

Centre hospitalier universitaire Saint-Jacques de Nantes (Loire-Atlantique)

20 août- 24 août 2012

```
Contrôleurs : Betty Brahmy, chef de mission ;

Sandrine Collin ;

Bertrand Lory ;

Alain Marcault-Derouard ;

Yves Tigoulet ;

Cédric de Torcy ;

Caroline Viguier.
```

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, sept contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier universitaire Saint-Jacques de Nantes (Loire-Atlantique) du 20 août au 24 août 2012.

1- CONDITIONS GENERALES DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés au centre hospitalier universitaire (CHU) Saint-Jacques situé 85 rue Saint-Jacques à Nantes le lundi 20 août 2012 à 14h30. Ils en sont partis le vendredi 24 août à 17h.

Une visite de nuit a eu lieu le mercredi 22 août de 21h à 23h30 aux urgences médico-psychologiques de l'Hôtel-Dieu et de 20h45 à 23h45 sur le site de Saint-Jacques.

Une réunion de début de visite s'est tenue avec :

- le directeur général adjoint de l'établissement de santé en l'absence de la directrice générale ;
- le directeur adjoint en charge de la plate-forme de proximité comprenant notamment la psychiatrie ;
- le directeur des soins, coordonnateur général au niveau du CHU en l'absence du directeur des soins en charge de la psychiatrie ;
- le directeur adjoint, responsable des usagers, des risques et de la qualité ;
- l'assistante de gestion des services de psychiatrie;
- les psychiatres « directeurs de pôle et chefs de psychiatrie » 2 et 5 ;
- des psychiatres représentant les chefs des pôles 1, 3 et 4;
- le directeur du pôle pharmacie ;
- le responsable de la psychiatrie de liaison et de la sismothérapie ;
- le psychiatre responsable des urgences médico-psychologiques;
- un des médecins généralistes exerçant sur le site ;
- le « cadre supérieur de santé de psychiatrie 2, 3 et 5 » ;
- un des cadres de santé de nuit ;



- neuf cadres de santé représentant les services de psychiatrie 1, 2, 3, 4, 5 ainsi que le service d'addictologie ;
- la responsable de l'unité de gestion des patients en psychiatrie (UGEPP);
- une assistante médico-administrative ;
- le mandataire judiciaire à la protection des majeurs ;
- deux membres de l'aumônerie catholique ;
- un représentant local de l'union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM);
- huit représentants de quatre organisations professionnelles présentes dans l'établissement.

Les contrôleurs ont rencontré:

- le directeur adjoint en charge de la plate-forme de proximité comprenant notamment la psychiatrie de l'établissement de santé ;
- le directeur des soins, coordonnateur général au niveau du CHU;
- un des médecins généralistes ;
- le pharmacien responsable du site Saint-Jacques ;
- un procureur-adjoint et un vice-procureur près le tribunal de grande instance (TGI) de Nantes;
- un juge des libertés et de la détention en charge des audiences dans le cadre de la loi du 5 juillet 2011 ;
- un avocat du barreau de Nantes ;
- un membre du bureau de la commission médicale d'établissement (CME) ;
- un représentant de l'UNAFAM ;
- les représentants des organisations professionnelles présentes sur le site.

Des contacts téléphoniques ont été pris avec le directeur de cabinet du préfet de la région Pays de Loire, la direction de l'agence régionale de santé (ARS), un premier vice-président près le TGI de Nantes et la présidente de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP).

Conformément à la loi, les contrôleurs ont visité les structures hébergeant des patients hospitalisés sans leur consentement. Ils ne se sont pas rendus dans le service d'addictologie, dans l'hôpital de semaine, dans la structure pour patients psychotiques institutionnellement dépendants (SAPPID) ni à l'unité « Espace Soins Prévention Adultes jeunes en Crise » (ESPACE).

L'affichette annonçant la visite des contrôleurs a été apposée dans toutes les unités de soins et les parties communes de l'établissement.



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

Une documentation particulièrement fournie a été mise à leur disposition.

Un rapport de constat a été adressé au chef d'établissement le 8 avril 2013. Celui-ci a fait valoir ses observations par un courrier en date du 23 mai 2013. Elles ont été prises en considération pour la rédaction du présent rapport.

2- PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 L'implantation

Le CHU de Nantes s'étend sur sept sites dans la ville et ses alentours. Deux concernent directement la psychiatrie : l'hôpital Saint-Jacques situé sur la rive gauche de la Loire (bras de Pirmil) qui héberge notamment cinq pôles de psychiatrie adulte, l'addictologie (rattachée au pôle universitaire) et l'Hôtel-Dieu où sont situés les urgences médico-psychologiques et le pôle de psychiatrie universitaire.

L'hôpital Saint-Jacques a été édifié au début du 19^{ème} siècle sur l'emplacement d'un ancien prieuré devenu dépôt de mendicité.

A l'origine, le rôle de Saint-Jacques est d'offrir un hospice pour les aliénés, les vieillards indigents et les orphelins. Conçu selon les connaissances les plus avancées du début du 19^{ème} siècle, il est l'objet d'aménagements réguliers pour répondre à l'évolution des techniques médicales et sanitaires et à l'augmentation de la population accueillie. La destruction de l'Hôtel-Dieu en 1943 fait de Saint-Jacques le grand hôpital généraliste de l'agglomération nantaise jusqu'en 1967. Les services de psychiatrie y accueilleront jusqu'à 1 200 malades.

Il retrouve par la suite sa vocation d'origine en se recentrant sur la psychiatrie, la gériatrie et la rééducation fonctionnelle.

Aujourd'hui demeurent l'ancien prieuré de Saint-Jacques, reconstruit en 1711 sur les ruines de ce qui fut un lieu d'accueil pour les pèlerins de Saint-Jacques-de-Compostelle, et un corps de bâtiments élevé de 1811 à 1832, incluant pour partie l'ancien dépôt de mendicité, dont la longue façade est rompue en son milieu par le péristyle de caractère dorique de la chapelle.





CHU Nantes : vue de l'entrée du site Saint-Jacques

L'ensemble apparait de bonne qualité ; beaucoup de bâtiments anciens ont été rénovés, d'autres sont en cours ou vont être restaurés ; les espaces extérieurs et massifs fleuris sont entretenus.

Entièrement entouré de murs ou de grilles, il dispose de trois entrées contrôlées. Dans cette enceinte, plusieurs services ne concernent pas la psychiatrie :

- une unité de médecine du sport;
- un centre de rééducation fonctionnelle ;
- une maison de long séjour.

D'autres services ont vocation à servir également l'ensemble du CHU dont les unités sont dispersées sur toute l'agglomération :

- la cuisine centrale;
- la blanchisserie;
- les magasins centraux ;
- la pharmacie centrale.

L'hôpital est bien desservi par les transports en commun :

- deux lignes de tramway : 2 et 3 arrêt « Pirmil » ;
- la ligne 4 du busway, arrêt « Gréneraie » ;
- les lignes 24, 27, 28, 29, 36, 39, 42 et 98 d'autobus arrêt « Pirmil » ou « Gréneraie ».

L'hôpital Saint-Jacques dispose d'un accès unique pour les piétons situé rue Saint-Jacques et de quatre entrées pour les voitures.

Pour les visiteurs se rendant à l'hôpital en voiture, le site est bien signalisé. Ils disposent d'un parking proche de l'entrée rue Saint-Jacques.



2.2 La psychiatrie dans le département de la Loire-Atlantique

La population du département de la Loire-Atlantique s'élève à 1 259 000 habitants¹.

Quatre établissements de santé publics dispensent des soins psychiatriques dans le département :

- le CHU de Nantes qui concerne une population d'environ 480 000 habitants et qui comprend six pôles de psychiatrie adulte ;
- le centre hospitalier spécialisé (CHS) Georges Daumezon situé à Bouguenais, à 10 km de Nantes, qui abrite trois pôles de psychiatrie adulte;
- le centre hospitalier général de Saint-Nazaire qui comprend deux secteurs de psychiatrie adulte ;
- le CHS de Blain, à 40 km de Nantes, comportant quatre secteurs de psychiatrie adulte.

Deux cliniques privées sont installées à Nantes et à Guérande.

2.3 L'organisation de l'établissement

Le CHU de Nantes comprend 2 644 lits dont 1 508 lits de court séjour. Avec 8 869 agents et 2 342 médecins, il constitue le premier employeur de la ville de Nantes.

Le CHU est organisé en vingt-quatre pôles cliniques et médico-techniques dont six sont dédiés à la psychiatrie. Chaque pôle est placé sous la responsabilité d'un chef de pôle, entouré d'un cadre et d'un assistant de gestion.

Les six pôles de psychiatrie adulte sont répartis sur quatre secteurs pour un total de 213 lits :

- un pôle universitaire d'addictologie et de psychiatrie, dépourvu de lit de psychiatrie, comprenant :
 - o le service d'addictologie situé sur le site de Saint-Jacques ;
 - o le service de pédopsychiatrie de liaison de l'Hôtel-Dieu;
 - o la sismothérapie pratiquée à l'Hôtel-Dieu;
 - o la psychiatrie de liaison pour les services de l'Hôtel-Dieu;
 - o le centre de référence sur le jeu excessif ;
- cinq pôles de psychiatrie adulte² comprenant chacun une unité fermée et une unité ouverte :

² Il existe également un pôle de psychiatrie infanto juvénile réunissant deux secteurs de pédopsychiatrie, le centre nantais de la parentalité et l'unité d'hospitalisation de la mère et de l'enfant (Home) située sur le site de Saint-Jacques.



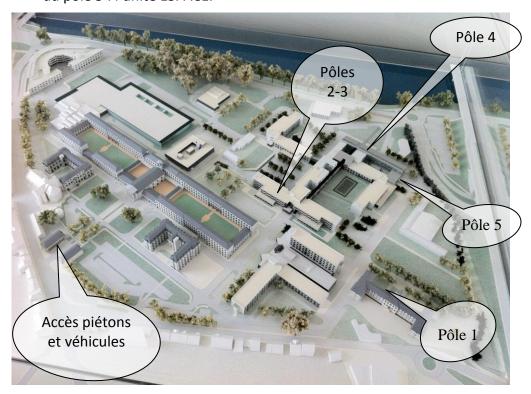
.

¹ Source : Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE).

Pôles	Unité fermée	Nombre de lits	Unité ouverte	Nombre de lits	Total de lits par pôle
Psychiatrie 1	« première unité »	10	« deuxième unité »	23	33
Psychiatrie 2	Gaudi	15	Maupassant	30	45
Psychiatrie 3	Chaissac ³	15	Claudel	30	45
Psychiatrie 4	Matisse	18	Breton	27	45
Psychiatrie 5	Dali	15	Tati	30	45
Total		73		140	213

A chaque pôle situé à Saint-Jacques est rattachée une structure intersectorielle :

- au pôle 1 : l'hôpital de semaine ;
- au pôle 2-3 : l'hôpital de jour de psycho-gériatrie et le service médicopsychologique régional (SMPR);
- au pôle 4: le centre d'accueil pour patients institutionnellement dépendants (CAPPID) comprenant la SAPPID, appelée « Ulysse », l'équipe de liaison psychiatrie précarité et la permanence d'accès aux soins en psychiatrie (PASS psy);
- au pôle 5 : l'unité ESPACE.



Maquette du site Saint-Jacques

³ Gaston Chaissac (1910-1964): peintre français.



Après de longs débats entre les chefs de pôle, il a été décidé que les six pôles de psychiatrie seraient rassemblés en un pôle hospitalo-universitaire de « psychiatrie et santé mentale » en janvier 2013. Le nom du responsable devait être officiellement désigné à la fin du mois d'août 2012.

A la suite du rapport de la mission d'appui et de conseil concernant les services de psychiatrie du CHU de Nantes en date du 15 mai 2007, il a été mis en place en mars 2008 un comité de coordination et de concertation (CCC) qui se réunit chaque mois sous la présidence du directeur de la plate-forme. Le représentant de l'UNAFAM y assiste. Il ne s'agit pas d'une instance analogue à une commission médicale d'établissement (CME) puisqu'elle n'est pas présidée par un médecin. Elle pourrait jouer ce rôle lorsque le pôle unique sera constitué.

La prochaine réunion de la CCC est programmée le lundi 10 septembre 2012.

Selon les informations recueillies, le président de la CME du CHU assiste de temps en temps à la CCC. De plus un psychiatre assiste au bureau de la CME du CHU.

2.3.1 Le personnel médical

Le personnel médical des six pôles comprend 60,9 équivalents temps plein (ETP) de psychiatres et 1,5 ETP de médecins généralistes. De plus, 4 ETP médicaux sont nécessaires pour assurer le fonctionnement des urgences médico-psychologiques.

La répartition des postes se fait selon le tableau suivant :

Pôles	PU- PH ⁴	Chef de clinique	PH théorique	PH réel	PH vacants	Contractuels sur postes PH	assistants	Effectif Théorique ⁵	Sur ou sous effectif
Psychiatrie 1	0	0	5	4 ⁶	1	1	0	5	-0,2
Psychiatrie 2	0	0	5	4	1	1	1	6	0
Psychiatrie 3	0	0	5	3	2	2	0	5	0
Psychiatrie 4	0	0	6,8	4	2,8	3	1	7,8	+ 0,2
Psychiatrie 5	0	0	7,5	5	2,5	3 ⁷	0	7,5	+0,1
Pôle universitaire ⁸	1	1	2	1	1	1	0	2	0

2.3.2 Le personnel non médical

Selon les chiffres communiqués par la direction des soins, les effectifs non médicaux affectés en psychiatrie en juillet 2012 comprenaient 678,09 ETP dont 669,56 ETP sur des emplois permanents et 8,83 ETP sur des crédits non pérennes.

⁸ Pour ce pôle n'est indiqué que l'effectif en charge de l'unité de sismothérapie et de psychiatrie de liaison.



Août 2012

⁴ PU-PH: professeur des universités-praticien hospitalier.

⁵ L'effectif théorique et le sur et sous-effectif s'entendent sans les postes universitaires.

⁶ Quatre praticiens temps plein mais 3,8 ETP sont rémunérés : l'un doit exercer à 80%

⁷ Trois praticiens contractuels mais 2, 6 ETP sont rémunérés.

La répartition par emploi est indiquée dans le tableau suivant⁹ :

emploi	Emplois permanents	Crédits non pérennes
Cadre supérieur de santé	3	0
Cadre de santé	31	0
infirmier	440,76	0
puéricultrice	3,80	0
Sage femme	0,50	0
ergothérapeute	3,70	0
orthophoniste	6,25	0
psychomotricien	6,50	0
Masseur kinésithérapeute	0,50	0
Aide-soignant	19,90	0
Psychologue	33,30	2,17
Educateur spécialisé	8,40	0
Secrétaire médicale	24,60	0
Agent/adjoint administratif	13,70	0,33
Adjoint des cadres	1	1
Attaché d'administration hospitalière	1	0
Ingénieur hospitalier	0,70	3
Technicien supérieur hospitalier	0	1
Agent de service hospitalier (ASH)	68,70	0
Total	669,56	8,53

Parmi les personnels il convient de mettre en évidence des effectifs mutualisés sur l'ensemble de la psychiatrie. Ces effectifs sont compris dans les 669,56 ETP :

• équipe de suppléance pour remplacer l'absentéisme : 28 ETP¹⁰ ;

infirmiers en renfort de nuit : 2,5 ETP ;

• infirmiers en équipe mobile de nuit : 2,5 ETP ;

• infirmiers en médiations mutualisées : 2,5 ETP ;

¹⁰ L'équipe de suppléance comprend : 14,6 ETP d'infirmiers en suppléance de jour sur les pôles de psychiatrie, 6,3 ETP d'infirmiers en suppléance de jour à proximité des pôles, 4,6 ETP d'infirmiers en suppléance de nuit, un ASH, une secrétaire, un mi-temps de kinésithérapeute.



⁹ Ce tableau inclut les effectifs des services de pédo-psychiatrie.

- unité de gestion des patients en psychiatrie : 10 ETP dont 2 cadres de nuit ;
- remplacement des congés annuels d'été : 2 ETP.

Pour faire fonctionner le pôle, il existe des personnels dont les effectifs ne sont pas intégrés dans celui des pôles :

- la direction de la plateforme qui comprend six personnes :
 - o un directeur adjoint;
 - o un directeur des soins ;
 - o un attaché d'administration hospitalière ;
 - o une secrétaire médicale;
 - deux agents/adjoints administratifs;
- le service social comprenant un cadre socio-éducatif et 15,75 ETP d'assistantes sociales ; les assistantes sociales sont affectées dans les pôles par le coordonateur des services sociaux, ce qui pose le problème du rôle du chef de pôle dans ce domaine ;
- le service des urgences médico-psychologiques qui fonctionne avec un cadre de santé à mi-temps et 11 ETP d'infirmiers.

2.4 L'activité

Le nombre de lits installés et le **nombre de journées** réalisées en 2009, 2010 et 2011 par secteur sont indiqués dans le tableau suivant avec l'écart en pourcentage d'une année sur l'autre :

Secteurs	Nombre de lits	Nombre de journées en 2009	Nombre de journées en 2010	Nombre de journées en 2011
Psychiatrie 1	33	10 240	10 011 (-2,2 %)	10 790 (+7,2 %)
Psychiatrie 2	45	14 722	14 331 (-2,65 %)	14 258 (-0,5 %)
Psychiatrie 3	45	14 698	14 001 (-4,74 %)	12 628 (-9,8 %)
Psychiatrie 4	45	16 163	14 212 (-12 %)	14 997 (+5,2 %)
Psychiatrie 5	45	15 564	15 861 (+1,9 %)	15 177 (-4,3 %)
TOTAL	213	71 387	68 416 (-4,16 %)	68 140 (-0,4 %)

La durée moyenne d'hospitalisation¹¹ exprimée en jours en 2009, 2010 et 2011 est indiquée dans le tableau suivant :

¹¹ La DMH est le nombre de journées d'hospitalisation à temps complet.



Secteurs	Durée en jours en 2009	Durée en jours en 2010	Durée en jours en 2011
Psychiatrie 1	24,7	24,2	33,0
Psychiatrie 2	27,1	26,5	27,5
Psychiatrie 3	27,3	25,3	19,4
Psychiatrie 4	40,4	32,7	42,1
Psychiatrie 5	33,5	35,5	31,2
Moyenne des 5 secteurs	30,2	28,6	29,0

Le taux d'occupation sur les mêmes années est indiqué dans le tableau suivant :

	100 111011100 01111000		
Secteurs	Taux en 2009	Taux en 2010	Taux en 2011
Psychiatrie 1	87,7 %	83,1 %	89,6 %
Psychiatrie 2	89,6 %	87,3 %	88,6 %
Psychiatrie 3	89,5 %	85,2 %	76,9 %
Psychiatrie 4	93,3 %	83,8 %	88,6 %
%Psychiatrie 5	94,8 %	96,6 %	92,4 %
Moyenne des 5	91,2 %	87,4 %	87,1 %
secteurs			

La **file active** des patients des cinq secteurs pour les années de référence est indiquée dans le tableau suivant :

Secteurs	File active en 2009	File active en 2010	File active en 2011
Psychiatrie 1	415	414	327
Psychiatrie 2	544	540	529
Psychiatrie 3	538	554	652
Psychiatrie 4	400	435	356
Psychiatrie 5	465	447	486
TOTAL des 5 secteurs	2362	2390	2350 (-1,7%)

Le tableau suivant indique le **nombre d'entrées** par secteur en 2011 et parmi elles, le nombre d'entrées concernant des patients admis en soins libres (SL), à la demande d'un tiers (SDT) et sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE) et leur pourcentage respectif par rapport au nombre total d'entrées :



Secteurs	Nb total d'entrées	Nb d'entrées en SL	Nb d'entrées en SDT	Nb d'entrées en SPDRE
Psychiatrie 1	396	322	57	17
		(81,31 %)	(14,39 %)	(4,29 %)
Psychiatrie 2	748	597	133	18
		(79,81 %)	(17,78 %)	(2,40 %)
Psychiatrie 3	876	709	148	19
		(80,93 %)	(16,89 %)	(1,82 %)
Psychiatrie 4	479	369	96	14
		(77,03 %)	(20,04 %)	(2,92 %)
Psychiatrie 5	925	802	105	18
		(86,70 %)	(11,35 %)	(1,94 %)
TOTAL	3424	2799	539	86
		(81,74 %)	(15,74 %)	(2,51 %)

3- HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT ET EXERCICE DES DROITS

3.1 L'arrivée des patients

3.1.1 Les modalités d'admission

Que ce soit pour son accueil ou pour les formalités administratives, le patient est pris en charge par un seul et même service : l'unité de gestion des patients en psychiatrie (UGEPP).

Cette unité a été créée en juin 2011, au moment de l'entrée en vigueur de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Auparavant, il existait, comme dans de nombreux autres établissements, un bureau des admissions, indépendant, et des infirmières de coordination des admissions (ICA) qui par ailleurs s'occupaient de l'accueil des patients hospitalisés. L'idée a été de créer un service unique aux fins d'avoir un double regard, administratif et soignant, sur les patients admis, tout en recrutant des profils juridiques aux fins d'anticiper les éventuelles difficultés issues de la réforme ; en d'autres termes, il s'agissait de regrouper – y compris dans les mêmes locaux – tous les professionnels susceptibles d'avoir entre les mains les documents relatifs à la situation des patients hospitalisés sans leur consentement et de permettre ainsi de mieux faire circuler l'information.

Cette unité, composée de 10,45 ETP de personnel non médical, regroupe notamment les trois cadres de nuit, les trois ICA et deux personnels administratifs. Un adjoint des cadres devait rejoindre ce service le 1^{er} octobre 2012.

Il existe trois infirmiers de coordination des admissions (ICA), présents entre 6h30 et 20h45 avec chacun les horaires suivants : 6h30-14h30 et 13h15-20h45. Ils dépendent directement d'un cadre supérieur de santé (lui-même rattaché à la plateforme 5, c'est-à-dire à la direction de l'hôpital).



Ces ICA ont deux missions principales :

- ils coordonnent les admissions et tiennent des statistiques journalières, puis mensuelles et annuelles. Il ressort ainsi des éléments chiffrés communiqués aux contrôleurs qu'entre le 1^{er} janvier 2012 et le 3 août 2012, 49 patients ont été admis en SDRE et 232 en SPDT;
- ils font le point sur le nombre de lits disponibles avec les équipes de soignants. Ils transmettent ainsi tous les matins, en principe avant 8h30, à l'ensemble des secrétariats médicaux, l'état des mouvements qui sont intervenus la veille. A 9h15, des échanges ont lieu avec les personnels administratifs de l'UGEPP. A partir de 9h30, l'ICA se déplace dans les unités aux fins d'obtenir des informations précises sur les sorties envisagées, les entretiens susceptibles de donner lieu à des sorties etc. Il a été expliqué qu'il était « mieux de passer dans les unités parce qu'on n'a pas les mêmes informations que par téléphone mais il s'agit aussi de faire du lien entre les unités ».

Ils sont installés dans un bureau, situé à proximité du la salle occupée par les agents administratifs de l'UGEPP.

La salle occupée par les agents de l'UGEPP est notamment équipée d'un photocopieur qui fait également scanner et télécopieur. Dans cette salle sont conservés les dossiers des patients et les registres, dans plusieurs armoires métalliques fermant à clé.

Lorsque le patient arrive des urgences du CHU c'est-à-dire du site de l'Hôtel-Dieu, une infirmière des urgences prévient par téléphone l'ICA qui remplit immédiatement une « fiche de recueil de données pour une admission en psychiatrie ». Sur cette fiche figurent des informations relatives à l'origine de la demande, sa date et son heure, le nom et la fonction du demandeur, des renseignements relatifs au patient concerné (nom, adresse, secteur, mode de placement ainsi que les motifs d'hospitalisation, les antécédents éventuels et le type de chambre prescrite – individuelle, chambre de soins intensifs, unité ouverte, unité fermée) et enfin, l'orientation.

L'ICA vérifie également si le patient est connu c'est-à-dire s'il a déjà été hospitalisé au sein de l'hôpital, grâce au logiciel « Clinicom ».

Il contacte ensuite par téléphone l'unité qui va accueillir le patient et présente son profil à l'un des infirmiers présents.

L'ICA informe ensuite le service des urgences pour indiquer quelle est l'unité retenue. Soit le patient est admis à la demande d'un tiers et c'est le service des urgences qui organise le transport en ambulance. Soit le patient est admis sur décision du représentant de l'Etat et c'est systématiquement les personnels de l'hôpital Saint-Jacques lui-même qui vont chercher le patient ; est alors constituée par le cadre de santé une équipe de deux infirmiers, dont l'un au moins appartient à l'unité qui va accueillir le patient. L'ICA vérifie d'abord que l'arrêté préfectoral et le certificat médical initial ont bien été transmis par télécopie. Il prend avec lui la mallette dans laquelle se trouve le matériel de contention qui est toujours entreposé dans son bureau. Il retrouve les personnels à l'entrée de l'hôpital pour leur fournir les documents dans une enveloppe cachetée – à charge pour ces derniers de récupérer sur place les originaux – leur donner la mallette et leur rappeler la nécessité d'obtenir, le cas échéant, un



document qui attestera de l'identité du patient. L'un des deux infirmiers de l'équipe prend un téléphone portable au poste de sécurité en cas de besoin, sur lequel sont préenregistrés l'ensemble des numéros utiles.

En toute hypothèse, c'est-à-dire même en journée, dans les heures ouvrables, lorsqu'un patient admis en soins psychiatriques sans consentement arrive à l'hôpital Saint-Jacques, le véhicule qui le conduit passe par l'entrée principale réservée aux véhicules, c'est-à-dire passe devant le poste de sécurité mais ne s'arrête ni à l'accueil ni à l'UGEPP; il est conduit directement dans son unité de soins. Le cadre de santé vérifiera les documents en sa possession à son arrivée et les transmettra, en fonction de l'heure, à l'UGEPP, à l'ICA ou au cadre de nuit.

Si le patient admis a déjà été hospitalisé au sein du CHU de Nantes, les informations le concernant sont déjà enregistrées.

A l'inverse, si le patient est inconnu, il est créé informatiquement une « identité provisoire ». Les personnels de l'unité qui accueillera le patient sont alors alertés sur la nécessité d'obtenir dès que possible ses pièce d'identité, carte Vitale et carte de mutuelle pour la création définitive de son dossier administratif.

Le service des admissions est ouvert du lundi au vendredi de 8h30 à 17h. En dehors de ces horaires, ce sont les urgences du CHU de Nantes qui procèdent aux formalités d'admission, avant régularisation le lendemain matin ou le lundi suivant.

3.1.2 L'inventaire des effets personnels

Lorsque le patient est hospitalisé, un inventaire de ses effets personnels est effectué par au moins deux infirmiers ; un volet de cet inventaire – encore appelé « liasse » – est transmis à la trésorerie principale (située à l'Hôtel-Dieu), un autre est classé au dossier du patient et le troisième lui est remis en main propre. S'il s'agit d'une admission de nuit, les biens sont déposés à l'accueil et l'inventaire sera effectué le lendemain. Néanmoins, le compte rendu rédigé par le cadre de nuit en fait mention (cf. § 4.1.7).

Les objets de valeur¹² sont conservés à la trésorerie principale. Ils pourront néanmoins être retirés les jours ouvrables entre 8h et 12h puis entre 13h et 16h15 par le patient muni d'une pièce d'identité ou la personne par lui mandatée. A chaque retrait d'argent, une quittance de paiement lui est délivrée.

Les autres biens sont conservés en dépôt par le CHU, soit au sein de l'unité, soit sont conservés dans un coffre situé à proximité de l'UGEPP, situé dans un bureau fermé à clé.

3.1.3 La notification de la décision d'admission

S'agissant des décisions d'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat, l'ARS transmet directement par télécopie les arrêtés préfectoraux à

¹² Selon les informations recueillies, ces biens de valeur sont : « les devises étrangères et les chèques de voyage, les titres, les valeurs immobilières, bons de caisses, bons du Trésor, timbres fiscaux, les bijoux, objets précieux, chéquiers, cartes bancaires, cartes de crédit, cartes téléphoniques, effets de commerce, conventions obsèques et les actes sous seing privé valant titres de créance pour le déposant ».



-

l'UGEPP, sans courrier de transmission. Les originaux sont adressés par courrier, en deux exemplaires, dans un délai qui varie entre deux jours et dix jours : un exemplaire est classé au dossier du patient, l'autre est transmis au cadre de santé de l'unité pour notification à l'intéressé.

Est joint à cet arrêté un bordereau intitulé « accusé de réception de l'arrêté préfectoral (SDRE) » par lequel le patient va, le cas échéant, certifier – en datant et signant le bordereau – avoir reçu copie de l'arrêté préfectoral et va reconnaître avoir été informé des voies de recours possibles contre cette mesure ainsi que de la possibilité de présenter des observations écrites ou orales à l'attention du préfet du département, préalablement à la décision de maintien des soins psychiatriques susceptibles d'intervenir ultérieurement.

Le cadre va compléter également ce bordereau ; soit il attestera avoir remis copie de l'arrêté au patient, soit il indiquera que le patient « a refusé de signer le présent accusé de réception » et certifiera alors « l'avoir informé oralement du sens et des motifs de la décision notifiée, des voies de recours possibles contre celle-ci, ainsi que de la possibilité de présenter des observations écrites ou orales à l'attention du préfet du département, préalablement à la décision de maintien des soins psychiatriques susceptibles d'intervenir ultérieurement ». Dans cette dernière hypothèse, il a été précisé aux contrôleurs que des consignes avaient été données aux personnels des unités afin qu'ils informent oralement les patients de leur situation dès que leur état de santé le permettait.

Les contrôleurs ont examiné le classeur intitulé « H.O accusés de réception des arrêtés préfectoraux ». Ce classeur, bien tenu, contient des fiches aux noms des patients, rangées dans l'ordre alphabétique. Ces fiches précisent la date de transmission de l'arrêté préfectoral à l'unité et la date à laquelle l'arrêté notifié a été transmis à l'ARS. Les contrôleurs ont ainsi examiné, dans le détail, les dix premières situations :

- dans le premier cas, sur quinze arrêtés, seuls deux ont été transmis à l'ARS;
- dans le second, sur onze arrêtés, six l'ont été;
- dans la troisième situation, deux arrêtés ont été pris, tous deux notifiés ;
- dans le quatrième cas, sur cinq arrêtés, quatre ont été retournés à l'ARS;
- dans le cinquième, quatre sur huit arrêtés ont été transmis ;
- dans le sixième, deux ont été retournés sur trois arrêtés ;
- dans la septième situation, aucun des deux arrêtés datant du mois de juin 2012 n'a été transmis à l'ARS;
- dans la huitième, sur trente-trois arrêtés, seuls quatre ont été transmis à l'ARS;
- dans la neuvième, sur six arrêtés, trois ont été retournés ;
- dans le dernier cas, les quatre arrêtés datant des mois de mai et juin 2012 n'ont pas été adressés à l'ARS.



S'agissant des mesures d'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers, le patient reçoit un courrier-type l'informant de la mesure et de ses droits, signé du directeur général du CHU ou de son délégataire. Cette lettre est ainsi rédigée : « J'ai l'honneur de vous informer que vous avez été admis en date du.... au CHU de Nantes, en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (...). Si vous contestez le bien-fondé de cette décision, il vous est possible, conformément à la loi : de saisir la commission départementale des soins psychiatriques de Loire-Atlantique [les coordonnées de l'ARS sont mentionnées] ; de vous pourvoir sur simple requête auprès du procureur de la République de Nantes ; de vous pourvoir sur simple requête auprès du juge des libertés et de la détention [l'adresse postale du tribunal de grande instance de Nantes est mentionnée]».

Il convient par ailleurs de mentionner que le CHU de Nantes a signé une convention, avec l'association Santé Migrants Loire-Atlantique (ASAMLA), renouvelée annuellement ; au jour du contrôle la dernière datait du 2 mai 2012. Il est prévu que les interprètes de l'ASAMLA interviennent dans les différents services du CHU, dans l'intérêt des usagers de l'établissement public de santé.

En pratique, la procédure de notification et d'information du patient hospitalisé sous contrainte sur sa situation et ses voies de recours n'est pas formalisée. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'elle était réalisée par le médecin et par le cadre de santé sans qu'aucun protocole ne soit écrit. Elle est par conséquent laissée à l'initiative des soignants. Il est apparu aux contrôleurs que cette procédure manquait de précisions. Un médecin a indiqué que les voies de recours étaient expliquées au patient « s'il le demandait ». En outre, le bordereau n'est pas renvoyé systématiquement, en particulier « lorsque le patient refuse de signer ou lorsqu'on sait qu'il ne le signera pas ».

Pour autant, il a été indiqué que les difficultés les plus importantes résidaient – pour le personnel de l'UGEPP – pas tant dans l'absence de notification des mesures d'admission que dans le retard pris dans la rédaction des certificats médicaux exigés par la loi. Les personnels de l'UGEPP sont obligés de les réclamer régulièrement, par téléphone, aux secrétaires médicales des unités.

3.2 Les informations délivrées aux patients

3.2.1 Le livret d'accueil et les informations générales

Il est remis à chaque patient un exemplaire du livret d'accueil du CHU de Nantes. Les contrôleurs ont constaté l'existence de trois versions différentes de ce document de quatrevingts pages, broché et en papier glacé. Ils sont communs à tous les services du CHU. De ce fait, certaines informations qui y figurent ne concernent pas la psychiatrie (par exemple la possibilité de louer un téléviseur ou l'accès à l'informatique), apparaissent dès lors erronées et source de confusion pour les malades mentaux. En outre, il n'est fait mention nulle part des différents modes d'hospitalisation et de soins psychiatriques sans consentement.

En complément du livret du CHU, chaque unité, y compris au sein d'un même pôle, détient son propre livret d'information contenant les règles de vie. Ces documents sont tous différents, tant sur la forme que dans leur contenu. Certains ne comportent aucune information sur les différents statuts de soins sans consentement et sur les droits du patient notamment en termes de recours.



A titre d'exemple, au sein des unités du pôle 2-3, il a été déclaré aux contrôleurs que le livret d'accueil était déposé dans chaque chambre des unités ouvertes et remis en main propre aux patients hébergés en unité fermée.

A l'unité ouverte du pôle 2, « Guy de Maupassant », il a été remis aux contrôleurs un « projet » de livret d'information datant du mois de juin 2010. Il s'agit d'une feuille au format A4, comportant les indications suivantes :

- présentation de l'équipe ;
- « à l'arrivée », évoquant principalement un « infirmier référent » et demandant au patient de compléter un questionnaire à son départ ;
- « au cours de l'hospitalisation » : il s'agit d'informations relatives aux visites hebdomadaires, entretiens, au médecin généraliste ;
- « une réunion soignants/soignés » ;
- « des médiations thérapeutiques » ;
- « les horaires des repas » ;
- « distribution des médicaments » ;
- « les visites » ;
- « alcool, toxiques, objets dangereux » :
- « médicaments » personnels;
- « un inventaire » à l'arrivée ;
- « hygiène, respect des autres » ;
- « tabac » ;
- « téléphone » ;
- « télévision, chaîne hi-fi ».

A l'unité fermée du pôle 2 « Gaudi », le livret d'information est une feuille au format A4 pliée en trois. Il comporte les informations suivantes :

- présentation de l'équipe ;
- « le déroulement de votre séjour » : la période d'observation, la mise en place d'un projet de soins, la préparation à la sortie, les entretiens ;
- « les différents modes d'hospitalisation » : une présentation des deux possibilités –
 « en hospitalisation libre » et « en hospitalisation sous contrainte » sans aucune explication détaillée ;
- « la réunion soignants / soignés » ;
- « les activités » ;
- « les horaires des repas », avec cette précision que les repas ne seront pas servis aux retardataires et qu'il est interdit de stocker des aliments périssables dans les chambres;
- « la distribution des médicaments » ;
- « la télévision » ;
- « les visites » ;
- « le téléphone » ;
- « les permissions » ;
- « l'inventaire » ;
- « tabac, alcool, toxiques, objets dangereux »;
- « le respect des autres » ;
- « relation avec l'extérieur ».



A l'unité ouverte du pôle 3 « Claudel », le livret d'information comporte quatre pages au format A5. Il comporte les informations suivantes :

- « présentation de l'équipe » ;
- « l'admission », précisant que, durant une « période d'observation de 24 heures »,
 « téléphone, sortie et visite sont en suspens » ;
- « le déroulement des soins » :
 - « un suivi personnalisé » ;
 - « une visite hebdomadaire » réalisée dans les chambres par l'ensemble de l'équipe;
 - « des activités de sociothérapie » ;
 - « des réunions entre soignants et patients » ;
- « distribution des médicaments » ;
- « les repas », avec indication de la possibilité de modifier le menu la veille ;
- « les activités » (quatre lignes développant essentiellement l'accès à la télévision);
- « le téléphone » ;
- « temps de sortie dans le parc »
- « les visites » ;
- « les permissions ».

Il est complété d'un feuillet d'une page intitulé « Règlement intérieur de l'unité » que le patient est invité à signer et remettre au cadre de santé. Il n'en détient pas de copie qui lui permettrait de se remémorer ce à quoi il s'est engagé :

- substances interdites;
- règle sur le tabac;
- respect des autres ;
- tenue et hygiène correcte;
- interdiction de relations sexuelles dans l'unité;
- accès interdit dans les chambres des autres patients ;
- toute violence prohibée;
- respect de la tranquillité et du repos des autres patients (pas d'appareil sonore);
- remboursement en cas de détérioration volontaire ;
- participation aux tâches ménagères autour du repas et à l'entretien de la chambre.

A l'unité fermée du pôle 3 « Chaissac », il a été remis aux contrôleurs le livret d'information en service et un livret en projet.

Le livret distribué comporte onze pages. Il présente les informations suivantes :

- quelques lignes indiquant la procédure à l'admission dans l'unité;
- présentation de l'équipe ;
- « déroulement de votre séjour » :
 - o les différentes étapes : observation, projet de soins, préparation à la sortie ;
 - les entretiens ;
- « les soins : un temps fort » :
 - « visite hebdomadaire »;
 - « les activités » ;
 - o « temps de rencontre soignants / soignés » ;
- « les différents modes d'hospitalisation », avec notamment un développement sur



l'hospitalisation sous contrainte;

- « parcours d'un patient en soins psychiatriques sans consentement », avec un développement de deux pages comportant notamment les droits des personnes hospitalisées et les démarches pour faire un recours contre une décision de soins psychiatriques sans consentement;
- « règlement intérieur de l'unité » :

```
« les visites »;
« le téléphone »;
« vos effets personnels »;
« sorties du service »;
« le tabac »;
« les permissions »;
« les horaires de repas »;
« la distribution des médicaments »;
« la télévision »;
« le linge »;
« la religion «;
« la chambre »;
```

- « règlement intérieur » : une liste des « prescriptions qui s'imposent à tous les usagers, patients, visiteurs », occupant une page.

Ce document, très complet, laisse au lecteur l'impression d'être véritablement accueilli au sein de l'unité. Il est en cours de refonte afin d'en améliorer la forme ; le futur livret ne comportera plus que huit pages.

3.2.2 Les informations relatives à la loi du 5 juillet 2011 et aux possibilités de recours

Au moment de l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011 ci-dessus mentionnée, une réunion de deux heures a été organisée à destination des personnels, aux fins d'en expliquer les principales dispositions. Cette réunion a été animée par la directrice de la plateforme 5 et la responsable de l'UGEPP. Etaient présents des médecins psychiatres, des cadres de santé, quelques infirmières, des secrétaires médicales et les membres de l'UGEPP, soit environ soixante personnes.

A l'issue, l'ensemble des certificats médicaux, avis et formulaires ont été créés ou mis à jour par l'UGEPP, en lien avec le service informatique de l'hôpital.

Deux autres réunions ont eu lieu par la suite, avec les cadres supérieurs et les cadres de santé ainsi qu'avec les secrétaires médicales; ont alors été évoqués la question des permanences de week-end, les circuits d'information et les principaux dysfonctionnements intervenus depuis l'entrée en vigueur de la loi.

Enfin, selon les informations recueillies, un groupe de travail se réunit régulièrement depuis le mois de septembre 2012 « afin de constituer un vade-mecum reprenant les différents modes de placement des patients, et ce durant les périodes ouvrées et de permanence. L'objectif est de réaliser des fiches types de "conduite à tenir" permettant d'apporter notamment une aide aux équipes soignantes, à l'encadrement et aux directeurs de garde ». Les dates de réunion retenues étaient, au jour du contrôle, les suivantes : 13 septembre, 23 octobre, 15 novembre, 4 décembre et 20 décembre 2012, ainsi que le 15



janvier 2013. Ce groupe de travail comprend :

- quatre cadres de santé, dont deux exerçant en unité fermée ;
- des personnels de l'UGEPP : la responsable de l'unité, un cadre de nuit, un ICA et un agent administratif;
- des secrétaires médicales ;
- un personnel des urgences.

Pour autant, d'une façon générale, outre le livret d'accueil du CHU et les règles de vie spécifiques aux unités, aucun document relatif aux soins psychiatriques sans consentement n'est remis au patient.

En revanche, de nombreuses informations sont affichées dans les unités ; en particulier, toutes les unités comportent des affichettes, confectionnées par l'UGEPP, présentant, l'une les « modalités de prise en charge » des soins psychiatriques sans consentement et l'autre, les « droits des patients » ; ces documents sont complets, clairs et à jour de la loi du 5 juillet 2011. A la requête des JLD, ces documents ont été modifiés afin d'envisager, outre les admissions en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat et celles sur demande d'un tiers, les hypothèses de péril imminent pour la santé des personnes.

Enfin, s'agissant des observations des patients, aucun recueil spécifique n'est mis en place dans les différentes unités. Sur les bordereaux de notification des mesures d'admission (cf. § 3.1.3), il est simplement mentionné que le patient a été informé de son droit de faire valoir ses observations.

3.3 Le contrôle du juge des libertés et de la détention

3.3.1 Les modalités d'organisation de l'audience

L'organisation des audiences a été arrêtée à la suite des réunions qui se sont tenues sous l'égide de l'ARS, les 5 et 27 juillet 2011. Elle a fait l'objet d'une « note sur l'organisation pratique des audiences au tribunal de grande instance de Nantes des personnes hospitalisées sans leur consentement », rédigée par le président du TGI, le 4 août 2011. Il y est indiqué que « les audiences du juge des libertés et de la détention se tiennent par principe au palais de justice ». Les raisons évoquées dans cette note sont les suivantes : il importe que ces audiences aient pour les patients, autant que leur état de santé le permet, « le sens d'une véritable instance judiciaire » ; de même, ces considérations conduisent à écarter également, sauf exception, le recours à la visioconférence.

En pratique, il a été indiqué que les audiences dans l'enceinte même de l'hôpital ont aussi été écartées, en raison de l'absence de disponibilité des JLD. Ceux-ci sont en effet au nombre de deux mais représentent 1 ETP; chacun des magistrats exerce pour moitié du temps d'autres attributions.

Ainsi, les audiences ont lieu, pour l'hôpital Saint-Jacques les lundis matin et les jeudis matins. Selon les informations recueillies, les patients sont accompagnés d'un soignant lorsqu'ils sont admis soins psychiatriques à la demande d'un tiers et de deux agents, pour les patients admis sur décision du représentant de l'Etat. Il a été précisé qu'il s'agissait d'infirmiers, travaillant le plus souvent dans l'unité dans laquelle le patient est hébergé.



Aucun magistrat du parquet n'assiste à cette audience ; des réquisitions écrites sont jointes aux dossiers.

Néanmoins, une salle a été aménagée en février 2012 pour la visioconférence. Elle est située en rez-de-chaussée, à proximité de la cafétéria. L'un des JLD et son greffier sont venus la visiter aux fins d'apprécier sa conformité par rapport au cahier des charges des ministères de la justice et de la santé. Au jour du contrôle, quelques travaux restaient encore à effectuer; des stores devaient être posés et le matériel de visioconférence installé.

L'avocat commis d'office qui intervient pour les audiences du JLD est celui désigné par le bâtonnier au titre de la « permanence pénale d'urgence » hebdomadaire (du vendredi au vendredi). L'avocat rencontré le 23 août 2012 a indiqué avoir été prévenu la veille par son barreau. Il avait ce matin-là trois patients à défendre.

3.3.2 Le déroulement de l'audience du 23 août 2012

Le 23 août 2012 au matin, les contrôleurs ont accompagné une patiente admise en soins psychiatriques à la demande d'un tiers, depuis son unité d'hospitalisation jusqu'au tribunal et ont assisté à l'audience.

L'ambulance avait été commandée la veille. Une fois stationnée au bas de l'unité, la patiente et son accompagnant, un infirmier de l'unité concernée, sont descendus. L'infirmier a retiré sa blouse avant de monter dans le véhicule. Dans l'ambulance, la patiente — sans être agitée — réagit au fait de se rendre au tribunal : « je vais voir le palais de justice. Je n'y suis jamais allée dans ce truc-là, moi », « ce n'est pas un endroit que je fréquente assidument », « c'est mis en place depuis l'année dernière, ça, non ? J'avais vu un reportage à la télé ». L'infirmier en profite alors pour réexpliquer ce qui a en principe été préalablement dit par le cadre de santé : « l'audience va durer entre dix minutes et un quart d'heure, c'est bref, vous verrez. Le juge va rappeler la loi ».

Le trajet a duré dix minutes ; à 11h10 le véhicule dépose la patiente et l'infirmier derrière le palais de justice de Nantes, du côté de la Loire. L'infirmier se présente au rez-de-chaussée devant une première porte d'entrée, surveillée par un policier qui lui en refuse l'accès. L'infirmier tente alors de passer par une autre porte, surveillée cette fois par un agent de sécurité à qui il explique le motif de sa venue et qui le laisse passer, sans exiger ni carte ni justificatif.

Les murs des couloirs du tribunal sont d'un rouge soutenu et la moquette au sol, de couleur gris très foncé. Jusqu'à leur arrivée au 4^{ème} étage, l'infirmier et la patiente ne rencontrent pas de public.

La salle d'audience est celle utilisée usuellement par les JLD, située dans le couloir où se trouvent les cabinets des juges d'instruction. Dans ce couloir, à proximité de cette salle, des chaises en bois sont fixées au mur et quelques revues sont déposées sur une table.





Couloir du tribunal desservant la salle d'audience du JLD

La patiente et l'infirmier sont accueillis par le greffier du JLD qui explique où va se dérouler l'audience. Ce dernier indique aussi que l'avocat va se présenter, puisqu'une demande a été formulée en ce sens. Lorsque l'avocat arrive en effet, la salle d'audience du JLD est mise à sa disposition afin qu'il puisse, en toute confidentialité, s'entretenir avec sa cliente; en réalité, la porte de la salle a été laissée ouverte et il est aisé d'entendre les conversations. L'entretien dure environ quinze minutes.

Au début de l'audience, le magistrat rappelle quel est son rôle : « je suis le juge des libertés », « je suis là pour contrôler la mesure ». Puis, il pose à la patiente qui demeure calme les questions suivantes : « votre opinion sur votre hospitalisation ? », « utile ou pas utile ? », « vous estimez que vous êtes malade ? », « il y avait des médicaments qui n'avaient pas été pris ? », « vous estimez que vous avez encore besoin d'être hospitalisée ?». A cette dernière question, la patiente a répondu « oui, un peu » et l'avocat a plaidé en évoquant le souhait de la patiente de demeurer hospitalisée. La décision n'a pas été rendue immédiatement. La patiente était détendue et souriante après l'audience.

3.3.3 Les décisions rendues

Les ordonnances des JLD sont rendues le jour de l'audience et adressées par télécopie à l'hôpital. Cette transmission n'est pas suivie d'un envoi par courrier. L'UGEPP envoie à son tour les décisions aux cadres de santé des différentes unités concernées, toujours par télécopie. Ces derniers notifient les décisions aux patients et retournent les documents signés à l'UGEPP qui retransmettent les accusés de réception au greffier du JLD.

S'agissant du contenu des décisions rendues, une difficulté d'ordre juridique a été soulevée devant les JLD du TGI de Nantes. Le ministère public et un avocat avaient considéré, dans un dossier, que l'avis conjoint rendu par deux psychiatres de l'établissement d'accueil désignés par le directeur, dont un seul participe à la prise en charge du patient, était entaché d'une irrégularité dans la mesure où l'un de ces deux médecins avaient signé l'un des certificats des 24, 72 heures et huitaine. Les magistrats ont interrogé le directeur de l'hôpital par note en délibéré et finalement considéré que le psychiatre qui établit un certificat médical



de 24, 72 heures ou de huitaine ne prend pas en charge le patient « au sens médical exposé par Monsieur le directeur de l'hôpital Saint-Jacques, qu'il convient de retenir ».

Par ailleurs, selon les informations recueillies, cinq décisions de mainlevées ont été rendues par les JLD de Nantes depuis l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011, dont une concernant une patient admise au CHU de Nantes.

Il peut arriver en revanche que des expertises soient ordonnées en cas de doute sur la nécessité du maintien d'une hospitalisation complète, comme de soins dispensés sans consentement, en moyenne une fois sur dix.

Enfin, il a été indiqué aux contrôleurs que seuls dix appels avaient été formés contre des ordonnances des JLD nantais.

3.4 Les sorties accompagnées d'une durée inférieure à douze heures

La procédure est la suivante : les médecins s'entretiennent avec leur patient et peuvent faire une « demande d'autorisation d'absence de courte durée (moins de 12 heures) avec accompagnement ». Sur cette demande, ils précisent systématiquement les horaires de la sortie (exemple : de 8h30 à 19h30) ainsi que leur avis (« favorable »). En revanche, s'agissant des accompagnants, il est indiqué « des soignants, des membres de la famille, la personne de confiance » sans plus de précision.

Cette demande est transmise à l'UGEPP par courrier interne qui la met sous parapheur à destination du directeur ou l'un de ses délégataires. Ce dernier vise la demande et la transmet à l'ARS, une fois par semaine pour les patients en ASPDT et « dans les meilleurs délais » pour les ASPDRE. Il a été précisé que l'autorité préfectorale ne s'était jamais opposée à une sortie de moins de 12 heures mais qu'en revanche elle était systématiquement accordée « au terme de 48 heures » ; autrement dit – selon les explications recueillies – l'autorisation accordée n'est pas valable immédiatement.

3.5 Le registre de la loi

Il existe deux types de registre distincts : ceux relatifs aux admissions en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat et ceux relatifs aux admissions en soins psychiatriques à la demande d'un tiers. Les contrôleurs ont examiné les registres en cours d'utilisation au moment de leur visite et les cinq dernières mentions portées sur chacun des deux.

Il en ressort que celui réservé aux ASPDT avait été ouvert le 14 août 2012 et que le dernier patient admis sous ce régime avait été hospitalisé le 17 août 2012.

Le registre des ASPDRE avait été ouvert le 7 mars 2012 et le dernier patient admis dans le cadre de cette procédure, le 10 août 2012. Ce registre n'a été visé ni par un magistrat du TGI de Nantes ni par un membre de la CDSP. Le registre précédent avait été ouvert le 9 août 2011 et visé par un magistrat du parquet de Nantes qui avait fait l'observation suivante : « premier visa depuis l'entrée en vigueur de la loi sur les soins sans consentement ».



Il apparaît que sur chacun des folios de ces deux types de registre, un numéro est ajouté de manière manuscrite, en haut de la page : ainsi le dernier numéro mentionné sur le registre des ASPDT était 10 250 et le dernier numéro du registre des ASPDRE était 2 165. Ces numéros correspondent au classement interne des dossiers des patients.

Sur le registre des ASPDT, sont également répertoriées — de manière clairement identifiable — les admissions en cas de péril imminent pour la santé de la personne¹³ : dans la case réservée aux ASPDT, la rubrique relative à l'identité du tiers est biffée et il est ajouté « soins psychiatriques sans tiers : péril imminent ». L'identité du tiers est variable : une personne physique, un médecin de *SOS Médecins* ou du service des urgences du CHU de Nantes. Dans l'hypothèse où les patients ont été admis en urgence par arrêté municipal, celuici n'émane pas toujours de la même commune.

S'agissant des certificats médicaux, comme dans tous les établissements, des photocopies, en taille réduite, des différents certificats sont collées sur les pages du registre correspondant au patient qui a été examiné.

Les certificats relatifs à l'état d'un patient admis sur décision du représentant de l'Etat sont, conformément à la loi¹⁴, systématiquement dactylographiés. Il a été précisé qu'une note de service avait été diffusée à l'ensemble des médecins de l'hôpital Saint-Jacques pour rappeler cette obligation légale. Celle-ci aurait également été rappelée aux médecins de SOS Médecins — même si rien ne figure à ce propos dans la note évoquée — en leur demandant d'ajouter une phrase à leur certificat pour préciser qu'ils n'ont pas d'ordinateur portable à disposition lors de leur déplacement. Il apparaît en outre que les certificats relatifs à l'état d'un patient admis à la demande d'un tiers sont aussi dactylographiés, à quelques exceptions près, même si les textes cette fois ne l'exigent pas.

Ces certificats médicaux sont motivés. Pour autant, les contrôleurs ont constaté que dans certains cas, la nécessité de la mesure de contrainte ne ressortait pas de la motivation. Ainsi, un certificat de 24 heures sur lequel il est indiqué : « le patient est calme et son comportement est adapté ce jour. Il n'exprime pas spontanément d'élément délirant ».

Les ordonnances des JLD sont réduites de format et collées *in extenso* dans le registre même si la loi¹⁵ prévoit que seul le dispositif des décisions puisse y être conservé.

3.6 Le collège de soignants

Le collège est convoqué par le directeur général ou par délégation, son adjoint, en vertu d'un formulaire-type qui précise :

- l'identité du patient dont la situation va être examinée ;
- la justification du recueil de l'avis du collège (« la modification de la forme de la prise en charge d'un patient admis en soins psychiatriques judiciaires », l' « intervention

¹⁵ Cf. l'article L.3212-11 du code de la santé publique.



¹³ Cf. l'article L.3212-1 du code de la santé publique II, 2° du code de la santé publique.

¹⁴ Cf. l'article R.3213-3 du code de la santé publique.

du JLD », « la levée des soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat » ou le « maintien des soins psychiatriques à la demande d'un tiers dont la durée excède un an » ;

- la date maximale de formulation de l'avis : « au plus tard le » ;
- la composition du collège.

Cette convocation est transmise par courriel aux médecins convoqués par la responsable de l'UGEPP, avec – systématiquement – le formulaire de recueil de l'avis et un document explicatif sur le fonctionnement du collège. Le courriel mentionne la date et l'heure de la réunion et précise qu'il convient de se présenter au secrétariat où la salle de réunion sera spécifiée. Il est également indiqué que l'avis doit être transmis par télécopie « dès la fin de la réunion ».

Sur le formulaire de recueil de l'avis, deux cadres doivent être complétés : l'un concernant les documents utilisés lors de la séance, l'autre plus précisément relatif à l'avis.

Selon les informations recueillies, le collège des soignants s'est réuni à huit reprises entre le 1^{er} août 2011, date d'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011, et le 31 décembre 2011, puis à onze reprises entre le 1^{er} janvier 2012 et le 20 août 2012, premier jour de la visite des contrôleurs.

3.7 La protection juridique des majeurs

Dans le règlement intérieur du CHU de Nantes, il est rappelé que la protection des biens des majeurs protégés hospitalisés au CHU peut, sur décision de justice, être confiée à un mandataire judiciaire qui exerce ses fonctions sous le contrôle du juge des tutelles, dans les conditions prévues par le code civil. Il est précisé que cette protection peut s'étendre à la personne et que ce mandataire judiciaire peut être un agent du CHU désigné par le directeur et inscrit sur la liste des mandataires judiciaires à la protection des majeurs (MJPM) habilités par le procureur de la République. Le mandataire judiciaire désigné par le directeur est soumis aux règles de la comptabilité publique ; il gère le compte du majeur protégé ouvert à son nom à la trésorerie de l'établissement.

Au sein de l'hôpital Saint Jacques, le service de protection juridique des majeurs est installé, depuis juin 2011, dans le bâtiment dit Louis Philippe – troisième bâtiment à partir de l'entrée principale – en rez-de-chaussée, dans deux bureaux communiquant pourvus de larges portes donnant sur l'extérieur ; les locaux sont accessibles aux personnes à mobilité réduite.

En revanche, le service n'est pas signalisé et il est même indiqué par erreur sur le plan de l'hôpital qu'il est implanté à la place actuellement occupée par l'UGEPP. La seule indication réside dans une affichette de format A4, confectionnée par les agents du service eux-mêmes et apposée sur l'une des portes d'entrée. N'y sont par ailleurs portés que les noms des deux agents et leurs numéros de poste et non l'appellation du service.

En outre, ce dernier ne figure pas dans l'organigramme ni même, plus généralement, sur le site internet du CHU, pas plus que dans le livret d'accueil. Aucune opération de communication à destination des familles n'a été entreprise. Les seules informations sont délivrées, le cas échéant, par les assistantes sociales. Il arriverait dès lors que les familles téléphonent directement au standard pour obtenir des renseignements.



Deux agents travaillent dans ce service, un mandataire judiciaire et une assistante, du lundi au vendredi de 8h30 à 17h. Il a été précisé qu'il était régulièrement demandé, depuis 2010, la désignation d'un second mandataire eu égard notamment aux nombreux déplacements effectués sur les différents sites du CHU.

Selon les informations recueillies, les médecins du CHU semblent réticents à informer les mandataires judiciaires de l'hôpital de la situation rencontrée par l'un de leurs patients, préférant – à l'inverse des magistrats – avoir recours à des personnalités extérieures ; leurs certificats médicaux préciseraient ainsi la nécessité de désigner une personne extérieure à l'hôpital. Le mandataire est rarement convié aux réunions de synthèse. Des contacts téléphoniques informels ont lieu avec les infirmiers référents. Il semble d'ailleurs que le service ne soit pas toujours avisé des placements en chambre de soins intensifs ou des fugues pour des patients pourtant suivis et convoqués. A l'inverse, les relations avec les juges des tutelles du département sont jugées « très bonnes ». Une réunion a ainsi été organisée avec eux, en janvier 2012. Le procureur de la République est considéré comme accessible, susceptible d'être contacté par le biais de sa messagerie électronique.

A propos des relations entre le personnel médical et les mandataires judiciaires, il est à noter que par courriers des 19 janvier et 17 avril 2012, un médecin psychiatre exerçant au sein de l'hôpital Saint-Jacques a écrit au procureur de la République de Nantes. Il souhaitait savoir si, en cas de fugue d'un patient admis en soins psychiatriques à la demande d'un tiers, sous mesure de protection (curatelle renforcée ou tutelle), il était légalement possible de demander au curateur ou tuteur de suspendre les versements d'argent destinés à permettre à ce dernier de continuer à vivre à l'extérieur afin de le contraindre à réintégrer le service où il était légalement tenu d'être : « pour ma part, il me semble que c'est de l'intérêt du patient (et d'autrui) puisque la mesure de contrainte légale a été mise en place parce que le patient présente des troubles graves constituant une situation de danger pour lui-même ou pour autrui. Il me semble en outre qu'il y a contradiction flagrante si on hospitalise un patient en SPDT mais, qu'en même temps, la société continue à pourvoir à ses besoin en cas de fugue et donc à lui donner les moyens matériels de continuer à ne pas respecter son obligation de soins ».

Le procureur de la République a interrogé les six associations et groupements de mandataires judiciaires agréés pour le ressort du tribunal de Nantes, en leur indiquant que l'arrêt des versements lui semblait radical mais qu'une diminution des versements doublée d'une incitation à réintégrer l'hôpital était une solution à étudier : deux associations était défavorables à toute action, deux favorables à une diminution des versements et les deux dernières, favorables à la suspension. Le procureur expliquait qu'il partageait l'analyse selon laquelle la lutte contre les fugues et la non réintégration des majeurs protégés participait de la crédibilité de l'institution judiciaire tout en expliquant que la loi ne prévoyait pas néanmoins de cas dans lesquels un mandataire judiciaire pouvait priver une personne protégée de l'accès à son argent et qu'il n'avait senti par ailleurs aucune réticence de la part des mandataires judiciaires à s'impliquer dans le travail de persuasion du majeur protégé à regagner l'hôpital. Il concluait en indiquant : « je ne peux qu'inciter vos services à renforcer les contacts avec les mandataires judiciaires (...) afin de prévenir les fugues ».

Le nombre de demandes de mesures de protection reçues par le service du CHU de Nantes est en moyenne de onze par mois. En 2011, les dossiers gérés par ce service était au



nombre de cinquante-trois. Entre le 1^{er} janvier 2012 et le 23 août 2012, dix-neuf nouveaux dossiers ont été ouverts. Au jour de la visite, seuls huit patients faisant l'objet d'une mesure de protection étaient hospitalisés en psychiatrie, sept en soins libres et un patient qui avait été admis sur décision du représentant de l'Etat; ce dernier patient faisait l'objet d'un programme de soins et était visité deux ou trois fois par an par le mandataire judiciaire.

Une fois le mandataire désigné, celui-ci reçoit le patient au sein du service, aux fins notamment de lui remettre un dossier d'information intitulé « les mesures de protection juridique – Notice d'information » qui contient :

- un livret d'information relatif aux mesures de protection juridique, à jour de la loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 organisé sous forme de fiches sur les thèmes suivants : « le coût de la mesure ; mes droits, ma citoyenneté ; mon argent, mon budget ; la tutelle ; la curatelle renforcée ; la curatelle – la curatelle « aménagée » ; la sauvegarde de justice ; quel est le rôle du juge des tutelles ? ; les objectifs de la mesure »;
- les numéros de téléphone utile, c'est-à-dire les coordonnées de la maison départementale des personnes handicapées, du centre local d'information et de coordination de Nantes, du numéro vert « Ecoute Maltraitance », du tribunal d'instance et du procureur de la République près le TGI de Nantes ;
- la charte des droits et libertés de la personne majeure protégée ;
- une fiche de renseignements à compléter par le patient qui contient à nouveau les coordonnées du tribunal d'instance de Nantes ;
- des fiches d'évaluation des besoins du patient et de ses revenus.

S'agissant des mesures prises par le mandataire, il a été précisé qu'une liste des personnes protégées susceptibles de recevoir de l'argent de poche et des bons d'achat était communiquée chaque semaine au régisseur de l'hôpital compétent pour la remise. Des comptes bancaires sont ouverts à *La Banque Postale*, dans une agence, située à proximité immédiate de l'hôpital Saint-Jacques, à environ 500 mètres. Dans un cas comme dans l'autre, aucun plafond n'est fixé; le montant des retraits dépend de la situation particulière – juridique et financière – de chaque patient. Au jour du contrôle, sur les huit majeurs protégés suivis par le service, seuls deux d'entre eux ne pouvaient pas venir retirer de l'argent de poche soit auprès du régisseur soit auprès de la banque. L'argent était utilisé dans les six autres situations pour acheter des revues, des cigarettes, des vêtements et dans un cas, du matériel de dessin et de peinture. S'agissant des bons d'achat, selon les informations recueillies, ils sont de moins en moins utilisés, d'une part, parce qu'ils ne sont pas valables dans tous les magasins, d'autre part, parce qu'il est apparu important aux personnels que le patient puisse lui-même passer à la caisse et régler ses achats.

Les patients sont vus, sauf difficulté ou décision à prendre ou à communiquer, de deux à trois par an par le mandataire judiciaire. Ils sont alors reçus dans les locaux du service.

3.8 La désignation d'une personne de confiance

Dans le règlement intérieur du CHU, il est indiqué que « les patients peuvent désigner une personne de confiance. Cette désignation est faite par écrit. Cette désignation, révocable



à tout moment, est transcrite dans le dossier du patient. Cette personne peut être un parent, un proche ou le médecin traitant. Elle est consultée au cas où le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle peut, à la demande du patient, l'accompagner dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. La personne de confiance doit être consultée lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et que le médecin envisage, dans le cadre de la procédure collégiale prévue par la loi, de limiter ou d'arrêter un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la prolongation artificielle de la vie ».

De même, dans le livre d'accueil du patient du CHU, il existe une rubrique consacrée à la personne de confiance « pourquoi désigner une personne de confiance » dans laquelle il est notamment expliquer que le rôle de la personne de confiance est celui d'un accompagnateur.

Pour autant, en pratique, il n'est pas systématiquement proposé au patient admis en psychiatrie de désigner une personne de confiance.

Au pôle 1, il a été expliqué que les soignants refusaient que l'un des membres de l'équipe soit désigné comme personne de confiance et qu'en tout état de cause, ils préféraient le terme de personne « aidante » que de personne de confiance. Il a aussi été indiqué que le formulaire, pourtant inséré dans le dossier, n'était que très rarement renseigné.

Au sein des unités du pôle 2-3, non seulement il n'est pas systématiquement proposé au patient entrant de désigner une personne de confiance mais « moins de la moitié des personnes invitées à en désigner une le font ; en général, elles disent qu'elles ne font confiance à personne ; parfois elles désignent l'infirmier qui leur pose la question, ou un autre patient ».

Les équipes soignantes sont conscientes que la question n'est pas correctement traitée.

Il a été souvent déclaré aux contrôleurs que la notion de « personne à prévenir » était préférée et que le patient était systématiquement invité à en désigner une.

3.9 L'accès au dossier médical

Le mode opératoire pour avoir accès au dossier médical est décrit dans le livret d'accueil à la page 52 de la dernière version. Les photocopies sont payantes.

Le secrétariat de direction gère et enregistre les demandes dans une base de données. Différents imprimés sont à remplir selon qu'il s'agit d'un patient majeur, décédé, ou mineur. Le délai de réponse moyen est de vingt-quatre jours pour les trente dossiers de moins de cinq ans demandés en 2011. Il est de quatre-vingt-dix jours pour les six dossiers de plus de cinq ans envoyés en 2011.

Les contrôleurs ont pu consulter les dossiers de demandes. Ils ont trouvé une demande exprimée le 16 avril 2012 pour une hospitalisation de plus de cinq ans ; après envoi au chef de service le jour même, la réponse a été adressée au patient le 14 mai 2012.



En revanche, ils ont constaté à travers quelques exemples que le délai pouvait être allongé. Pour une demande du 5 mars 2012, le dossier a été envoyé le 7 juin 2012 ; pour une demande du 7 février 2011, le dossier n'a été adressé que le 17 juillet 2012. De tels délais ne sont pas conformes à la loi¹⁶.

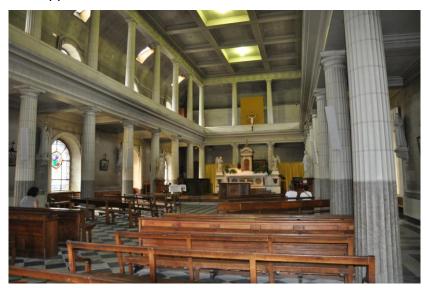
Concernant une demande formulée alors que le patient est toujours hospitalisé, le cadre rencontre celui-ci et lui explique la démarche à suivre. Le dossier peut être consulté en présence du médecin. Le patient peut demander des copies qui lui sont alors facturées. Ces demandes seraient rares.

3.10 L'accès à l'exercice d'un culte

Le culte catholique a une implantation historique puisque les sœurs de la Sagesse y sont arrivées en 1834 à l'ouverture du site sous Louis Philippe. Aujourd'hui, l'aumônerie catholique au centre Saint-Jacques est représentée par une salariée du CHU, mandatée par l'Eglise pour trois ans renouvelables une fois. Elle est assistée de quatre à cinq laïcs bénévoles. Un prêtre vient pour les messes et les accueils.

Un accueil collectif est organisé pour les patients en psychiatrie au cours de deux aprèsmidi par semaine, les mardis et jeudis de 14h à 16h30. Des boissons chaudes et froides et des biscuits sont fournis par le centre hospitalier. Vingt-cinq à trente personnes passent à chaque demi-journée; des jeux de société sont organisés. Lorsqu'un patient d'une autre confession se présente à cet accueil, l'aumônier fait le lien avec le représentant du culte concerné.

Des visites dans les unités sont effectuées (192 en 2011) et une messe se déroule le dimanche à 9h30, à la chapelle de l'hôpital, accessible aussi aux habitants du quartier. Ce lieu de culte date de l'origine de l'hôpital. Il offre un espace architectural solennel, avec une décoration de belle apparence.



Chapelle

 $^{^{16}}$ Loi n° 2002-203 du 4 mars 2002 et article L 1117-7 du code la santé publique.



Le CHU emploie un aumônier protestant à temps plein et un rabbin à 0,30 ETP qui officient sur l'ensemble des services. Un prêtre-éducateur orthodoxe vient parfois sur le site de Saint-Jacques. L'imam n'y vient pas ; en cas de demande, il est suggéré de contacter l'imam de la mosquée du patient.

3.11 Les élections

Il a été déclaré aux contrôleurs qu'en prévision des élections, les personnes en hospitalisation sous contrainte étaient invitées, selon leur situation, soit à procéder à une demande de procuration, soit à demander une permission de sortie pour aller voter. Les élections de 2012 ont donné lieu à quelques permissions et aucune procuration.

3.12 La commission départementale des soins psychiatriques

La composition de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) a été fixée par deux arrêtés préfectoraux en date du 8 janvier 2008.

La CDSP effectue chaque mois, alternativement, la visite d'un établissement psychiatrique et une réunion interne.

S'agissant de l'hôpital Saint-Jacques, elle programme deux visites par an – car il s'agit de l'établissement qui accueille le plus de patients en psychiatrie du département – selon un calendrier fixé en principe au mois de janvier. L'hôpital est informé de un à deux mois à l'avance ; il a été décidé de ne jamais faire de visite inopinée. Une liste de patients à entendre est arrêtée et il est demandé systématiquement au médecin psychiatre concerné un bref compte rendu de l'état du patient ; selon les informations recueillies, il ne serait pas rare de constater, une fois sur place, que la mesure d'hospitalisation sans consentement a été levée. Dans son rapport annuel d'activité pour l'année 2011, la présidente de la CDSP relève d'ailleurs : « on constate également qu'avant l'audience qui se tient dans les 15 jours, un nombre non négligeable de dossiers deviennent de fait, sans objet, compte tenu des levées entre-temps intervenues ».

En 2011, les visites de l'hôpital Saint-Jacques avaient eu lieu les 29 septembre et 29 novembre sur les pôles 3, 4 et 5. Neuf patients avaient été entendus. Il a été indiqué aux contrôleurs que l'accueil réservé aux membres de la CDSP était toujours « très positif ». Les prochaines visites étaient programmées pour les mois d'octobre et décembre 2012.

A l'issue de chacune des visites, un compte rendu est rédigé « reprenant les entretiens avec les patients et listant les points positifs et négatifs constatés à cette occasion ».

Par ailleurs, les réclamations que la CDSP reçoit ne présenteraient aucune particularité par rapport à celles transmises, souvent conjointement, au JLD. Les membres de la CDSP y répondent par écrit.

Enfin, pour les patients admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat, en hospitalisation complète depuis plus de trois mois, la CDSP sélectionne au hasard des dossiers qui sont examinés lors des réunions mensuelles ci-dessus mentionnées. Au vu du rapport annuel d'activité pour l'année 2011 – dont les contrôleurs ont pu prendre connaissance – ces réunions ont eu lieu aux dates suivantes : 22 février, 12 avril, 16 juin, 18 octobre et 15 décembre 2011. Le nombre de dossiers examinés s'est élevé à quatre-vingts (soixante-huit dossiers et douze recours).



De l'ensemble des constats effectués, il ressort que les patients ne paraissent pas suffisamment informés sur les recours qu'ils peuvent intenter contre les mesures d'admission en soins psychiatriques ; il a été relevé des coordonnées qui ne sont plus utilisées, la mention dans différents documents de l'intervention possible de la CDHP¹⁷ au lieu de la CDSP. Certains patients ont également indiqué ne pas avoir eu en leur possession de livret d'accueil... En revanche, au fond, rares sont ceux qui contestent leur hospitalisation ou critiquent leurs conditions de vie à l'hôpital ; leurs appréciations sont au contraire plutôt positives.

S'agissant du registre retraçant la situation des patients hospitalisés sans consentement qui est examiné et visé lors de chaque visite, il a été constaté de nombreux « copier-coller » c'est-à-dire des certificats médicaux des 24 heures, 48 heures, huitaine, quinzaine, six mois, exactement identiques au mot près, pour un même patient, même si la situation se serait améliorée. En revanche, il a été précisé que les certificats étaient motivés.

3.13 La communication avec l'extérieur

L'hôpital s'affiche comme étant une structure « ouverte sur la ville ». « Les contrats de soins prévoient un minimium de restrictions de liberté ». De fait, la plupart des patients hospitalisés sous contrainte peuvent circuler librement au sein de l'hôpital – voire à l'extérieur en étant accompagnés –, recevoir des visites et téléphoner.

3.13.1 Les visites

Au sein du pôle 1, les visites ont lieu tous les jours, entre 15h et 18h30. Il ne peut s'agir que de deux personnes au maximum par patient, trois à titre tout à fait exceptionnel. Lors du contrôle, huit patients recevaient des visites sur les dix admis à l'unité.

Au sein des unités du pôle 2-3, les visites ont lieu exclusivement dans des salles spécifiques, deux par unité ; elles sont interdites aux enfants de moins de 15 ans. L'accès aux chambres est interdit aux visiteurs.

Les créneaux de visite sont les suivants :

- unité ouverte du secteur 2 : entre 14h30 et 18h30 ;
- unité ouverte du secteur 3 : entre 15h et 18h45 et entre 19h30 et 20h30 ;
- unité fermée du secteur 2 : entre 16h et 18h30 en semaine et entre 14h30 et 18h30 le week-end ;
- unité fermée du secteur 3 : entre 16h et 18h30 en semaine, entre 14h30 et 18h30 le week-end et entre 19h30 et 20h30 tous les soirs.

Dans l'unité ouverte du pôle 4, les visites sont autorisées sur avis médical et après accord du patient, de 14h30 à 18h30, avec les membres de la famille ou des proches, en présence ou non d'un soignant. Elles sont toujours limitées dans le temps et en nombre de personnes. Elles sont interdites dans les chambres et ont lieu dans une salle réservée à cet effet dans l'unité ou dans le parc.

¹⁷ Commission départementale des hospitalisations psychiatriques devenue commission départementale des soins psychiatriques avec l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011.



.

Au sein du pôle 5:

- dans l'unité fermée les visites sont autorisées sur avis médical de 14h30 à 18h30 (de 15h à 18h30 le mercredi) et se déroulent dans une salle désignée par l'équipe infirmière ;
- dans l'unité ouverte, les visites sont autorisées de 16h30 à 18h30 du lundi au vendredi et de 14h30 à 18h30 le samedi et le dimanche. Elles sont interdites dans les chambres et se déroulent dans une salle réservée à cet effet dans l'unité ou dans le parc.

3.13.2 Le téléphone

Au sein du pôle 1, il n'est possible de passer qu'un seul appel par jour, sans limitation de durée, aux horaires suivants : entre 15h et 18h30 et entre 19h30 et 21h. En revanche, il n'existe aucune restriction pour les appels sortants dits administratifs (à destination de la CAF, du mandataire judiciaire etc.) ou pour les appels entrants. Ce sont les personnels qui composent le numéro depuis le bureau de soins, l'appel est ensuite transféré sur le téléphone mural ci-dessus évoqué.

Au sein des unités du pôle 2-3, en principe la plupart des patients ont la possibilité de téléphoner librement après les deux premiers jours d'hospitalisation.

Le livret d'accueil de l'unité ouverte du secteur 3 précise : « Sauf raison médicale, les communications téléphoniques sont impossibles depuis l'unité. Un *point phone* est à votre disposition au rez-de-chaussée. L'utilisation du téléphone portable est interdite en milieu hospitalier mais autorisée dans le parc ».

Le livret d'accueil de l'unité ouverte du secteur 2 indique : « La réception des communications téléphoniques dans l'unité est de 14h30 à 20h30. Il vous est possible d'appeler sur ce créneau, si nécessité. L'utilisation du téléphone portable n'est pas autorisée dans l'unité conformément au règlement de l'hôpital (cf. livret d'accueil). Une cabine est à votre disposition dans le hall du rez-de-chaussée, face aux ascenseurs ».

Selon les termes du livret d'accueil de l'unité fermée du secteur 2, « sauf raison médicale, la réception des communications téléphoniques dans l'unité est possible à partir de 14h30 », sans plus de précision.

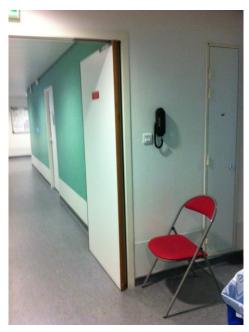
Celui de l'unité fermée du secteur 3 indique : « Si votre contrat de soin le permet, la réception des communications téléphoniques dans l'unité est possible à partir de 15h. Un point phone est à votre disposition dans l'unité pour passer vos appels. L'utilisation du portable est proscrit dans l'unité, l'utilisation sur vos temps de sorties est à prioriser. Les communications téléphoniques dans l'unité doivent se faire dans la discrétion, afin de ne pas perturber les personnes à proximité ».

Au moment de la visite des contrôleurs, un seul patient du pôle 2, en SPDRE, n'avait pas accès au téléphone ; au pôle 3, un patient en SPDT était limité à deux appels par jour, un autre à trois appels.

Les téléphones portables sont laissés aux patients sauf cas exceptionnels : « cela ne sert à rien de les confisquer puisque les patients en hospitalisation libre peuvent prêter leurs téléphones à ceux qui sont en hospitalisation sous contrainte ; il faut accepter les modes de vie actuels ». Il est simplement demandé aux personnes de les utiliser de préférence à l'extérieur de l'unité, au moins pour celles qui peuvent sortir.



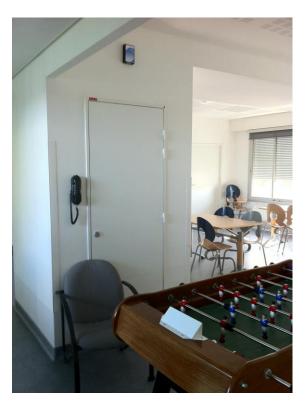
Chaque unité ouverte dispose d'un poste téléphonique fixé au mur dans la salle commune. Il permet de recevoir un appel de l'extérieur ; celui-ci arrive au bureau de l'équipe soignante qui le transmet sur le poste après avoir appelé le patient destinataire. Il est aussi possible de passer des appels pour les patients de l'unité ouverte lorsqu'ils n'ont pas la possibilité de sortir. Ces postes n'assurent aucune confidentialité aux conversations.



Pôle 2 : unité ouverte Guy-de-Maupassant, poste téléphonique

Chaque unité fermée comporte un poste identique à celui des unités ouvertes ainsi qu'un deuxième poste à carte utilisable directement. Dans l'unité fermée du pôle 2, les deux postes sont placés dans un petit local — environ 2 m² — comportant une porte qui assure ainsi une parfaite confidentialité aux conversations. Dans l'unité fermée du pôle 3, seul le poste à carte est placé dans le local ; le poste permettant de transmettre des appels est, comme dans les unités ouvertes, fixé sur un mur dans la salle commune.





Pôle 3 : unité fermée Chaissac, poste téléphonique dans la salle commune

Au rez-de-chaussée, un poste à carte est placé devant les ascenseurs près de l'escalier, sans aucune protection sonore. Cette situation entraîne une absence totale de confidentialité de son utilisation.

Dans l'unité fermée du pôle 5, les téléphones portables ne sont pas autorisés ; ils sont déposés à l'admission et remis lors des sorties. Un *point phone* est à disposition dans l'unité. La réception des communications y est possible de 9h à 23h.

Dans l'unité ouverte du pôle 5, les téléphones portables sont désormais autorisés. Les patients qui n'en possèdent pas peuvent être joints, par l'intermédiaire de la ligne téléphonique de l'unité, sur un poste téléphonique situé dans le couloir principal et ne permettant pas des échanges confidentiels.

3.13.3 Le courrier

Au sein du pôle 1, Le courrier au départ doit être timbré par les patients, sauf celui à destination de la CAF, du tribunal etc. qui est joint au courrier interne et qui sera affranchi par l'hôpital. Dans tous les cas, il est remis aux infirmiers dans la mesure où il n'existe pas de boîte aux lettres. Ces derniers courriers peuvent être lus, voire ne pas être envoyés dans des cas exceptionnels. Le courrier entrant suit les mêmes règles que le courrier sortant.

Au sein des unités des pôles 2-3, 4 et 5, le courrier des patients ne fait l'objet d'aucun contrôle, tant au départ qu'à l'arrivée.

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

Au sein des unités du pôle 2-3, il a été indiqué aux contrôleurs qu'en principe les patients pouvaient conserver leurs ordinateurs. En pratique, « une telle situation n'arrive pas plus d'une fois par an et par unité ». Malgré la présence d'une installation électronique



sophistiquée, avec un équipement *Wifi* permettant au personnel soignant d'accéder au réseau informatique de l'établissement partout et sans branchement filaire, il n'est pas prévu qu'un patient puisse accéder à Internet.

3.14 La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge

La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) s'est réunie quatre fois en 2011, les 18 mars, 13 mai, 9 juin et 16 septembre. L'ensemble du CHU est concerné par ses investigations et synthèses.

3.14.1 Les plaintes et réclamations

L'enregistrement fait l'objet d'une saisie sur une base de données concernant l'ensemble du CHU. Un tableau de bord en assure le suivi. L'objectif du CHU est de répondre à toutes les plaintes dans un délai maximum de trente jours.

Pour les cas difficiles, il est fait appel à la fois à un médiateur médical (médecin légiste) et à un médiateur non médical.

En 2011, la psychiatrie 1 a reçu une plainte à laquelle il a été répondu sous dix jours ; neuf plaintes ont été émises en psychiatrie 2-3 et SMPR, il y a été répondu en dix-neuf jours ; en psychiatrie 5, trois plaintes ont fait l'objet de réponses en soixante-dix jours ; aucune n'a concerné la psychiatrie 4.

3.14.2 Les événements indésirables

Un médecin coordinateur assure la gestion des risques pour l'ensemble du CHU. Le service qualité est composé de 4,5 ETP d'ingénieurs. Chaque pôle a un contrat avec la direction, mentionnant des objectifs qualité-risques comme pour tout le CHU. Un comité de gestion des risques réunit des représentants de tous les pôles.

Les pôles de psychiatrie sont concernés dans 8 % des fiches d'évènements indésirables du CHU, en 2011; elles étaient quarante-quatre en psychiatrie 1; quatre-vingt-trois en psychiatrie 2,3, et SMPR; quarante-et-une en psychiatrie 4; et soixante-trois en psychiatrie 5. Toutefois 3 % des fiches sont déclarées valides pour le service qualité, qui procède ensuite à une analyse générale par processus.

3.14.3 Les recours contentieux

Selon les informations recueillies, « en 2011, il n'a pas été enregistré de condamnation pour la psychiatrie ».

3.15 L'union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM)

L'UNAFAM ne dispose pas de local d'accueil et n'assure pas de permanence sur place, mais est présente sur le site dans le cadre de ses activités auprès des familles. Celles-ci sont avisées par voie d'affichage dans les locaux de rencontre des unités et peuvent prendre contact avec l'association qui les reçoit dans ses locaux à l'extérieur, au siège de sa délégation départementale.

Le livret d'accueil du CHU ne mentionne pas cette association dans sa rubrique relative aux associations d'usagers.



Cependant, selon les responsables de l'association, « les contacts sont bons et la coopération fonctionne avec les professionnels ». Ils indiquent avoir mis en place avec le pôle 4 une résidence d'accueil pour les patients en phase de réinsertion.

Ils précisent aussi avoir créé avec les soignants et à destination des familles, un groupe de travail sur l'accueil des patients hospitalisés sous contrainte. Ce groupe se réunit une fois par mois.

L'UNAFAM participe également à la CCC, réunion mensuelle qui regroupe la direction et les chefs de service. Ses représentants précisent être reconnus par le milieu et bénéficier sur le site d'un bon réseau professionnel.

L'association est représentée à la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), ainsi qu'auprès de l'agence régionale de la santé (ARS).

Cette dernière a organisé en mars 2012 une table ronde avec les autorités concernées pour établir un premier bilan de la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011, à laquelle l'UNAFAM était conviée.

Elle siège également au conseil de surveillance du CHU ainsi qu'au sein de la CRUQPC.

Toutefois, les responsables regrettent la rotation trop rapide à leurs yeux des personnels, ce qui les oblige à de fréquentes présentations de l'association, ainsi que la pratique du recrutement d'intérimaires. Ils disent aussi observer des insuffisances dans la communication auprès des familles lors des hospitalisations sous contrainte ; ils souhaitent à cet égard que les choses s'améliorent.

L'UNAFAM s'interroge aussi sur les délais tardifs de présentation au juge des libertés et de la détention (JLD) et précise que des cas lui ont été rapportés « de délais atteignant quatre à cinq semaines ».

4- CONDITIONS D'HOSPITALISATION

4.1 Eléments communs à tous les secteurs

4.1.1 Le règlement intérieur

Dix points extraits du règlement intérieur du CHU figurent dans le livret d'accueil. Il est précisé en note de bas de page : « Le règlement intérieur est disponible dans son intégralité sur le site internet du CHU ». La version consultable date de 2011.

Selon ce qui est indiqué en page 66, le règlement intérieur est élaboré avec la participation de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. Il est arrêté par le directeur général du centre hospitalier après concertation et avis des différentes instances de l'établissement. Il est complété de tout document soumis au délibéré des instances et portant règlement intérieur particulier. Il est tenu à la disposition de toute personne intéressée, qui peut en prendre connaissance à la direction générale et dans les directions des plates-formes. Il fait l'objet de mises à jour régulières, dans les formes prescrites par la réglementation, lorsque des dispositions légales ou réglementaires en modifient au fond le contenu.



Or, d'une part, s'il est mentionné en page 37 que le consentement du malade à son hospitalisation – et donc « l'hospitalisation libre » – demeure la règle, les deux modes d'admission en soins psychiatriques évoqués à la suite sont les anciennes « hospitalisation sur demande d'un tiers » et « hospitalisation d'office ». En outre, aucune information relative à la contestation possible de ces modes d' « hospitalisation » n'y figure.

D'autre part, certains des points mentionnés relatifs aux conditions de séjour, à la sortie sont en contradiction avec les règles de vie appliquées dans les services de psychiatrie.

Comme indiqué *supra*, un règlement intérieur particulier pour chaque service, auquel est parfois joint un livret d'accueil, est remis aux patients.

4.1.2 La restauration

La cuisine centrale implantée sur le site de Saint-Jacques prépare des repas pour l'ensemble du CHU, y compris l'internat et le self du personnel. 12 000 repas sont ainsi préparés chaque jour. Toutefois le conditionnement est effectué dans quatre centres : Saint-Jacques, Hôtel-Dieu, Hôpital Laennec, Hôpital Bellier.

La production est réalisée sur cinq jours avec un système de liaison froide. Le pain provient d'une boulangerie industrielle.

Le personnel employé à la cuisine correspond à 192 ETP dont 120 personnes au centre Saint-Jacques. Les livraisons dans le centre sont effectuées par un service interne de transport avec des chariots chauffants pour la psychiatrie. Ils quittent la cuisine vers 11h pour le déjeuner et 17h30 pour le repas du soir. Le déjeuner est servi entre 11h45 et 12h45 et le dîner à partir de 18h, selon les unités.

Les menus, établis avec les diététiciennes, présentent un total de trente-deux « profils » ou régimes différents. Il existe une proposition de menu de base et les soignants consultent les patients pour offrir une possibilité de choix. Ils disposent d'un appareil informatique qui présente les changements disponibles et qui enregistre les choix. Ainsi, le 23 août 2012, le repas de base comprenait maquereau au vin blanc, escalope de dinde sauce crème, courgettes provençales, emmental et liégeois au café. Mais l'escalope de dinde pouvait être servie au jus et une escalope de veau, des œufs durs, du poisson avec une sauce, et du jambon blanc pouvaient être commandés la veille. De même des pâtes, des haricots verts, du riz, des carottes, de la purée de pommes de terre ou de la salade étaient disponibles en remplacement des courgettes de base. La possibilité est offerte également de bénéficier de doubles rations de viande, de légumes ou de fromage. Ces repas sont livrés en barquettes individuelles étiquetées. Trois doubles parts sont livrées systématiquement dans les services de psychiatrie en raison des erreurs possibles avec les permissions ; trois à cinq repas sont destinés aux soignants selon les unités.

Les petits-déjeuners sont préparés par l'équipe de nuit et servis de 7h45 à 8h30 à la même heure que les médicaments. Le pain frais est livré à 7h15 ; les week-ends et jours fériés du pain brioché est servi. Du pain complet, du pain de mie, des fruits ou jus de fruits sont proposés chaque jour en plus de l'ordinaire : thé, café, lait, beurre ou margarine, sucre ou confiture. Un goûter composé de chocolat chaud, de café, de sirop avec de l'eau est servi ; le week-end jus de fruits et petits gâteaux sont ajoutés. Les enquêtes de qualité montrent un bon niveau de satisfaction.



Il a été déploré que certains services, au prétexte de limiter les jalousies et envies changeantes des patients, se refusent à proposer le choix des variantes de menus. Il ne peut en résulter que des difficultés avec les malades ayant des aversions alimentaires.

Au sein du pôle 2-3, à l'exception de l'unité fermée du pôle 2, il est possible de demander un changement par rapport au menu du jour à condition de le faire au plus tard le jour même au moment du petit déjeuner. Cette possibilité n'a pas été conservée à l'unité « Gaudi » : « trop souvent, au moment du repas, le patient regrette son choix en voyant le menu de ses voisins de table ».

4.1.3 La blanchisserie

La blanchisserie installée sur le site de Saint-Jacques traite le linge de l'ensemble du CHU, ainsi que celui de quelques services tels que le centre anticancéreux ou de l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Elle emploie 90 ETP, dont soixante personnes en production. Cette installation industrielle exemplaire traite un volume de linge de quinze tonnes par jour, dont 4,18 % pour la psychiatrie.

La psychiatrie confie à la blanchisserie le linge hôtelier. Le linge personnel n'est pas nettoyé par ce service.

Une dotation de base est instituée par service. Ainsi, à titre d'exemple, pour l'unité Gaston Chaissac, vingt gants de toilette, vingt draps jaunes, quinze serviettes de bain, dix serviettes de toilette, cinq taies, six vestes de pyjama (trois tailles), six pantalons de pyjama (trois tailles), quatre torchons, dix bavoirs, deux couvertures, constituent la livraison quotidienne.

Au total, quarante-trois articles sont disponibles. Une lingère passe trois fois par semaine dans les gros services et une fois dans les petits pour vérifier le stock existant et actualiser la dotation avec le personnel soignant. Elle est équipée d'un terminal d'ordinateur portable relié au système central.

La livraison et l'enlèvement du linge sont réalisés avec des armoires adéquates roulantes que l'équipe interne de livraison achemine dans les services.

Dans les salles mutualisées, a été installée une pièce équipée de deux machines à laver et deux sèche-linge, où les soignants peuvent accompagner les patients avec leur linge personnel. Les familles sont sollicitées le plus souvent pour laver ce linge. Un service payant de pressing est également proposé.

4.1.4 La sécurité

Le service « accueil sécurité sûreté » du centre Saint-Jacques est installé dans le bâtiment d'entrée à droite, récemment rénové. Les locaux sont répartis sur deux niveaux. Bien que de construction ancienne, ils sont bien conçus et dotés d'équipements et de mobiliers satisfaisants. Dans le bâtiment de gauche se trouve le bureau du responsable.

Le personnel comprend dix-huit agents dont deux responsables et huit chefs d'équipe.



L'ensemble du site de Saint-Jacques est pris en charge de jour comme de nuit, à raison de trois personnes de permanence au poste de sécurité (un chef d'équipe et deux agents). Les vacations sont effectuées de 7h à 19h et de 19h à 7h. Les deux responsables sont titulaires du diplôme « service sécurité incendie assistance aux personnes » (SSIAP) niveau 3, les chefs d'équipe SSIAP 2, et les agents SSIAP 1.

Les missions comprennent :

- l'accueil physique et téléphonique sans interruption par une personne au standard à l'entrée ;
- la sécurité incendie, avec un équipement complet ;
- la sûreté : contrôle du respect des règlements, intervention en cas d'agressions de toutes sortes et de dégradations et aide dans tous les services.

En cas de problèmes dans les unités de soins, les soignants utilisent leur dispositif d'alerte du travailleur isolé (DATI) ; cet appareil permet non seulement de diffuser une alerte mais également de communiquer pour organiser l'entraide entre les unités en tenant compte notamment du nombre de personnels soignants de sexe masculin disponibles. Les agents de sécurité s'approchent de la zone concernée pour intervenir en cas de danger.

Les 258 appareils DATI, qui peuvent être fixes ou mobiles, sont contrôlés à chaque prise de service par les agents de ce service.

Dix-huit caméras contrôlent la périphérie et l'intérieur du site. Les accès des véhicules sont contrôlés. Des rondes sont effectuées régulièrement et enregistrées sur la main courante.

En cas d'intrusion ou de trafics, il est fait appel au commissariat de police de la commune voisine de Rezé qui collabore volontiers.

Les contrôleurs ont pu consulter la main courante saisie sur ordinateur par l'équipe de jour du 22 août 2012 et par l'équipe de nuit du 22 au 23 août 2012. Les heures de départ et de retour de ronde y sont notées ; les opérations précisent les noms des agents les bâtiments concernés et les observations. Ainsi il est enregistré : « à 20h38 à l'unité Chaissac, le 22 août, deux "arrachements" (appels sur DATI). Nous appelons l'unité. L'infirmière demande notre intervention. Patient menaçant envers lui-même et le personnel et qui possède un couteau. Intervention de l'interne de garde qui parvient à calmer le patient. 21h05 fin de l'intervention ».

4.1.5 Les activités communes

4.1.5.1 La cafétéria

La cafétéria du centre Saint-Jacques a un fonctionnement semblable aux autres secteurs du CHU, justifié par le fait que, sur le site, sont implantés des services tels que la rééducation fonctionnelle ou la médecine du sport n'appartenant pas à la psychiatrie.

Cette cafétéria est déléguée à une entreprise privée qui la gère sans avoir de rôle à jouer dans la prise en charge des patients.

Elle est située près de la porte Pinel en rez-de-jardin dans un espace faisant partie du bâtiment rénové, avec une grande hauteur sous plafond. Un patio équipé de sols en bois et



béton, est accessible au fond de la salle, trois tables et douze chaises ainsi que deux bancs en bois y sont installés. Des plantes l'agrémentent. A l'intérieur, le mobilier récent et en bon état, comprend dix chaises hautes, huit tables de 1 m² multicolores, seize chaises, deux tables rondes vertes, six chauffeuses en plastique orange. Un grand présentoir expose toutes les revues et journaux en vente. Derrière un comptoir l'employé du prestataire dispose d'une machine à café, d'un four à micro-ondes et de réfrigérateurs. Une vitrine réfrigérée est intégrée au comptoir pour présenter les gâteaux, yaourts et sandwichs. A l'entrée, une vitrine fermée à clé contient des peluches, mouchoirs, stylos, briquets, mini-trousses de toilette, des jeux et des blocs de papier. Ces objets sont également en vente.



Cafétéria

Les prix sont comparables à ceux du commerce : le café coûte 1,10 euro ; une part de tarte, 2,10 euros ; une boisson en canette, 1,55 euro, une bouteille d'eau minérale, 1,40 euro ; des formules permettent aux visiteurs de se restaurer avec des menus à 6,80 euros, ou 8,80 euros avec un plat chaud.

Les patients viennent à la cafétéria, seuls ou accompagnés par un soignant.

Les contrôleurs ont constaté que l'absence de formation du personnel entraînait des dérives diverses : familiarité envers les clients, tutoiement des patients.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « les contrôleurs pointent une absence de formation des personnels (externes au CHU) de la cafeteria. Il est à noter que les agents de la société prestataire reçoivent une formation pour des publics hospitalisés standards. Une formation spécifique à la psychiatrie avait été effectuée par un interne et un soignant à l'ouverture de la cafeteria mais le personnel a changé depuis lors. De nouvelles propositions de formation ont été faites à la société ».

Un espace équipé de distributeurs en libre-service est accessible en continu, y compris lorsque la cafétéria est fermée. En effet, la cafétéria est ouverte, du lundi au vendredi de 9h à 19h, le samedi de 10h à 19h, le dimanche et les jours fériés, de 11h à 19h. Les appareils distribuent des produits à des prix plus avantageux mais ils étaient affectés de nombreux dysfonctionnements lors du contrôle.



4.1.5.2 La bibliothèque

Le centre Saint-Jacques ne dispose pas d'une bibliothèque pour les patients.

Dans les services, des ouvrages ont été apportés par les soignants. Il a été dit aux contrôleurs que dans le passé existait une bibliothèque importante dans un bâtiment aujourd'hui désaffecté. Certains livres y auraient subi des dommages dus à l'humidité. Mais cette prestation n'a pas été reprise dans le secteur des salles mutualisées.

4.1.5.3 Les ateliers d'ergothérapie

L'unité mutualisée de médiation thérapeutique (UMMT) a été mise en service en 2011, aboutissement d'un projet datant de 2008. L'équipe comprend quatre infirmiers dont un musicothérapeute. Ce service a été mis en place en collaboration avec les unités intra-hospitalières de psychiatrie générale. Une des cadres supérieurs de santé est responsable du service. L'équipe établit un planning concerté pour garantir le fonctionnement le plus continu possible durant les congés.

Trois des infirmiers sont attachés à un secteur particulier, à raison d'un mi-temps par secteur et par infirmier. Les soignants des unités co-animent les activités. Au secteur de psychiatrie 2-3 et SMPR, un infirmier et un ergothérapeute supplémentaires sont affectés à des activités de médiation : sorties-repas, expression, escalade, détente, yoga, jeux collectifs.

A l'UMMT, un infirmier prend en charge les secteurs 2 et 3 ; un infirmier est à 60 % en psychiatrie 5 et à 40 % sur les autres secteurs ; un troisième est affecté aux secteurs 1 et 4.

Le musicothérapeute intervient pour tous les secteurs, y compris les structures extrahospitalières.

Les prescriptions pour les malades proviennent d'indications fournies par les équipes soignantes et sont inscrites dans le projet de soins. Selon les informations recueillies, on en trouve trace dans le dossier du patient. Une réunion hebdomadaire dans chaque service associant soignants et soignés est très appréciée ; le personnel de l'UMMT y participe.

Ce service existe depuis 2011 ; il n'a pas été possible de consulter des états précis des activités menées avec les patients. Des listes de participants avec le planning des temps de médiation thérapeutique devraient permettre de rendre compte et de témoigner de l'intérêt de la structure. Toutefois, la future restructuration pour aboutir à un pôle unique, prévue en 2013, n'incite pas l'équipe à mettre en place une formalisation qui sera à terme modifiée.

Chaque soignant de l'UMMT participe à deux ou trois médiations par jour avec une moyenne de six à huit patients. Le travail est toujours pratiqué en binôme avec un soignant des unités, à l'exception du musicothérapeute qui effectue le quart de son temps, seul, dans le cadre de l'addictologie. Pour le sport, quatre soignants assurent la prise en charge de seize patients. Les sorties au marché sont encadrées par trois soignants pour dix malades.

Le principe de l'adaptation à chaque patient, en accord avec les équipes médicales, conduit à organiser des activités mutualisées sur plusieurs secteurs ou en regroupement de patients par salle spécialisée.

Un parc de cinq voitures particulières est disponible pour les médiations thérapeutiques. Elles peuvent être réservées au secrétariat de direction. Aucun minibus n'est prévu.



Un tournoi de pétanque était organisé le jeudi 23 août 2012, sur un terrain au centre du site de Saint-Jacques, durant la visite des contrôleurs. Une quarantaine de patients des différents pôles y ont participé; des membres de la direction, des médecins, de nombreux soignants se sont rendus à cette manifestation qui s'est terminée par une collation. Toute l'équipe de l'UMMT était mobilisée pour la circonstance.

La plupart des activités de l'UMMT se déroulent au bâtiment Janet dans une aile nouvelle, en rez-de-jardin Nord. Ces locaux sont en parfait état et bien adaptés. Les salles sont réservées auprès du secrétariat de direction qui en gère le planning sur ordinateur.

Le musicothérapeute dispose de deux salles dont l'équipement, acheté en 2011, a fait l'objet d'un choix de qualité et très complet, constituant un investissement remarquable. Cet équipement comprend du matériel de pointe et permet des écoutes avec des sources diverses, des prises de vues, de l'expression avec des enregistrements de toutes sortes, pour des médiations variées, sonores, musicales et audiovisuelles. La participation à des évènements en groupe, un atelier « voix » ou bien l'organisation de stages, illustrent la diversité de l'activité du musicothérapeute.

La salle audiovisuelle mesure 22,86 m², elle est prévue pour douze places. Elle est fermée par un dispositif de sécurité contre le vol et l'installation technique qui s'y trouve est elle-même protégée par un volet roulant. La salle de musicothérapie mesure 44,60 m², elle peut être utilisée par quinze personnes. Elle est visible grâce à une vitre depuis la salle audiovisuelle voisine où se trouve la régie. Ces deux salles bénéficient d'un accès à un patio de 100 m².

Les soignants de l'UMMT disposent d'une salle qui sert de bureau à l'équipe, à côté de laquelle se trouve une première salle d'activité de 21,4 m². Vient ensuite la laverie qui mesure 21,7 m², utilisée par les patients accompagnés de soignants.

L'activité de médiation culinaire est répartie sur deux ateliers de 43,60 m² chacun. Entre ces ateliers, sont aménagés un local-vaissellerie et une réserve alimentaire fermés. L'équipement des cuisines comprend un ilot central avec les éléments nécessaires à la préparation et à la cuisson : évier, plaques et fours, ainsi que des tables et des chaises. Les règles de nettoyage et d'hygiène y sont scrupuleusement respectées. Les murs sont couverts de carrelage blanc et noir. Lors de la visite des contrôleurs, le mardi 21 août 2012, cinq patients du 2ème étage de l'unité de psychiatrie 1, accompagnés de deux soignants, avaient réalisé entre 10h et midi, un moelleux aux pommes.

En face du bureau des soignants, une salle de gymnastique douce mesure 59,5 m². On y trouve des tatamis, des espaliers, et des placards qui contiennent divers matériels dont notamment des ballons.

Dans l'aile Est au rez-de-jardin du bâtiment Janet, l'UMMT dispose aussi d'une salle d'activités ou de création de 43,03 m², équipée de tables et de chaises, d'un évier et d'une chaîne hifi. A côté de cette salle, une autre pièce de 28,42 m² sert pour des réunions, elle est simplement meublée de tables et de chaises.

La salle de création est utilisée comme « espace d'accueil » en accès libre, le mardi de 14h30 à 16h, et le jeudi de 10h30 à 11h45.



Enfin, une ergothérapeute dispose à l'extrémité de cette aile, d'un espace de 90 m² comprenant un bureau et une pièce bien équipée pour des activités variées : dessin, peinture, poterie. L'outillage, le four, l'évier se trouvent dans une extrémité ; de l'autre, un ordinateur, des tables, des chaises et des plantes sont installés. Des armoires complètent le mobilier et les murs sont garnis de photographies et d'images.

Par ailleurs, l'UMMT utilise deux salles au bâtiment Henry Ey au rez-de-chaussée de l'aile Ouest. La première est une salle d'expression corporelle de 25 m² et la seconde dite « salle Michel Sapir¹8 » est utilisée essentiellement par le secteur de psychiatrie 5, par des soignants spécialisés. Elle est en effet équipée d'un mobilier destiné à l'éveil sensoriel, avec notamment des poufs de couleur, un matelas en hauteur, des éléments lumineux et colorés, des tambours, une chaîne hifi. Elle a une superficie également de 25 m².

4.1.5.4 L'association des patients

Il existe dans chaque secteur une association.

Si elles recevaient annuellement 6 450 euros pour financer des activités de médiation, aujourd'hui, ces associations ne perçoivent plus cette subvention car les fonds sont gérés par la cadre administrative des pôles de psychiatrie selon les projets présentés par les secteurs. Les associations ne peuvent donc disposer que des fonds qu'elles glanent elles-mêmes ou des reliquats antérieurs.

Si certains patients y ont été associés dans certains secteurs, il a été dit aux contrôleurs que cela ne pouvait plus être qu' « anecdotique » maintenant.

4.1.6 Les soins somatiques

Les soins somatiques sont réalisés par deux médecins généralistes dont un est un praticien temps plein et le second, contractuel, exerce son activité à mi-temps en psychiatrie et le complément en gériatrie sur un autre site du CHU.

Le médecin dispose d'un bureau situé dans le troisième couloir du secrétariat du pôle 5 de psychiatrie. Aucune consultation ne s'y déroule.

La réfection des bâtiments n'a pas prévu un local pour l'examen somatique des patients. Tous sont examinés dans leurs chambres. La table d'examen de la salle de soins peut être utilisée en cas de besoin.

Les deux médecins se sont répartis les cinq pôles de psychiatrie et le service d'addictologie ce qui fait que le praticien à temps plein est responsable de huit unités dont trois fermées et cinq ouvertes (une est dédiée aux troubles du comportement alimentaire) tandis que le second prend en charge deux unités fermées et deux unités ouvertes (dont une réservée aux addictions)

Concrètement, chaque unité reçoit la visite d'un médecin généraliste une fois par semaine.

¹⁸ Michel Sapir (Moscou 1915- Paris 2002): psychiatre-psychanalyste inventeur de la méthode de la relaxation à induction variable, il s'est également intéressé à la formation des praticiens.



٠

Du fait de ce faible temps de présence, l'examen d'admission des patients hospitalisés sans leur consentement n'est pas réalisé par les médecins généralistes. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'il était généralement effectué par l'interne de garde en psychiatrie mais qu'il arrivait que « celui-ci considère qu'étant interne en psychiatrie, l'examen somatique ne relevait pas de sa compétence ».

Les médecins généralistes ne sont pas tenus informés des placements des patients en chambres de soins intensifs et/ou en contention. Ils n'en assurent donc pas le suivi quelle que soit la durée de ces placements.

Les médecins généralistes n'assurent pas la prévention et le suivi des éventuels effets secondaires des traitements prescrits par les psychiatres. Il leur est difficile d'intervenir pour savoir si un électrocardiogramme est fait régulièrement ou si les troubles métaboliques sont pris en compte.

A leur arrivée dans l'unité, il leur est seulement indiqué les patients à examiner et le motif de la consultation : une demande pour une constipation, une toux...

Les médecins généralistes ne participent aux synthèses concernant les patients qu'à la demande de l'équipe soignante. A titre d'exemple, le médecin de l'unité n'a pas été convié à une réunion concernant un patient présentant une pathologie chronique sévère posant des problèmes à la fois somatiques, éthiques et psychiatriques. Cependant le médecin généraliste a assisté aux deux réunions qui ont eu lieu avec deux représentants du comité d'éthique à propos de ce patient.

En dehors de la présence des médecins, il est fait appel après 18h à l'interne de garde de rééducation fonctionnelle.

Les médecins généralistes ont tissé de bons liens avec leurs collègues du CHU. Ainsi, selon les informations recueillies, il est possible d'obtenir un rendez-vous pour un scanner dans les 24 heures, pour une IRM dans les 48 heures... Les examens radiologiques de base sont réalisés sur le site de Saint-Jacques. Leur interprétation est faite par les médecins généralistes. En cas de doute sur un cliché, ils peuvent faire appel à un pneumologue. Des rendez-vous sont aisément obtenus dans les spécialités telles que l'endocrinologie, la gynécologie, la médecine interne, la pneumologie...

S'agissant des soins dentaires nécessitant une anesthésie générale, la procédure est réalisée au CHU dans de bonnes conditions. Le délai pour la mise en œuvre de l'ensemble des rendez-vous et des actes est de un an.

Le médecin généraliste a souhaité attirer l'attention des contrôleurs sur les effets de la canicule de 2003 sur « les patients schizophrènes qui auraient beaucoup souffert de déshydratation, à l'instar des personnes âgées. La réfection des locaux a permis d'installer une "pièce canicule" à savoir la salle de vie mais une attention doit être portée à ces patients particulièrement vulnérables dans ces périodes ».

4.1.6.1 Le laboratoire

Les médecins prescrivent des examens. Les infirmières effectuent le prélèvement. Les résultats sont lus par le médecin de l'unité qui, le cas échéant, prend contact par téléphone avec le médecin généraliste.



En cas de situation inquiétante, le médecin généraliste téléphone à l'unité pour avoir directement les résultats. Le médecin généraliste n'est pas destinataire des résultats.

4.1.6.2 La pharmacie

L'équipe de la pharmacie comprend deux pharmaciens à temps plein et quatre préparateurs en pharmacie.

Tous les traitements sont informatisés sur le logiciel « Qualypso-clinicum-soins ». Celuici fait apparaître les contre-indications et les interactions entre produits prescrits.

Les pharmaciens valident seulement « une partie des ordonnances ».

Il est décrit une bonne collaboration avec les psychiatres qui, le cas échéant, peuvent demander des conseils de prescription. Les pharmaciens indiquent aux praticiens les recommandations en matière de durée de prescription de certains médicaments ou de dépassement de la posologie usuelle.

Les pharmaciens s'assurent que les bilans biologiques liés à la prescription de certains médicaments sont réalisés, ce qui est toujours le cas, selon eux, grâce au logiciel qui permet l'inscription de messages rappelant l'obligation de pratiquer un prélèvement.

Un psychiatre du service universitaire participe au comité du médicament et des dispositifs médicaux qui a lieu une fois par an sur la psychiatrie. Tous les mois, il existe des réunions en bureau restreint sur une spécialité particulière qui peut être la psychiatrie ou la cardiologie...

Les médicaments sont livrés dans les unités dans des caisses en métal deux fois par semaine. Un « dépannage » quotidien est toujours possible en dehors des jours prévus.

Les armoires à pharmacie des unités sont vérifiées une fois par an mais les infirmières sont décrites comme vigilantes sur leur responsabilité sur ce sujet.

4.1.6.3 Le comité de lutte contre la douleur (CLUD)

Une « cellule douleur en psychiatrie » a été crée en 2010. Elle se réunit trois fois par an. Un infirmier « référent douleur » a été désigné dans chaque unité de psychiatrie ainsi qu'un « correspondant douleur » par pôle.

Le médecin généraliste, praticien hospitalier à temps plein est membre du CLUD ainsi qu'un des pharmaciens et un psychiatre du pôle 5.

Le pôle 5 de psychiatrie adulte a mis en place une « consultation douleur » qui est rattachée au CLUD.

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

Il existe un « référent hygiène » par pôle ainsi qu'un référent du CLIN attribué à la psychiatrie.

4.1.7 Le service de nuit à Saint-Jacques

Les contrôleurs étaient présents à l'hôpital Saint-Jacques, le 22 août 2012, entre 20h35 et 23h45.



Au cours de cette visite, ils ont notamment pu rencontrer l'un des trois cadres de nuit, de permanence entre 20h et 6h30, dans le bureau occupé la journée par les infirmières de coordination des admissions (ICA). Cette localisation permet en effet, entre 20h et 20h45 qu'un relai soit effectué par l'ICA qui délivrera essentiellement une information relative au nombre de lits disponibles dans chaque unité et aux admissions prévisibles.

Le rôle du cadre de nuit est d'être le référent en cas de besoin. Ainsi, le 22 août 2012, une infirmière a téléphoné pour expliquer qu'elle était en difficulté avec un patient très agité, à l'unité fermée Chaissac. Le bouton d'alarme de son DATI ne fonctionnant pas et le cadre ne sachant pas dans quelles unités les personnels de sexe masculin étaient présents, il lui a été conseillé d' « arracher » son DATI, ce qu'elle a fait à 20h45, la consigne étant alors – pour tous les personnels – de se rendre à l'unité en question pour apporter leur aide. Le patient a été rapidement et sans difficulté maîtrisé.

Le rôle du cadre de nuit est également d'arrêter à minuit les « mouvements » et d'adresser ensuite par courriel à l'ensemble des cadres de santé et des secrétariats médicaux un tableau récapitulant le nombre et la localisation des lits disponibles. A 6h30, il rédige un compte rendu sur le déroulement de la nuit. Une copie de ce compte rendu et des tableaux récapitulatifs sont laissés sur le bureau, à destination de l'ICA.

Le cadre de nuit reçoit également les personnes qui se présentent spontanément à l'hôpital, aux fins de procéder à une évaluation de leur état et est compétent en cas d'admission pour recevoir le patient arrivant, avec le médecin de garde. La nuit, un directeur du CHU est d'astreinte, un interne de psychiatrie et un interne de médecine sont de garde sur place. Le cadre de nuit a accès, par l'intermédiaire du logiciel Clinicom, aux tableaux des consultations du service des urgences, ce qui lui permet, en fonction notamment de l'identité repérée des patients et de leur domiciliation, d'anticiper d'éventuelles admissions.

Il existe également pour la nuit une équipe de suppléants (cinq personnes) destinée à pallier les absences des personnels infirmiers ou aides-soignants. La nuit du 22 au 23 août 2012, deux suppléants travaillaient : l'un au pôle 2 pour remplacer un infirmier qui avait un planning « trop serré » et l'autre, au pôle 1, à l'hôpital de semaine, à la demande du cadre de santé travaillant en journée, compte tenu de difficultés d'organisation interne.

Une équipe de personnels susceptibles de venir en « renfort » (composée de cinq personnes) peut également venir s'ajouter aux personnels déjà présents dans les unités. La nuit du 22 au 23 août 2012, deux personnels avaient ainsi été appelés en renfort : l'un à l'unité d'hospitalisation de la mère et de l'enfant (Home) et l'autre au pôle 1, afin de permettre à la cadre de nuit de mener ses entretiens d'évaluation des agents de nuit.

L'ensemble de ces personnels ont les mêmes horaires que les autres : ils travaillent de 21h à 7h.

La nuit, le fonctionnement de chaque unité est assuré par au moins deux personnels dont un infirmier. Le jour de la visite, seules deux aides-soignants étaient présents pour vingthuit infirmiers (hors les quatre personnels suppléants et venus en renfort), ce qui représentait un total de trente-quatre personnels soignants. La répartition hommes/femmes est aléatoire et dépend des plannings ; aucune règle particulière n'a été établie.



Les contrôleurs ont pu s'entretenir avec deux personnels travaillant de nuit, chacun selon des rythmes différents. Leur ressenti était néanmoins positif : « on est plus disponible la nuit, la journée, on n'a pas le temps » ; « on a une vraie autonomie la nuit, des responsabilités et on travaille en binôme ».

Enfin, trois agents de sécurité sont présents la nuit : l'un reste au poste d'entrée, les deux autres effectuent des rondes sur l'ensemble du site de Saint-Jacques. Une radio portative permet au cadre de nuit d'être en lien direct avec l'agent du poste.

4.1.8 Le service de nuit et le fonctionnement des urgences médico-psychologiques

Les contrôleurs sont arrivés aux urgences médico-psychologiques (UMP) le mercredi 22 août 2012 à 21h. Ils ont quitté ce service à 23h30.

Pour accéder aux UMP, il faut se rendre aux urgences générales du CHU à l'Hôtel-Dieu. Là, une infirmière d'accueil et d'orientation évalue, selon l'état du patient, dans quelle filière elle l'adresse. Il existe quatre filières : traumatologie, médecine, pédiatrie et psychiatrie.

La file d'attente pour la médecine étant souvent très longue – de l'ordre de sept à huit heures –, il a été décidé que le patient ayant besoin de soins psychiatriques serait dirigé directement vers les UMP, à l'exception de ceux dont l'état requiert un examen somatique comme ceux ayant fait une tentative de suicide.

Le **personnel** des urgences médico-psychologiques comprend :

- quatre psychiatres;
- un ou deux internes selon les semestres ;
- un cadre de santé à mi-temps ;
- onze infirmiers.

Le soir de la visite des contrôleurs, un psychiatre était présent sur place jusqu'à minuit, puis d'astreinte opérationnelle¹⁹ ainsi que deux infirmiers dont un peut, le cas échéant se déplacer pour aller chercher un patient admis sur décision du représentant de l'Etat avec un collègue exerçant la même fonction sur le site de Saint-Jacques. Les communes desservies sont celles qui sont concernées par le contrat local de sécurité : Nantes, Bouguenais, Rezé, Couëron, Saint-Herblain. Les infirmiers se rendent au domicile des patients ou au commissariat de Nantes.

Il existe un registre de ces déplacements tenu dans le poste de soins des UMP. Les contrôleurs ont constaté que, depuis le 1^{er} janvier 2012, vingt-et-un patients avaient été concernés par ce dispositif durant la nuit.

Si six mesures de contention et six mesures de sédation ont été annotées (sans corrélation entre les deux), les contrôleurs s'interrogent sur la réalité de ces chiffes dans la mesure où aucune mention obligatoire n'est prévue sur le formulaire.

¹⁹ L'astreinte opérationnelle signifie que le psychiatre vient dans le service à la demande des infirmiers.



Il a également été observé qu'à trois reprises le transfert jusqu'aux urgences a été effectué par un seul infirmier soit « pour des raisons d'effectifs, soit du fait de la bonne connaissance du patient ».

Les horaires de travail des infirmiers sont les suivants : 6h30-14h, 13h30-21h, 20h45-6h45 ; un infirmier travaille de 10h30 à 18h et un second de 13h à 20h45.

Les locaux réservés aux urgences médico-psychologiques comprennent :

- une salle de repos ;
- trois salles d'attente séparées les unes des autres permettant d'isoler les personnes le cas échéant; elles sont dotées de chaises et de tables basses. « On disperse les salles d'attente pour éloigner les problèmes »;
- une salle d'entretien pour recevoir les patients;
- un bureau infirmier;
- trois bureaux médicaux ;
- une salle de « débriefing » destinée à recevoir le patient et ses proches à l'occasion d'une crise familiale ;
- trois pièces contiguës d'une surface de 8 m² comportant un lit de repos; chacune est équipée en tête de lit d'un bouton d'appel relié au poste infirmier et d'un poste téléphonique mis gracieusement à la disposition du patient. Joliment décorées par un tableau fixé au mur, elles sont meublées par une table d'angle fixée au mur, une chaise et une table adaptable. Elles sont éclairées artificiellement par un spot à usage du patient et par deux néons fixés au plafond commandés de l'extérieur.

Ces locaux, qualifiés de box, sont destinés à accueillir très provisoirement les patients pendant quelques heures. Ils permettent à la fois aux professionnels de poursuivre leur évaluation et à la personne admise d'opérer une transition avant de sortir de l'établissement ou de patienter avant une hospitalisation dans un autre service.

Un jeune majeur qui avait fait le jour même une tentative de suicide par strangulation était présent le soir du contrôle ; il attendait la fin de la nuit pour sortir. Ces proches avaient été reçus précédemment dans la salle d'accueil des familles décrite ci-dessus.

Le fonctionnement

Lorsqu'un patient se présente aux urgences et que son état nécessite une hospitalisation, le psychiatre en pose l'indication. Si le patient y consent, il s'agit d'une admission en soins libres (SL) et une ambulance du CHU le conduit à Saint-Jacques. Le cadre de nuit est informé de cette admission. Il cherche un lit dans l'unité ouverte du secteur du patient ou, faute de place dans celle-ci, dans une autre unité ouverte. Le psychiatre, selon les informations recueillies peut également demander au cadre de nuit de placer un patient en SL dans une unité fermée « pour le surveiller et le protéger ».



Si l'état du patient nécessite un placement en chambre de soins intensifs, l'admission se fait à la demande d'un tiers et celui-ci est recherché.

Si le patient refuse les soins, il sort. Il n'existe pas de « sortie contre avis médical ».

Si la situation s'avère problématique, le patient est dirigé vers une unité fermée.

S'agissant des admissions à la demande d'un tiers, trois situations sont décrites :

- un premier certificat a été rédigé par un médecin généraliste et le tiers est présent;
- un premier certificat a été rédigé par un médecin de l'association « SOS médecins » et la famille arrive peu de temps après le patient. La nuit, selon les informations recueillies, 95 % des admissions se font ainsi;
- la personne est amenée généralement par la police sans certificat. Un seul certificat est alors rédigé : celui du praticien du CHU. Il s'agit d'admissions à la demande d'un tiers « péril imminent ».

Les admissions en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (ASPDRE) sont réalisées à partir du commissariat de Nantes. Les deux infirmiers composant l'équipe mobile s'y rendent la nuit pour accompagner directement le patient à Saint-Jacques, sans passer par les UMP. Dans la journée, c'est l'équipe de secteur qui effectue cette démarche.

Il arrive que les policiers amènent par erreur un patient aux UMP. Le psychiatre leur demande de le ramener au commissariat pour respecter les termes de la procédure.

Selon les informations recueillies, les ASPDRE initiées aux urgences sont exceptionnelles, de l'ordre de une par an ; dans ce cas, les patients sont placés sur un brancard avec une contention.

Les patients

Le **22 août 2012**, soir de la visite des contrôleurs, un patient, arrivé à 14h, se trouvait dans une des trois chambres. Il avait fait une tentative de suicide et voulait rentrer chez lui. Le psychiatre lui a proposé de rester pour la nuit dans cette chambre à la fois pour le surveiller mais aussi pour apaiser la situation familiale. Il s'agissait d'une admission en soins libres. Un suivi au centre médico-psychologique lui a été proposé. Il devait sortir le lendemain matin. Il avait pris son repas du soir.

La veille, le 21 août 2012, huit patients étaient passés par les UMP durant la nuit :

- un patient adressé par le CHS de Blain qui était complet. Il a été admis en SL en psychiatrie 3 ;
- un patient de psychiatrie 5 demandant une hospitalisation : il a été admis en SL dans l'unité ouverte de son secteur (Tati);
- un patient du CHS de Blain demandant une consultation : après avoir eu un entretien avec le psychiatre, il est rentré à son domicile ;
- un patient de psychiatrie2 venu en consultation : il est sorti, accompagné;



- un patient de psychiatrie 2 en SPDT demandé par sa mère : il a été admis dans l'unité fermée de psychiatrie 1 ;
- un patient de psychiatrie 5 venu de lui-même : il a été admis dans l'unité ouverte de son secteur (Tati) ;
- un patient venu avec sa mère pour demander une admission en soins libres : il est sorti, accompagné, avec un rendez-vous au CMP;
- un patient venu pour une demande de consultation : il est sorti seul.

4.2 Analyse détaillée par secteur de psychiatrie adulte

Les unités des pôles 2, 3, 4 et 5 sont identiques. A titre d'exemple, la description d'une unité fermée et d'une unité ouverte est détaillée dans la partie relative au pôle 2-3 (Cf.§ 4.2.3).

4.2.1 Le pôle universitaire d'addictologie et de psychiatrie

4.2.1.1 Le service d'addictologie

Il comprend dans le bâtiment Pierre Janet : l'unité Lou Andreas Salomé (quatorze lits) dédiée aux addictions comportementales et l'unité Guillaume Apollinaire (quinze lits) réservée aux addictions aux substances psycho-actives.

Aucun patient n'étant admis dans ces deux unités sans son consentement, les contrôleurs n'ont pas visité ces deux unités.

4.2.1.2 Le service de psychiatrie universitaire de liaison

Le pôle universitaire met à la disposition des patients hospitalisés dans les différents services du CHU trois équipes de liaison :

- la psychiatrie de liaison qui intervient du lundi au vendredi de 8h30 à 16h;
- l'addictologie de liaison disponible du lundi au vendredi de 9h à 17h;
- l'unité de coordination de tabacologie qui intervient du lundi au vendredi de 9h à 17h.

4.2.1.3 L'électroconvulsivothérapie

L'accueil des patients pour l'électroconvulsivothérapie (ECT)²⁰ se fait depuis juin 2012 dans les locaux de l'hôpital de jour du service de rhumatologie au niveau « rez-de-chaussée bas » de l'Hôtel-Dieu. Dès la sortie des ascenseurs à ce niveau, l'ECT est bien fléchée.

Dans ce service se pratiquent l'ECT et la stimulation magnétique transcrânienne.

Les locaux de l'équipe comportent :

• un bureau infirmier qui sert de lieu de consultation ;

²⁰ ECT ou appelée également sismothérapie ; familièrement, on parle d'électrochocs.



 deux chambres de l'hôpital de jour de rhumatologie mises à disposition par ce service qui sont utilisées comme salles d'attente. Elles sont équipées de fauteuils relax roulants qui sont transportés jusqu'au bloc opératoire à l'aller comme au retour. Une patiente est installée sur un brancard.

L'équipe assurant ces soins comprend :

- trois psychiatres :
 - le responsable, praticien hospitalier universitaire présent pour 30 % de son activité;
 - o un praticien hospitalier qui y exerce à mi-temps ;
 - o un chef de clinique qui y assure 25 % de son activité ;
- un cadre de santé présent à 20 %;
- deux infirmiers à plein temps.

Les infirmiers se déplacent sur le site de Saint-Jacques pour rencontrer les patients dans les unités où ils sont admis après les séances.

Les patients qui bénéficient de ces prestations proviennent de toute la région des Pays de la Loire ou même de Bretagne. Ils peuvent venir de leur domicile ou d'un établissement de santé. Ils peuvent y être admis en soins libres ou sans leur consentement sur la demande d'un tiers. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'aucun patient en hospitalisation d'office ou en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat n'avait subi de sismothérapie. Dans ces cas, il semble que « l'indication serait plutôt une admission dans une unité pour malades difficiles car il s'agirait de patients résistants aux traitements neuroleptiques ».

A titre d'exemple, le jour de la visite des contrôleurs, quatre patients étaient présents :

- un venait de son domicile situé à Saint-Avé (Morbihan);
- un patient était admis à la demande d'un tiers au CHS de Blain (Loire-Atlantique);
- un patient était en soins libres au CHS de Blain ;
- un patient était en hôpital de jour une fois par semaine au CHS de La Roche-sur-Yon (Vendée) pour aller faire sa séance d'ECT à Nantes.

En 2011, trente-neuf patients – vingt-quatre femmes et quinze hommes – ont bénéficié de séances d'ECT. Parmi eux, cinq femmes et trois hommes avaient été admis à la demande d'un tiers soit 20 %.

Depuis le 1er janvier 2012 jusqu'au 22 août 2012, date de la visite des contrôleurs, trente-cinq patients – vingt-quatre femmes et onze hommes – ont bénéficié de séances d'ECT. Parmi eux, sept femmes et trois hommes avaient été admis à la demande d'un tiers soit 28,5 %.

Le fonctionnement

L'indication de l'acte est posée par le service. Selon les informations recueillies, dans 80 % des cas, il s'agit de troubles de l'humeur nécessitant ce type de soins.



Lorsqu'il s'agit d'un patient hospitalisé sur le site de Saint-Jacques, le responsable du service effectue la consultation initiale dans un bureau situé en psychiatrie 1 où il présente le soin et valide l'indication posée par un de ses collègues. Ensuite, le patient est conduit à l'Hôtel-Dieu en consultation d'anesthésie au 3ème étage. Un questionnaire d'anesthésie est rempli comme pour tout acte impliquant une anesthésie générale. Il comporte les antécédents chirurgicaux anesthésiques et médicaux du patient, un bilan biologique et un électrocardiogramme.

Dans les autres cas, le mercredi, ont lieu la consultation initiale avec le psychiatre dans les locaux de l'hôpital de jour et la consultation d'anesthésie au 3^{ème} étage.

Un « livret d'informations au patient sur l'anesthésie » est remis à chaque patient.

Il est indiqué aux contrôleurs que l'obtention du consentement du patient est recherchée, y compris pour les patients admis en SPDT. Dans ce cas, le consentement de la famille ou du tuteur est également sollicité. « Aucun traitement n'est effectué de force ».

Un document intitulé « consentement à la pratique d'ECT est remis au patient et un autre, intitulé « consentement à la pratique d'ECT adressé à la famille du patient », à sa famille. Ils doivent comporter la signature de la personne concernée précédée de la mention « lu et approuvé ». Les documents indiquent notamment : « je sais que je pourrai à tout moment revenir sur ma décision, le Dr proposera alors un autre traitement ».

Le patient et sa famille reçoivent une copie des documents.

Il a été rapporté aux contrôleurs que les patients s'inquiétaient davantage de l'anesthésie générale qui dure en fait deux minutes que de subir une sismothérapie. Il est rapporté dans certains cas « un état de confusion quinze minutes après le soin dû à l'effet cumulatif de plusieurs séances ».

Le psychiatre peut recevoir la famille pour expliquer et rassurer. Il doit veiller à « ne pas déposséder l'équipe qui a posé l'indication de sismothérapie ».

Les séances ont lieu les lundi, mercredi et vendredi matin vers 7h45 au bloc opératoire situé au même niveau. Un anesthésiste est toujours présent ainsi qu'un infirmier. Puis les patients sont conduits dans une salle de réveil où ils passent une heure puis dans une salle d'attente où ils sont sous surveillance de l'équipe de psychiatrie à partir de 9h15-9h30. Ils reçoivent un jus de fruits et des gâteaux secs. Ensuite, en fin de matinée, les patients rentrent à leur domicile ou dans l'établissement de santé.

En règle générale dix séances sont programmées pour chaque patient. Les psychiatres peuvent proposer des « sismothérapies d'entretien » à raison d'une séance par mois pendant cinq ans.

Les dossiers en cours sont rangés dans une armoire du bureau de soins de l'Hôtel-Dieu tandis que les dossiers à démarrer ou terminés sont classés dans le bureau du pôle 1.

Un projet, validé par la direction devait être soumis à l'ARS à la fin du mois d'août 2012. Il concerne l'ouverture d'un hôpital de jour au 3^{ème} étage de l'Hôtel-Dieu mutualisant la prise en charge des addictologies et celle des troubles graves de l'humeur.

Selon le bilan annuel de contractualisation des pôles de psychiatrie, l'activité en électroconvulsivothérapie est indiquée dans le tableau suivant :



Electroconvulsivothérapie	2009	2010	2011	Evolution 2010/2011	Ecart 2010/2011		
Nombre de séances	631	630	618	- 12	- 1,9 %		
Nombre de journées	137	142	136	- 6	- 4,2 %		
Nombre de patients	43	52	46	- 6	- 11,5 %		

4.2.2 Le pôle 1

Le pôle 1 recouvre le territoire correspondant à l'Est de la ville de Nantes.

Le pôle 1 est situé dans un bâtiment du XIX^{ème} siècle à l'extrémité droite du site. Lors du contrôle, il était prévu qu'il soit transféré quelques mois après, dans la zone voisine en cours d'aménagement, où sont déjà implantés les pôles 2, 3, 4 et 5.

Ce bâtiment longitudinal, en forme de H dont la barre centrale est plus longue que les extrémités, comporte trois niveaux :

- le rez-de-chaussée qui comprend une extension sur la partie Est, principalement occupé par des bureaux de spécialistes, de médecins, de consultations de psychiatrie ainsi que de secrétariats ;
- le premier étage qui comprend dans sa partie Est, l'unité fermée du pôle 1 appelée « première unité », et dans l'autre partie un hôpital de jour ;
- le deuxième étage qui est réservé à l'unité ouverte du pôle 1 appelée « deuxième unité ».

4.2.2.1 L'unité d'hospitalisation fermée

Les patients

Le 22 août 2012, dix patients étaient admis à l'unité dite du 1^{er} Est, soit :

- neuf hommes et une femme ;
- neuf patients en chambre individuelle ou en chambre double et un patient mineur en chambre d'isolement depuis le 18 août 2012, sur autorisation parentale ;
- deux patients admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (dont une femme), quatre patients admis à la demande d'un tiers et quatre patients en admission libre. S'agissant des patients libres, il a été expliqué aux contrôleurs qu'il s'agissait de patients : suicidaires, insécurisés par une structure ouverte et/ou mélancoliques, qui ont établi des liens de confiance avec des personnels de l'unité fermée...

Les patients les plus anciens de l'unité étaient les suivants :

 parmi ceux admis librement, l'un avait été hospitalisé fin 2004, soit depuis plus de huit ans;



- parmi les patients admis en SPDRE, le plus ancien avait été hospitalisé le 9 juillet 2012 ;
- parmi ceux admis en SPDT, le 8 avril 2012.

Le patient le plus âgé – admis à la demande d'un tiers – avait soixante-dix-neuf ans, le plus jeune, quinze ans et dix mois.

Les personnels

Cinq praticiens hospitaliers sont affectés au pôle 1 mais un seul travaille à temps plein à l'unité fermé, dont il est le référent. Selon les informations recueillies, celui-ci est présent :

- le lundi matin;
- le mardi toute la journée : le matin à l'unité, l'après-midi, au rez-de-chaussée pour des consultations ou des rendez-vous avec les familles ;
- le mercredi toute la journée, dans les mêmes conditions que le mardi;
- le vendredi toute la journée.

En outre, un PH est d'astreinte sur l'ensemble du pôle selon un planning établi tous les lundis.

Deux internes sont affectés au pôle 1 mais un seul intervient à l'unité fermée, tous les jours, entre 8h30/9h et 18h environ.

Une demande de recrutement pour un assistant aurait néanmoins été effectuée.

Le médecin généraliste qui intervient dans l'ensemble de l'hôpital est présent sur l'unité fermée du pôle 1, le lundi après-midi.

Trois psychologues interviennent sur l'ensemble du pôle 1, dont l'un est référent de l'unité fermée.

Deux assistantes sociales exercent au sein du pôle 1, l'une à temps plein et l'une à 80 %.

Pour l'ensemble du pôle, le **personnel soignant** est composé d'un cadre supérieur de santé, trois cadres de santé, trente-trois infirmiers, aucun aide-soignant et trois ASH; le nombre d'ASH a été jugé « insuffisant », leur faible nombre conduisant souvent à ce qu'elles ne soient pas présentes l'après-midi au sein de l'unité fermée.

Interviennent plus particulièrement au sein de l'unité fermée : en journée, douze infirmiers dont un homme, un infirmier psychiatrique, et cinq agents à temps partiel (80 %) ; la nuit, quatre infirmiers dont deux infirmiers psychiatriques.

Les personnels de l'unité participent aux réunions suivantes :

- la réunion de régulation, tous les lundis matins à 11h, regroupant des personnels de toutes les unités de l'intra et extra-hospitalier, pour évoquer les admissions et les sorties de la semaine précédente;
- la réunion clinique, le mardi matin, de 10h30 à 12h, avec le PH référent, l'interne, les infirmières et les assistantes sociales ;
- la réunion dite de fonctionnement, qui a lieu une fois par mois, le mardi après-midi;



- la réunion « soignants-soignés », le mercredi après-midi, une fois tous les quinze jours, de 14h30 à 15h, selon un planning semestriel. Cette réunion est organisée et animée par la psychologue référente de l'unité. Au jour, du contrôle, le planning était affiché dans le réfectoire. Les dates retenues étaient les suivantes : 18 juillet, 1^{er} août, 29 août, 12 septembre, 26 septembre, 10 octobre, 24 octobre, 7 novembre, 21 novembre, 5 décembre et 19 décembre.

Des visites en chambre ont lieu tous les vendredis matins : tous les patients de l'unité fermée sont vus par le PH référent, l'interne, le cadre de santé, des infirmiers de l'unité et l'une des deux infirmières de médiation ; c'est à ce moment-là qu'il est aussi possible aux patients de s'inscrire aux activités de la semaine suivante.

Les infirmiers – si possible référents – assistent systématiquement aux entretiens médicaux, sauf exception. Chaque patient dispose en principe de deux infirmiers référents.

Les locaux

On accède à cette unité par un escalier muni d'un dispositif antichute constitué par des panneaux de verre feuilleté posés sur la partie vide entre les deux volées reliant les étages.

La sortie de l'escalier débouche sur un hall desservant le couloir de circulation qui conduit vers la zone d'hébergement, la salle à manger de l'unité, en face la salle de visite des familles et le salon de musique.

La salle à manger, d'une surface de 14,5 m², est dotée d'une fenêtre à la française dont les ouvrants sont verrouillés, mais qui peuvent être ouverts par le personnel. Cette ouverture mesure 1,20 m de largeur, pour une hauteur de 1,60 m. La pièce dispose de trois tables rectangulaires de 1,20 m sur 0,80 m et onze chaises, d'un coin de détente situé près de la fenêtre avec trois chauffeuses, une table basse et trois plantes vertes. Dans l'autre coin se trouve un bahut bas supportant un poste de télévision à écran plat de 55 cm. Le jour du contrôle, la télécommande était déposée sur le bahut, à disposition des patients, ainsi que des journaux et revues plus précisément : « Presse Océan » du samedi 18 août 2012, « Ouest France » du 9 août 2012, « TV Magazine » pour la semaine du 29 juillet au 4 août 2012, « VSD » pour celle du 27 octobre 2011 au 2 novembre 2011 et des exemplaires de « Géo » datant de 1991 et 1997. L'éclairage est assuré par la lumière naturelle et quatre pavés lumineux situés au plafond. Les murs sont de couleur jaune clair, décorés de gravures. Un panneau d'affichage administratif indique :

- les menus de la semaine (du lundi au dimanche, déjeuner et dîner). A proximité, est également épinglée une feuille de format A4, sur laquelle est indiqué de manière manuscrite: « vous avez la possibilité de demander à modifier vos repas, la veille, au plus tard à 8h30 après votre petit déjeuner »;
- le planning des activités de la semaine ;
- les horaires d'accès à la cour extérieure ;
- les horaires d'ouverture de la cafétéria ;
- la liste des livres disponibles à la bibliothèque de l'unité ;



la charte du patient définie par la circulaire du 6 mai 1995.

Le salon de visite, d'une surface de 9 m², comprend une table de 1,20 m sur 1 m, quatre chaises et deux chauffeuses. Une fenêtre à panneau fixe de 0,80 m de large et 1 m de haut, surmontée d'un vasistas haut de 0,80 m commandé par un flexible sous gaine, assure l'éclairage naturel. Le plafond situé à 3 m du sol supporte un faux plafond dans lequel sont incrustés deux pavés lumineux et une bouche de ventilation. Les murs sont de couleur jaune et une cimaise en bois, posée à 0,90 m du sol, fait le tour de la pièce. Celle-ci est également dotée de deux vitrages, l'un de 0,80 m sur 0,60 m et l'autre de 0,80 m sur 0,30 m.

Le salon de musique, d'une surface de 9,3 m², faisait office de fumoir avant l'entrée en vigueur de la loi sur l'interdiction de fumer. Il comporte un poste de télévision mural à écran plat de 40 cm, une chaine de musique hi-fi, six chaises à armature métallique et panneaux de couleur framboise, une table basse ronde et un appareil mobile de climatisation. L'éclairage diurne est assuré par une fenêtre de 1,20 m de large et 0,80 m du haut surmontée d'un vasistas de 0,80 m de haut commandé par câble. Les murs sont de couleur jaune clair, décorés de deux gravures, avec une cimaise en bois sur le pourtour. Le faux plafond comporte une bouche de ventilation et deux pavés lumineux. La façade sur couloir est dotée d'une baie vitrée fixe large de 1,10 m et haute de 0,90 m.

Il est dit aux contrôleurs que cette pièce est aussi fréquemment utilisée pour la prise de repas de patients à séparer des autres, ce qui était le cas pour l'un, le jour de la visite.

Le hall comporte également un panneau d'affichage sur lequel sont fixés des cadres où sont inclus « les droits du patient » et « les modalités de prise en charge » institués par la loi du 5 juillet 2011 (cf. paragraphe 3.2.2), avec les organismes ou personnalités à contacter ainsi que les modalités d'introduction des recours ; y sont aussi affichés le règlement intérieur de l'unité, les modalités et prix de traitement du linge personnel par une laverie extérieure.

Au-delà du hall après une porte coupe-feu, le couloir principal conduit vers la zone d'hébergement et de soins. Large de 1,80 m, il borde le mur extérieur sur le côté Nord et comprend sept fenêtres larges de 1,90 m et hautes de 2,40 m à deux battants ouvrant à la française, mais dont la crémone est verrouillée. Cette galerie surplombe la toiture/terrasse du rez-de-chaussée ainsi qu'un patio.

Sur le côté intérieur passé la porte coupe-feu, on trouve **l'office**. Cette pièce de 20,5 m² est séparée en deux par une cloison sur les trois quarts de sa longueur, chaque partie étant éclairée par une fenêtre fixe de 0,90 m de large, haute de 0,80 m comportant une imposte à ouverture partielle de 0,80 de haut. Du côté de l'entrée sont disposés un évier double en inox sur un meuble bas, des placards suspendus, un lave vaisselle, un four à chaleur tournante, une fontaine à eau, un chariot à trois plateaux, un autre supportant des sacs poubelle, une table de 1,20 m sur 0,80 m avec sept chaises et un ventilateur sur pied. Sur les murs sont accrochés un panneau d'affichage administratif et syndical ainsi qu'un tableau d'alarme incendie et un interphone désaffecté. De l'autre côté de la cloison, le local abrite un rayonnage supportant la réserve d'ingrédients de cuisine, un réfrigérateur avec compartiment de congélation, un meuble bas où sont posés un four à micro ondes, les paniers à couverts et la vaisselle. Cette pièce sert aussi de vestiaire.

Contigüe à l'office, **la salle de bain des patients**, d'une surface de 12 m² carrelée à hauteur de 1,60 m comprend :



- un coin douche fermé par une porte, équipé d'un bac carré de 0,80 m de côté, un porte-serviettes, d'une barre de maintien, d'une chaise en plastique, et de trois patères dans la partie déshabilloir. Cet espace est aveugle et ne comporte pas d'aspiration de buée;
- un WC fermé avec cuvette en faïence ;
- un ensemble de deux lavabos en faïence avec un miroir de 0,60 m sur 0,42 m;
- une salle de bains avec baignoire de 1,70 m sur 0,70 m, éclairée par une fenêtre identique aux autres avec imposte. Un paravent sur roulettes est à disposition ainsi que trois chariots pour les produits de nettoyage, les sacs de linge sale, ...

Ces locaux sont librement accessibles pendant la journée.

Un bouton d'appel est installé.

Le matériel de nettoyage et le linge propre sont rangés dans un placard.

Cette unité comprend quatre chambres à deux lits et deux chambres à un lit dont une dite «aménagée et sécurisée », soit une capacité de dix places. Elle dispose de deux chambres d'isolement.

Au-delà de la salle de bains, sont situées les chambres 112 et 111.

Elles comprennent **chacune deux lits médicalisés** avec deux tables de chevet, deux tables individuelles et deux chaises ainsi que deux placards fermant à clé.

La chambre 112 comporte dans un coin un lavabo surmonté d'un miroir de 0,60 m sur 0,42 m dotée d'une applique lumineuse au-dessus, mais dépourvu de WC. Un pavé de carrelage de 1 m de haut et 0,50 m de large entoure cet équipement sur chaque côté. Les arrivées de vide et d'oxygène sont fixées au mur. Le faux plafond comporte un éclairage fluorescent ainsi qu'un détecteur de fumée. Près du sol une veilleuse est installée pour la surveillance de nuit. Il n'y a pas de bouton d'appel. Deux fenêtres assurent l'éclairage naturel. Elles se composent d'un panneau fixe et opacifié de 0,80 m sur 0,80 m surmonté d'une imposte de 0,80 m de haut ouvrant partiellement à l'aide d'un câble sous gaine. Un volet roulant commandé par les soignants à l'aide d'une manivelle amovible assure l'occultation extérieure. Un radiateur vertical à eau est posé entre les deux fenêtres.

La chambre 111 est identique à la chambre 112, mais comporte un cabinet de toilette séparé avec lavabo, miroir, applique, poubelle et WC. Ce local est éclairé par deux fenêtres. Le radiateur est posé horizontalement.

Après ces deux chambres, le couloir comporte une autre porte coupe-feu et débouche sur un couloir transversal conduisant à droite vers les autres chambres, et à gauche vers les locaux des soignants et les deux chambres de sécurité et d'isolement que comporte l'unité.

A l'intersection de ces circulations, trois fauteuils de couleur framboise sont disposés constituant un espace d'attente pour les visiteurs ou les patients qui peuvent être reçus dans **le bureau d'entretien** de 7 m², équipé d'une table basse et de quatre chaises.

Vers la droite après le croisement, le couloir longe sur la droite la cage d'escalier qui dessert les étages et permet aux patients de se rendre sur la cour extérieure. Sur la gauche se trouve la cabine de l'ascenseur suivie de la salle d'eau commune comprise entre celui-ci et un



placard à linge sale de 4 m².

Cette salle d'eau, d'une surface de 5,5 m², fermée par une porte, est équipée de deux lavabos dotés d'un miroir, d'un WC à l'anglaise d'une surface de 1,7 m² et d'un WC accessible aux personnes à mobilité d'une surface de 3,25 m².

L'ensemble est éclairé par trois fenêtres identiques aux autres et ventilé par les impostes et trois bouches de VMC au plafond.

Le couloir dessert ensuite les chambres 113 et 116 comprenant chacune deux lits médicalisés et 115 et 114 en bout du bâtiment.

Les chambres 113 et 116 ont une surface de 15,6 m² et comportent les mêmes équipements que les deux précédentes avec un cabinet de toilette séparé de 1,6 m², comprenant un lavabo avec miroir de 0,60 m sur 0,42 m et applique électrique ainsi qu'un WC à l'anglaise doté d'un plafonnier et d'une VMC. Chaque chambre est éclairée par deux fenêtres de mêmes caractéristiques que les autres. Elles comportent aussi deux placards fermant à clé.

La chambre 115 est située sur le coin gauche du bâtiment. Elle occupe une surface de 10,5 m² et comprend un lit médicalisé avec table de chevet, table, chaise et placard à deux portes fermant à clé. Entre celui-ci et le mur, un carrelage de 0,75 m sur 0,55 marquant sur la cloison l'emplacement pour un lavabo, mais les contrôleurs ont constaté l'absence d'équipement sanitaire. Une fenêtre de 0,50 m de large éclaire ce coin. La chambre dispose d'une autre fenêtre identique aux autres sur l'autre côté.

La chambre 114 occupe l'autre coin du bâtiment sur une surface de 8,6 m². Elle est séparée de la 115 par un petit local servant de dépôt.

Cette chambre est dite « aménagée et sécurisée » du fait qu'elle a subi des transformations tendant à renforcer la sécurité à savoir :

- la fenêtre est doublée par une partie fixe intérieure en verre feuilleté;
- le radiateur de chauffage a été démonté et remplacé par quatre panneaux électriques radiants fixés au plafond ;
- le plafonnier et le détecteur ainsi que la bouche de ventilation ont été déplacés sur la cloison du dépôt, sur laquelle est aussi fixé un panneau d'affichage comportant les plannings de semaine ;
- le lit est remplacé par un bloc en mousse de 0,40 m de hauteur protégé par une enveloppe en plastique renforcé, sur lequel sont disposés les draps et un oreiller;
- la table ainsi que le tabouret sont en mousse, protégés par une enveloppe identique à celle du lit.

La pièce ne comprend aucun équipement sanitaire autre qu'un fauteuil percé et un sceau hygiénique en plastique. La porte d'entrée est équipée d'un oculus de 0,38 m sur 0,28 m.

Les murs, le plafond et le sol sont propres et en bon état.



Les commandes de chauffage sont placées dans le local adjacent qui sert en outre de gaine technique et de vestiaire pour les patients placés dans cette chambre.

Le jour de la visite, la chambre était occupée par un patient dont il a été dit aux contrôleurs qu'il s'agissait d'un malade autiste et violent, présent depuis longtemps dans l'unité, relevant en principe d'une structure de soins spécialisée mais qui n'avait pu être, trouvée lors du contrôle.

Les portes de ces chambres, larges de 1 m, comportent toutes un oculus sans volet de 0,38 m sur 0,28 m. Les murs sont de couleur jaune clair et le sol est revêtu de carreaux en plastique beige. Les éléments du mobilier sont de couleurs disparates verte, rose et beige. Toutefois ils sont en bon état général de même que les peintures, même si celles-ci paraissent quelque peu défraichies.

Aucune chambre ne comporte de bouton d'appel.

Vers l'autre bout du bâtiment à gauche du couloir d'arrivée, on trouve à droite la salle de soins qui est aussi le bureau des soignants et en face le bureau du cadre de santé.

Le bureau des soignants a une superficie de 17,5 m² et comprend un poste de travail avec informatique et le planning mural de la semaine, une table de 2,5 m sur 1,2 m et haute de 1,10 m avec six tabourets, un évier à deux bacs sur paillasse avec un réfrigérateur encastré. Des panneaux d'affichage administratif et syndical sont fixés sur les murs, de même qu'un râtelier pour huit appareils de protection individuelle (API), le tableau des alarmes incendie et une pendule. Un placard à médicaments fermant à clé avec un tiroir sécurisé pour les produits toxiques, est encastré dans un mur. La pièce est éclairée par deux fenêtres identiques aux autres. Cette pièce comprend également l'appareil à électrocardiogrammes, le chariot des dossiers des patients, un placard contenant la réserve de matériels et nécessaires à soins, un premier chariot de soins ; le second étant déposé dans le bureau du cadre de santé faute de place dans la salle de soins.

Le bureau du cadre de santé occupe une surface de 9 m². Il comporte un poste de travail informatique, un fauteuil, deux chaises et une armoire à documents. Une fenêtre éclaire la pièce.

Passé ces deux espaces, le couloir est barré par une double porte, verrouillée par des ventouses électriques ; l'ouverture en est commandée par des serrures dont le personnel dispose de la clé. Cette barrière sépare les deux chambres d'isolement et leur salle d'eau commune du reste de l'unité.

Les couloirs sont de couleur beige clair et décorés de gravures sur les murs, avec des pavés lumineux au plafond. Les voyants d'alarme incendie sont placés au-dessus des portes des chambres.

La cour extérieure de l'unité se situe au rez-de-chaussée de l'extrémité Sud. Les patients peuvent s'y rendre librement pendant les heures d'ouverture en empruntant l'escalier ouvert sur demande par le personnel. Lorsque le patient arrive au rez-de-chaussée, il doit descendre encore six marches et parcourir une vingtaine de mètres dans une galerie extérieure, sécurisée sur le côté par un grillage et au-dessus par un balcon qui court le long du bâtiment.



Cette cour, pratiquement trapézoïdale, est fermée sur deux côtés par un grillage anti escalade de 4 m de haut et sur les deux autres par le mur pignon de la bâtisse d'une part, et le mur d'enceinte du site, d'autre part. Cet espace occupe une surface de 150 m² et comprend une partie herbagée, séparée par une bordure en ciment de la cour en béton gravillonné. Elle comprend trois bancs de couleur blanche, de 2 m sur 0,40 m avec un dossier de 0,50 m de haut, ainsi qu'un cendrier en béton. Elle est entourée d'un bas-volet intérieur en grillage de 0,50 m de largeur posé à 3 m de hauteur. Le côté Est comporte une porte piétonnière.

Cette cour n'est pas accessible aux patients à mobilité réduite.

Le fonctionnement de l'unité

L'ambulance qui conduit le patient à l'unité stationne derrière le bâtiment. Le patient accède au premier étage par l'ascenseur. A son arrivée dans l'unité, il est accueilli par les infirmiers présents et disponibles. Ni le livret d'accueil du CHU ni le règlement intérieur de l'unité ne lui sont remis. Il est rapidement installé dans sa chambre avant d'être reçu en entretien par le praticien hospitalier référent ou par le psychiatre de garde, en présence d'un infirmier, en général celui présent lors de l'arrivée. De même que celui-ci établit le certificat des 24 heures²¹, il explique au patient la mesure dont il fait l'objet. Celle-ci est formellement notifiée par le cadre de santé, « dès que l'état du patient le permet ». L'examen somatique est en principe effectué par l'interne. Dès l'arrivée, les téléphones portables et les pièces d'identité sont conservés.

Des extraits du règlement intérieur du CHU ainsi que le règlement de l'unité, dans sa version datée du 23 mars 2011, sont affichés, sous verre, à proximité de la porte permettant l'accès aux escaliers. Ce règlement intérieur comprend les rubriques suivantes :

- horaires (des repas, repos et prise des traitements);
- alcool, toxiques, médicaments, objets contondants, denrées périssables et aliments, téléphone portable. Il est ainsi « interdit d'introduire ces objets ou produits dans l'enceinte de l'unité »;
- inventaire dépôt de biens ;
- téléphone ;
- tabac;
- télévision ;
- bruit et nuisances ;
- hygiène;
- visites;
- sorties;

²¹ Il a été précisé que les certificats des 24 heures confirmaient souvent le diagnostic et la nécessité du maintien de l'admission sans consentement ; en revanche, il arrivait qu'une levée au moment du certificat dit des 72 heures soit effectuée. Les trames des différents certificats sont disponibles sur le logiciel Clinicom.



- utilisation des chambres;
- linge;
- dépendance et sexualité. Dans cette dernière rubrique, il est ainsi précisé: « il vous est donc demandé de faire preuve de décence dans votre comportement et votre tenue vestimentaire. Les comportements et actes violents, les agressions physiques et/ou verbales sont interdites. De même, il vous est rappelé que les rapports sexuels et les signes d'affection déplacés sont interdits dans le service ».

Il est apparu aux contrôleurs que les règles formellement prescrites n'étaient pas nécessairement celles qui en pratique étaient appliquées.

Selon ce règlement intérieur, un inventaire des biens est effectué à l'arrivée avec deux infirmiers. « Il vous est demandé de remettre les objets de valeur à votre famille si possible, ou de les déposer au coffre de l'Hôpital. Un formulaire « dépôt de biens des hospitalisés », joint au livret d'accueil, une fois complété sera transmis, par le service de soin, au bureau des entrées de l'établissement ».

S'agissant du déroulement de la journée, les repas sont pris à 8h, 12h, 16h pour le goûter, 19h et 21h pour la tisane, en un seul service, et dans le réfectoire de l'unité. Tous les jeudis est aussi organisé un goûter thérapeutique avec tous les soignants. Le placement à table est libre, sauf exception; un patient a ainsi expliqué aux contrôleurs qu'il était systématiquement seul à table. Le patient autiste est isolé des autres et prend ses repas, à midi, dans le salon de visite. Les menus sont affichés mais il est possible de faire connaître ses aversions et de faire changer certains aliments. Comme indiqué sur une affichette apposée dans le réfectoire, « il appartient à chacun de mettre ses déchets à la poubelle, de vider son bol, son assiette, sa tasse..., de mettre sa vaisselle sur le chariot (...) et de nettoyer sa table ».

Les locaux des douches sont ouverts le matin de 7h30 à 10h, le soir de 17h45 à 18h45 (sauf le mardi de 18h30 à 18h45) et de 19h30 (19h45, sur le règlement intérieur de l'unité) à 20h30. Sur ce même règlement intérieur, il est précisé que « les changements de draps et taies d'oreiller sont effectués systématiquement les vendredis matins ».

Un temps de repos a lieu tous les jours entre 13h30 et 14h30, pendant les transmissions; les patients doivent alors être dans leur chambre sans que celles-ci ne soient fermées à clé. L'horaire de coucher précisé sur le règlement intérieur de l'unité est 22h30 « sauf indication particulière ».

Les patients ont accès à la cour dans les créneaux horaires suivants :

- de 8h30 à 12h;
- de 13h à 13h30;
- de 14h30 à 16h;
- de 17h à 18h30;
- de 19h45 à 20h30.

Les patients récupèrent leur paquet de cigarettes et leur briquet avant de se rendre dans la cour et les restituent à l'issue. Les cigarettes sont ensuite rangées dans des casiers à leur nom.



La télévision est en libre accès, sauf pendant les repas et le temps de repos. Les patients peuvent librement choisir leur programme.

Selon les informations recueillies, les visites, l'usage du téléphone et les sorties sont interdites les quarante-huit premières heures de l'admission. Elles seront ensuite accordées, sur prescription médicale, en fonction de ce qui a été convenu dans le contrat de soins.

S'agissant du **téléphone**, il n'est possible de passer qu'un seul appel par jour avec le poste téléphonique du service, selon les informations recueillies sans limitation de durée, aux horaires suivants : entre 15h et 18h30 et entre 19h30 et 21h. Pourtant, le règlement intérieur de l'unité 1^{er} Est mentionne que « les communications téléphoniques ne devront pas excéder 10 mn » ; de même, la possibilité de téléphoner serait octroyée « aux seuls patients qui ne sont pas autorisés à sortir à l'extérieur du service ». Il n'existe aucune restriction pour les appels sortants dits administratifs (à destination de la CAF, du mandataire judiciaire etc.) ou pour les appels entrants. Ce sont les personnels qui composent le numéro depuis le bureau de soins, l'appel est ensuite transféré sur le téléphone mural ci-dessus évoqué.

Selon les informations recueillies, les **sorties accompagnées de moins de douze heures** sont accordées fréquemment. Une demande est présentée dès que le patient est amené à franchir la porte de l'unité même lorsqu'il reste dans le parc de l'hôpital. Le 22 août 2012, six des dix patients admis à l'unité fermée bénéficiaient de telles sorties. Quatre patients avaient en outre la possibilité d'effectuer des sorties non accompagnées.

Les visites ont lieu tous les jours, entre 15h (16h selon le règlement intérieur de l'unité) et 18h30, dans le salon prévu à cet effet. Il ne peut s'agir que de deux personnes par patient, au maximum, trois à titre tout à fait exceptionnel. Il est également précisé dans le règlement intérieur de l'unité que « les enfants de moins de 15 ans ne sont pas autorisés à entrer dans l'unité ». Lors du contrôle, huit patients recevaient des visites sur les dix admis à l'unité.

Le courrier au départ doit être timbré par les patients, sauf celui à destination de la CAF, du tribunal etc. qui est joint au courrier interne et qui sera affranchi par l'hôpital. Dans tous les cas, il est remis aux infirmiers dans la mesure où il n'existe pas de boîte aux lettres. Ces derniers courriers peuvent être lus, voire ne pas être envoyés dans des cas exceptionnels. Le courrier entrant suit les mêmes règles que le courrier sortant.

L'inscription aux **activités** se fait le vendredi matin à l'occasion des visites en chambre directement par l'infirmière de médiation qui dispose du planning de la semaine suivante.

recueillies – « il s'agit plutôt d'une décision des patients ». Une sorte de convocation individuelle est ensuite remise au patient qui s'inscrit. Les contrôleurs ont pu consulter le planning de la semaine du 20 au 24 août 2012, établi pour le pôle 1. Les activités suivantes étaient proposées :

- lundi : balnéothérapie de 9h45 à 11h pour un à deux patients et au maximum six et relaxation, de 14h45 à 15h30, pour un à sept patients ;
- mardi : activité radiophonique « FM AIR », de 14h45 à 15h45 pour tous les patients, sauf ceux placés en CSI ;



- mercredi : « médicaments en question », de 16h30 à 17h15, pour trois à six patients ;
- jeudi : activité physique, de 10h15 à 11h, pour un à six patients et tournoi de pétanque intersectoriel, de 14h30 à 16h30 pour trois à neufs patients ;

Par ailleurs, vingt-trois livres sont à la disposition des patients de l'unité.

4.2.2.2 L'unité d'hospitalisation ouverte

L'unité d'hospitalisation ouverte n'a pas été visitée par les contrôleurs, aucun patient n'y étant admis sans consentement.

Selon les informations recueillies, les patients admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat ou à la demande d'un tiers n'y sont hébergées qu'à titre tout à fait exceptionnel, après avis du médecin chef de pôle, en général pour quelques heures, au maximum une demi-journée; l'unité est alors fermée à clé jusqu'à ce que le patient soit transféré.

4.2.2.3 L'hôpital de semaine intersectoriel

Les contrôleurs ne l'ont pas visité.

4.2.3 Le pôle 2

Les services de psychiatrie 2 et 3 forment avec le service médico-psychologique régional (SMPR²²) un pôle unique dénommé « Pôle de psychiatrie 2 / psychiatrie 3 / SMPR ».

Le secteur de psychiatrie 2 couvre un territoire urbain et rural de 120 000 habitants. Outre les unités d'hospitalisation fermée « Gaudi » et ouverte « Maupassant », il comprend un hôpital de jour, un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et des appartements collectifs.

Le secteur de psychiatrie 3 couvre un territoire essentiellement urbain de 100 000 habitants. Outre les unités d'hospitalisation fermée « Chaissac » et ouverte « Claudel », il comprend un hôpital de jour, un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et une unité de psychogériatrie.

Dans chaque secteur, les unités d'hospitalisation fermée et ouverte sont occupées indifféremment par des personnes en soins libres, en SPDT ou en SPDRE. « Il arrive que des patients soignés librement se sentent plus en sécurité dans l'unité fermée, plus petite que l'unité ouverte». Cependant, toutes les admissions de personnes en soins libres se font dans les unités ouvertes et toutes celles des patients en soins sous contrainte sont réalisées dans les unités fermées.

Dans chacune des deux unités fermées, une des chambres individuelles est dite « aménagée et sécurisée » présentant les spécificités suivantes : oculus sur la porte, bouton d'appel, possibilité de condamner la salle d'eau et les fenêtres, radiateur protégé. « Elle est

²² Le SMPR couvre le centre de détention, la maison d'arrêt, l'établissement pour mineurs et le centre de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) de Nantes ainsi que le centre ressources pour l'aide à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles (CRAVS) des Pays de la Loire.



destinée à recevoir un patient dont l'état pourrait craindre qu'il ait un comportement dangereux pour lui-même ou pour autrui. Cet emploi reste exceptionnel ; en général elle est occupée par un patient ne nécessitant aucune attention particulière ».

La durée moyenne de séjour est de 21 jours en unités ouvertes et 17 jours en unités fermées.

Dans la journée, chaque patient peut se rendre à tout moment dans sa chambre sauf cas exceptionnel lié à un contrat de soins spécifique. « Si une personne reste trop souvent dans sa chambre, on lui suggère d'en sortir, on lui propose des activités ».

Dans les quatre unités, les médicaments sont distribués juste avant chaque repas. Les patients se rendent individuellement dans la salle de soins et absorbent leurs médicaments en présence d'un infirmier.

Il a été expliqué aux contrôleurs que l'établissement ne s'occupait pas de gérer l'argent des patients. Il n'existe pas de régisseur spécifique aux pôles de psychiatrie. Le patient qui détient des valeurs importantes est invité à les remettre à un proche. En cas d'impossibilité, il peut les remettre au régisseur de l'hôpital qui les dépose dans le coffre de l'établissement ; il s'agit d'une procédure lourde qui demande un délai de plusieurs jours, tant pour le dépôt que pour la restitution. Concernant la gestion des petites sommes nécessaires aux dépenses courantes à la cafétéria par exemple, le patient conserve de l'argent dans le placard de sa chambre fermant à clé et dont il conserve la clé. Il a été signalé aux contrôleurs qu'exceptionnellement, lorsqu'il s'avérait qu'une personne n'était pas dans la capacité de gérer seule son argent, celui-ci était remis dans une enveloppe sur laquelle le personnel soignant notait toutes les entrées et sorties ; au moment de la visite des contrôleurs, cela concernait trois patients dans chacune des deux unités fermées. Selon un cadre, « cette situation, certes souple et répondant à un réel besoin, n'est pas satisfaisante car susceptible de donner lieu à des contestations de la part du patient ou de ses proches ». Dans la pratique, il n'a pas été fait mention aux contrôleurs d'incidents sur le sujet.

Selon les informations données aux contrôleurs, la consommation d'alcool et de cannabis sont des phénomènes présents au sein des unités. Ils sont pris en compte par les médecins. Des trafics existent dans le parc de l'hôpital. En cas de découverte de substances psycho-actives, celles-ci sont confisquées, remises aux forces de l'ordre et mention en est portée sur un registre de l'hôpital.

Au moment de la visite des contrôleurs, depuis quelques semaines, chacune des deux unités fermées dispose d'un balcon grillagé accessible entre 7h et 22h30 notamment pour les personnes souhaitant fumer. Cette possibilité de fumer pour les personnes ne pouvant sortir de l'unité a été vivement appréciée, tant par les patients que par le personnel soignant qui a déclaré aux contrôleurs « avoir ressenti un réel apaisement au sein du service ».

Il a été indiqué aux contrôleurs que le pôle 2-3 était très favorable à l'établissement de relations suivies avec les proches des patients ; « on travaille beaucoup avec l'entourage du patient ». Les entretiens avec le médecin sont réguliers ; selon le cas, ils peuvent se tenir avec ou sans la présence du patient. Parfois, le patient n'est pas favorable à un entretien en son absence, auquel cas le médecin se plie à son souhait. Lorsqu'un proche demande à un infirmier des informations par téléphone, il est invité à contacter le médecin et, si possible à le rencontrer. « En cas de demande d'information par des agents de l'ordre public, ceux-ci sont



redirigés vers la direction de l'hôpital ».

En principe, l'effectif minimal de personnel présent la journée est de sept infirmiers par jour en semaine – trois le matin et trois l'après-midi complétés par un infirmier présent toute la journée – et six le weekend – trois le matin et trois l'après-midi. Les contrôleurs ont examiné les tableaux de service des quatre unités pour le mois de juillet 2012 ; les effectifs réellement présents varient entre trois et douze par demi-journée en semaine et entre deux et sept le weekend :

		Semaine										Weekend					
perso	de onnels sents	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	2	3	4	5	6	7
Nb de ½ jour- nées	UO 2				5	7	10	15	1	2	2		3	7	6	2	
	UO 3	1		12	15	8	7	1					7	10	1		
	UF 2			7	4	14	7	7	2	1	1	2	2	4	3	4	2
	UF 3	3	15	16	4	3	2						17	1			

Afin d'organiser correctement le service, un infirmier du pôle assure une suppléance pour remplacer au pied levé une absence imprévue ; si tout le monde est présent, il renforce l'équipe de l'unité fermée.

Il n'est pas prévu de tutorat ni de formation spécifique au profit d'un infirmier nouvellement recruté. Tous les mois, une information générale sur le fonctionnement du CHU est proposée au personnel; elle concerne essentiellement la sécurité et les logiciels. Des actions de formation continue sont en revanche organisées par le CHU, représentant en moyenne trois jours par an et par personne.

Au sein des unités fermées, chaque patient se voit affecter un médecin référent et un groupe de trois à cinq « infirmiers référents », de même que les quelques patients chroniques hébergés en unités ouvertes.

Chaque unité organise des « réunions de synthèse » destinées à examiner en détail la situation de quelques patients. Le cas de chaque patient est examiné à une fréquence variant selon leur état. « La durée moyenne de séjour étant relativement courte, certains patients font l'objet d'une seule réunion de synthèse, voire d'aucune ».

Tous les matins ont lieu des « staffs », ou réunions d'équipe, dans chaque unité sous la direction du psychiatre responsable de l'unité. Le jeudi, une réunion rassemble l'équipe de l'unité ainsi que les intervenants extérieurs. Le vendredi matin, une réunion se tient avec toutes les unités du pôle, y compris CMP et hôpital de jour.

Les pôles 2 et 3 se situent dans la partie rénovée de l'établissement et occupent respectivement les deuxième et premier étages du bâtiment « Janet». Les deux unités, l'une ouverte et l'autre fermée, de chaque pôle forment un T dont la barre transversale, la plus grande, constitue l'unité ouverte, en façade de la structure et la barre verticale, plus petite,



constitue la partie fermée du pôle sur le côté gauche de la structure.

Deux ascenseurs et un escalier, placés à l'intersection des barres, desservent ces étages depuis le sous-sol et le rez-de-chaussée du bâtiment, et l'arrivée se fait sur un palier de 40 m² qui donne accès à chaque unité. L'unité ouverte se trouve face aux ascenseurs avec une entrée sur le côté gauche ; l'unité fermée, située au dos des ascenseurs, est accessible par un couloir à gauche de ceux-ci.

Les unités des pôles 2, 3, 4 et 5 sont identiques. A titre d'exemple, la description de l'unité fermée et de l'unité ouverte du pôle 2 est détaillée ci-dessous.

4.2.3.1 L'unité fermée Antoni Gaudi

Les locaux

L'unité Gaudi est fermée par une porte à double battant verrouillée par une ventouse électromagnétique dont il faut demander l'ouverture, autorisée par une serrure à clé détenue par le personnel. L'entrée débouche sur un couloir transversal, comportant deux panneaux d'affichage administratif et d'informations, qui dessert :

Sur la droite:

- une salle de rencontre de 11,5 m² équipée d'une table basse et de sept chaises modernes de couleur bleue. Sur les murs sont fixés un panneau d'informations sociales ainsi que deux gravures décoratives. Un meuble bas supporte une chaîne haute fidélité avec radio et dans un coin est disposé un vélo d'appartement. La pièce comporte deux fenêtres à battant basculant de 0,70 m de large sur 1,70 m de haut. Les murs sont blancs et le sol en plastique granité gris. Le plafond, haut de 2,40 m, également blanc, comporte deux grilles de ventilation/aspiration, le détecteur de fumée et deux pavés lumineux. Cette salle sert aussi de salle d'exercice avec le vélo et de détente avec la radio ;
- une salle de rencontre avec les familles contigüe à la précédente et de même surface. Cette pièce comporte une fenêtre de même type, une table basse, sept chaises modernes jaunes, une poubelle, deux panneaux d'affichage et d'informations avec notamment une affiche de l'UNAFAM, l'affiche du CGLPL, la charte du patient telle que définie par la circulaire du 6 mai 1995, les droits du patient et les modalités de prise en charge déterminées par la loi du 5 juillet 2011. Les murs et le plafond de la pièce sont blancs, le sol gris granité et les éléments de confort identiques à la précédente ;
- une salle de détente réservée au personnel, de 11 m², de mêmes caractéristiques que les autres, comprenant deux fenêtres, un évier sur meuble, un réfrigérateur, un meuble bas supportant cafetière et théière. Fixés sur un mur se trouvent un panneau d'affichage administratif et un casier à documents. Une table de 1,60 m sur 0,80 m et huit chaises sont également présentes ;

Après cette pièce, un couloir principal dessert :

- la laverie du matériel de restauration. Il s'agit d'une pièce de 9,3 m² équipée d'un lave- vaisselle, d'un lave-mains à commande par le genou et d'un évier. Les murs sont blancs et la pièce est borgne hormis la porte qui communique avec la salle à manger à laquelle elle est adossée ;



- l'office, attenant à la laverie et adossé également à la salle à manger. Cette pièce occupe 14 m² et comporte une fenêtre de 2,40 m de large et 1,65 m de haut à panneaux coulissants. Elle contient un chariot de réchauffage, un four à micro-ondes, un réfrigérateur, un chariot de service des repas, deux cafetières, un dispositif de distribution d'eau chaude et froide, deux placards suspendus et un tableau blanc magnétique et effaçable ;

Sur la gauche:

- deux postes sanitaires adjacents pour le personnel de 9 m² et les visiteurs de 12,5 m². Ces locaux sont accessibles aux personnes à mobilité réduite et comprennent les mêmes équipements, soit un WC fermé avec barre d'appui, un urinoir et un lavabo pour le personnel et deux WC fermés avec barres d'appui, deux urinoirs et deux lavabos pour les visiteurs. Ces pièces sont borgnes mais ventilées, et carrelées sur leur hauteur ;
- les deux sas de livraison du linge propre ainsi que des repas, et d'enlèvement du sale. Ces deux sas, séparés par les monte-charges, une cloison et un bloc de deux dépôts (propre et sale), occupent chacun une surface de 30 m². Ils ouvrent chacun par une porte sur les deux unités, lesquelles ont directement accès aux monte-charges, au dépôt de linge propre de 11m² et au dépôt de linge sale et des poubelles de l'étage, de 17 m². Ces dépôts se trouvent contre l'unité ouverte.

Du côté de l'unité fermée, et accessibles seulement de ce côté-ci, se trouvent, adossés aux monte-charges et enserrés entre les couloirs des sas, deux locaux de 12 m² chacun servant pour l'un de réserve de matériel et pour l'autre de réserve de mobilier.

Dans le couloir principal se trouvent :

Sur la gauche:

- la salle à manger ouverte sur le couloir ; elle occupe une surface de 42,5 m² pour une hauteur sous plafond de 2,40 m. Le mur extérieur comporte deux baies vitrées à panneaux coulissants de 2,40 m de largeur sur 1,65 m de hauteur qui font face à deux autres sur le côté extérieur du couloir de dimensions plus réduites, soit 1,80 m de largeur. Le couloir comporte dans le soubassement une baie vitrée large de 1,80 m et haute de 0,50 m en partie ouvrante, défendue par une grille intérieure scellée au sol.

La salle comprend six tables, vingt chaises et deux climatiseurs. Les murs sont blancs et comportent des tableaux ainsi qu'un panneau d'affichage avec le règlement intérieur, le planning des activités de la semaine et des informations ;

- une **salle d'activités** jouxtant la salle à manger. Elle mesure 20 m² et comporte une fenêtre de mêmes caractéristiques que les autres, ainsi qu'une baie vitrée fixe de 1 m de large sur 0,60 m de haut, à mi-hauteur de la cloison donnant sur le couloir près de la porte. L'équipement se compose de deux tables de 1,60 m sur 0,80 m, de quinze chaises, d'un téléviseur de 66 cm accroché au mur, d'un lecteur de DVD, d'une armoire, d'un bahut bas avec des jeux de société, d'une poubelle, d'un paravent de 1,70 m de haut et 1,40 m de large. L'un des murs est décoré avec une gravure de paysage marin et un autre comporte un tableau blanc ;
- en face de cette salle, de l'autre côté du couloir, une porte vitrée de 1,70 m de large à deux battants ouvrant sur **un balcon** construit postérieurement à la mise en service de l'unité. Il surplombe un patio intérieur enserré entre la galerie de circulation au rez-de-chaussée et les



parties saillantes du bâtiment abritant l'unité. Ce balcon mesure 6,20 m de long, 2,30 m de largeur et la partie extérieure repose sur deux piliers métalliques montant depuis le sol. Clos par un grillage de 2,70 m de haut sur la façade et les deux côtés, il est couvert sur la moitié de la longueur par un toit en tôle ; l'autre moitié est elle aussi grillagée. Une jardinière vide en tôle est disposée au pied du grillage sur tout le tour et un cendrier est posé au sol. Cet espace constitue la seule possibilité pour les patients de prendre l'air extérieur et de fumer. Il est ouvert de 7 h à 23 h sauf pendant les heures de repas et de goûter.



Unité fermée Chaissac, balcon grillagé

- un salon de télévision, d'une superficie de 18 m², avec fenêtre et baie vitrée, donnant sur le couloir. Un téléviseur de 66 cm, un lecteur de DVD, une armoire, six fauteuils et un baby-foot équipent cet espace dont le plafond, insonorisé, comporte deux bouches de ventilation et aspiration ;
- le bureau infirmier. D'une superficie de 26 m², il comporte une fenêtre identique aux autres ainsi qu'une baie vitrée semi-occultée sur le couloir. Ce bureau contient le tableau-planning des activités de la semaine, le classeur des dossiers de soins des patients, deux postes informatiques, deux tableaux blancs, un casier mural à documents, deux tables de 1,60 m sur 0,80 m, neuf chaises, deux fauteuils, une étagère pour les classeurs à documents et documentations, un extincteur, un ventilateur sur pied. Sur l'un des murs sont fixés le râtelier des huit DATI, le tableau d'alarmes incendie, le dispositif de contrôle des prises à vide et à oxygène, les signaux d'appel des CSI, le tableau d'appel des chambres qui sont équipées de bouton et la commande centralisée des volets roulants des fenêtres ;



- la salle de soins. Communiquant avec le bureau infirmier, elle comprend une couchette sur chariot, un meuble bas à tiroirs pour les matériels et nécessaires à soins, un casier à documents, un chariot d'urgence plombé, un chariot à médicaments, une armoire à médicaments avec tiroir sécurisé, un chariot avec tensiomètre, un autre avec électrocardiographe et une bouteille d'oxygène. Une fenêtre, identique aux autres, éclaire la pièce ;
- en face de ce local, **le bureau du cadre infirmier** d'une superficie de 13,3 m², adossé à l'espace contenant les CSI. Il comporte deux fenêtres à battant basculant sur le patio où se trouve le balcon. Sur le mur du couloir de ce bureau, un panneau d'affichage informe sur les droits du patient, les modalités de prise en charge et la charte du patient.
- le **local de retour des soins**, d'une superficie de 6,5 m². Il comprend un évier à double bac et un lavabo. Un chariot de soins est présent le jour de la visite.

A ce niveau, le couloir est muni d'une porte coupe feu ; après celle-ci, un embranchement transversal vers la droite permet de faire le tour du local de 7 m² réservé au ménage et de celui de 6,5 m² réservé au linge propre, avant de revenir vers le couloir principal.

Cette circulation transversale dessert, sur la droite après l'embranchement, la **cabine téléphonique des patients** de 2,2 m² équipée avec un *point phone* à carte, un poste téléphonique de transfert d'appel, une table et une chaise.

On trouve ensuite le **local lave-bassin** de 4,7 m² avec son équipement sanitaire et le rayonnage où sont rangés les ustensiles.

Une porte permet d'accéder à la **zone des CSI** qui comprend deux chambres d'une superficie de 8,5 m² chacune et un local sanitaire commun d'une superficie de 3,6 m². Celui-ci est équipé d'un lavabo, un WC et une douche.

Deux bureaux d'entretien de 14 m² et 12 m², sont meublés, l'un avec un bureau et quatre chaises, l'autre avec un bureau, cinq chaises et une table basse. Chacun est pourvu d'une fenêtre de 1,40 m de large.

On parvient ensuite à une première zone d'hébergement : les **chambres 201 à 208**, **toutes individuelles**, sont équipées d'un lit médicalisé, d'une table de chevet, d'une table, d'une chaise et d'un fauteuil. Leur surface varie de 14,75 m² pour les chambres 201 et 202 lesquelles peuvent recevoir des personnes à mobilité réduite, à 13,07 m² pour la chambre 204 ; la hauteur sous plafond est de 2,80 m. Elles comprennent, sur le côté de la zone d'entrée, un cabinet de toilette dont la surface varie de 3,7 m² pour celles équipées pour personnes à mobilité réduite à 3 m² pour les autres. Les équipements sanitaires comprennent un lavabo avec un miroir enchâssé de 0,60 m de large et 0,80 m de haut surmonté d'une applique électrique, un WC suspendu avec dévidoir de papier et barre d'appui pour les chambres 201 et 202, une douche à l'italienne, un fauteuil réglable en plastique, une poubelle et une balayette de WC. Les commandes de douche et WC sont encastrées et le plafond comprend un point lumineux ainsi que la bouche d'aspiration.

Les chambres comportent une fenêtre large à panneaux coulissants avec volet roulant extérieur, un radiateur à eau chaude situé sous la fenêtre, un point lumineux dans l'entrée, une liseuse sur la tête de lit, une applique au-dessus de la table et une autre sur le caisson



épais de 0,40 m qui surplombe la salle d'eau et l'entrée, réduisant ainsi la hauteur sous plafond à 2,40 m; ce caisson comporte les bouches de ventilation ainsi que le détecteur de fumée. Contre le cabinet de toilette, un placard à deux portes fermant à clé, large de 1 m, haut de 2,35 m et profond de 0,50 m, comprend jusqu'à mi-hauteur deux compartiments séparés par une cloison en bois avec trois étagères, et en partie haute deux étagères sur toute la largeur. Un tableau blanc magnétique et effaçable de 0,90 m sur 0,60 m est fixé sur un mur. Dans l'entrée sont placées les commandes de l'éclairage et du volet roulant; une veilleuse de guidage est encastrée près du sol. Cinq prises électriques sont disposées en divers endroits, dont deux près de la tête de lit ainsi qu'une prise de réseau informatique servant de secours, est-il précisé, au cas où le réseau Wi-Fi ne fonctionnerait pas.

Les chambres 201, 202 et 204 sont en outre pourvues d'un bouton d'appel en tête de lit, dans l'entrée et dans le cabinet de toilette.

La chambre 201 est équipée avec une prise d'oxygène.

La chambre 204 est transformée en « chambre aménagée et sécurisée » :

- la fenêtre comporte un panneau fixe et un panneau de 0,40 m de largeur, verrouillable par le personnel;
- le chauffage est constitue de quatre panneaux radiants électriques placés au plafond et commandés depuis la gaine technique ;
- la porte d'entrée est dotée d'un oculus semi opaque de 0,30 m sur 0,35 m;
- la commande du volet roulant est placée à l'extérieur.

Après ces chambres, se trouve l'escalier de secours de l'unité, et la salle de bains commune, de 19 m². Cette pièce aveugle est équipée d'une baignoire de 1,70 m sur 0,70 m, d'une douche avec flexible et barre de maintien, d'un lave-pieds, d'un lavabo avec miroir de 0,60 m sur 0,80m avec applique électrique et distributeur de serviettes en papier et trois fauteuils réglables en métal et plastique. Six plafonniers éclairent la pièce dont les murs sont revêtus de plastique couleur sable et le sol de plastique antidérapant gris. Le jour de la visite se trouve aussi dans le local une table à repasser, un chariot de linge propre et un chariot avec poubelles permettant de faire le tri sélectif des déchets.

Après ce local, une porte bloque la circulation et sépare l'unité d'un autre pôle.

En face de la sortie de secours, le couloir principal, qui borde le puits du second patio de la structure, fait un retour à droite et dessert les chambres 209 et 210 qui donnent sur un autre patio au-delà de l'unité. Ces chambres sont doubles et ont une superficie de 22 m² et 28 m². Le mobilier est doublé ainsi que les placards doubles fermant à clé. Les caractéristiques intérieures sont identiques aux autres et l'éclairage est fourni par une applique sur chaque lit, chaque table, un point lumineux au plafond et un autre dans l'entrée ainsi que dans le cabinet de toilette. Le cabinet de toilette est identique aux autres. Deux fenêtres à battant basculant à ouverture partielle équipent la chambre 209; la chambre 210 comporte une fenêtre à panneaux coulissants et une ouverture à battant basculant. Ces deux chambres peuvent accueillir des personnes à mobilité réduite.

Le jour de la visite un patient avec fauteuil roulant occupait la chambre 210.



En revenant vers la zone de jour, le couloir dessert **les chambres 211, 212 et 213** qui constituent le troisième côté du puits du patio. Ce sont des chambres individuelles toutes de même surface, 12,5 m² et comprenant sur le côté de l'entrée, un cabinet de toilette de 3 m². Elles comportent chacune deux fenêtres à battant basculant de 0,70 m de large ouvrant sur le patio. La chambre 213 est équipée avec un lit gériatrique à commande électrique et potence de relevage ainsi que pied à perfusion. Le reste des équipements est identique à celui des autres chambres.

Chaque chambre comporte aussi un dossier d'accueil comprenant :

- le questionnaire de satisfaction;
- le livret d'accueil du CHU;
- le règlement intérieur de l'unité.

Tous les vitrages de fenêtres sont en verre feuilleté, et l'on compte deux catégories de fenêtres :

- à battant basculant ouvrant avec projection limitée de la partie basse vers l'extérieur, larges de 0,70 m et hautes de 1,70 m;
- à panneaux coulissants avec une ouverture limitée à 11 cm à droite ou à gauche par blocage des coulissants. Celles des chambres et bureaux donnant sur l'extérieur mesurent 2 m de large et 1,70 m de haut, celles équipant le couloir principal, 1,40 m de large et 1,70 m de haut. L'ouverture maximale peut être du tiers de la largeur.

Toutes sont équipées de volets roulants électriques commandés individuellement mais pouvant être commandés de manière centralisée depuis le bureau des soignants. Une fenêtre de la salle à manger ainsi que celle des chambres 201 et 206 sont signalées comme permettant l'entrée des sapeurs-pompiers depuis l'extérieur.

Toutes les chambres sont peintes en blanc mais l'entrée qui mesure 2,30 m de largeur et 2,05 m de profondeur est de couleur bleue. Les pièces communes et de service sont blanches, les couloirs de circulation blancs avec un côté recouvert de papier peint aux motifs de points bleus; avec par endroits une gravure encadrée. Au-dessus de chaque porte est placé le signal visuel d'alarme incendie ainsi que, pour celles qui en sont munies, le voyant du signal d'appel; neuf grilles d'aspiration des fumées sont installées, ainsi que des bornes Wi FI pour les consultations suivies par informatique mobile. Les gaines techniques des chambres sont également accessibles directement depuis le couloir.

Les contrôleurs ont constaté que ces fenêtres coulissantes posent un souci de sécurité à l'administration de l'hôpital. En effet, elles ne sont pas munies de défenses extérieures et des patients ont réussi à démonter les systèmes anti-dégondage et retirer les fixations des cales de blocage d'ouverture. C'est ainsi qu'après des tentatives d'évasion dans d'autres unités, un patient de l'unité Gaudi s'est défenestré dans la nuit du 13 au 14 octobre 2011, chutant du deuxième étage, soit plus de 10 m de haut, ce qui a entrainé son décès. Depuis lors, outre la création de la chambre aménagée, la réflexion porte sur la manière de mieux sécuriser ces ouvertures.

Les fenêtres à battant basculant, bien que limitées dans leur ouverture, comportent toutes en partie basse deux verrous manœuvrés par le personnel à l'aide d'une clé.



Enfin les contrôleurs ont relevé que les personnes circulant devant les chambres 209 et 210 peuvent voir facilement dans les chambres 211, 212, et 213 qui sont en vis-à-vis et séparées d'environ 10 m.

L'unité fermée du pôle 2, « Gaudi », comporte quinze lits répartis dans onze chambres individuelles – dont une chambre « aménagée et sécurisée » – et deux chambres doubles ; elle dispose également de deux chambres de soins intensifs (CSI).

Les sorties de l'unité pour les personnes qui en ont l'autorisation sont possibles dans des créneaux qui sont précisés sur une affichette placée près de l'entrée : de 7h30 à 7h55, de 8h à 11h30 (le mardi les patients sont invités à revenir à 10h pour participer à la réunion soignants / soignés), de 13h à 13h30, de 14h30 à 16h, de 16h30 à 18h30, de 19h45 à 20h30 et de 21h45 à 22h.

Les patients

Au moment de la visite des contrôleurs, l'unité hébergeait dix-sept patients : dix hommes, dont un en SPDRE et trois en SPDT, et sept femmes, dont trois en SPDT ; tous les lits étaient donc occupés y compris ceux des deux CSI. Dix patients, soit la majorité, étaient en soins libres.

Selon le cas, le contrat de soins du patient prévoit plus ou moins de restrictions en termes de sortie, de visites et de communications téléphoniques.

Le contrat de soins du patient en SPDRE prévoyait la possibilité de bénéficier de sorties accompagnées de moins de 12 heures ; en revanche, il ne pouvait pas recevoir de visite ni téléphoner.

Les quatre patients en SPDT qui n'étaient pas en CSI bénéficiaient, l'un de « sorties libres sur demande » dans le parc de l'hôpital, les trois autres de sorties accompagnées ; tous les quatre pouvaient recevoir des visites et avaient un accès libre au téléphone.

Deux hommes en SPDT étaient placés en CSI. L'un provenait de l'unité fermée du pôle 3, « Chaissac », dont les deux CSI étaient déjà occupées. L'autre était placé en observation en CSI depuis son arrivée le 11 août, soit 9 jours avant l'arrivée des contrôleurs. Aucun des deux patients n'avait accès à des sorties, à des visites et au téléphone. Au moment de la visite des contrôleurs, tous deux bénéficiaient d'un régime « porte ouverte », ce qui présageait d'un retour en chambre normale sous un ou deux jours. A leur demande de les rencontrer, les contrôleurs se sont vus opposer un refus catégorique du médecin chef de l'unité.

Au moment de la visite des contrôleurs, l'hospitalisation en soins libres la plus ancienne datait du 21 décembre 2007, soit plus de 4 ans et demi ; la plus longue hospitalisation en soins sous contrainte datait du 3 mars 2005, soit plus de sept ans, et concernait une personne en SPDT. Le patient le plus âgé avait 81 ans ; le plus jeune avait 17 ans.

Le personnel

Outre la permanence médicale, l'équipe soignante de l'unité est composée de :

- dix-neuf infirmiers de jour dont :
 - o quatorze à temps plein;
 - o quatre à 0,8 ETP;
 - o un à 0,5 ETP;



- cinq infirmiers de nuit dont :
 - o quatre à temps plein;
 - o un à 0,5 ETP;
- trois agents des services hospitaliers qualifiés (ASHQ) à temps plein.

Elle comprend deux infirmières de secteur psychiatrique (ISP) et quatre hommes.

4.2.3.2 L'unité ouverte Guy-de-Maupassant

Les locaux

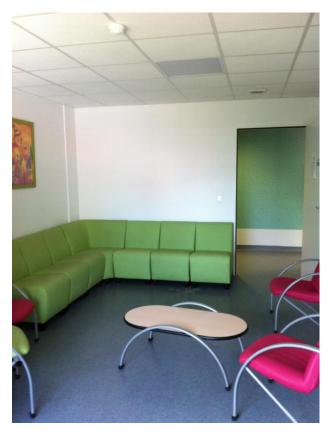
En sortant des ascenseurs, l'entrée de cette unité se situe sur la gauche et ouvre sur l'espace d'accueil. Cet espace, d'une surface de 50 m², forme la base d'un couloir en U dont l'intérieur des branches est occupé par des locaux sanitaires et de service. Ces deux circulations se rejoignent vers l'extrémité du bâtiment dans la zone d'hébergement. Cette disposition est reproduite à l'identique dans la deuxième partie du service.

Les murs de l'espace d'accueil sont décorés de gravures et d'un motif en céramique. Un panneau d'affichage donne des informations sur l'aumônerie catholique, le lavage du linge ainsi que les droits et procédures de prise en charge des patients définis par la loi du 5 juillet 2011. Sont aussi affichés, la charte du patient hospitalisé, le règlement intérieur de l'unité, des documents sur l'UNAFAM, l'aide aux victimes et les horaires d'ouverture de la cafétéria. Les couloirs, de couleur verte, comportent quelques éléments de décoration.

Dès l'entrée, **sur la gauche**, est situé le **bureau du cadre de santé**, d'une superficie de 25,7 m², comprenant, outre le poste de travail, une armoire et une table de réunion avec six chaises. Il est éclairé par deux fenêtres à battant basculant.

A l'entrée du couloir principal, se trouvent **deux locaux de rencontre avec les familles**, de 19 m² et 21 m². Le plus petit comporte deux tables basses rectangulaires de 1 m sur 0,60 m, sept sièges à ossature en métal de couleur beige et panneaux framboise et une table de soins dont il est précisé qu'elle servait pour une activité de soins esthétiques. Sur un mur, un panneau de 0,90 m sur 0,60 m, annonce la visite du CGLPL. Le second local est équipé de deux tables basses avec huit sièges à panneaux verts et un paravent de séparation haut de 1,60 m et large de 1,45 m, une banquette verte à six places. Les murs sont blancs. Chaque local est muni d'une fenêtre de 2 m de largeur ouvrant à panneaux coulissants à 11 cm, avec store intérieur commandé par manivelle.





Pôle 2 : unité Guy-de-Maupassant, salle de visites

En face de ces locaux de visite, un **local sanitaire pour les visiteurs**, de 10 m², est équipé d'un lavabo avec miroir, deux WC à l'anglaise et un troisième pour personne à mobilité réduite.

A la suite de cette porte, sur la gauche, on accède aux **chambres 201 à 207**, toutes de même surface, soit 14 ,7 m², **et 208** légèrement plus petite, 13,8 m², pour une hauteur sous plafond de 2,80 m ramenée à 2, 40 m sous le caisson qui surplombe l'entrée et le cabinet de toilette. Celui-ci occupe une surface comprise entre 4,3 m² pour les chambres 201 à 205 et 3,7 m² pour les autres.

Elles sont toutes **individuelles**, en tous points identiques aux chambres ordinaires de l'unité Gaudi et comportent les mêmes dispositions; qu'il s'agisse du mobilier, des ouvertures de 2 m de largeur limitée à 11 cm, des équipements de la chambre ou du cabinet de toilette.





Pôle 2 : unité Guy-de-Maupassant, chambre individuelle

Au-delà de ces chambres on trouve la salle de bains commune de cette partie de l'unité, qui occupe une surface de 15 m². Cette pièce est borgne et comporte une baignoire de 1,70 m sur 0,70 m, une douche ouverte à l'italienne avec flexible, un lave-pieds, un lavabo avec miroir de 0,80 m sur 0,60 m surmonté d'une applique électrique. L'éclairage est assuré par des plafonniers ; les murs sont revêtus de plastique beige et le sol est aussi en plastique gris granité. Un radiateur à eau chaude est fixé au mur, une bouche de ventilation est encastrée dans le plafond et un fauteuil réglable ainsi qu'une poubelle complètent l'équipement.

Après cette pièce, une porte vitrée à double battant barre le couloir, matérialisant l'extrémité du bâtiment. Elle ouvre sur un palier en caillebotis inclus dans la cage de l'escalier de secours. On trouve la même disposition en partie Ouest, à l'autre extrémité de l'unité.

En face de la salle de bain, deux **chambres 209 et 210,** occupant respectivement une surface de 22,5 et 24,5 m², sont prévues **pour deux occupants**. Toutefois, la chambre 209 ne comporte qu'un lit, alors que l'autre en comprend deux ; chaque lit étant accompagné de son mobilier. Les éléments immobiliers de ces pièces sont prévus pour deux personnes, avec deux placards, deux tableaux au mur, deux liseuses, deux plafonniers et deux fenêtres standard. Les cabinets de toilette ont une superficie de 4 m² et sont munis des mêmes équipements que les autres, avec en plus une tablette près du lavabo.

Après ces chambres, en revenant vers l'entrée, la traverse reliant les deux couloirs conduit vers les **chambres 211 à 215** toutes prévues **pour une personne**. La chambre 211 a une surface de 13,2 m² avec un cabinet de toilette de 3,3 m², les autres ,14 m² avec des cabinets de toilette de 4 m². Elles sont en tous points identiques aux autres, et comprennent les mêmes éléments mobiliers et immobiliers.

En face de ces chambres le bloc central comprend le local sanitaire du personnel (8,5m²) avec deux WC et un lavabo équipé d'un miroir et d'une applique lumineuse, le local à linge propre (3,7 m²), la réserve de matériel (7,2 m²), et le local du ménage (7,2 m²).



Les chambres 206 et 215 sont prévues pour l'accueil de personnes à mobilité réduite. Elles sont en outre munies de bouton d'appel avec voyant lumineux au-dessus de la porte, et pour la chambre 215, d'une prise d'oxygène.

Contre la chambre 215 on trouve le **bureau de préparation** des soins d'une surface de 20,2 m² avec un poste de travail d'informatique, un chariot de soins d'urgence scellé, un chariot de préparation de médicaments équipé d'un ordinateur, un meuble à tiroirs comprenant le matériel usuel, un casier à documents, une armoire à médicaments avec un tiroir sécurisé, un lavabo et un réfrigérateur. S'y trouvent encore un tableau blanc magnétique et effaçable, une pendule et un tableau de consignes.

Cette pièce communique par une porte avec le **bureau des infirmiers** qui lui est adjacent. Ce dernier, d'une surface de 36 m², comprend trois fenêtres à battant basculant avec verrouillage à clé et trois baies vitrées sur la façade intérieure, laquelle comporte un angle rentrant permettant la vue dans le hall d'accueil d'une part et dans le couloir de liaison entre les zones Est et Ouest de l'unité, d'autre part.

Il comporte le planning des soignants, le chariot comprenant les dossiers de soins des patients, un poste informatique, un casier suspendu de rangement de dossiers, un casier à documents, un tableau d'affichage des activités de la semaine, une table centrale avec quinze chaises et deux bahuts bas. Sur l'un des murs sont fixés : un râtelier pour huit appareils de protection du travailleur isolé (PTI), le tableau des alarmes incendie, deux dispositifs de contrôle de prises à vide et oxygène, le boitier de signalement des appels de patients, la commande centralisée de commande des volets roulants.

Le local de **retour des soins** est contigu à ce bureau et occupe une surface de 12 m². Il est éclairé par deux fenêtres à battant basculant et un plafonnier. Il est doté d'un évier à deux bacs et d'un lavabo.

La salle de détente des soignants fait suite à ce local. D'une surface de 14 m², elle comporte un évier à un bac, un réfrigérateur, un meuble bas avec au-dessus un four à micro ondes, une cafetière, une bouilloire et un presse agrumes. Aux murs sont fixés un casier à documents, un tableau de notes de service et une gravure de décoration. Une table centrale de 1,80m sur 0,80 m avec huit chaises complète l'équipement. L'éclairage est assuré par deux fenêtres à battant basculant et deux pavés lumineux au plafond qui comporte aussi un détecteur de fumée.

Après cette salle se trouvent **trois bureaux d'entretien**, l'un de 9 m², les deux autres de 24 et 22 m². Le plus petit contient un tableau au mur, un poste de travail avec trois chaises et un ordinateur. Il est éclairé par une fenêtre à battant basculant. Les deux autres comportent des ouvertures différentes : l'un avec deux fenêtres à battant basculant et l'autre avec des panneaux coulissants. Ils comprennent un poste de travail, une table basse, deux fauteuils et trois chaises de couleur framboise.

En face de ces locaux se trouvent les sas communiquant avec l'unité Gaudi pour les éléments propres et sales décrits supra (§. 4.2.3).

Le couloir débouche ensuite sur un espace de 55 m² au milieu duquel se trouve un bloc sanitaire de 6,5 m² comprenant deux WC avec porte et un lavabo.



De part et d'autre de ce bloc, partent les deux branches du couloir en U de la moitié Ouest formé depuis cet espace, avec plus loin une disposition identique à la partie Est de l'unité.

La **branche gauche** de ce U donne sur **la salle à manger** ouverte de 60 m², comprenant huit tables avec trente-deux chaises, trois fenêtres et trois climatiseurs. Deux piliers reliés par une tablette formant comptoir la séparent du couloir en son milieu sur un tiers de sa longueur. Elle est décorée de plantes vertes, sur ses murs de gravures représentant des fruits et légumes et l'un des panneaux est peint en bleu, alors que les autres sont blancs.

Entre cette salle et les bureaux d'entretien, se trouve **l'office** de 16 m² avec une fenêtre, deux armoires de réchauffage des portions, un placard suspendu avec les ustensiles de service et la vaisselle, un meuble bas à tiroirs contenant les ingrédients, un four à micro ondes, un dispositif de distribution d'eau chaude et froide, un lave-mains à commande au genou, un chariot à trois plateaux et une poubelle. Sur un mur sont fixés un tableau d'alarme incendie et un tableau effaçable et magnétique.

Contre cet office se trouve **la laverie** de 12,6 m², avec un lave-vaisselle, un lave-mains à commande au genou, un évier à deux bacs en inox, trois chariots à vaisselle.

Après la salle à manger le couloir conduit vers les **chambres 216 à 219** toutes prévues **pour une personne**. La chambre 219 a une superficie de 13,2 m² avec un cabinet de toilette de 3,7 m², les autres 14 m² et des cabinets de toilette de 4 m². Elles sont en tous points identiques à celles décrites *supra*.

En face de ces chambres et entre les deux couloirs, sont disposés le local de lavage des bassins avec lavabo, rayonnage de stockage et lave bassins, le local du ménage et la réserve de mobilier, chacun de 5 m².

En face de la chambre 219, une traversée permet d'arriver dans le couloir principal. En tournant vers l'extrémité du bâtiment, on rencontre à gauche le local de linge propre d'une surface de 7 m², suivi par les **chambres 220 et 221**. Ces chambres d'une surface de 26 et 25 m² chacune avec un cabinet de toilette de 3,3 m², sont prévues et équipées **pour deux personnes** et semblables à celles décrites supra. Toutefois la chambre 221 ne comporte qu'un lit.

En face cette dernière se trouve une **salle de bains commune** de 15 m², identique en tous points à celle décrite *supra*. Comme dans l'aile Est, le couloir est fermé à cet endroit par la porte double ouvrant dans la cage de l'escalier de secours.

Après cette salle de bain et en revenant vers l'entrée, viennent les **chambres 222 à 228** toutes équipées pour un patient. La chambre 222 a une surface de 13,8 m², avec un coin sanitaire de 3,8 m², les autres occupent une surface de 14,7 m² avec en sus un local de toilette de 4,3 m². Elles sont toutes identiques à celles de même capacité déjà décrites supra.

Cette unité comporte vingt-quatre chambres à un lit, deux à deux lits et deux pouvant comporter deux lits, mais n'en comprenant qu'un, soit un total de trente places opérationnelles.

Après ces chambres, sur le couloir principal se trouvent, donnant sur le hall et face au bloc de toilettes, deux salles d'activités et un salon de télévision.



Celui-ci, d'une surface de 26 m² dispose d'un poste de télévision mural à écran de 66 cm, de neuf fauteuils, d'un présentoir de revues et journaux et d'une armoire contenant des livres et jeux.

La salle d'activités qui lui est adjacente a une surface de 19 m² et comprend une chaîne Hifi, un baby-foot, un vélo d'appartement, un tableau sur pied, une armoire à matériel, une table basse avec quatre chaises, une décoration au mur et un ventilateur sur pied. Elle est éclairée comme les autres par une fenêtre coulissante et au plafond, insonorisé, sont disposés deux pavés lumineux ainsi que les bouches d'aspiration ainsi que le détecteur d'incendie. Une baie vitrée de 1m sur 0,90 m est disposée dans la façade du couloir.

La seconde salle d'activités occupe 43 m², comprend deux fenêtres, deux portes deux baies vitrées du côté du couloir et au plafond, insonorisé, huit plafonniers ainsi que les bouches pour la ventilation. Un côté de la pièce est occupé par une table de ping-pong et un lot de tapis de sol, le reste comportant un poste de télévision à écran de 66 cm, une chaine Hifi, un meuble bas, deux armoires à matériel, un tableau mural ainsi que quatre tables et vingt chaises.

Sur les couloirs apparaissent les voyants de signal d'incendie ou de fumée, les trappes de désenfumage, les signaux des boutons d'appel, les bornes WI FI de réseau informatique. Les côtés intérieurs sont décorés de tapisseries à décors de fleurs stylisées de couleur grise, verte et jaune.

Toutes les fenêtres comportent un verrouillage qui en limite l'ouverture à 11 cm pour les coulissants, à 30 cm pour les ouvrants à battant basculant.

L'unité ouverte du pôle 2, « Guy de Maupassant », comporte trente lits répartis dans vingt-six chambres individuelles et deux chambres doubles.

Les patients

Au moment de la visite des contrôleurs, l'unité hébergeait vingt-trois patients : dix-sept hommes, dont deux en SPDT, et six femmes, toutes en soins libres. L'hospitalisation en soins libres la plus ancienne datait du 2 juillet 2008, soit 4 ans ; la plus longue hospitalisation en soins sous contrainte datait du 1^{er} septembre 2007, soit près de 5 ans, et concernait une personne en SPDT. Le patient le plus âgé avait 71 ans, le plus jeune, 25 ans.

Cette unité est ouverte de 8h30 à 20h30. Le contrat de soins de chaque patient précise notamment la durée minimale de présence au sein de l'unité (par exemple : présence la nuit, aux repas, aux activités thérapeutiques). Les entrées et sorties de l'unité ne sont pas filtrées.

Le personnel

L'équipe soignante de l'unité est composée de :

- trois praticiens hospitaliers et un interne, assurant une présence minimale d'un médecin du lundi matin au vendredi soir aux heures ouvrables;
- quinze infirmiers de jour dont :
 - o douze à temps plein ;
 - o trois à 0,8 ETP;
- cinq infirmiers de nuit dont :
 - o trois à temps plein;
 - deux à 0,8 ETP;



- une permanence d'un agent des services hospitaliers qualifié (ASHQ) tous les jours de la semaine.

4.2.4 Le pôle 3

4.2.4.1 L'unité Chaissac

L'unité fermée du pôle 3, « Chaissac », comporte quinze lits répartis dans onze chambres individuelles et deux chambres doubles ; elle dispose également de deux chambres de soins intensifs (CSI).

Les sorties de l'unité pour les personnes qui en ont l'autorisation se font aux heures et demi-heures rondes entre 8h30 et 18h sauf au moment du repas de midi.

Au moment de la visite des contrôleurs, l'unité hébergeait onze patients : huit femmes, dont une en SPDRE et quatre en SPDT, et trois hommes, dont deux en SPDT. Quatre des onze patients étaient en soins libres.

La patiente en SPDRE était en CSI depuis le 13 août, soit sept jours avant l'arrivée des contrôleurs. Un des hommes en SPDT était également en CSI depuis le 20 août, soit le premier jour de la visite. Aucun de ces deux patients n'avait accès à des sorties, à des visites et au téléphone ; en revanche, la patiente sortait régulièrement de sa chambre pour aller fumer sur le balcon de l'unité. Les contrôleurs n'ont pas eu l'accord du médecin chef de l'unité pour rencontrer ces deux patients.

Les cinq autres patients en SPDT avaient le droit de recevoir des visites. L'un était sous le régime de « sorties libres obligatoires », c'est-à-dire qu'il lui était vivement conseillé de sortir régulièrement du service ; les quatre autres bénéficiaient de sorties accompagnées. Trois pouvaient téléphoner librement et deux étaient limités respectivement à trois et deux appels par jour.

Au moment de la visite des contrôleurs, l'hospitalisation en soins sous contrainte la plus ancienne datait du 4 juin 2012, soit deux mois et demi. Le patient le plus âgé avait 58 ans, le plus jeune, 24 ans.

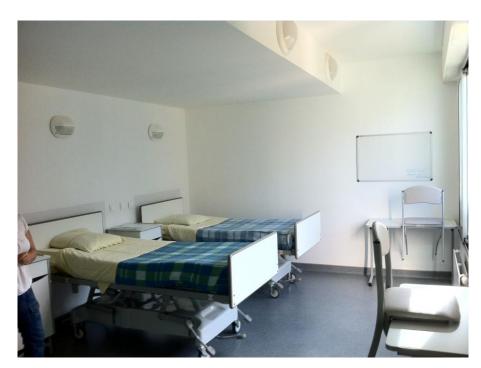
Outre la permanence médicale, l'équipe soignante de l'unité est composée de :

- quatorze infirmiers de jour effectuant 13 ETP :
 - neuf à temps plein dont deux hommes ;
 - o cinq infirmières à 0,8 ETP;
- cing infirmières de nuit effectuant 4,8 ETP :
 - trois à temps plein ;
 - o deux à 0,9 ETP;
- une permanence d'un agent des services hospitaliers qualifié (ASHQ) tous les jours de la semaine.

4.2.4.2 L'unité Claudel

L'unité ouverte du pôle 3, « Claudel », comporte trente lits répartis dans vingt-six chambres individuelles et deux chambres doubles.





Pôle 3 : Unité Claudel, chambre double

Au moment de la visite des contrôleurs, l'unité hébergeait dix-huit patients : onze hommes, dont deux en SPDT, et sept femmes, dont deux en SPDT. L'hospitalisation en soins libres la plus ancienne datait de 2008, soit 4 ans et demi; la plus longue hospitalisation en soins sous contrainte datait du 1^{er} septembre 2011, soit près d'un an. Le patient le plus âgé avait 63 ans, le plus jeune, 25 ans.

Avec une file active de 400 patients, cette unité est très attachée à réduire au minimum le temps d'hospitalisation et dit afficher la durée moyenne de séjour la plus faible de l'hôpital.

Tous les lundis matins le médecin chef de l'unité fait le tour des chambres accompagné des autres médecins et de l'ensemble de l'équipe. Cela lui permet notamment de rencontrer tous les patients au moins une fois par semaine.

L'équipe soignante de l'unité est composée de :

- deux praticiens hospitaliers et un interne, assurant une présence médicale du lundi matin au vendredi soir entre 9h et 18h;
- quinze infirmiers de jour, dont un homme, effectuant 14,4 ETP :
 - douze à temps plein ;
 - o trois à 0,8 ETP;
- cinq infirmières de nuit, dont deux infirmières de secteur psychiatrique (ISP), effectuant 4,7 ETP :
 - o trois à temps plein;
 - o une à 0,9 ETP;
 - une à 0,8 ETP;
- cinq agents des services hospitaliers qualifiés (ASHQ) dont quatre à temps plein et un à 0,8 ETP.

4.2.4.3 Les activités en psychiatries 2 et 3

Les unités ouvertes et fermées des pôles 2 et 3 conduisent certaines activités



indépendamment et d'autres de façon mutualisée.

Chaque unité dispose « d'infirmiers de médiation » qui organisent ces activités, évoquées sous le terme de « médiations thérapeutiques ». La programmation de la semaine à venir est réalisée le vendredi après-midi avec les patients, qui prennent ainsi connaissance de leur planning le weekend. Chaque jour, celui-ci est réactualisé et les activités du lendemain sont inscrites sur les tableaux blancs des patients concernés.

Il n'existe pas de bibliothèque. Certaines unités détiennent quelques livres entreposés dans une armoire. Chaque unité comporte deux salles permettant aux patients de regarder la télévision ou d'écouter de la musique au moyen d'une chaîne Hi-fi; les CD-ROM sont rares. On trouve dans les salles de certaines unités un babyfoot ou une table de ping-pong.



Pôle 3 : unité fermée Chaissac, salle d'activités

Chaque unité reçoit tous les jours un ou deux exemplaires du quotidien « *Ouest France* » mis gratuitement à la disposition des patients.

« Histoire d'eau »

Il s'agit d'une gymnastique douce de balnéothérapie mutualisée au sein du pôle 2, qui est proposée à un groupe de deux à six patients. Elle est programmée le lundi matin sauf à la fin du mois de juillet où la piscine de rééducation fonctionnelle est fermée pour travaux d'entretien. La dernière réalisation de cette activité date du premier jour de la visite des contrôleurs avec deux patients.

« La couleur des mots »

Proposé au sein de l'unité fermée du pôle 2, cet atelier est animé par une infirmière de secteur psychiatrique (ISP) et un psychologue. Elle consiste à laisser chaque patient réaliser une peinture sur un mot qu'il a choisi puis d'en faire un commentaire libre. Elle nécessite la présence de trois à cinq patients ; au cours de l'année scolaire 2010-2011, douze séances ont été organisées au profit d'une quarantaine de patients. La dernière séance date du printemps 2012.



Volley-ball

Cette activité hebdomadaire est mutualisée entre les unités des pôles 2 et 3 ; elle a lieu le lundi après-midi dans un gymnase situé à 5 minutes à pied de l'hôpital, pour des groupes de deux à six patients encadrés par deux à trois infirmiers. Au moment de la visite des contrôleurs, la dernière séance pour le pôle 2 datait du 30 juillet 2012.

« Mobilisation corporelle »

Ce terme désigne différents sports collectifs tels que la pétanque, le frisbee, la balle au prisonnier, ... Mutualisée au sein des pôles 2 et 3, elle est programmée à la place du volley-ball lorsque le gymnase est occupé avec les mêmes équipes de patients et d'infirmiers.

Réunion soignants / soignés

De telles séances sont prévues indépendamment dans chacune des unités des deux pôles une fois par semaine. Elles permettent d'échanger librement sur le fonctionnement de l'unité. Animées par le cadre de santé, elles réunissent les volontaires autour d'au moins le psychologue et un infirmier. A titre d'exemple, c'est au cours d'une de ces réunions qu'il a été décidé collégialement de servir de la soupe au dîner dans une des unités.

Jeux de société

Dans chaque unité, il est organisé, indépendamment et de façon plus ou moins programmée, des séances de jeux de société choisis en fonction des patients et des buts thérapeutiques recherchés : scrabble, Uno, jeux de cartes, etc. Ces séances sont au moins hebdomadaires, au profit de quatre à six patients ; elles sont encadrées par un ou deux infirmiers. La dernière séance à l'unité ouverte du pôle 2 datait du 21 août ; quatre des six patients inscrits y ont participé.

« Presse d'actualité » ou « photo-langage »

Plusieurs articles de presse, d'images et de photos sont proposés aux participants ; chacun choisit un élément, le décrit et explique la raison de son choix ; il en découle un échange entre les patients. Cette activité, proposée à environ quatre patients, est encadrée par deux à trois infirmiers ; elle est mutualisée entre les unités ouvertes des pôles 2 et 3. La dernière séance datait du 21 août.

« Espace Accueil »

Il s'agit d'une rencontre pouvant regrouper jusqu'à sept patients des unités des pôles 2 et 3, animée par deux infirmiers, autour de discussions, jeux ou ateliers de création, selon les préférences des personnes présentes. Elle est programmée une à deux fois par semaine. La dernière séance datait du 21 août, en présence d'un seul patient.

Cuisine – Pâtisserie

Tous les jeudis matins, deux à huit patients de l'unité ouverte du pôle 2 peuvent réaliser des recettes de cuisine simples dans le but de retrouver une certaine autonomie autour de gestes de la vie quotidienne ; cet atelier est animé par au moins deux infirmiers. La dernière séance datait du 16 août 2012, avec cinq patients.

Un atelier similaire est mutualisé entre les deux unités du pôle 3 pour un maximum de six patients encadrés par deux infirmiers. La dernière séance, le 17 août, a réuni six patients.



« Activité créative »

Cet atelier non mutualisé est proposé toutes les deux semaines dans les deux unités du pôle 2. Il consiste à réaliser des dessins, mandalas, peintures, découpages/collages. Il regroupe un à sept patients encadrés par un ou deux infirmiers. Au sein de l'unité ouverte du pôle 2, la dernière séance datait du 15 août avec quatre patients.

Une activité similaire est proposée au sein de l'unité ouverte du pôle 3 le jeudi aprèsmidi au profit d'un maximum de cinq patients, généralement des personnes en difficultés de verbalisation. La dernière séance, le 16 août 2012, a concerné trois patients.

« Animation jeu »

Activité proposée par l'unité fermée du pôle 2.

• « Atelier mémoire »

Activité proposée par l'unité fermée du pôle 2.

Sortie marché et repas thérapeutique

Une fois par semaine, chacune des deux unités du pôle 2 propose indépendamment une sortie comportant un déplacement à pied jusqu'au marché de Rezé – soit 15 à 20 minutes de marche à pied –, une découverte du marché et un retour à pied avec arrêt à un café et échange sur l'activité. Cette activité est proposée à des groupes de deux à cinq patients et encadrée par au moins deux infirmiers. La dernière séance pour l'unité ouverte du pôle 2 datait du 17 août 2012 au profit de quatre patients.

Une activité similaire est mutualisée entre les unités du pôle 3 tous les mardis matin au marché de Saint-Sébastien ou de Beaulieu pour un maximum de huit patients encadrés par deux ou trois infirmiers. Quelques achats sont réalisés et, au retour, un repas est partagé entre patients et infirmiers. La dernière séance datait du 21 août avec quatre patients et deux infirmiers.

Balnéothérapie

Cette activité hebdomadaire est proposée indépendamment par l'unité fermée du pôle 2 et par les unités du pôle 3. Animée par deux infirmiers au bénéfice d'un maximum de six patients, il s'agit d'une gymnastique douce et de relaxation. Au pôle 3, elle a lieu le jeudi matin ; la dernière séance, le 16 août, a concerné quatre patients.

« Ecoute musicale »

Cette activité hebdomadaire est proposée indépendamment par l'unité fermée du pôle 2 et par les unités du pôle 3. Chaque participant est invité à choisir un morceau de musique, le faire écouter puis chacun puis peut exprimer son ressenti. Elle regroupe un maximum de huit patients encadrés par deux infirmiers. Au sein du pôle 3, la dernière séance datait du 22 août 2012, avec cinq patients.

• Atelier voix

Tous les vendredis après-midi, un musicothérapeute et un infirmier animent une séance de « libération des émotions » dans un espace clos au profit de trois à huit patients des unités des pôles 2 et 3 ; ils sont parfois aidés d'un second infirmier. La dernière séance datait du 27



juillet, le musicothérapeute étant absent en août ; elle avait concerné trois patients.

« Mobilisation douce »

Il s'agit de séances hebdomadaires de gymnastique douce mutualisées entre les unités du pôle 3 : relaxation, bien-être corporel, prise de conscience de son corps. Elles ont lieu le jeudi après-midi et regroupent deux à six patients ; en juillet et août 2012, la salle était fermée pour travaux ; la dernière séance datait du 2 juillet 2012.

Jeux scéniques

Menée par trois infirmiers, cette activité peut accueillir jusqu'à dix patients des deux unités du pôle 3 et de l'unité ouverte du pôle 2. Elle consiste à favoriser les interactions dans le groupe et à permettre l'expression des émotions *via* des jeux d'improvisation théâtraux. Elle a lieu tous les mercredis après-midi. La dernière séance, le 22 août 2012, a réuni quatre patients.

• Activités non programmées de façon régulière

Le jeudi 23 août 2012, un tournoi de pétanque a été organisé par les équipes des pôles 2 et 3 au profit de tous les pôles de psychiatrie de l'hôpital. Il a réuni une vingtaine de patients entourés par une dizaine d'infirmiers en présence de quelques médecins.

Durant l'été 2012, trois sorties ont été organisées pour les unités des pôles 2 et 3 : à Pornic (Loire-Atlantique) le 6 juillet, aux îles de Loire le 26 juillet et sur le site de la Roche Ballue le 9 août ; chaque sortie a concerné une douzaine de patients encadrés par une dizaine d'infirmiers.

Le tableau suivant récapitule les activités proposées dans les unités ouvertes (UO) et fermées (UF) des pôles 2 et 3 :



Activité	UO 2 Maupassant	UF 2 Gaudi	UO 3 Claudel	UF 3 Chaissac
Histoire d'eau *	Lundi matin			
La couleur des mots	Lundi ap.m.			
Volley *	Lundi après-midi			
Mobilisation corporelle *	Lundi après-midi			
Réunion soignants / soignés	Hebdo (indépendamment)			
Jeux de société	Régulièrement (indépendamment)			
Presse d'actualité – Photo langage *	Mardi ap.m.		Mardi ap.m.	
Espace accueil *	Mardi après-midi et jeudi matin			
Cuisine – Pâtisserie	Jeudi matin		Vend. matin	
Activité créative	Hebdo	Mardi ap.m.	Jeudi ap.m.	
Animation – Jeu		Mardi ap.m.		
Atelier mémoire		Mercr. matin		
Marché – Repas thérapeutique *	Mercredi matin		Mardi matin	
Balnéothérapie *		Mercr. ap.m.	Jeudi matin	
Ecoute musicale *		Vendr. matin	Mercredi matin	
Atelier voix *	Vendredi après-midi			
Mobilisation douce *			Jeudi après-midi	
Jeux scéniques *	Mercr.ap.m.		Mercredi après-midi	

^{* :} activité mutualisée au moins entre deux unités

4.2.5 Le pôle 4

Le pôle 4 est installé depuis juin 2011 après la réfection des locaux dans le bâtiment Philippe Pinel.²³ Selon les informations recueillies, cet aménagement est transitoire : le pôle doit déménager dans le bâtiment Philippe Paumelle²⁴ – lieu de son implantation initiale – dès que les travaux de réfection de celui-ci seront achevés. Un comité de pilotage devait se réunir à partir du 15 septembre 2012 sur ce sujet.

L'accès aux différentes structures du pôle 4 peut s'effectuer par le même couloir que celui qui mène à la cafétéria ou par une entrée spécifique située à l'arrière du bâtiment. Il n'est pas signalisé à l'extérieur sur le site. Dès qu'on pénètre dans le hall, l'ensemble des

²⁴ Philippe Paumelle (1923 - 1974) est un psychiatre français qui s'engage dans la lutte pour l'ouverture des asiles psychiatriques à partir des années 1950.



.

²³ Philippe Pinel (1745-1826) est un aliéniste français qui fut pour l'abolition des chaînes qui liaient les malades mentaux et pour l'humanisation de leur traitement. Il travailla notamment à l'hôpital Bicêtre.

structures du pôle est bien indiqué.

Comme il s'agit d'une installation provisoire, le choix a été fait de laisser dans l'ensemble des locaux les murs peints en blanc.

Le pôle 4 dessert Orvault et une partie de la ville de Nantes, soit une population de 98 288 habitants²⁵. Selon les informations recueillies, ce secteur concerne beaucoup de personnes défavorisées.

Le pôle dispose d'un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, d'un hôpital de jour et utilise le CMP intersectoriel Ouest.

Le pôle 4 comprend, au rez-de-jardin, le secrétariat et l'hôpital de jour, au rez-dechaussée, l'unité fermée Matisse et, au 1^{er} étage, l'unité ouverte Breton.

Le cadre supérieur de santé du pôle 4 assure également cette fonction pour le pôle 1.

Deux agents assurent le secrétariat pour l'ensemble du pôle à l'exception du CMP.

Une réunion de pôle avait été prévue en juin 2012. Elle a été annulée et reportée au 7 septembre 2012. Il a été indiqué aux contrôleurs que les élections des participants à cette réunion avaient eu lieu en 2008, avant la prise de fonction des cadres de santé en poste actuellement ; de ce fait ces derniers n'assistent pas aux réunions de pôle.

4.2.5.1 L'unité Matisse

L'accès à cette unité fermée se fait par un ascenseur ou par un escalier.

La porte de l'unité est fermée. On y accède en sonnant à l'interphone relié au poste de soins infirmiers et au poste téléphonique du service.

L'unité comprend dix-huit lits en chambre individuelle et deux chambres de soins intensifs. Parmi les chambres, il existe une chambre sécurisée.

Le personnel de l'unité comprend :

- deux praticiens hospitaliers :
 - o l'un, responsable de l'unité, présent huit demi-journées par semaine ;
 - o le second, présent sept demi-journées par semaine ;
- un interne en psychiatrie;
- un cadre de santé ;
- 19 ETP d'infirmiers dont 4 exercent leur activité à 80 %, soit 18,2 ETP;
- un infirmier assurant les médiations cinq demi-journées par semaine ;
- 3,5 ETP d'agents des services hospitaliers qualifiés (ASHQ);
- un psychologue présent trois demi-journées par semaine;

²⁵ Source : recensement INSEE 2009.



-

• deux assistantes sociales, se répartissant les patients par ordre alphabétique; elles sont présentes dans l'unité le lundi matin et le vendredi matin.

Il a été indiqué aux contrôleurs que, pour assurer le fonctionnement de l'unité, trois infirmiers devaient être présents le matin et l'après-midi et deux la nuit (appartenant à une équipe dédiée).

Des **réunions** régulières sont organisées au sein de l'unité :

- le lundi de 9h30 à 10h15 : « flash » ; il s'agit de transmissions plus étayées sur tous les patients ;
- le mardi de 9h30 à 10h : réunion soignants/soignés avec le psychologue et le cadre de santé ; « cette réunion est facultative mais recommandée » ;
- le vendredi de 11h à 12h : réunion de cas clinique en présence de l'équipe du CMP et de l'hôpital de jour ; le cas est choisi le lundi ;
- le lundi à 13h45, tous les quinze jours, réunion de fonctionnement avec le médecin responsable, les assistantes sociales, le psychologue ...
- tous les mois, le jeudi de 13h45 à 14h45, analyse des pratiques avec le psychologue.

Les patients

Le jour de la visite des contrôleurs, la situation était la suivante :

- dix-huit patients étaient hospitalisés : dix hommes et huit femmes ;
- aucun patient n'occupait une chambre de soins intensifs ;
- la « chambre sécurisée » était occupée par un patient, sorti pour la journée en permission. Il est resté dans cette chambre, faute de place dans l'unité ;
- aucun patient n'avait été admis sur décision du représentant de l'Etat;
- treize patients avaient été admis à la demande d'un tiers : sept hommes et six femmes ;
- cinq patients avaient étaient admis en soins libres ;
- l'hospitalisation libre la plus longue avait débuté en 1995;
- l'hospitalisation sous contrainte la plus longue avait débuté en septembre 2011;
- le patient le plus âgé avait 73 ans, le plus jeune, 26 ans.

Les chambres de soins intensifs

L'accès aux deux chambres de soins intensifs s'effectue par un sas; l'une est située à droite, l'autre à gauche. Face à la porte d'entrée du sas et entre les deux chambres, se trouve un local comprenant le matériel de contention et les deux portes d'intervention permettant un accès d'urgence aux chambres. L'accès aux sanitaires se fait également à droite de l'entrée du sas et la douche à gauche. Cette configuration pose la question de l'intimité du patient en cas d'occupation simultanée des deux chambres dans la mesure où chaque patient doit passer devant la chambre de l'autre pour se rendre à la douche ou aux sanitaires.



Lors de la visite, les deux chambres étaient inoccupées.

Les chambres d'isolement, d'une surface de 8,63 m² (2,83 m sur 3,05 m), comprennent chacune un lit de 1,96 m sur 1 m, un pouf recouvert de plastique de 0,45 m sur 0,40 m, un seau hygiénique avec du papier et une bouteille d'eau. Sont également installés un bouton d'appel et trois bouches d'aération dont une a fonction de chauffage. Les chambres bénéficient d'une climatisation. Elles sont dotées d'une porte d'intervention pour les urgences non visible de l'intérieur.

L'éclairage naturel est assuré par deux grandes fenêtres mesurant 1,67 m sur 0, 61 m, dotées d'un store dont la commande est située à l'extérieur. Un éclairage artificiel est prévu en hauteur face au lit du patient.



Chambre d'isolement

L'admission d'un patient, la notification des droits et l'application des dispositions de la loi du 5 juillet 2011

L'infirmière « coordination des admissions » (ICA) informe ses collègues de l'unité du mode de placement d'un patient arrivant, de l'heure de son arrivée et de sa pathologie.

L'accueil du patient est réalisé par les infirmiers référents.

L'entretien médical est effectué, selon l'heure d'arrivée, par le médecin désigné référent du patient ou l'interne de garde. Ce médecin informe oralement le patient qu'il a été admis avec une mesure de contrainte et l'informe de ses droits et des voies de recours contre l'hospitalisation. Il lui indique l'identité du tiers, le cas échéant, sauf s'il existe un risque de passage à l'acte contre ce dernier.



Les documents administratifs relatifs à l'hospitalisation sans consentement parviennent au secrétariat de l'unité dans un délai variable qui n'a pu être précisé aux contrôleurs (« deux -trois jours.. »). Le secrétariat informe le cadre de santé de leur arrivée. La procédure de la notification des droits n'est pas précisément établie : elle peut être réalisée par le cadre de santé ou par le médecin. Elle ne serait pas faite systématiquement mais seulement si l'état de santé du patient le permet. Le problème se pose notamment si le patient a été placé en chambre de soins intensifs où « la situation est plus compliquée ».

Les infirmiers remettent aux familles du patient un document spécifique à l'unité Matisse, intitulé « informations pratiques aux familles des patients hospitalisés ».

Il contient les coordonnées du service, les modalités et les horaires des visites et des sorties accompagnées, les contacts téléphoniques, les possibilités d'information médicale et de rencontre avec les infirmiers de l'équipe, l'interdiction d'apporter des aliments périssables, la demande d'entretien du linge par les familles et les moyens d'accès à l'hôpital.

Le fonctionnement

Dans le poste de soins, un grand tableau permet de récapituler la situation de chaque patient quant à son médecin et ses infirmiers référents, le type de sortie auquel il a droit, les visites, l'accès au téléphone, la date à laquelle les différents certificats devront être rédigés dans le cadre de la loi du 5 juillet 2011. Le cas échéant, un cache permet de dissimuler le nom des patients.

Le jour de la visite des contrôleurs :

- dix patients avaient l'autorisation de sortir seuls ;
- huit patients pouvaient sortir accompagnés, dont un admis en soins libres mais « incapable, du fait de son état de santé, de sortir seul » (il a été présenté aux contrôleurs comme atteint de démence);
- tous les patients avaient le droit de recevoir des visites ;
- tous les patients avaient le droit de téléphoner; un refusait de téléphoner et de recevoir des appels;
- un certificat de 24 heures était indiqué « à rédiger ».

Les patients disposent de placards fermant à clé dans leurs chambres ; ils mettent la clé sur un porte-clés ou sur un bracelet porté à leur poignet.

Selon les informations recueillies, le jour de la visite des contrôleurs, aucun patient ne recevait de traitement de substitution aux opiacés (méthadone ou Subutex®), cinq bénéficiaient d'un neuroleptique d'action prolongée ; aucune prescription ne comportait de traitement « si besoin » ou de mise en chambre de soins intensifs « si besoin ».

Il a été indiqué aux contrôleurs que la somme allouée pour les médiations par an et par pôle – 6 450 euros – ne permettait plus d'organiser de séjours thérapeutiques.

4.2.5.2 L'unité Breton

L'unité Breton est l'unité ouverte du pôle 4.



Elle dispose de vingt-cinq chambres avec lit individuel dont une chambre sécurisée (dénommée « chambre de soins intensifs » dans la brochure d'information) et une chambre à deux lits. Sept patients ne disposent pas de cabinet de toilette dans leur chambre mais peuvent accéder à des sanitaires situés à proximité dans le couloir les desservant. L'accès aux chambres est libre en permanence à une exception près : celle d'un patient qui ne peut y accéder de 10h à 11h30 et de 14h30 à 16h30.

Les patients

Pendant la période de contrôle, vingt-six personnes étaient hospitalisées :

- quinze femmes et onze hommes ;
- vingt patients en soins libres et six admis à la demande d'un tiers.

Les patients contraints étaient tous originaires de l'unité fermée Matisse où leurs droits leur avaient été notifiés.

La plus longue hospitalisation, en hospitalisation libre, remonte au 22 mai 1987 : le patient concerné est médicalement sortant mais en attente d'une place en maison d'accueil spécialisée.

La plus longue hospitalisation sous contrainte est une ASPDT qui remonte au 1^{er} avril 2008.

Les soins sont assurés par une équipe composée de :

- trois praticiens hospitaliers;
- un interne ;
- un psychologue à temps partiel;
- deux assistants sociaux à temps partiel;
- un cadre de santé;
- vingt infirmiers dont cinq exerçant la nuit ;
- quatre ASHQ.

Un médecin référent est attribué à chaque patient, de même que le groupe d'infirmiers (quatre en moyenne) qui le prend en charge. Dès le premier échange téléphonique ou dès la première visite, les proches auront connaissance du nom des référents du patient.

Pendant la journée de contrôle de l'unité, les professionnels présents étaient : un médecin psychiatre, un interne, le cadre de santé et sept infirmiers.

Sur les quatre ASHQ, deux étaient en arrêt maladie ; un poste à hauteur de 80 % de temps de travail était vacant. Pendant la mission un seul ASHQ était présent.

Au début de l'été, certaines chambres n'ont pas été nettoyées pendant une semaine par manque de personnel suffisant au regard de la surface de l'unité (1 400 m² environ). A cette occasion, les patients présents ont adressé une pétition au directeur de l'hôpital afin que l'entretien soit assuré dans la totalité des locaux.

Les réunions de fonctionnement



Afin d'organiser la prise en charge des patients, des réunions sont périodiquement programmées :

- le lundi matin, un staff évoque la situation de chaque patient afin d'organiser la semaine ;
- un lundi après-midi sur deux, une réunion de fonctionnement de l'unité rassemble l'ensemble des professionnels ;
- le mardi matin la réunion soignants/soignés (voir *infra*) est animée alternativement par le cadre infirmier ou par le psychologue ;
- le mercredi de 11h à 12h, réunion clinique puis de 14h15 à 15h15, réunion d'analyse des pratiques conduite par le psychologue et sans la présence du cadre infirmier une fois sur deux;
- le jeudi de 14h15 à 15h15, réunion d'organisation des soins infirmiers.

Toutes les réunions organisées entre 14h15 et 15h15 sont des temps de travail supplémentaires pour les infirmiers du matin qui achèvent officiellement leur service à 14h15 mais sont cependant quasiment tous présents au-delà.

Le fonctionnement de l'unité : les règles de vie

Une brochure d'information est remise à l'arrivée du patient : elle présente l'équipe professionnelle, les principales activités et les horaires de l'unité. Une feuille d'information, mise à jour et datée du 5 août 2012, est diffusée aux familles des patients et à leurs proches. Elle précise notamment les modalités de visites et d'échanges avec l'extérieur.

Les horaires des repas sont :

- o 8h15 à 9h, petit déjeuner;
- 12h à 12h45, déjeuner;
- 19h à 19h45, dîner suivi d'une tisane à 22h.

Les menus de la semaine sont affichés dans la salle à manger. La logistique permettrait aux patients de choisir le contenu de leur plateau mais cette possibilité ne leur est pas offerte (sauf prescription médicale) car dans cette unité « on prend ensemble l'entrée, le plat et le dessert ». Un ou deux soignants prennent systématiquement leurs repas avec les patients qui choisissent librement leur place à table.

Chaque dimanche soir, les patients inscrivent leur nom sur un tableau afin de préciser les jours auxquels ils participeront aux tâches collectives de mise en place et d'enlèvement du couvert. Une affiche élaborée au cours d'une réunion soignants/soignés précise les différentes tâches à effectuer et les modalités de fonctionnement du lave-vaisselle.

La consommation de tabac est interdite dans les locaux fermés mais autorisée dans une pièce-fumoir de 16 m² accessible jour et nuit et dont les vitres ont été remplacées par un grillage.

Les sorties à l'extérieur de l'unité sont autorisées de :

de 9h à 11h30;



- de 13h15 à 13h45;
- de 14h30 à 18h45 ;
- de 20h à 20h30.

Les modalités de sorties sont précisées dans le contrat de soins dont la validité varie de 24 à 48 heures.

Le jeudi 23 août 2012, quatorze patients pouvaient sortir librement dans le parc et la cafétéria, onze connaissaient des restrictions d'horaires ou devaient être accompagnés d'un soignant ; un patient, récemment arrivé, n'était pas autorisé à sortir de l'unité.

Les visites sont autorisées sur avis médical et après accord du patient, de 14h30 à 18h30, avec les membres de la famille ou des proches, en présence ou non d'un soignant. Elles sont toujours limitées dans le temps et en nombre de personnes. Elles sont interdites dans les chambres et ont lieu dans une salle réservée à cet effet dans l'unité ou dans le parc.

Les modalités de contacts téléphoniques sont précisées dans le contrat de soins.

Les patients peuvent conserver leur téléphone portable sauf exception à la demande de la famille et en cas d'utilisation abusive. Une affiche précise que les communications téléphoniques sont autorisées dans les chambres et dans le parc mais pas dans les espaces collectifs ou durant les activités de soins.

Les personnes hospitalisées peuvent être jointes au numéro de l'unité par l'intermédiaire d'un poste téléphonique situé dans un couloir et ne présentant pas de garantie de confidentialité. Une cabine téléphonique est installée à proximité de la cafétéria.

La réception ou l'envoi de courrier est libre.

Les activités de la semaine

- lundi matin : détente corporelle ;
- lundi après-midi : pâtisserie ou cuisine (participation de dix patients le lundi 20 août 2012) ;
- mardi matin: réunion soignants/soignés qui aborde tous les sujets relatifs au fonctionnement du service. Avant la réunion, le courrier de la boîte à idées est relevé afin de contribuer à l'ordre du jour. Après chaque réunion un compte rendu est rédigé par un patient sur un cahier déposé à l'entrée de la salle de restauration près de la boîte à idées.

Parmi les sujets abordés, on relève sur ce cahier :

- o le souhait exprimé de pouvoir utiliser le piano situé dans la salle de télévision et inutilisable en l'état ;
- l'aération et le nettoyage des chambres ;
- o une demande d'achat d'un dictionnaire;
- le recueil des souhaits des patients concernant l'aménagement des futurs locaux de l'unité (couleur des murs notamment);
- l'accueil d'une nouvelle infirmière ;



- o une demande d'installation d'une fontaine à eau ;
- mardi après-midi: diffusion d'un film sur un thème de société permettant des échanges sur ce sujet (participation de sept patients le mardi 21 août);
- mercredi: marche pendant 1 heure et 45 minutes suivi d'un pique-nique (participation de quatre patients le mercredi 22 août);
- jeudi après-midi : pétanque (cinq patients le 16 août) ou écoute musicale (six patients le 16 août) ;
- vendredi: pratique d'un sport (basket-ball ou badminton) dans une salle située à l'extérieur de l'établissement (participation de cinq patients le vendredi 17 août);
- samedi et dimanche : organisation d'une collation entre 16h et 16h30.

Faute d'une subvention suffisante, l'unité n'organise plus de séjour thérapeutique.

Pour le financement des activités, l'unité dispose d'un budget annuel de 800 euros (achat d'ingrédients pour l'activité cuisine ou les collations, achat de DVD ou de balles de baby-foot par exemple).

La préparation à la sortie

Avant la fin de l'hospitalisation, les infirmiers accompagnent le patient à son domicile afin d'évaluer ses conditions de vie et de préparer son retour.

Des réunions de pôle sont régulièrement programmées pour organiser la sortie des patients qui bénéficient après leur hospitalisation de plusieurs formes de suivi :

- du psychiatre du CMP du secteur ou d'un psychiatre libéral;
- du psychiatre du CMP accompagné d'hospitalisation de jour et de la participation aux activités du CATTP ;
- du suivi précédent accompagné ponctuellement d'une hospitalisation séquentielle (une semaine d'hospitalisation tous les deux mois environ).
 Un lit est réservé en permanence à ce type de prise en charge dont bénéficie une dizaine de patients en moyenne chaque année.

4.2.6 Le pôle 5

Le pôle 5 a été installé en 2008, après la réfection des locaux, dans le bâtiment Henry Ey.

Il n'est pas signalisé à l'extérieur sur le site. Dès qu'on pénètre dans le hall, l'ensemble des structures du pôle est bien indiqué avec le nom des praticiens qui composent l'équipe.



Le pôle 5 couvre la population du centre de la ville de Nantes, soit 93 175 habitant ²⁶; la zone desservie comprend à la fois des quartiers aisés et d'autres faisant partie d'une ZUP. Il dispose d'un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et un d'un hôpital de jour situés à Nantes et il utilise les locaux du CMP intersectoriel Ouest. Il comprend deux unités : l'unité fermée Dali et l'unité ouverte Tati.

Il gère également **l'unité intersectorielle ESPACE**, « espace soins prévention adultes jeunes en crise », qui prend en charge des personnes âgées de 15 à 35 ans présentant des conduites de mise en danger de soi en l'absence d'une pathologie psychiatrique avérée ou d'une dépendance aux substances psycho-actives. Les patients sont admis dans cette unité de douze lits en soins libres (SL) ; les contrôleurs ne l'ont pas visitée.

Le jour de la visite des contrôleurs, trois patients du pôle étaient admis en SL dans un autre secteur : deux en psychiatrie 1 et un, en psychiatrie 2. La règle est que le psychiatre de l'unité où se trouve le patient le prend en charge. Dès que le pôle 5 a un lit, il reprend son patient.

L'admission dans les deux unités se fait à 80 % par les urgences au rythme de trois à quatre admissions par jour. Selon les informations recueillies, le médecin traitant adresse directement son patient aux urgences ; de là, la gestion des lits se fait par les infirmières de l'UGEPPP.

Selon les informations recueillies, des patients ayant été hospitalisés dans l'unité fermée Dali puis dans l'unité ouverte Tati, auraient souhaité revenir à Dali : ils ne se sentiraient pas bien dans l'unité Tati, jugée trop grande et demanderaient à séjourner en soins libres dans l'unité fermée.

Des réunions sont programmées pour l'ensemble des professionnels du pôle.

A titre d'exemple, voici les réunions prévues pour le mois de septembre 2012 :

- réunion médecins-cadres le mercredi 24 septembre de 8h30 à 9h;
- réunion de médecins le lundi 17 septembre de 8h30 à 9h30 ;
- évaluation des pratiques professionnelles sur le thème des perversions : mercredi 19 septembre à 11h30 ;
- journée d'étude :
 - vendredi 7 septembre à 14h15 : présentation du partenariat avec l'école des beaux-arts ;
 - vendredi 14 septembre de 14h15 à 15h30 : « la violence en psychiatrie [...] »;
 - mercredi 26 septembre de 11h30 à 12h30 : « quand la maternité rencontre l'adolescence [...];
- hôpital de jour : vendredi 7 septembre : président de l'UNAFAM ;

²⁶ Source : recensement INSEE 2009.



.

- contrôle de cas : mardi 18 septembre et mardi 25 septembre de 9h à 10h ;
- commission de coordination et de concertation (CCC) : lundi 10 septembre de 8h à 10h.

La première « journée du pôle 5 » a été organisée le 14 juin 2012. Elle a donné lieu à un compte rendu qui a été fourni aux contrôleurs. Il s'agissait essentiellement d'assurer une meilleure connaissance des différentes structures et des professionnels du pôle.

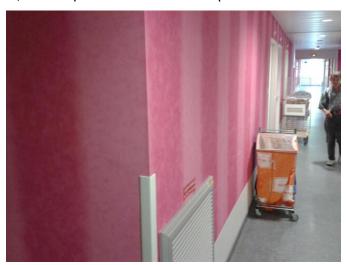
Un conseil de pôle a lieu trois fois par an ; le prochain est prévu le 8 octobre 2012.

4.2.6.1 **L'unité Dali**

L'unité fermée Dali est située au 2^{ème} étage du bâtiment Henry Ey. On peut y accéder par l'escalier ou par un ascenseur.

La porte de l'unité est fermée. On y pénètre en sonnant et en s'annonçant à l'interphone relié à la salle de soins et au poste téléphonique de l'unité. Sur la porte est indiqué le nom de l'unité ainsi que les horaires des visites (le mercredi de 15h à 18h30 et les autres jours de 14h30 à 18h30), des repas, des sorties et des permissions.

Dès la sortie de l'ascenseur, la couleur rose choisie pour la décoration des murs de l'unité attire le regard : les murs des couloirs sont recouverts de papier peint comportant des fleurs roses sur fond blanc, tandis que les chambres sont peintes en rose.



Couloir de l'unité Dali

A l'entrée dans l'unité deux affiches encadrées, datées de décembre 2011, indiquent les droits des patients et les modalités de prise en charge des patients hospitalisés sans leur consentement.

L'unité Dali comprend quinze lits dont un lit dans une chambre sécurisée et deux chambres de soins intensifs (CSI).

Il existe onze chambres à un lit et deux chambres à deux lits.

En règle générale, lorsqu'un patient est placé en chambre de soins intensifs, son « lit hôtelier lui est conservé ».

Le personnel de l'unité comprend :



- deux praticiens hospitaliers :
 - o l'un, présent huit demi-journées, référent de l'unité;
 - o le second, quatre demi-journées;
- un interne en psychiatrie;
- un cadre supérieur de santé présent sur le pôle pour 20 % de son activité ;
- un infirmier faisant fonction de cadre de santé;
- 18 ETP d'infirmiers ; les infirmiers de jour sont répartis en quatre couleurs : trois « rouge », quatre « bleu », quatre « jaune », deux « vert » ; les cinq restant sont dédiés au service de nuit ;
- une assistante sociale;
- un psychologue;
- 4 ETP d'ASHQ.

Les transmissions ont lieu tous les jours de 6h45 à 7h, de 13h45 à 14h30 et de 21h à 21h15.

Des réunions régulières sont organisées dans l'unité :

- le lundi matin : visite de 10h à 12h30 de tous les patients puis réunion commune
 Dali et Tati ; il y est notamment décidé des transferts des patients de Dali vers
 Tati ;
- mardi de 14h30 à 16h : une fois sur deux, fonctionnement et l'autre, clinique ;
- mercredi à partir de 8h30 : réunion tous les quinze jours (jours pairs) avec l'équipe de l'extrahospitalier sur le cas de tous les patients ;
- mercredi de 14h30 à 15h15 réunion soignants/soignés obligatoire avec le cadre de santé, le psychologue, deux infirmiers et un ASHQ;
- le vendredi de 14h30 à 16h : supervision avec un psychanalyste toutes les trois semaines.

Les patients

Le jour de la visite des contrôleurs, la situation était la suivante :

- quatorze patients étaient présents : neuf hommes et cinq femmes ;
- trois hommes avaient été admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE);
- huit patients avaient été admis en SPDT : quatre hommes et quatre femmes ; deux d'entre eux occupaient les deux chambres de soins intensifs ;
- trois patients étaient en soins libres (SL);
- l'hospitalisation libre la plus longue avait débuté le 7 août 2012 ;



- l'hospitalisation sous contrainte la plus longue avait commencé 3 ans et 4 mois avant la visite : il s'agissait d'un patient admis en SPDRE à la suite d'une irresponsabilité pénale (article L. 122-1 du code pénal) ;
- le patient le plus âgé avait 68 ans, le plus jeune, 28 ans.

Le tabac

Contrairement aux locaux des pôles 1, 2, 3 et 4, l'unité Dali ne comporte aucun local adapté aux fumeurs.

Ceux qui peuvent sortir sont invités à mettre leurs briquets et leurs cigarettes dans une armoire fermée à clé située à proximité immédiate de la porte d'entrée. Elle comporte seize casiers. Dans l'un d'eux était rangé un téléphone portable appartenant à un patient admis en SL.

Pour les patients qui ne sont pas autorisés à sortir, la question du tabac dans cette unité est source de tensions importantes et de négociations permanentes. La proposition de prescrire des substituts nicotiniques n'est pas toujours une réponse satisfaisante.

Un projet d'aménagement des locaux a été évoqué par la direction.

Les chambres de soins intensifs

Le jour de la visite des contrôleurs, un seul des deux patients placés en CSI disposait toujours d'un lit hôtelier au sein de l'unité. Il avait été placé en CSI le 12 août 2012. Il bénéficiait depuis peu de trois sorties quotidiennes de quinze minutes chacune. Le second patient, placé en CSI le 30 juillet 2012, était en attente d'une admission dans une unité de soins intensifs en psychiatrie (USIP); la demande avait été faite à l'USIP de Nice (Alpes-Maritimes) et à celle d'Eygurande (Corrèze).

Les patients ont le choix des mets composant la collation servie pour le petit déjeuner et à 16h dans la CSI.

Dans le sas menant aux deux CSI, l'éclairage est assuré par des ampoules à basse consommation qui mettent du temps à s'allumer pleinement : de ce fait les infirmiers pénètrent dans « un lieu à l'ambiance sombre peu adaptée à nos tâches ».

Les patients ont à leur disposition un seau hygiénique. Un infirmier a profité de la sortie de quinze minutes pour le vider.

Les contrôleurs ont rencontré ces deux patients. L'un d'eux a exprimé le souhait de pouvoir écrire à un aumônier pentecôtiste auquel il vouait une grande admiration. Il a indiqué qu'il n'avait pas demandé de matériel de correspondance et a exprimé alors une grande ambivalence par rapport à cette démarche. Le second souhaitait sortir de la chambre et manifestait son impatience et son intolérance à son séjour prolongé en CSI.

Il n'existe pas de registre permettant de retracer les mesures de placement en CSI. Selon les informations recueillies, toutes sont notées dans le dossier du patient.

Par ailleurs, **les mesures de contention**, en CSI ou au sein de l'unité, seraient exceptionnelles ; elles seraient notées dans le dossier du patient et ne font pas l'objet d'une traçabilité dans un registre spécifique.



Le fonctionnement

A l'arrivée d'un patient, un psychiatre et un groupe d'infirmiers référents sont désignés. L'ensemble des soins est contractualisé avec les patients sur tous les sujets de la vie quotidienne : sorties, téléphone, visites. Les patients doivent participer à la réunion soignants/soignés et à deux médiations par semaine.

Aucun patient n'est mis en pyjama à son arrivée à l'exception de ceux placés en chambres de soins intensifs. Il est proposé des vêtements aux personnes sans domicile fixe admises dans l'unité. Le stock disponible, alimenté par des dons du personnel, serait limité surtout en ce qui concerne les chaussures.

A l'entrée de l'unité est installée une boîte en bois où les patients peuvent déposer les clés des placards de leurs chambres.

Dans le poste de soins, trois boîtes renferment des objets appartenant aux patients : chacune contient un sac en plastique avec les réserves de paquets de cigarettes et de boîtes d'allumettes, des papiers d'identité, des lames de rasoir, des flacons d'eau de toilette contenant de l'alcool, ...

La notification des droits et l'application des dispositions de la loi du 5 juillet 2011

Lorsqu'un patient est hospitalisé sans son consentement, le psychiatre qui l'accueille lui explique oralement le type d'admission sous contrainte qui régit son statut : SPDT ou SPDRE. Il n'expose pas systématiquement les voies de recours : il ne le fait que si son état le permet et s'il conteste son mode d'hospitalisation.

Il est indiqué aux contrôleurs que l'arrêté préfectoral d'admission en SPDRE parvient généralement dans l'unité plus de trois jours après l'admission. Une copie de celui-ci n'est pas confiée au patient. Ce dernier est informé dès son arrivée de la possibilité d'être reçu en audience au tribunal de grande instance (TGI) de Nantes par le juge des libertés et de la détention (JLD).

En même temps que la convocation à l'audience, au mieux 48 heures avant, l'UGEPPP transmet par télécopie un document à remplir par le patient.

Le cadre de santé informe le patient de la date de l'audience et de la possibilité de recourir à un avocat. Il lui explique les modalités du déroulement de l'audience et le rôle du JLD et, le cas échéant, le rassure sur les conditions de transport et d'attente au TGI. Le cadre transmet le document reçu de l'UGEPPP en cochant la case « avocat d'office » ou « avocat » avec le nom de l'avocat désigné par le patient. Le cadre renvoie par télécopie à l'UGEPPP le document renseigné qui est transmis ensuite au TGI.

Un des infirmiers référents accompagne le patient à l'audience.

Dans le cas où deux patients de l'unité seraient convoqués le même jour, il a été convenu avec le JLD de décaler les horaires des audiences afin que deux infirmiers ne soient pas absents en même temps ; à l'expérience, cette procédure convient aux deux parties.

Selon les informations recueillies, les patients ont plutôt bien accueilli les nouvelles dispositions : « ils ont été ravis de voir quelqu'un de l'extérieur pour pouvoir exposer leur situation ». Les soignants ont constaté que l'accompagnement des patients au TGI conduisait de temps en temps à la suppression d'une activité, faute de personnel suffisant.



La notification de la décision du JLD parvient dans l'unité 24 ou 48 heures après l'audience. Le cadre de santé et un infirmier se rendent dans la chambre du patient : ils lui proposent de la lire lui-même ou c'est le cadre qui s'en charge.

La notion de « personne de confiance » n'est pas abordée, sauf parfois après au moins huit jours d'hospitalisation.

Tous les entretiens médicaux se font en présence d'un infirmier. Il a été évoqué « le turn-over important des infirmiers dans cette unité, qui pouvait rendre difficile l'élaboration d'une culture commune du soin ».

Dans le poste de soins un grand tableau permet de récapituler la situation de chaque patient quant à son médecin et ses infirmiers référents, le type de sortie auquel il a droit, les visites, l'accès au téléphone et la date à laquelle les différents certificats doivent être rédigés dans le cadre de la loi du 5 juillet 2011. Le cas échéant, un cache permet de dissimuler le nom des patients.

Le jour de la visite des contrôleurs, la situation était la suivante :

- visites: cinq patients n'y avaient pas droit (les deux placés en CSI, deux patients en SPDT, arrivés depuis moins de 24 heures et un patient présentant une pathologie somatique chronique grave);
- téléphone : quatre n'y avaient pas droit (les mêmes sauf le patient ayant une pathologie somatique) ;
- sorties libres: trois patients (les trois admis en SL);
- sorties seuls avec horaires²⁷: six;
- sorties avec accompagnement : deux ;
- aucun patient ne souhaite se rendre à la messe ; certains la regardent à la télévision ;
- cinq patients (sur seize présents) ne sont pas autorisés à sortir ; ce sont les mêmes que ceux qui ne sont pas autorisés à recevoir des visites.

Le jour de la visite des contrôleurs, un lit était vacant. Il était préparé pour une prochaine admission. Sur la table de la chambre étaient posés un livret d'accueil du CHU et un questionnaire de sortie. Les règles de vie sont remises lors de l'entretien d'accueil qui a lieu dans les 48 heures suivant l'admission.

Ce document intitulé « vous êtes hospitalisé dans l'unité "Dali" Modalités de fonctionnement de l'unité » a été rédigé par l'équipe pluri-professionnelle en avril 2012.

Il comporte:

• la **composition de l'équipe** avec les noms des médecins, psychologue, assistante sociale et cadre de santé ;

²⁷ Les horaires de sortie sont ceux indiqués dans les règles de vie.



- le déroulement du processus de soins durant le séjour :
 - l'inventaire des effets personnels avec la possibilité de ranger des objets dans le placard de la chambre fermant à clé;
 - l'hygiène personnelle;
 - o l'interdiction des relations sexuelles dans l'unité;
 - la prise en charge soignante: entretiens médicaux en présence d'une infirmière et entretiens infirmiers, entretiens avec le psychologue, avec l'assistante sociale, entretiens familiaux, le cas échéant;
 - o la visite au chevet du patient chaque lundi matin à 9h45;
 - o la réunion obligatoire soignants/soignés du mercredi à 14h30 ;
 - les médiations : participation obligatoire à des deux médiations suivantes au minimum par semaine :
 - atelier écriture : lundi de 15h15 à 16h ;
 - activité sport : mardi de 11h30 à 14h30 dans un gymnase suivi d'un repas thérapeutique à l'unité Tati;
 - atelier arts créatifs : mercredi de 9h30 à 10h30 ;
 - atelier des Beaux-arts : jeudi de 15h30 à 16h30 ;
 - activité sortie en ville : jeudi à partir de 10h30 ;
 - activité musicothérapie : vendredi de 10h30 à 11h30 ;
 - temps de rencontre ;
- la distribution des médicaments :
 - o le matin à partir de 7h45 dans la salle de soins ;
 - o à midi à partir de 12h dans la salle de réunion;
 - o le soir à partir de 18h45 dans la salle de réunion ;
 - o la nuit de 21h45 à 22h et de 22h45 à 23h;
- les horaires des repas collectifs :
 - o petit déjeuner de 8h15 à 9h;
 - o déjeuner de 12h15 à 13h;
 - o dîner de 19h à 19h45;
 - Les patients sont invités à participer à la mise en place et au rangement de la salle de repas ;
- les **sorties à l'intérieur** de l'unité sont autorisées sur avis médical et indiquées sur le contrat de soins ; elles peuvent se dérouler :
 - seul;



- o accompagné d'un infirmier et/ou de la famille ;
- en semaine : de 9h à 9h30 et de 11h à 11h30, de 13h à13h30 de 14h30 à 18h (lundi, mardi, jeudi, vendredi) ou de 15h à 18h le mercredi et de 20h à 20h30 ;
- le weekend et les jours fériés : de 9h à 9h30, de 13h à13h30, de 14h30 à 18h et de 20h à 20h30 ;
- les **permissions** : une demande écrite doit être faite au moins 48 heures à l'avance. Le document sera signé par le patient et le médecin ;
- les visites sont autorisées sur avis médical de 14h30 à 18h30 (de 15h à 18h30 le mercredi) et se déroulent dans une salle désignée par l'équipe infirmière;
- les téléphones portables ne sont pas autorisés; ils sont déposés à l'admission et remis lors des sorties. Un point phone est à disposition dans l'unité. La réception des communications y est possible de 9h à 23h;
- la **télévision** peut être allumée de 7h à 23h, sauf pendant les repas. Le soir, le choix du programme est laissé à la libre concertation des patients ;
- l'utilisation des **ordinateurs** portables est autorisée sur avis médical. L'accès à internet n'est pas autorisé ;
- le **tabac** : il est interdit de fumer dans l'unité : tabac et briquet doivent être déposés dans une boîte fermée à clé à l'entrée de l'unité. Des patchs et des comprimés de nicotine sont à disposition des patients ne souhaitant pas ou ne pouvant pas sortir.

Plusieurs **activités** sont proposées aux patients en divers lieux de l'unité auxquels ils peuvent avoir accès librement :

- la salle de vie comprenant une télévision, un baby-foot et une table de pingpong, quatre tables et seize chaises. Cette salle, destinée également à la prise des repas, semble être plutôt un lieu de passage qu'une salle où les patients se retrouvent à tout moment de la journée;
- la salle de télévision comprenant six fauteuils, un téléviseur, quinze DVD, une bibliothèque avec plus de 100 ouvrages. Il a été précisé aux contrôleurs que le personnel n'intervenait pas dans le choix du programme de télévision. Lors de la visite, aucun patient ne se trouvait dans cette pièce ;
- la salle polyvalente, ouverte jusqu'à 23h, comprenant deux tables, des chaises, une chaine Hi-fi, un ordinateur sans accès internet, des jeux de société et deux tableaux blancs muraux. Elle se caractérise par les nombreuses expositions des œuvres réalisées par des patients. La réunion hebdomadaire soignants/soignés y est organisée;
- la salle de mobilisation comprenant un sac de frappe, un vélo, trois tapis de sol, et un placard où sont entreposés des chaussettes et chaussures de sport à destination des patients dépourvus des effets nécessaires à la pratique du sport;



• la salle de bains avec baignoire, accessible toute la journée et considérée comme un lieu de relaxation.

Les patients ont également la possibilité de s'inscrire aux activités mentionnées dans les règles de vie dans la limite de cinq personnes maximum. L'inscription se fait lors de la visite du lundi matin.

Lors de la visite, il été précisé qu'était également organisée par un interne, une activité ponctuelle relative à l'écriture d'un « Journal DALI ».

Les repas

Les contrôleurs ont assisté au déjeuner des patients le mardi 21 août 2012.

Les repas sont livrés au rez-de-jardin, montés par ascenseur et acheminés dans une pièce appelée « sas propre ». Ils sont réchauffés au sein de l'unité durant quarante minutes.

Les repas sont pris dans la pièce commune comprenant quatre tables de quatre personnes. Le jour de la visite, quatre infirmières assuraient la surveillance de la salle. Il a été précisé aux contrôleurs que les repas se déroulaient en présence, généralement, d'un personnel infirmier et d'un ASHQ; les autres personnels n'hésitent pas à se rendre dans la pièce en fonction de leur disponibilité.

Le déjeuner a été servi vers 12h20 après la distribution des médicaments, au cours de laquelle est rappelée l'heure du repas. Si les patients ont pour habitude de se rendre seuls à la salle à manger, le personnel infirmier vérifie la présence de l'ensemble des patients.

Chacun se munit d'un plateau-repas sur lequel il pose notamment un pain individuel ou pain de mie, un fruit, du sel et de la mayonnaise, puis se place librement dans la salle.

Les plats sont servis en barquettes individuelles, de manière à respecter le régime alimentaire de chacun (sans sel, hypocalorique, diabétique, haché, végétarien, sans porc, halal). Le personnel infirmier a en sa possession un feuillet comprenant le nom du patient et les barquettes spécifiques qui doivent lui être remises.

Ainsi le mardi 20 août 2012, lors de la visite, il a été servi :

- entrée : museau sauce ravigote ou betteraves vinaigrette ;
- plat : filet de hoki sauce d'Antin accompagné de pâtes ou de céleri rave ;
- dessert : fromage frais sur coulis de fruit ou poire.

La liste des plats proposés au cours de la semaine est affichée à l'entrée de la salle à manger. Aucune mention n'est portée quant à la possibilité de changer un aliment.

Le temps des repas est estimé en moyenne entre quinze et vingt minutes.

Chaque patient est invité à débarrasser son plateau. L'organisation des repas est articulée autour de l'idée « d'autonomisation des patients ». Leur participation est quotidienne car il n'existe pas de planning hebdomadaire répartissant les tâches.

Les repas non distribués sont replacés dans un réfrigérateur jusqu'à leur date limite de consommation. Un contrôle quotidien des produits conservés est effectué par un personnel infirmier de service l'après-midi.



L'effectif des patients étant donné aux cuisines avant 16h, il est toujours prévu un repas supplémentaire midi et soir en cas d'admission.

Durant leur visite, les contrôleurs ont constaté que les patients ne déambulaient pas, désœuvrés de long en large dans les couloirs. Aucun d'eux ne s'est plaint du manque d'activités.

Le cas d'un patient ayant un grave problème somatique qui refusait de se soigner du fait de sa pathologie psychiatrique a été examiné à deux reprises par deux membres du comité d'éthique du CHU dont un juriste pour aider l'équipe soignante dans sa prise en charge. Le médecin généraliste a été associé en partie à cette réflexion (Cf. § 4.1.6).

L'activité de l'unité Dali

En 2011, les données communiquées par le pôle sont les suivantes :

- 243 patients ont été hospitalisés dans l'unité : 2-3 en SPDT, 1/3 en SL ;
- la durée moyenne d'hospitalisation a été de 19,1 jours ;
- le taux d'occupation a été de 96,4 %.

4.2.6.2 L'unité Tati

Cette unité ouverte est située au premier étage du bâtiment Henry Ey et dispose de vingt-deux lits destinés à des patients en capacité de contractualiser des soins et de huit lits réservés à des patients s'inscrivant dans un processus de réhabilitation.

Toutes les chambres sont individuelles à l'exception d'une équipée de deux lits mais occupée par un seul patient pendant la période de contrôle.

Dans le poste de soins se trouve un défibrillateur commun à l'ensemble des structures du pôle.

Vingt-huit patients étaient hospitalisés le 21 août 2012 :

- dix-huit en soins libres;
- huit à la demande d'un tiers (cinq hommes et trois femmes);
- deux patients masculins sur décision du représentant de l'Etat.

Les droits des patients contraints avaient été notifiés lors de leur admission dans l'unité fermée du pôle 5 dont ils étaient tous originaires. Le livret d'accueil de l'unité précise les modalités de recours auprès du préfet, du juge des libertés et de la détention et de la commission départementale des soins psychiatriques.

La plus longue hospitalisation sous contrainte remonte au 12 décembre 2011.

La plus longue hospitalisation libre a débuté le 18 juin 2012.

Le patient le plus âgé a 64 ans et le plus jeune, 17 ans.

Les personnels

Les soins sont assurés par une équipe composée de :



- trois praticiens hospitaliers;
- un interne ;
- un psychologue;
- une assistante sociale;
- un cadre de santé;
- dix-neuf infirmiers dont treize exerçant en journée et six en service de nuit (cinq temps plein et un à 0,8 ETP);
- trois infirmiers affectés aux patients en réhabilitation psycho-sociale ;
- cinq ASHQ (dont un en congé maternité) assurant les horaires suivants : un agent présent le matin (7h - 15h), un l'après-midi (12h30 - 20h) et un en journée (8h -16h).

Les réunions de fonctionnement et de synthèse

Une « visite au lit du patient » est organisée le lundi matin entre 10h et 12h en présence d'un psychiatre, des infirmiers référents, du cadre de santé, du psychologue et de l'assistante sociale ; elle permet de programmer les activités de la semaine. A partir de 13h, une réunion commune aux deux unités du pôle permet d'organiser le transfert de patients de l'unité fermée vers l'unité ouverte.

Une réunion soignants/soignés est programmée le lundi après-midi de 14h30 à 15h15.

La réunion de fonctionnement de l'unité a lieu le mardi après-midi.

Le mercredi matin est consacré, une semaine sur deux, à l'organisation d'un staff et l'après-midi à l'organisation des soins infirmiers.

Une réunion clinique est programmée le jeudi après-midi.

Le fonctionnement de l'unité : les règles de vie

Un livret de six pages remis au patient indique les modalités pratiques de fonctionnement de l'unité.

Les horaires des repas sont :

- 8h15 à 9h, petit déjeuner ;
- 12h à 12h45, déjeuner;
- 16h à 16h30, goûter;
- 18h30 à 19h15, dîner.

De 21h45 à 22h15, une tisane est proposée et donne lieu à de nombreux échanges.

Les patients qui arrivent systématiquement en retard au repas doivent se contenter, après avertissement, d'un dessert accompagné d'une boisson. « Cela reste exceptionnel ».



Les menus de la semaine sont affichés dans la salle à manger. La logistique permettrait aux patients de choisir le contenu de leurs plats mais cette possibilité ne leur est pas offerte. Chaque dimanche soir, les patients inscrivent leur nom sur un tableau afin de préciser les jours auxquels ils participeront aux tâches collectives de mise en place et d'enlèvement du couvert. Une affiche élaborée au cours d'une réunion soignants/soignés précise les différentes tâches à effectuer et les modalités de fonctionnement du lave-vaisselle.

La consommation de tabac est interdite à l'intérieur des locaux. Si les professionnels constatent à plusieurs reprises qu'un patient fume dans sa chambre, son tabac est provisoirement confisqué.

Les patients peuvent fumer dans le parc, la porte de l'unité étant ouverte de 9h à 20h30. De plus, une sortie « cigarettes » peut être autorisée de 7h15 à 7h45 et de 22h à 22h15 en fonction du contrat de soins.

Les visites sont autorisées de 16h30 à 18h30 du lundi au vendredi et de 14h30 à 18h30 le samedi et le dimanche. Elles sont interdites dans les chambres et se déroulent dans une salle réservée à cet effet dans l'unité ou dans le parc.

Les modalités pratiques sont précisées dans le contrat de soins sous la forme de trois couleurs :

- contrat rouge (de l'admission jusqu'au premier entretien avec un psychiatre) : les visites et les échanges téléphoniques sont interdits ;
- contrat orange : sorties autorisées avec un infirmier et appels téléphoniques en nombre limité ;
- contrat vert : sorties et échanges téléphoniques libres.

Les téléphones portables sont désormais autorisés. Les patients qui n'en possèdent pas peuvent être joints, par l'intermédiaire de la ligne téléphonique de l'unité, sur un poste téléphonique situé dans le couloir principal et ne permettant pas des échanges confidentiels.

La réception et l'envoi du courrier ne font l'objet d'aucune censure : une bannette est à disposition des patients afin de faciliter leurs envois.

Les activités de la semaine :

- lundi de 9h à 12h, visite au lit du patient du psychiatre, des infirmières, de l'assistante sociale et de la psychologue. Le programme d'activités est élaboré à cette occasion puis inscrit sur le tableau fixé dans chaque chambre;
- lundi de 14h30 à 15h15, réunions soignants/soignés, facultative, avec les infirmières, l'agent de service hospitalier et la psychologue. La journée du lundi est aussi consacrée aux entretiens médicaux car tous les médecins sont présents;
- mardi de 11h à 14h30, pratique d'activités sportives dans des salles municipales extérieures suivie d'un pique-nique et d'une partie de pétanque l'été si la météo le permet;
- mercredi : activités de relaxation suivies d'un massage individuel de trente minutes avec un infirmier ;



- jeudi de 15h à 16h : atelier musical ;
- vendredi de 15h à 16h : atelier beaux-arts.

Les patients ont accès en journée à :

- une salle équipée d'une table de ping-pong, d'un vélo d'appartement et d'un punching-ball;
- un baby-foot dans le hall;
- une salle d'activités calmes, avec poste de radio et lecteur CD, ouverte de 9h à 23h;
- un salon avec téléviseur, bibliothèque et jeux de société ouvert de 6h à 23h.

La distribution des médicaments

La distribution a lieu un quart d'heure avant les repas et de 22h à 22h30. Les patients se déplacent jusqu'à la salle de soins où l'infirmier leur remet individuellement les médicaments prescrits et veille à leur absorption. Si un patient ne se présente pas, l'infirmier va le chercher.

La préparation à la sortie

Elle est identique, pour la majorité des patients, à celle décrite ci-dessus pour le secteur 4.

Les patients hospitalisés dans l'unité de réhabilitation (chambres 101 à 108) bénéficient d'une préparation spécifique.

Ces huit patients ont été médicalement sélectionnés; tous ont vécu un lourd passé institutionnel émaillé d'échecs. L'objectif est de leur offrir une prise en charge renforcée conduite par le psychiatre et assurée par trois infirmiers présents de 8h30 à 17h.

Après une phase d'information et de sensibilisation aux risques d'évolution de la maladie mais également aux possibilités de rémission, une « lettre d'engagement thérapeutique » est signée conjointement par les soignants et le patient.

Dans ce document, les professionnels s'engagent notamment à :

- établir une évaluation diagnostique soigneuse ;
- o informer le patient sur la maladie et lui fournir une notice explicative ;
- o proposer un programme psycho-éducatif personnel;
- o proposer à la famille ou à l'entourage un programme psycho-éducatif familial ;
- o établir un bilan de santé global et aider à accéder aux soins physiques nécessaires (médecin référent, consultations spécialisées).

Le patient souscrit l'engagement de :

- o prendre son traitement sans omission;
- venir aux rendez-vous fixés ;
- o participer à un programme psycho-éducatif;
- o reprendre des études, une formation ou une activité professionnelle ;



o maintenir ou développer des relations amicales.

Dès son arrivée à 8h30, l'infirmier remet ses médicaments au patient et l'accompagne dans son cadre de vie : aide à l'hygiène personnelle et à l'entretien de sa chambre.

De 9h30 à 10h15, un forum rassemble professionnels et patients pour un temps d'échange sur des sujets intéressant ces derniers.

Les activités commencent à partir de 10h30 :

- lundi, projection de vidéos réalisées par des laboratoires pharmaceutiques concernant la maladie et ses conséquences sur la vie personnelle et professionnelle suivis d'échanges et de témoignages;
- mardi, repas thérapeutique et utilisation de la console Wii (logiciel Cérébrale Académie); accompagnement à l'extérieur pour l'aide à la recherche de logement ou de foyer et rendez-vous avec le curateur ou des membres de la famille;
- mercredi, rencontre individuelle avec le psychiatre ;
- o jeudi, sortie collective à l'extérieur du site;
- o vendredi, participation aux activités du CATTP le matin et préparation du planning de la semaine suivante l'après-midi.

L'activité

En 2011, les données communiquées par le pôle sont les suivantes :

- 331 patients ont été hospitalisés dans l'unité;
- la durée moyenne d'hospitalisation a été de 29,2 jours ;
- le taux d'occupation a été de 90,5%.

4.2.7 L'hospitalisation des adolescents

Les adolescents sont hospitalisés dans le service d'hospitalisation intersectoriel en pédopsychiatrie (SHIP) rattachée au CH de Blain. Les contrôleurs ne l'ont pas visité.

4.3 L'hospitalisation des personnes détenues

La prise en charge médicale ambulatoire des personnes détenues est assurée par le centre hospitalier universitaire dans les locaux du centre pénitentiaire de Nantes et de l'établissement pour mineur d'Orvault.

Le service médico-psychologique régional (SMPR) du centre pénitentiaire de Nantes est rattaché au pôle 3.

Au vu du protocole relatif à l'hospitalisation complète en établissement psychiatrique (définition du domicile, répartition des hospitalisations des patients considérés comme hors secteur) dont les contrôleurs ont pu prendre connaissance, il apparaît que les personnes détenues sont assimilées à des personnes sans domicile fixe lorsqu'elles se trouvent dans les situations suivantes :



- lorsqu'elles n'ont effectivement aucun domicile connu avant l'incarcération ou un domicile très ancien (perdu depuis plus d'un an) ou n'ayant aucun domicile de prévu à leur sortie;
- lorsqu'elles ont un domicile connu mais hors du département, même éloigné, relevant de l'article D.398 du code de procédure pénale²⁸ et qu'elles sont supposées relever d'un traitement bref, avec retour rapide en détention;
- lorsqu'elles relèvent de l'article 122-1 du code pénal²⁹ et nécessitent une prise en charge au long court. Il est alors indiqué que « le service de l'inspection de la santé de la DDASS sera sollicité afin d'organiser son admission dans un établissement correspondant à son domicile, sachant qu'un petit nombre véritablement sans domicile fixe anciennement connu sera orienté comme les SDF ».

Pour ces patients détenus considérés comme des « SDF non sédentarisés », il est appliqué la règle de répartition dite des « hors secteurs » ; cette règle permet de répartir, en fonction des dates de naissance, les hospitalisations dans les secteurs des quatre établissements du département (CHU de Nantes, le CHU de Saint-Nazaire, le CH de Blain et le CH de Montbert³⁰).

S'agissant de l'accueil à l'hôpital et à l'unité de soins elle-même, en revanche, aucune procédure n'est formalisée.

Il a été précisé au sein du pôle 1 que si les patients détenus étaient parfois mis en chambre d'isolement, cette pratique n'était absolument pas systématique.

5- LA SUROCCUPATION ET LES TRANSFERTS

Lorsqu'un patient est placé en chambre de soins intensifs (CSI), un « lit hôtelier » lui est

Au vu d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder, dans les meilleurs délais, à leur hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité au titre de l'article L. 3214-1 du code de la santé publique.

Il n'est pas fait application, à leur égard, de la règle posée au second alinéa de l'article D. 394 concernant leur garde par un personnel de police ou de gendarmerie pendant leur hospitalisation ».

La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime ».

³⁰ Ce centre hospitalier, dit Daumezon, est aujourd'hui implanté sur la commune de Bouguenais.



Août 2012

²⁸ Conformément à cet article, « Les détenus atteints des troubles mentaux visés à l'article L. 3214-3 du code de la santé publique ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire.

²⁹ « N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes.

conservé le plus souvent au sein de l'unité.

Les contrôleurs ont constaté que dans le pôle 5 cette bonne pratique n'était pas respectée : un patient était en attente d'une admission dans une unité de soins intensifs en psychiatrie (USIP). De ce fait, il ne retournerait pas dans une chambre de l'unité et l'effectif des patients augmentait ainsi que la charge de travail des soignants.

Lorsque l'admission d'un patient se fait directement en CSI, un lit hôtelier lui est réservé de la même façon. Dans le cas où l'unité fermée est pleine, il est possible que durant quelques heures ce patient ne dispose pas de lit hôtelier, le temps qu'un patient soit transféré dans l'unité ouverte du secteur.

Il peut arriver qu'un patient demeure en CSI « porte ouverte » mais, selon les informations recueillies, cette pratique serait exceptionnelle.

Lorsque les patients d'un secteur sont admis dans une unité d'un autre secteur, c'est le psychiatre et l'équipe soignante de l'unité qui l'accueillent qui assurent la prise en charge et le traitement. Dès qu'un lit se libère, le patient est transféré dans son secteur d'origine.

6- LE RECOURS A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION

6.1 La procédure d'isolement

La procédure d'isolement en vigueur dans les pôles de psychiatrie date du 1^{er} septembre 2005. Elle comporte un document comprenant les indications, la prescription et les soins et les feuilles de prescription et de surveillance.

Plusieurs documents, concernant la procédure d'isolement, remis aux contrôleurs, ont été rédigés en mars 2012 par un cadre supérieur de santé. Ils ont été vérifiés par le directeur de soins des pôles de psychiatrie et approuvés par le « directeur de pôle »³¹. La date d'application n'est pas indiquée faute de signature de la direction.

Ils ont trait à

- l'aménagement et l'entretien de la CSI ; dans ce document figure notamment le matériel disponible :
 - « un lit spécifique CSI
 - 2 draps, et possibilité de couverture selon la température de la pièce
 - des pyjamas (haut et bas sans liens, mais avec élastique ou boutons) rangés dans le placard
 - -1 seau hygiénique et rouleau de papier hygiénique
 - -1 bouteille d'eau sans bouchon (possibilité d'un gobelet) ».

³¹ Le directeur de pôle n'avait pas encore été nomme officiellement au moment de la visite des contrôleurs.



٠

- la procédure spécifique de soins en chambre de soins intensifs; dans ce document sont précisées notamment les indications de placement en CSI et les non indications, les prescriptions, la conformité de la mise en CSI avec le mode de placement avec une modification au-delà de 24 heures et les soins; il est indiqué dans les soins d'hygiène que « sauf indication contraire, le patient doit bénéficier par jour au minimum d'une douche et d'un accompagnement au WC »;
- l'utilisation des feuilles de prescription et de soins en chambres de soins intensifs. Cette feuille indique notamment dans les modalités d'hospitalisation :
 « si le patient est en HL, indiquer dans la zone "commentaires" les procédures entamées (ou à entamer) pour modifier le mode d'hospitalisation ou l'absence de procédure si le patient est en accord avec l'hospitalisation en CSI ».

Il est prévu de rédiger une fiche de prescription de contention séparée en cas de recours à cette mesure.

Il n'existe aucun registre permettant de retracer les placements en chambres de soins intensifs au sein des pôles de psychiatrie.

6.2 La procédure de contention

La plate-forme et les pôles de psychiatrie ont rédigé plusieurs documents ayant trait à la contention en date du 21 mai 2010 :

- « descriptif du dispositif de contention ». Il y est rappelé que « chaque unité fermée dispose de deux dispositifs de contention :
 - un dispositif « A », contenu dans une mallette d'intervention, utilisable pour les déplacements extérieurs nécessitant une éventuelle contention;
 - un dispositif « B » rangé dans l'unité et prioritairement utilisé dans la CSI ».

Chaque équipement contient un dispositif de trois sangles : l'une pour le poignet, la deuxième pour la cheville et la dernière pour le ventre. Deux clés magnétiques sont jointes à chaque équipement pour utiliser les fermetures de sécurité ;

- « entretien du dispositif de contention » :
 - o propreté des sangles après usage;
 - nettoyage des sangles;
 - o remise en service du dispositif
 - o vérification de l'intégralité des deux dispositifs A et B.

Il existe un document permettant de retracer la vérification bimensuelle des deux dispositifs.

Il a été remis aux contrôleurs un projet de « feuille de prescription de contention physique » daté du 7 février 2012. Dans ce document, il sera possible de noter :



- le motif de la prescription de la contention :
 - o agression physique envers autrui;
 - risque de chute;
 - agitation rendant la prise en charge médicale impossible (prélèvements, examen...);
 - o auto agression;
 - o risque de fugue;
 - o autre;
- si le patient et/ou son entourage a été informé ou si cela a été impossible ;
- la recherche du consentement du patient ;
- le type de contention;
- la surveillance et la réévaluation régulière :
 - avec la fréquence (30 minutes, 1 heure, 2 heures, 4 heures, 6 heures, autres....);
 - les constantes vitales ;
 - la recherche des complications;
 - l'état de conscience;
 - o la vérification de l'intégrité et du bon usage du matériel ;
 - la réévaluation de l'indication de la contention et information du médecin;
 - o la levée de la contention : heure ;
 - o le visa de la personne qui lève la contention.

Par ailleurs le CHU a édité des recommandations pour les professionnels sur « les bonnes pratiques en matière de contention physique ». Il s'agit d'un document de trente-cinq pages destiné à tous les services du CHU. Il a été rédigé par le coordonateur général des soins à la suite de « la survenue d'événements indésirables graves liés à une contention physique en juin 2005 ». Il comprend les points de vue éthique et juridique avec la notion d'atteinte aux droits de l'homme, les alternatives à la contention physique y compris devant une situation d'agitation ou d'agressivité, les risques liés à l'immobilisation, les modalités de la mise en place d'une contention physique, les différents types de contention et la surveillance.

Il n'existe aucun registre permettant de retracer les mesures de contention réalisées au sein des pôles de psychiatrie.

6.3 Les chambres d'isolement

Il existe deux chambres de soins intensifs (CSI) par secteur, situées dans chaque unité fermée.

Le tableau suivant indique leur occupation le jour de la visite des contrôleurs :



secteur	1 ^{ère} CSI	2 ^{ème} CSI	
Psychiatrie 1	un mineur	0	
Psychiatrie 2	patient en SPDT depuis le 11/8/2012, chambre ouverte	patient en SPDT depuis le 21/9/2012, chambre ouverte	
Psychiatrie 3	Patient en SPDT depuis le 20/8/2012	patiente en SPDRE depuis le 13/8/2012	
Psychiatrie 4	0	0	
Psychiatrie 5	Patient en SPDT entré le 30/7/2012, en attente d'admission dans une USIP ³²	Patient en SPDT entré le 12/8/2012 avec 3 périodes d'ouverture de 15 minutes par jour	

Au sein du pôle 1, comme indiqué *supra*, les personnes détenues sont parfois placées en CSI mais cette pratique, fréquente, n'est pas systématique. En revanche, les patients mineurs sont presque toujours accueillis en CSI et autorisés à sortir, dans la journée, uniquement lorsque les autres adultes ne sont pas présents c'est-à-dire essentiellement pendant les temps de repos. Tout patient placé en CSI est tenu de revêtir le pyjama de l'hôpital. Les repas sont servis sur des plateaux jetables. Les seuls couverts sont des cuillères en plastique.

Au sein des unités du pôle 2-3, il a été déclaré aux contrôleurs que les placements en chambres de soins intensifs (CSI) étaient réduits au minimum, ce qui conduisait à un taux d'occupation de l'ordre de 75 % du temps. « La durée varie de moins d'une heure – par exemple pour la prise d'un repas – à trois semaines ».

Les patients arrivant en hospitalisation sous contrainte sont systématiquement placés en CSI préventive pendant au moins les deux premiers jours. Les patients détenus y restent pendant toute la durée de leur hospitalisation; parfois ils sont autorisés à en sortir temporairement, notamment pour aller fumer sur le balcon, mais ils restent tout le temps en pyjama.

Le placement en CSI est réglementé par un protocole détaillé. Il a été précisé que tout placement et toute sortie de CSI nécessitaient la présence d'un médecin, qui pouvait être l'interne de garde en dehors des heures ouvrables. Dès lors qu'une personne est placée en CSI, elle fait l'objet d'un suivi toutes les heures avec prise éventuelle de la tension artérielle, de la pulsation, de la température, examen du comportement, de la tenue vestimentaire, du transit, de l'état de la chambre, aide aux soins, accompagnement éventuel hors de la CSI, par exemple pour aller sur le balcon fumoir. Elle est vue par un médecin au moins une fois par jour y compris durant le weekend.

Au moment des repas, il arrive que des infirmiers soient appelés en renfort à titre préventif; en revanche, l'équipe de sécurité n'est jamais appelée préventivement.

Chaque CSI dispose d'un bouton d'appel relié au bureau de l'équipe soignante.

³² USIP : unité de soins intensifs en psychiatrie.



6.4 Le recours à la contention

A l'unité fermée du pôle 1, certains personnels ont indiqué que le recours à la contention était exceptionnel, d'autres à l'inverse qu'il était régulier tout en faisant l'objet d'un encadrement strict. Quand elle est prescrite, elle concerne les quatre membres mais suppose aussi l'utilisation de la ceinture ventrale ; selon les informations recueillies, dans les faits, les personnels soignants ne posent jamais « la ventrale ».

Lors du contrôle, le patient mineur mis en chambre de soins intensifs n'y était pas soumis. En revanche, les soignants avaient recours à la contention pour le patient autiste, hébergé dans la chambre aménagée et sécurisée, à des moments ou dans des circonstances particulières; l'ensemble de sa prise en charge faisait en tout état de cause l'objet d'un protocole spécifique.

Au sein des unités du pôle 2-3, il a été déclaré aux contrôleurs que le recours à la contention était exceptionnel – « de l'ordre de dix fois par an » – et n'était pratiqué qu'en CSI. Au moment de la visite, aucun patient n'y était soumis.

Il n'existe aucun registre permettant d'assurer une traçabilité claire et accessible du recours à la contention; seuls les dossiers individuels de soin en font mention. Ainsi, il n'est pas possible aux équipes de l'hôpital de contrôler d'éventuelles évolutions ou disparités entre services quant à l'emploi de cette technique.

Toute contention ou fin de contention doit être décidée par un médecin, éventuellement l'interne de garde.

7- LES CONDITIONS DE VIE AU TRAVAIL

Dans l'ensemble des pôles, les contrôleurs ont constaté que le personnel adoptait vis-àvis des patients une attitude respectueuse et attentionnée, les vouvoyant et les appelant « Monsieur » ou « Madame Untel » avec toutefois une exception pour certains patients chroniques présents dans l'unité depuis plusieurs années.

Les contrôleurs ont noté que les patients n'erraient pas dans les couloirs et que l'ambiance était sereine.

Le **recrutement** des postes de soignants est centralisé au niveau du CHU.

Selon les informations recueillies, aucune affectation n'est prononcée en psychiatrie si le soignant n'en a pas formulé le désir à l'exception des recrutements pour trois mois sur les mensualités d'été.

Lorsqu'on sait qu'un agent souhaite être affecté en psychiatrie, l'entretien de recrutement est réalisé par un cadre de santé de la psychiatrie. Un infirmier recruté commence d'abord par travailler deux ans en intrahospitalier puis peut demander à être affecté sur l'extrahospitalier.

La mise en place du pôle unique pourrait être l'occasion de permettre le « brassage » des infirmiers entre l'intra et l'extrahospitalier : la majorité des infirmiers chevronnés se trouverait actuellement sur l'extrahospitalier, tandis que le personnel débutant est affecté dans les unités



Les professionnels habitent souvent à 30-40km de Saint-Jacques. Ils font une demande pour pouvoir stationner sur le site et ont un accès au parking.

Trois dispositifs de protection du travailleur isolé (PTI) sont à disposition des soignants dans chaque unité.

Il n'existe pas d'équipe dédiée aux renforts en journée. Une discussion à ce sujet a eu lieu en CCC Une étude a été menée en 2006 sur le nombre d'appels de renforts. Il a été considéré qu'il « s'agissait d'une tâche ingrate déléguée à d'autres soignants que ceux de l'unité concernée ». Le choix a été de renforcer l'équipe de médiation.

Il existe par ailleurs une équipe de sécurité et de sûreté incendie (Cf. § 4.1.4).

Lorsqu'il y a des alertes sur un trafic de cannabis ou d'alcool sur le site, le commissariat de police de la commune de Rezé³³ est appelé pour intervenir. De bons rapports avec la police sont décrits.

L'absentéisme a fait l'objet d'une étude de la direction des soins par pôle. Le tableau suivant indique le nombre de jours d'absence par an en 2010, 2011 et jusqu'au 30 juin 2012 :

pôles	2010	2011	Jusqu'au 30 juin 2012
Psychiatrie 1	19,52	17,69	15,78
Psychiatrie 2- 3 SMPR	19,60	22,79	15,98
Psychiatrie 4	24,59	20,31	23,32
Psychiatrie 5	13,54	17	27,05
Psychiatrie universitaire	11,56	14,20	10,39
Pédo-psychiatrie	18,78	16,79	21,07
Moyenne / pôles cliniques du CHU	17,92/23,24	18,13/23,62	19,26/23,45

L'absentéisme observé a conduit la direction des soins à mettre en place une équipe de suppléance spécifique à la psychiatrie. Elle comporte vingt-huit postes (Cf. § 2.3.2).

Selon les informations recueillies, l'absentéisme en psychiatrie serait moins élevé que dans d'autres pôles du CHU.

Le cadre supérieur du pôle peut détacher entre 0,8 ETP et 1,5 ETP pour une réponse immédiate dans le cas d'une absence inopinée. 14,6 ETP sont affectés sur l'ensemble des pôles à la semaine en fonction des absences et 4,6 ETP sont dédiés aux effectifs de nuit, gérés par les cadres de nuit. Il est possible de dégager des effectifs supplémentaires au niveau du CHU en cas de pic d'absentéisme.

³³ Il s'agit du commissariat de police le plus proche du site.



L'enveloppe dédiée à la **formation** des agents du CHU est divisée en deux parties : l'une - qui représente 35% du budget et répartie entre tous les pôles sur la base des ETP - est réservée aux actions spécifiques des pôles, la seconde, aux actions transversales, ouvertes à l'ensemble des professionnels non médicaux.

En 2011, l'enveloppe pour les actions spécifiques des pôles de psychiatrie s'est élevée à 51 779 euros. Une action a été décommandée et les pôles ont effectivement engagé 44 157 euros. S'agissant des actions transversales, le budget s'est élevé à 144 575 euros soit 12,94 % de l'enveloppe générale alors que les professionnels de la psychiatrie représentent 8,7 % des effectifs.

S'agissant des actions spécifiques des pôles de psychiatrie, leur nombre est indiqué dans le tableau suivant :

	2009	2010	2011	Juin 2012
Nombre d'actions	116	153	183	94

Quinze formations d'adaptation à l'emploi sont mises en œuvre tous les ans.

Lorsqu'une **agression** d'un personnel a lieu dans une unité, le directeur des soins en charge de la psychiatrie se déplace pour rencontrer l'équipe, après avoir pris l'avis du cadre de santé. Le cas échéant, une déclaration d'accident de travail est effectuée, le médecin du travail est sollicité. Dans une situation difficile, il peut être proposé à l'agent de quitter la psychiatrie et de prendre un poste dans un service somatique.

Le jour de l'arrivée des contrôleurs, au sein d'une unité du pôle 2-3, un patient agité a refusé d'être placé en CSI; il a tenté d'arracher l'œil d'un infirmier, donné un coup violent à un autre infirmier intervenu en renfort et provoqué une foulure de la cheville d'une troisième infirmière. Cet incident qui n'a entraîné aucune interruption de travail, a donné lieu à des échanges au sein de l'équipe, qui n'a pas parue déstabilisée pour autant mais s'est plutôt inquiétée de l'état de santé de leurs trois collègues.

Il a été rapporté aux contrôleurs que durant l'année 2011, deux patients avaient tentés de s'enfuir en démontant le système de blocage des fenêtres de leurs chambres. Ces tentatives s'étaient soldées par une chute provoquant dans un cas le décès du patient et dans l'autre cas des blessures nécessitant une hospitalisation. Le personnel a demandé la tenue de réunions extraordinaires du comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) au cours desquelles il a été dénoncé l'absence de garantie des conditions d'enfermement des personnes hospitalisées et réclamé des normes nationales sur les structures fermées.

Les services de psychiatrie du CHU de Nantes offrent globalement aux patients une bonne qualité d'accueil et de prise en charge grâce à des professionnels compétents et impliqués.



CONCLUSION

1. Il est remarquable que le CHU Saint-Jacques de Nantes ait mis en place un service dédié à l'accueil du patient, l'unité de gestion des patients en psychiatrie (UGEPP), qu'il conviendrait de généraliser à d'autres hôpitaux. Ce service facilite en effet les admissions grâce aux liens entretenus par les trois infirmiers de coordination avec les unités de soins, les secrétariats médicaux et les urgences. Il a permis une information de qualité des patients et personnels sur les procédures issues de la loi du 5 juillet 2011 (Cf. § 3.1.1).

Ainsi, pour les patients, l'UGEPP a confectionné des affichettes originales et claires relatives aux modalités de prise en charge des soins psychiatriques sans consentement et aux droits des patients (Cf. 3.2.2).

Pour les personnels, suite aux réunions du groupe de travail qui, une fois n'est pas coutume, perdurent bien au-delà de l'entrée en vigueur de la loi, a été envisagée la création d'un vade-mecum et de fiches de conduites à tenir (Cf. § 3.2.2).

Dès lors, il est regrettable que cet outil remarquable qu'est l'UGEPP ne soit pas mieux exploité.

Ainsi, l'information du patient doit être mieux assurée : les arrêtés préfectoraux d'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat doivent être notifiés aux patients, dans des délais raisonnables, et retournés à l'ARS (Cf. § 3.1.3) ; un livret d'accueil propre à la psychiatrie, contenant des renseignements précis sur les voies de recours et les coordonnées des autorités à contacter, ainsi qu'un règlement intérieur de l'unité – sous un format unique, avec un socle de règles communes – devraient pouvoir être distribués au patient dès son arrivée (Cf. § 3.2.1, 3.2.2) en particulier dans les unités fermées (Cf. par exemple § 4.2.2.1).

Les certificats médicaux doivent être rédigés en temps et en heure et transmis aux agents administratifs pour jonction aux procédures en cours et classement aux dossiers des patients concernés (Cf. § 3.1.3).

- 2. Une procédure particulière, visant à recueillir les observations des patients, doit être mise en place, les phrases-type insérées dans les bordereaux de notification des mesures n'apparaissant pas suffisantes pour s'assurer que ce droit a bien été respecté (Cf. § 3.2.2).
- 3. La procédure de notification et d'information du patient hospitalisé sous contrainte sur sa situation et ses voies de recours devrait faire l'objet d'une formalisation sous la forme d'un protocole permettant d'indiquer aux patients leurs voies de recours (Cf. § 3.1.3).
- 4. Les médecins devraient rédiger les certificats exigés par la loi du 5 juillet 2011 sans que les personnels de l'UGEPP soient obligés régulièrement de les leur réclamer



régulièrement (Cf. § 3.1.3).

- 5. Il conviendrait qu'il existât un livret d'accueil spécifique à Saint-Jacques afin qu'il fasse mention des informations spécifiques à la psychiatrie et notamment les différents modes d'hospitalisation et de soins psychiatriques sans consentement et leurs voies de recours. En complément du livret d'accueil, chaque unité devrait éditer des règles de vie comportant avec les mêmes thèmes concernant la vie quotidienne des patients (Cf. § 3.2.1).
- 6. Pour la mise en œuvre des dispositions de la loi du 5 juillet 2011, des réunions de travail au sein de l'hôpital ont permis d'installer l'ensemble du dispositif. Depuis septembre 2012, un groupe de travail continue de se réunir pour réaliser des fiches types de "conduite à tenir" permettant une aide aux équipes soignantes, à l'encadrement et aux directeurs de garde. S'agissant des observations des patients, il conviendrait de prévoir la mise en place de leur recueil spécifique dans les différentes unités (Cf. §.3.2.2).
- 7. Il est regrettable que l'organisation des audiences au sein du CHU n'ait été écartée que pour des considérations liées au manque de moyens humains. S'agissant des audiences organisées au sein du tribunal de grande instance de Nantes, une salle devrait être mise à la disposition des avocats pour les entretiens préalables qu'ils ont avec les patients (Cf. § 3.3.2).
- 8. Les registres de la loi sont parfaitement bien tenus (Cf. § 3.5).
- 9. Le service de protection juridique des majeurs devrait être signalisé et figurer dans l'organigramme du CHU, sur son site internet et dans le livret d'accueil. Il serait nécessaire de mener des actions de communication à destination des familles. De plus il conviendrait d'associer davantage les mandataires judiciaires à la prise en charge des patients (Cf. § 3.7).
- 10. La commission départementale des soins psychiatriques a constaté dans des registres de la loi examinés, de nombreux « copier-coller » c'est-à-dire des certificats médicaux des 24 heures, 48 heures, huitaine, quinzaine, six mois, exactement identiques au mot près, pour un même patient, même si la situation se serait améliorée (Cf. § 3.12).
- 11. Il est indispensable d'assurer aux patients la confidentialité de leurs communications téléphoniques. Par ailleurs il serait utile d'harmoniser les pratiques sur l'utilisation des téléphones portables entre les diverses unités (Cf. § 3.13.2).
- 12. Il serait utile que l'établissement réfléchisse à l'accès pour les patients à leur ordinateur et à l'utilisation d'internet au sein des unités de soins (Cf. § 3.13.4).
- 13. Le livret d'accueil du CHU devrait mentionner l'union nationale des amis et familles de malades psychiques dans sa rubrique relative aux associations d'usagers (Cf. § 3.15)
- 14. Le règlement intérieur de l'hôpital devrait faire l'objet d'une mise à jour pour tenir compte des dispositions de la loi du 5 juillet 2011 (Cf. 4.1).



- 15. La cuisine centrale propose un menu de base avec des choix de plats. Il est regrettable que les soignants de psychiatrie n'utilisent pas cette possibilité au prétexte de limiter les jalousies et envies changeantes des patients. Il peut en résulter des difficultés avec les malades ayant des aversions alimentaires (Cf. § 4.1.2).
- 16. L'unité mutualisée de médiation thérapeutique propose des activités diversifiées. Il serait utile d'en tenir des statistiques de fréquentation par les patients (Cf. § 4.1.5.3).
- 17. Il conviendrait d'augmenter le temps des médecins généralistes afin que l'examen d'admission des patients hospitalisés sans leur consentement soit réalisé ainsi que le suivi des patients placés en chambres de soins intensifs et/ou en contention (Cf. § 4.1.6)
- 18. Des ASH devraient être présentes l'après-midi à l'unité fermée du pôle 1 (Cf. 4.2.2.1).
- 19. Les urgences médico-psychologiques assurent à la fois l'accueil, l'orientation et la prise en charge des patients dans d'excellentes conditions (Cf. § 4.1.8).
- 20. Les locaux déjà rénovés offrent de très bonnes conditions d'hospitalisations aux patients. Il semblerait cependant judicieux d'installer toutes les unités fermées en rez-de-chaussée plutôt qu'en étage (Cf. § 4.2.3, 4.2.4, 4.2.5 et 4.2.6).
- 21. Il est nécessaire de s'interroger sur l'admission de patients en soins libres dans toutes les unités de soins fermées (Cf. § 4.2.2.1, 4.2.3.1, 4.2.4.1, 4.2.5.1 et 4.2.6.1).
- 22. Les chambres de soins intensifs sont dotées de bouton d'appel. Les sanitaires n'étant pas situés dans les chambres, un seau est mis à la disposition des patients, ce qui est contraire à leur dignité (Cf. § 4.2.5.1 et 4.2.6.1 et 6.1).
- 23. Il serait nécessaire de rédiger un protocole relatif à l'accueil et à la prise en charge des personnes détenues au sein de l'établissement (Cf. § 4.3).
- 24. Conformément aux recommandations du Contrôleur général du 18 juin 2009 parues au journal officiel du 2 juillet 2009, il serait utile de tenir un registre permettant de retracer les mesures de placement des patients en chambres d'isolement et en contention (Cf. § 6.1 et 6.3).



TABLE DES MATIERES

1- (Condit	ions générales de la visite	2
2 -	Préser	tation générale de l'établissement	2
2	2.1	L'implantation	4
2	2.2	La psychiatrie dans le département de la Loire-Atlantique	<i>6</i>
2	2.3	L'organisation de l'établissement	
	2.3.2		
	2.3.2	Le personnel non médical	8
2	2.4	L'activité	10
3-	Hospit	alisation sans consentement et exercice des droits	12
3	3.1	L'arrivée des patients	12
	3.1.2	Les modalités d'admission	12
	3.1.2	L'inventaire des effets personnels	14
	3.1.3	La notification de la décision d'admission	14
-	3.2	Les informations délivrées aux patients	16
	3.2.2	Le livret d'accueil et les informations générales	16
	3.2.2	Les informations relatives à la loi du 5 juillet 2011 et aux possibilités de recours	19
3	3.3	Le contrôle du juge des libertés et de la détention	20
	3.3.2	Les modalités d'organisation de l'audience	20
	3.3.2	Le déroulement de l'audience du 23 août 2012	2 1
	3.3.3	B Les décisions rendues	22
•	3.4	Les sorties accompagnées d'une durée inférieure à douze heures	23
3	3.5	Le registre de la loi	23
3	3.6	Le collège de soignants	24
3	3.7	La protection juridique des majeurs	25
3	3.8	La désignation d'une personne de confiance	27
3	3.9	L'accès au dossier médical	28
3	3.10	L'accès à l'exercice d'un culte	29
3	3.11	Les élections	30
•	3.12	La commission départementale des soins psychiatriques	30



3.	13	La communication avec l'extérieur	31
	3.13.	1 Les visites	31
	3.13.	2 Le téléphone	32
	3.13	3 Le courrier	34
	3.13.	4 L'informatique et l'accès à l'internet	34
3.	14	La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en ch	arge.35
	3.14	1 Les plaintes et réclamations	35
	3.14	2 Les événements indésirables	35
	3.14	3 Les recours contentieux	35
3.	15	L'union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM)	35
4- C	ondit	ions d'hospitalisation	36
4.	1	Eléments communs à tous les secteurs	36
	4.1.1	Le règlement intérieur	36
	4.1.2	La restauration	37
	4.1.3	La blanchisserie	38
	4.1.4	La sécurité	38
	4.1.5	Les activités communes	39
	4.1.6	Les soins somatiques	43
	4.1.7	Le service de nuit à Saint-Jacques	45
	4.1.8	Le service de nuit et le fonctionnement des urgences médico-psychologiques	47
4.	2	Analyse détaillée par secteur de psychiatrie adulte	50
	4.2.1	Le pôle universitaire d'addictologie et de psychiatrie	50
	4.2.2	Le pôle 1	53
	4.2.3	Le pôle 2	63
	4.2.4	Le pôle 3	79
	4.2.5	Le pôle 4	85
	4.2.6	Le pôle 5	93
	4.2.7	L'hospitalisation des adolescents	107
4.	3	L'hospitalisation des personnes détenues	107
5- La	a surc	occupation et les transferts	108
6- L	e reco	ours à l'isolement et à la contention	109
6.	1	La procédure d'isolement	109



6.2	La procédure de contention	110
6.3	Les chambres d'isolement	111
6.4	Le recours à la contention	113
7- Les c	conditions de vie au travail	113
CONCLU	USION	116
Tahla d	les matières	110

