. Les patients ont compris que l'installation dans les nouveaux locaux nécessitait un temps d'adaptation et la confiance s'est rapidement installée.

La bonne coopération entre les personnels du service des urgences, des soins somatiques et de la psychiatrie permet la réalisation d'une prise en charge adaptée des patients.

8 CONDITIONS DE VIE AU TRAVAIL

Le déménagement dans les locaux neufs a changé sensiblement les conditions de travail du personnel. Il est estimé que la charge de travail induite par la nouvelle organisation de ce pôle a été sous-évaluée ; la nuit, trois agents dont un aide-soignant, sont présents à l'UFI et deux agents dont un aide-soignant dans chacune des deux unités ouvertes.

A l'occasion de l'ouverture du nouveau pavillon, l'organisation du travail a pris en compte la venue de nouveaux métiers, tels qu'aides-soignants et aides médico-psychologiques.

L'effectif global budgété de l'ensemble de la psychiatrie est de 145,30 ETP.

Les infirmières représentent 68,90 ETP. Sur cet ensemble quinze exercent avec l'ancien diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique. Il n'a pas été fait état de difficulté pour recruter des infirmières dont la plupart ont obtenu leur diplôme à l'institut de soins infirmiers de l'établissement.

Les aides-soignants et les aides médico-psychologiques sont intégrés dans le roulement y compris celui de nuit.

Il est envisagé de recruter un ergothérapeute, sur le poste déjà budgété, qui conduira des activités dans les unités de soins permettant de libérer des temps infirmiers pour les soins et l'accompagnement dans des sorties.

Aux fins d'aider les personnels, différents types de formations ont été mis en place :

- consolidation des acquis en psychiatrie ;
- thérapie familiale et systémique ;
- formation du personnel nouvellement recruté en secteur psychiatrique ;
- responsabilité juridique des secrétaires médicales.

De même l'établissement a mis en œuvre des évaluations des pratiques médicales (EPP) dans lesquelles les personnels psychiatriques sont particulièrement investis. Elles portent sur :

- la mise en chambre d'isolement ;
- la prévention du suicide ;
- la prescription des psychotropes ;
- la tenue des dossiers de soins ;
- l'administration des médicaments ;
- l'électro convulsivothérapie.

Des membres du personnel ont indiqué aux contrôleurs que la réorganisation induite par les nouveaux locaux ne leur permet plus de remplir la totalité de leur mission, notamment pour tout ce qui concerne le contact avec les patients et l'accompagnement dans certaines activités. L'insatisfaction qu'ils en ressentent entraîne chez certains une tension dont ils ont du mal à se défaire.

Les représentants des deux organisations syndicales présentes dans l'établissement, reçus par les contrôleurs, ont fait état de cette situation, notamment au niveau de l'UFI. D'autre part ils ont regretté l'interdiction qui leur a été faite, avant la visite des contrôleurs, d'entrer dans l'unité fermée.

CONCLUSION

A l'issue de la visite des unités psychiatriques du centre hospitalier de Dieppe, les contrôleurs formulent les observations suivantes :

Observation n°1 :

Le transfert des patients du service des urgences vers l'UFI nécessite de traverser le hall principal d'accueil de l'établissement puis, durant les travaux en cours lors du contrôle, de cheminer à l'extérieur entre l'entrée principale et l'UFI, au vu du public (Cf.3.1.2).

Observation n°2 :

Aucune procédure n'est prévue dans l'éventualité où, faute de place, un patient ne pourrait être admis en hospitalisation sans consentement (Cf. 3.1.2).

Observation n°3 :

Le livret d'accueil ne comporte pas d'information sur la psychiatrie ; le pavillon de la psychiatrie ne figure pas sur le plan imprimé qu'il contient et il n'est pas fait mention d'association d'usagers ou de familles de patients relevant de la psychiatrie. Les patients hospitalisés au pavillon Simone Veil ne possèdent pas tous le livret d'accueil ni les trois feuillets apportant ces précisions sur ce service qui le complètent (Cf. 3.2.1).

Observation n°4 :

Il n'y a pas de traçabilité de la réception, par les patients concernés, des courriers simples leur notifiant la levée ou la prolongation d'HO (Cf. 3.2.2).

Observation n°5 :

La décision d'hospitalisation sur demande d'un tiers n'est pas communiquée au patient qui en fait l'objet et ne mentionne pas les voies et délais de recours à son encontre. (Cf. 3.2.3)

Observation n°6 :

Les livres de la loi ne portent pas mention de l'autorité qui les a ouverts. Leur examen est difficile en raison du nombre de pièces placées entre deux pages et qui, mal fixées, risquent d'être perdues. (Cf. 3.3)

Observation n°7 :

Lors de son admission, le service s'efforce de joindre la famille ou les proches de la personne hospitalisée sans s'assurer, auparavant, de son consentement à faire connaître à la personne ainsi contactée, sa situation. (Cf. 3.4).

Observation n°8 :

Les familles des patients ont été conviées à une réunion d'information sur la maladie mentale dispensée par la responsable du pôle psychiatrique (Cf. 3.6.6).

Observations n°9 :

Faute de personnel, les possibilités, pour les patients, de sorties accompagnées hors de l'établissement sont insuffisantes (Cf. 3.8.2).

Observation n°10 :

L'information des visites des membres de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est faite dans des conditions insatisfaisantes, tant pour l'administration de l'établissement que pour les patients (Cf. 3.9).

Observation n°11 :

Les activités pratiquées par les patients sont quasiment inexistantes faute de personnel en nombre suffisant. Le désœuvrement des patients de l'unité fermée était perceptible lors de la visite. Ceux dont l'état le permettait s'occupaient essentiellement en jouant aux cartes ou en regardant la télévision. Aucune traçabilité relative à la participation des patients aux activités n'est organisée (Cf. 4.4.4)

Observation n°12 :

Dans les chambres d'isolement, la commande de la lumière électrique de la salle d'eau (douche, lavabo, w-c) étant placée à l'extérieur, l'occupant ne peut éclairer lui-même lorsqu'il utilise les sanitaires. (Cf. 4.5.1)

Observation n°13 :

Il n'existe pas de traçabilité des mises à l'isolement ni des mises sous contention hormis les prescriptions individuelles qui sont versées au dossier médical des patients concernés (Cf. 6.1 et 6.2).

Table des matières

1	les conditions de la visite.....	2
2	présentation générale de l'établissement.....	3
2.1	L'activité.....	4
2.2	Les données financières.....	5
2.3	L'organisation du service de psychiatrie.....	5
3	Hospitalisations sans consentement et exercice des droits.....	6
3.1	Modalités d'arrivée des patients.....	6
3.1.1	L'accueil des patients admis dans le cadre d'une hospitalisation d'office :.....	7
3.1.2	L'accueil des patients dans le cadre d'une hospitalisation à la demande d'un tiers :.....	7
3.1.3	L'accueil des patients dans le cadre d'une hospitalisation libre :.....	8
3.2	Informations données au malade arrivant et possibilités de recours.....	9
3.2.1	Le livret d'accueil.....	9
3.2.2	La procédure de notification de l'HO :.....	9
3.2.3	La procédure de notification de l'HDT :.....	11
3.3	Les livres de la loi.....	11
3.3.1	Le livre de la loi HO :.....	11
3.3.2	Le livre de la loi HDT :.....	13
3.4	Information donnée aux familles et confidentialité de l'hospitalisation.....	14
3.5	Accès au dossier médical par le patient.....	14
3.6	Communication avec l'extérieur.....	14
3.6.1	Courrier.....	14
3.6.2	Visites.....	15
3.6.3	Téléphone.....	15
3.6.4	L'informatique et l'accès à l'internet.....	16
3.6.5	Les cultes.....	16
3.6.6	L'UNAFAM.....	16

3.7	Informations sur les visites des autorités.....	17
3.8	Permissions de sortie et sorties d'essai.....	18
3.8.1	Sortie du service sans sortie de l'établissement.....	18
3.8.2	Sortie accompagnée hors de l'établissement.....	18
3.8.3	Sortie non accompagnée en dehors de l'établissement.....	18
3.9	Commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP).....	19
3.10	Traitement des plaintes et des réclamations	20
3.10.1	La CRUCQPEC	20
3.10.2	Le questionnaire de satisfaction.....	21
3.10.3	Les effets indésirables associés aux soins	21
3.10.4	Les violences hospitalières	21
4	Conditions d'hospitalisation	22
4.1	Conditions matérielles d'hospitalisation	22
4.1.1	La capacité d'accueil.....	22
4.1.2	Les chambres individuelles	22
4.1.3	Les chambres doubles et celles pour personnes à mobilité réduite.....	23
4.1.4	Les studettes.....	23
4.1.5	Les chambres d'isolement.....	24
4.2	La restauration	25
4.3	La blanchisserie.....	25
4.3.1	Le linge plat.....	25
4.3.2	Le linge des patients	26
4.3.3	L'habillement.....	26
4.4	Projet thérapeutique	26
4.4.1	Effectif	27
4.4.2	Le projet de soins.....	27
4.4.3	La vie quotidienne à l'UFI.....	28
4.4.4	Activités	29
4.4.5	Télévision et bibliothèque.....	30
4.4.6	Tabac.....	30

4.5	Le cas particulier de la pédopsychiatrie.....	30
5	Soins somatiques	31
6	Recours à l'isolement et à la contention	32
6.1	L'isolement.....	32
6.2	Le recours à la contention.....	33
7	Rapports avec les personnels.....	33
8	Conditions de vie au travail	33
	CONCLUSION	35