



**Centre hospitalier général  
de Sambre-Avesnois  
Maubeuge  
Nord**

*Du 1<sup>er</sup> au 3 mars 2010*

Contrôleurs :

- Cédric de Torcy, chef de mission ;
- Michel Clémot ;
- Jacques Gombert.

En application de la loi du 30 octobre 2007 instaurant le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, trois contrôleurs ont effectué une visite des trois secteurs de psychiatrie du centre hospitalier général de Sambre-Avesnois, à Maubeuge (Nord) du 1<sup>er</sup> au 3 mars 2010.

## **1 CONDITIONS DE LA VISITE**

Les contrôleurs sont arrivés au centre hospitalier le lundi 1<sup>er</sup> mars à 14h30 et en sont repartis le mercredi 3 mars à 17h45. Ils ont effectué une visite en soirée le mardi 2 mars jusqu'à 22h45.

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

- le directeur du centre hospitalier ;
- le président de la commission médicale de l'établissement (CME) ;
- le coordinateur général des soins et son adjointe ;
- le médecin, chef d'un secteur et coordonnateur du pôle de psychiatrie ;
- le médecin, chef d'un autre secteur ;
- un médecin du troisième secteur.

Une réunion de fin de visite s'est tenue avec le directeur de l'établissement, le président de la CME, le coordinateur général des soins et le cadre supérieur de santé du pôle psychiatrique.

Le directeur du centre hospitalier avait été informé préalablement de la visite par un courrier en date du 24 février 2010.

L'ensemble des documents demandés ont été remis aux contrôleurs.

Cette mission a fait l'objet d'un projet de rapport qui a été soumis au chef d'établissement le 12 novembre 2010. Celui-ci a fait connaître ses observations par écrit le 9 décembre 2010. Elles ont été prises en considération pour la rédaction du présent rapport de visite.

## **2 PRESENTATION DE LA STRUCTURE**

### **2.1 L'environnement du centre hospitalier**

L'arrondissement d'Avesnes - Maubeuge accueille une population de 238 521 habitants dont 15 % vivent à Maubeuge, 54 % dans la communauté de communes du Val de Sambre. 32 % de la population ont moins de vingt ans.

Héritier d'établissements implantés à Maubeuge depuis le VII<sup>ème</sup> siècle, le centre hospitalier de Sambre-Avesnois a remplacé un hôpital détruit par un bombardement le 16 mai 1940. Les premiers services ont été ouverts en 1961.

Implanté de part et d'autre du boulevard Pasteur, à moins d'un kilomètre du centre ville et de la gare, l'hôpital est accessible par une ligne d'autobus dont un arrêt est situé devant l'entrée principale.

Aujourd'hui, l'hôpital offre des services regroupés sous sept pôles :

- pôle « 1 » : cardiologie, gastroentérologie, médecine interne, néphrologie-hémodialyse, neurologie, pneumologie ;
- pôle « 2 » : anesthésie, chirurgie viscérale, clinique de l'appareil locomoteur, "spécialités chirurgicales" (odonto-stomato-ORL), urologie, blocs opératoires ;
- pôle « 3 » : gynécologie-obstétrique, orthogénie, pédiatrie, pédopsychiatrie ;
- pôle « 4 » : médecine d'urgences, UCSA, réanimation, prélèvements d'organes, brancardage, chambre mortuaire, dépôt de sang ;
- pôle « 5 » : services de psychiatrie des secteurs 59G38, 59G39 et 59G40, unité intersectorielle de soins pour anxio-dépressifs 1;
- pôle « 6 » : « prestataires spécialisés A » : médecine au travail, santé publique, diététique, kinésithérapie, service social ;
- pôle « 7 » : « prestataires spécialisés B » : biologie, pharmacie-stérilisation, imagerie médicale.

## 2.2 L'implantation des secteurs de psychiatrie

Le « centre de psychothérapie » qui regroupe les services de psychiatrie (pôle « 5 ») est implanté dans un bâtiment séparé des autres services de soin de l'hôpital. Signalé par un panneau le long de la route, le bâtiment est moderne (agrandi en 2003), construit sur un terrain ouvert, en pente, entouré par une grande esplanade servant de parking, une rue et d'autres bâtiments dont certains font partie de l'hôpital (logements, cafétéria).

Chaque secteur comporte d'autres services hors de l'hôpital :

- le secteur « 59G38 » : deux centres médico-psychologiques (CMP), un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et deux antennes de consultation ;
- le secteur « 59G39 » : deux CMP/CATTP, des appartements thérapeutiques, un service de familles d'accueil thérapeutique ;
- le secteur « 59G40 » : un CMP et un CATTP ;
- ainsi qu'une équipe mobile intersectorielle précarité/santé mentale.

Le bâtiment du service de psychothérapie abrite les services suivants : le rez-de-chaussée est occupé par un grand hall d'accueil (60 m<sup>2</sup>), une unité de soins pour anxio-dépressifs (USA) de dix lits, un hôpital de jour de seize places, une zone d'activités

---

<sup>1</sup> Les contrôleurs ont centré leur visite exclusivement sur les services de psychiatrie susceptibles de recevoir des personnes hospitalisées sous contrainte (hospitalisation d'office et hospitalisation sur demande d'un tiers). Ils n'ont donc pas visité l'unité sectorielle de soins pour anxio-dépressifs.

thérapeutiques (ZAT) et des bureaux administratifs ; le secteur « 39 » occupe l'ensemble du 1<sup>er</sup> étage, et le 2<sup>ème</sup> étage abrite les secteurs « 59G38 » et « 59G40 ».

Depuis la rénovation, les chambres des trois secteurs sont identiques. On trouve essentiellement des chambres individuelles et quelques chambres à deux lits.

### 2.2.1 Les secteurs « 59G38 » et « 59G40 »

Le secteur « 59G38 » couvre la partie Ouest de la zone de responsabilité de l'hôpital. Il est encadré, au Nord par la frontière belge, à l'Ouest par Le Quesnoy, au Sud par Landrecies et à l'Est par Aulnoye-Aymeries.

Le secteur « 59G40 » correspond à la partie Est de la zone. Il va de la frontière belge au Nord jusqu'à Wattignies-la-Victoire au Sud, et Bousignies-sur-Roc à l'Est.

Ces deux secteurs sont installés au 3<sup>ème</sup> niveau (2<sup>ème</sup> étage) et sont fermés à clé. Ils sont accessibles soit par un escalier, soit par des ascenseurs, eux-mêmes accessibles avec une clé.

La conception des deux secteurs est voisine, seule la distribution des pièces varie.

L'ensemble est apparu spacieux, propre, confortable et lumineux. Les couloirs sont larges et facilitent les déplacements.

Les contrôleurs ont observé l'absence d'horloge dans les différents locaux accessibles aux patients dont certains, à plusieurs reprises, ont demandé l'heure. Au secteur « 59G40 », il a été indiqué que des calendriers avaient été placés sur des panneaux d'affichage mais qu'ils avaient disparu.

Le bureau du cadre de santé et celui des infirmiers se situent près de l'entrée ainsi que d'une salle de soins et d'un local pour la pharmacie. Des bureaux permettent les consultations des médecins.

Plusieurs pièces sont dédiées au stockage de matériels divers et du linge. D'autres servent de bagagerie : des sacs contenant les affaires des patients y sont rangés sur des rayonnages.

Une salle à manger et une salle de télévision sont prévues dans chaque secteur. En l'absence de tout autre endroit, notamment de patio ou de cour de promenade, une pièce est à la disposition des patients désirant fumer.

Les chambres disposent d'un ou deux lits et permettent, au total, d'accueillir vingt patients

- le secteur « 59G38 » dispose de 16 chambres dont 12 un lit et 4 à deux lits ;
- le secteur « 59G40 » dispose de 17 chambres dont 14 à un lit et 3 à deux lits.

Chaque secteur dispose d'une salle avec deux douches séparées par une cloison ; une pièce équipée d'une baignoire sert de salle de bains. Au secteur « 59G38 », il a été précisé que la salle de bains était peu utilisée, la plupart des chambres disposant chacune d'une salle d'eau, fermée par une porte pleine, équipée d'une douche à l'italienne, de wc à l'anglaise et d'un lavabo avec eau chaude et eau froide, surmonté d'un miroir.

Dans le secteur « 59G38 », seules les chambres à deux lits sont dépourvues de douches ; dans le secteur « 59G40 », une chambre à un lit et deux chambres à deux lits n'en sont pas équipées.

Les chambres mesurent 12 à 15 m<sup>2</sup>. Chaque chambre simple est équipée d'un lit à une place, une table de chevet, une armoire ou un placard, un fauteuil, une table et une chaise. Dans les chambres doubles, à deux lits, deux armoires ou placards sont en place mais les autres équipements (fauteuils, tables) ne sont pas toujours doublés. Les armoires et placards sont munis d'une serrure mais peu sont fermés à clé.

Des fenêtres occupent le fond de la pièce et permettent un éclairage naturel. L'une d'elles peut s'ouvrir mais elle est verrouillée en trois points<sup>2</sup> et la clé conservée par le cadre de santé. Lors de l'aération quotidienne, le patient sort de la chambre qui est alors fermée à clé durant tout le temps de l'opération.

A de rares exceptions, il n'a pas été observé la présence de rideaux.

Des volets roulants sont commandés électriquement. Les contrôleurs en ont vérifiés quelques-uns : ils fonctionnaient.

Un luminaire se trouve à la tête de chaque lit. Une veilleuse est placée sur le bas d'un des côtés ; il a été indiqué que certains patients, gênés par cet éclairage nocturne, l'occultaient.

Un détecteur de fumée est placé au plafond.

Un bouton d'appel est implanté à la tête de chaque lit. Un autre est installé dans la salle d'eau, près des wc. L'appel est reporté dans le bureau des infirmiers, un signal sonore étant alors émis et le numéro de chambre s'affichant sur un écran. Simultanément, une lampe rouge s'allume au dessus de la porte de la chambre. Seule la commande placée dans la chambre permet de les éteindre.

Une chambre d'isolement existe dans le secteur « 59G40 » mais aucune n'est en place dans le secteur « 59G38 ». Un projet est à l'étude à la date de la visite.

La chambre d'isolement du secteur « 59G40 » se différencie d'une chambre ordinaire par l'existence d'un sas d'entrée dans lequel se trouve le placard. La salle d'eau, séparée par une cloison et une porte, est accessible depuis la chambre. Elle ne dispose pas d'une douche. Aucun mobilier n'existe à part un lit à une place sur roulettes. Au moment de la visite, un patient y était couché, non entravé. Un plateau sur roulettes servant à prendre les repas se trouvait à côté du lit

### 2.2.2 Le secteur « 59G39 »

Au centre de la zone, le secteur « 59G39 » recouvre essentiellement Maubeuge et Hautmont ; il va de la frontière belge au Nord jusqu'à Beaufort et Eclaibes au Sud.

---

<sup>2</sup> Dans une chambre, les contrôleurs ont observé que deux points de fermeture, et non trois, existaient. Cette situation était liée au changement de la poignée.

Implanté dans un secteur plus habité, le service dispose de quarante lits et une chambre d'isolement.

La taille du secteur a entraîné sa division en deux services qui ont les mêmes fonctions et travaillent ensemble, mais avec des équipes distinctes : le service A et le service B ; ils sont reliés par deux portes dont une reste ouverte en permanence jour et nuit.

Chaque service comporte douze chambres individuelles et quatre chambres de deux lits, plus une chambre d'isolement dans le service A.

Les chambres sont spacieuses (13 m<sup>2</sup> pour les individuelles et 20 m<sup>2</sup> pour les chambres doubles confortables), claires et propres. Le mobilier, récent, est composé – pour chaque patient – d'un lit, une table, un fauteuil, une chaise et un placard ou une armoire fermant à clé. Il a été rapporté aux contrôleurs que la plupart des clés des armoires et placards avaient été perdues. Par ailleurs, les patients n'ont pas la possibilité de s'enfermer dans leurs chambres. Pour éviter les vols, ils peuvent déposer des effets dans des casiers individuels placés dans le bureau des infirmiers.

Chaque chambre comporte une salle d'eau de 4 m<sup>2</sup> fermant à clé, avec une douche, un wc et un lavabo avec eau chaude et eau froide surmonté d'un miroir. Les salles d'eau des chambres à deux lits n'ont pas de douche ; leurs occupants ont accès à une pièce commune située à proximité des chambres, comportant deux cabines de douche séparées.

Dans le service A, trois chambres individuelles ont été transformées pour servir, l'une de chambre d'isolement et les deux autres de « chambres de contention ». Un sas a été mis en place à l'entrée de chaque chambre. Elles sont organisées et meublées de la même façon, mais la porte de la chambre d'isolement est renforcée. L'unique mobilier est un lit à armature métallique fixé au sol. Les salles d'eau n'ont pas de douche et ne sont accessibles que depuis la chambre correspondante.

Par ailleurs, dans chaque service on trouve une salle à manger, deux salles de télévision dont une salle « fumeurs », une salle de bains avec baignoire thérapeutique, ainsi que des locaux pour le personnel (bureaux, salle de soins, pharmacie) et des locaux techniques (office alimentaire, réserve, local linge propre, local linge sale).

Une porte donne accès à une terrasse en cours d'aménagement au jour de la visite des contrôleurs. D'une surface de 15 m<sup>2</sup>, elle est recouverte d'une véranda laissant passer l'air.

### **2.3 Les personnels**

Au secteur « 59G38 », le chef de service est assisté d'un psychiatre à mi-temps et, depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2009, d'un psychiatre à temps plein. Un cadre de santé dispose d'une équipe de dix-neuf personnes : quinze infirmiers et quatre aides-soignants, représentant 15,66 ETP. Une assistante sociale est affectée à ce secteur.

Deux psychologues, dont l'un doit prochainement quitter le service, sont présents au total trois matinées par semaine : le mercredi matin et le vendredi matin pour l'un, le mardi matin et le vendredi matin pour l'autre. L'un anime des groupes thérapeutiques et l'autre mène des entretiens individuels. Ils consacrent le reste de leur temps à des activités extra-hospitalières.

Le planning du chef de service montre qu'il exerce environ 1,5 journée par semaine au service hospitalier, en raison de ses autres charges (consultations de psychiatrie au centre pénitentiaire, CMP du secteur, ...).

L'équipe du secteur « 59G39 » est composé de quatre médecins, deux cadres de santé, une secrétaire médicale, trente infirmiers (27,9 ETP) dont dix hommes, six aides soignants dont deux hommes, six agents des services hospitaliers, une assistante sociale et trois psychologues. Le médecin chargé du secteur est également médecin coordinateur de l'unité de soins pour anxio-dépressifs.

Les trois psychologues du secteur assurent un plein temps chacun ; ils sont présents dans le service hospitalier les lundis matin et mardis toute la journée, ainsi que, pour deux d'entre eux, les jeudis matin.

Le chef de service du secteur « 59G40 » a la responsabilité d'un cadre de santé et de seize infirmiers représentant 14,9 ETP, dont quatre hommes, et trois aides-soignantes, dont une ne travaille que de nuit. Par ailleurs, une assistante sociale, en congé de maternité au jour de la visite des contrôleurs, devrait être remplacée. De surcroît, des élèves infirmiers et aides soignants effectuent des stages.

L'équipe est complétée par deux médecins somaticiens affectés chacun à mi-temps et une cadre de santé chargée de la zone d'activités thérapeutiques.

Le chef de service du secteur « 59G40 » assure également le rôle de coordonnateur du pôle de psychiatrie et référent de la zone d'activités de jour et de l'hôpital de jour. Il est assisté à cette fin d'un cadre supérieur de santé, lequel dépend hiérarchiquement de la directrice des soins, et d'un cadre administratif. Le bureau de pôle, qui regroupe les trois chefs de service, le cadre supérieur de santé, le cadre administratif, les représentants des psychologues, des infirmiers et des aides-soignants, se réunit tous les deux mois.

Dans chacun des trois secteurs, trois soignants au moins (dont au moins deux infirmiers) sont présents de 6h45 à 14h15, trois autres de 13h45 à 21h15, deux autres de 21h à 7h. Les périodes de recouvrement servent aux transmissions (cf. § 6.6), les deux équipes se rencontrant pour faire le point de la situation de chaque patient. Certains travaillent parfois une journée entière. Ils ne travaillent jamais plus de trois jours ou trois nuits consécutifs.

Des soignants ont indiqué aux contrôleurs que **quatre personnes seraient nécessaires pour faire fonctionner le service tout en permettant des sorties de patients sous contrainte. Ces sorties, qui doivent être effectuées avec deux soignants, sont donc difficiles à mettre en place.**

Il arrive qu'une équipe de jour soit composée de deux infirmiers et un aide soignant, auquel cas il est impossible d'organiser des activités à l'extérieur du service. Entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 30 mars 2010, cela s'est produit<sup>3</sup> :

---

<sup>3</sup> Les calculs sont établis sur la base de 252 jours ouvrés : 12 semaines et 3 jours ouvrés, soit 63 jours, à multiplier par quatre services (les secteurs « 56G38 » et « 59G40 », et les deux services A et B du secteur « 39 ») ;  $63 \times 4 = 252$

- en semaine :
  - soixante-dix fois (28 %) un matin dont deux fois avec une équipe limitée à deux personnes en tout ;
  - cinquante-huit fois (23 %) un après-midi dont trois fois avec une équipe limitée à deux personnes en tout ;
  - quatre-vingt-deux fois (32 %) une journée entière dont vingt-quatre fois avec une équipe limitée à deux personnes pendant une demi-journée, et une fois pendant toute la journée ;
  - **il n'est arrivé que quarante-deux fois (17 %) qu'un secteur dispose d'une équipe de trois infirmiers durant toute la journée ;**
- en week-end :
  - trois fois (6 %) pendant une demi-journée ;
  - vingt-deux fois (42 %) pendant deux demi-journées ;
  - huit fois (15 %) pendant trois demi-journées ;
  - treize fois (25 %) pendant tout le week-end ;
  - dont onze fois (21 %) avec une équipe limitée à deux personnes en tout ;
  - **il n'est par conséquent arrivé que six fois (12 %) qu'un secteur dispose d'une équipe de trois infirmiers durant tout un week-end<sup>4</sup>.**

Le service de nuit est assuré sur la base d'un volontariat qui peut être permanent ou selon un cycle régulier alternatif d'une semaine de nuit suivie d'une semaine de jour, soit pour une durée précisée à l'avance, soit pour des remplacements ponctuels ; la cadence de travail de deux ou trois nuits consécutives alternant avec deux ou trois jours de repos selon un rythme assurant une semaine de deux nuits de travail suivie d'une semaine de cinq nuits de travail. Les personnels rencontrés par les contrôleurs durant leur visite de nuit se sont déclarés satisfaits de cette organisation.

## 2.4 L'activité

Au moment de la visite des contrôleurs, l'occupation des lits est la suivante :

- Secteur 59G38 : vingt-et-un patients dont trois en HO et six en HDT;
- Secteur 59G39 : trente-six patients dont six en HO et dix en HDT;
- Secteur 59G40 : dix-neuf patients dont quatre en HO et deux en HDT.

---

<sup>4</sup> Les calculs sont établis sur la base de 52 week-ends : entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 mars, dates incluses, on compte 13 week-ends à multiplier par quatre services (les secteurs « 59G38 » et « 59G40 », et les deux services A et B du secteur « 59G39 ») ;  $13 \times 4 = 52$

La situation des trente-et-un patients hospitalisés sans consentement (soit 40% de l'effectif) est la suivante :

HDT	HDT PI <sup>5</sup>	HO	HO détenus	Sorties d'essai	Date d'entrée du plus ancien	Age des patients				
						20 à 29 ans	30 à 39 ans	40 à 49 ans	50 à 59 ans	60 à 67 ans
5H, 3F	7H, 3F	11H, 1F	1H	4	29/05/02	8	8	10	3	2

Nombreuses étaient les personnes qui avaient déjà fait d'autres séjours et étaient connues. L'une d'elles, connue depuis trente ans selon les informations recueillies, était de retour en HO depuis le 16 février 2010 après « être sortie un peu vite la fois précédente ». Une autre, en HO depuis environ quinze ans, est présente dans le service depuis six ans. Certaines ont fait des séjours dans d'autres établissements, parfois dans des unités pour malades difficiles (UMD). Un patient, auteur d'une infraction pénale pour laquelle il a été jugé irresponsable, est hospitalisé d'office depuis neuf mois.

En 2009, les activités des trois secteurs ont été les suivantes :

	Secteur 59G38	Secteur 59G39	Secteur 59G40
File active	186	294	141
Admissions	301	843	188
Jours d'hospitalisation	6 256	12 531	6 766
Durée moyenne de séjour (en jours)	13,26	16,10	14,32
Taux d'occupation	95 %	93 %	99 %

<sup>5</sup> HDT PI : hospitalisation à la demande d'un tiers pour péril imminent

La situation des personnes hospitalisées sous contrainte est la suivante :

			Secteur 59G38	Secteur 59G39	Secteur 59G40
Sortis au cours de 2009	HDT	42	18	18	6
	HDT PI	162	48	79	35
	HO	25	6	11	8
	HO détenus	6	1	3	2
Admis au cours de 2009	HDT	38	60	91	39
	HDT PI	152			
	HO	26	8	13	10
	HO détenus	5			

Le nombre de personnes admises en 2009 en hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT) en vertu de l'article L.3212-3 du code de santé publique (« péril imminent ») représente 80 % de l'ensemble des personnes placées en HDT. Selon les explications fournies aux contrôleurs, ces personnes sont admises en urgence, sans certificat médical ; celui-ci est alors réalisé par un médecin du service des urgences.

Le nombre de personnes placées en HDT est en légère baisse par rapport aux années précédentes (avec des variations importantes depuis 2003) :

Année	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
HDT	189	295	286	280	246	215	190

Il arrive que des mineurs soient hospitalisés. Ainsi, en 2009, treize jeunes ont été admis dans un des trois secteurs, dont un de quinze ans et un de seize ans. Leur durée d'hospitalisation a varié entre deux et vingt-huit jours, avec une durée moyenne de onze jours.

Parmi les 235 patients hospitalisés sous contrainte sortis au cours de 2009, deux avaient été admis en 2006, quatre en 2007 et vingt-quatre en 2008 ; douze – dont trois en HO – avaient bénéficié de sorties d'essai, d'une durée variant entre vingt-et-un jours et huit mois. La durée d'hospitalisation a varié entre 1 et 855 jours ; la moyenne s'établit à cinquante-sept jours ; six sont restés plus de deux ans, trois entre un et deux ans, neuf entre six mois et un an, cinq entre trois et six mois, soixante-deux moins d'un mois et cinquante-quatre moins de huit jours. Les six détenus placés en HO sont restés respectivement six jours (trois patients), huit jours (deux patients) et quatorze jours.

### 3 HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT ET EXERCICE DES DROITS

#### 3.1 Informations données aux malades arrivants et possibilités de recours

Les arrêtés et décisions d'hospitalisation sous contrainte ne sont pas notifiés aux patients à leur arrivée. Les patients ne passent jamais par le service des admissions quel que soit leur mode d'hospitalisation.

Selon les informations recueillies, un imprimé intitulé « information sur la situation juridique d'une personne hospitalisée sans son consentement » est présenté à la signature du patient dans les quarante-huit heures suivant son admission dans l'un des trois secteurs de psychiatrie. La personne « *déclare avoir pris connaissance de sa situation juridique et des dispositions du code de la santé publique traitant des hospitalisations sans consentement* ». Dans l'hypothèse où un patient refuserait de signer ou serait dans l'incapacité de comprendre, il est prévu que le document puisse être émargé par deux personnels soignants. Au verso du document figurent les dispositions de l'article L.3211-3<sup>6</sup> du code de la santé publique (alors en vigueur) ; la liste des autorités avec lesquelles le patient peut communiquer est précisée par l'administration de l'hôpital, mais leurs coordonnées ne sont pas mentionnées : représentant de l'Etat dans le département, juge du tribunal d'instance, président du tribunal de grande instance ou son délégué, maire de la commune ou son représentant, procureur de la République. A aucun moment il n'est expliqué au malade les voies de recours qui lui sont offertes aux fins de contester la décision d'hospitalisation sous contrainte. Aucun double ou photocopie de ce document n'est remis aux patients. L'imprimé est rangé dans le dossier médical.

Dans sa réponse au rapport de constat, la direction indique : « *Les patients en HO reçoivent pour signature une notification transmise par les services de l'agence régionale de santé indiquant leur hospitalisation d'office. Tout patient en hospitalisation sans consentement (HO, HDT) reçoit une explication de la part du personnel soignant [...]* ».

Un livret d'accueil du centre hospitalier est remis à chaque patient soit directement soit déposé sur sa table de chevet ; il n'existe pas de document spécifique destiné aux malades admis en psychiatrie. Interrogée sur ce point, la direction a indiqué aux contrôleurs que la question de remettre ou non une brochure spécifique aux malades mentaux avait été débattue ; la décision de rédiger un document unique ayant été prise pour ne pas stigmatiser ces malades.

Le livret d'accueil comporte une rubrique consacrée aux malades hospitalisés sans leur consentement. Les procédures d'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) et d'office (HO) sont clairement expliquées. Il est indiqué que les intéressés peuvent contester la mesure d'hospitalisation par simple requête adressée au président du tribunal de grande instance, sans préciser ses coordonnées. Le patient est également informé de la possibilité qui lui est offerte de saisir la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP)

---

<sup>6</sup> *Respect de la dignité, information du patient, liste des droits du patient hospitalisé sans son consentement*

dont l'adresse est indiquée sur le document ; en revanche, elle ne figure sur aucun panneau d'affichage à l'intérieur des unités.

Le règlement intérieur du centre hospitalier n'est pas remis aux patients. Dans sa réponse au rapport de constat, la direction indique : « *Si toutefois, le patient en fait la demande, le personnel communique le règlement intérieur du centre hospitalier de Sambre Avesnois* ».

### 3.2 Accès aux dossiers

Il a été expliqué aux contrôleurs que lorsqu'un patient demandait à consulter son dossier, il lui était remis une note de deux pages détaillant la procédure à suivre. Cette note, intitulée « Accès au dossier médical du patient », est commune à l'ensemble des services de l'hôpital. Il n'y a pas de note spécifique au service de psychiatrie.

En 2008, vingt-et-un patients hospitalisés en psychiatrie ont demandé à consulter leur dossier médical ; ils étaient huit en 2007. Selon les personnels rencontrés, lorsque les patients les demandent, les dossiers leur sont systématiquement remis et consultés en présence d'un personnel soignant. Certaines pièces, qui pourraient heurter la sensibilité du patient, seraient cependant retirées, « *dans son intérêt* ». Il en va ainsi de certains diagnostics de maladies qualifiées d'incurables ou de l'évocation de l'histoire familiale du patient.

A cette même période, dans l'ensemble de l'hôpital, 171 personnes ont demandé un accès à leurs dossiers médicaux. Dans 135 cas les demandes ont abouti ; six personnes ont renoncé à leur demande ; dans les autres cas, les pièces complémentaires n'ont pas été reçues ou la demande a été jugée irrecevable. Dans l'immense majorité des cas, les dossiers sont remis dans des délais inférieurs à un mois après recevabilité de la demande. Les copies sont facturées 0,19 euro/pièce.

### 3.3 La communication avec l'extérieur

#### 3.3.1 Les visites

Dans l'ensemble des secteurs, les visites sont autorisées les lundis, mardis, jeudis et vendredis de 17h à 18h. Les mercredis, samedis, dimanches et jours fériés, les visites peuvent se dérouler de 14h30 à 17h30.

A l'arrivée, les patients ne reçoivent pas de visite. Dans sa réponse au rapport de constat, la direction précise : « *La famille est alors invitée à prendre des nouvelles du patient auprès de l'équipe soignante autant que de besoin* ». Dans les jours qui suivent, les visites sont possibles avec l'accord du médecin qui prend la décision après en avoir discuté avec son équipe. Des restrictions peuvent concerner la durée ; plus rarement, le praticien peut s'opposer pendant un temps limité au droit de visite des proches du patient, « *dans son intérêt* ». Ces décisions restrictives seraient inscrites dans le dossier médical des patients auxquels les contrôleurs n'ont pas eu accès en raison du secret médical qui leur est opposable.

En application de la réglementation concernant l'ensemble des établissements hospitaliers, les enfants de moins de quinze ans ne sont pas admis à visiter leurs proches hospitalisés sauf dérogation médicale.

En l'absence de lieux de rencontres en plein air, les visites se déroulent dans les chambres ou dans le salon de télévision.

Lors de la visite des contrôleurs au secteur « 59G40 », sept des dix-neuf patients n'avaient pas encore droit de visite. Parmi les six personnes hospitalisées sous contrainte, une seule était autorisée à recevoir des proches.

Une fois l'autorisation de visite accordée, les familles semblent pouvoir rencontrer facilement le personnel de santé. Ainsi, les contrôleurs ont assisté à un entretien entre le cadre de santé et la mère d'un patient qui souhaitait évoquer la situation de sa fille. Selon les informations recueillies au secteur « 59G38 », la famille d'un patient arrivant peut attendre trois semaines avant de pouvoir rencontrer le chef de service. Dans sa réponse au rapport de constat, la direction indique : « *Monsieur le Docteur [X...], en tant que chef de service, reçoit toutes les familles qui le désirent le vendredi après-midi. Pour le secteur 59G40, Monsieur le Docteur [Y...] précise que les limitations au droit de visite sont établies dans le cadre thérapeutique et sont réajustées en fonction de l'état du patient.* »

### 3.3.2 Le téléphone

La réglementation concernant l'usage du téléphone est identique dans les trois secteurs de psychiatrie.

Aucun téléphone n'est installé dans les chambres. Un appareil téléphonique mural est installé dans le couloir de chaque secteur. Il ne permet pas au patient d'entrer en communication directement avec son interlocuteur en composant lui-même un numéro ; il doit solliciter l'autorisation de téléphoner à un personnel soignant qui compose le numéro demandé depuis son bureau puis bascule la communication vers le poste mural du couloir. De même, les communications en provenance de l'extérieur sont reçues dans le bureau des infirmiers puis dirigées, le patient demandé étant averti, vers le poste du couloir.

Le poste du couloir est fixé au mur à hauteur d'homme sans aucun aménagement permettant le confort (absence de tablette et de chaise) et la confidentialité des conversations.

Un « point phone », à pièces, est installé au rez-de-chaussée du bâtiment, près de l'accueil. Seuls les patients en hospitalisation libre peuvent accéder à ce secteur ; les malades sous contrainte doivent être accompagnés par un infirmier.

Les patients démunis sont parfois autorisés à téléphoner à leurs proches à partir d'un poste téléphonique situé dans le bureau des infirmiers.

Sur indication médicale, un patient peut se voir interdire l'accès au téléphone. Il peut s'agir à la fois de l'interdiction de téléphoner mais aussi de l'interdiction de recevoir des appels. Selon le personnel rencontré, cette interdiction est « *contractualisée* » avec le malade.

Les personnes placées en HO et HDT n'ont pas accès au téléphone durant la première semaine d'hospitalisation, la décision étant ensuite prise par le psychiatre, au cas par cas, après discussion en équipe.

Les téléphones portables sont systématiquement retirés, qu'il s'agisse d'appareils permettant de prendre des photos ou non. Il est conseillé aux patients de les remettre à leurs

familles. S'ils le souhaitent, leurs appareils sont déposés dans le bureau des infirmiers. Dans ce cas, les patients peuvent solliciter l'autorisation de les utiliser ou de consulter leur messagerie. De manière générale, cette possibilité est offerte l'après-midi.

### 3.3.3 Le courrier

Selon les informations recueillies, aucun contrôle n'est effectué sur le courrier des patients, quel que soit le mode d'hospitalisation.

Le courrier départ est remis fermé par le malade à un soignant qui le transmet au vaguemestre. Aucune boîte à lettres n'est disposée dans les unités, à l'exception d'une boîte transparente destinée à recevoir les questionnaires de satisfaction des malades au moment de leur départ.

Dans les secteurs « 59G38 » et « 59G39 », selon les informations recueillies, aucun courrier n'est ouvert car le contrôle n'est pas la règle.

Au secteur « 59G40 », il a été indiqué aux contrôleurs que lorsqu'un patient remettait un courrier, le plus souvent ouvert ou sans adresse postale, contenant des injures ou des menaces, la lettre était interceptée dans « l'intérêt du malade » et placée à son dossier. Aucune procédure n'est toutefois mise en place et il n'existe aucune traçabilité de ce type de décision.

Le courrier reçu par les patients leur est également remis fermé.

Le vaguemestre fait signer aux patients les courriers qui leur sont envoyés en recommandé.

**Les malades n'ont pas la possibilité d'acheter des timbres, enveloppes et matériel de correspondance puisqu'il n'existe aucun point de vente dans le bâtiment de psychiatrie. Le nécessaire de correspondance ne peut être remis que par les visiteurs.** Aussi un malade qui ne reçoit aucune visite peut-il se trouver dans l'impossibilité de correspondre avec des proches ou pour s'adresser par écrit aux autorités, notamment pour faire valoir ses droits. Il a été affirmé aux contrôleurs que le personnel soignant remettait parfois, sur ses propres deniers, des timbres et des enveloppes aux patients.

Dans sa réponse au rapport de constat, la direction indique : « *Lorsqu'un patient a besoin d'adresser un courrier et qu'il ne dispose pas de timbre, le problème peut être vu avec le vaguemestre. En cas d'impossibilité pour le patient de s'acheter un timbre et en fonction de la nature du courrier, le cadre de santé du service prend toutes les dispositions possibles pour que l'envoi soit effectué : contact au vaguemestre pour l'achat de timbres, éventuellement timbrage financé par le centre hospitalier. Monsieur le Docteur [N...] précise qu'une traçabilité existe dans le dossier du patient, notamment lorsque les propos du courrier sont confiés par le patient à la lecture du personnel soignant et peuvent déstabiliser le destinataire, ou présentant un intérêt de diagnostic pour le patient* ».

Il n'existe aucun registre permettant d'assurer une traçabilité des courriers adressés par les malades aux autorités.

Selon les informations recueillies près du personnel et du vaguemestre, les courriers reçus ou expédiés sont peu nombreux.

### 3.3.4 L'informatique et l'accès à l'internet

Les patients n'ont, en règle générale, pas accès à l'internet sauf sous la supervision du personnel soignant lors d'activités dirigées. Un cadre de santé a indiqué avoir permis une fois à un patient de venir consulter sa messagerie électronique sur son ordinateur.

Dans sa réponse au rapport de constat, la direction précise : « *En fonction des circonstances d'hospitalisation, il est arrivé plusieurs fois qu'une personne, avec autorisation, se fasse apporter son ordinateur portable dans ses bagages (un document est signé par le patient) ».*

### 3.4 Les cultes

L'hôpital ne dispose pas de lieu de culte dédié. Toutefois, le livret d'accueil indique aux patients la possibilité de demander au cadre de santé la visite du ministre du culte de leur choix. Les contrôleurs n'ont vu aucune information concernant l'exercice des cultes. Dans sa réponse au rapport de constat, la direction indique : « *Dans le secteur « 59G38 », une information écrite affichée depuis plus de cinq ans indiquant que les patients peuvent recevoir les ministres de leur culte ».*

Selon le personnel rencontré, seul un aumônier du culte catholique accepte de se déplacer parfois, sur demande, au centre de psychothérapie. Ces demandes sont peu nombreuses. En revanche, il arrive plus fréquemment qu'un prêtre rende visite à l'un de ses paroissiens.

Un régime alimentaire sans porc est proposé aux malades de confession musulmane.

### 3.5 Les droits électoraux

Aucune démarche particulière n'a été conduite auprès des patients dans le cadre des élections régionales des 14 et 21 mars 2010.

### 3.6 Le traitement des plaintes et des réclamations

La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPEC) se réunit trois fois par an.

Une brochure présentant la CRUQPEC est à la disposition du public sur un présentoir situé près du bureau d'accueil de l'hôpital.

Les patients qui ont rencontré des difficultés avec l'un des services de l'hôpital sont invités à saisir le responsable concerné et si la réponse apportée n'apparaît pas satisfaisante, le cadre du service oriente le malade vers la « cellule des relations avec les usagers » qu'il a pris soin de prévenir au préalable. La cellule se charge de consigner la réclamation sur un registre spécifique. Le directeur de l'établissement hospitalier accuse réception de la requête, diligente une enquête et apporte une réponse. Il peut conseiller au patient une médiation par le truchement d'un médiateur médecin compétent pour connaître des plaintes ou réclamations qui mettent en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service, ou d'un médiateur non médecin, rattaché à l'hôpital, compétent pour connaître des plaintes étrangères à ces questions. Le médiateur rencontre le plaignant et établit un compte-

rendu. Le dossier est alors présenté à la CRUQPEC qui, au vu du compte-rendu du médiateur, formule des recommandations en vue d'apporter une solution amiable au litige.

En 2008, une seule réclamation concernant la psychiatrie a été transmise à la CRUQPEC. Il s'agit de la plainte de l'épouse d'un patient. Dix jours après la sortie de l'établissement, le patient a mis fin à ses jours. Sa conjointe a souhaité connaître les raisons pour lesquelles son mari n'était pas resté hospitalisé. Le directeur a demandé à l'agence régionale d'hospitalisation (ARH) de mandater une mission d'inspection qui s'est déroulée le 26 février 2009.

En 2009, une réclamation a été faite concernant un praticien hospitalier qui ne respectait pas la législation anti tabac.

### **3.7 La commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP)**

La CDHP comprend six membres nommés pour trois ans y compris les représentants des usagers : deux psychiatres, un magistrat, deux représentants des usagers (associations respectivement de personnes malades et de familles de personnes atteintes de troubles mentaux) et un médecin généraliste. Elle est présidée depuis 2007 par un psychiatre exerçant à l'établissement public de santé mentale de Lille Métropole situé à Armentières.

En 2008, la CDHP s'est réunie à quatre reprises à raison d'une fois par trimestre. Chaque année, elle visite une fois le « centre de psychothérapie » de Maubeuge mais ne reste que quelques heures dans l'établissement. Au moment de la venue des contrôleurs, la prochaine visite était annoncée le 23 mars 2010 (la dernière avait eu lieu le 28 avril 2009).

Aucun affichage n'informe les patients de l'existence de la CDHP, de son rôle et des modes de saisine, sauf au moment d'une visite de la commission.

Le rapport annuel 2009 n'a pas encore été établi. Celui de 2008 souligne le fait que le registre de la loi « *est bien tenu* » et que les hospitalisations sans consentement sont en augmentation, notamment celles en péril imminent. Les patients sont informés de la visite de la CDHP par voie d'affichage. La commission a rencontré treize patients.

Il a été rapporté aux contrôleurs qu'en 2005, trois patients hospitalisés en HDT avaient été remis en liberté à la suite d'erreurs matérielles relevées sur le registre de la loi lors de la visite de la CDHP.

### **3.8 L'UNAFAM**

Le centre hospitalier de Maubeuge n'a aucun contact avec l'UNAFAM. Les contrôleurs se sont entretenus avec l'un des représentants des usagers qui siège au conseil d'administration, à la CRUQPEC, au centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales, à la commission de discipline de l'hôpital et à la commission des marchés.

Les représentants des usagers ont été très sollicités au moment de l'accréditation. Ils assuraient une permanence dans un local spécialement dédié tous les lundis ; cette permanence a été supprimée par la direction depuis deux ans et les représentants des usagers ne se rendent plus dans les services. Il a été affirmé aux contrôleurs que cette permanence était inutile dans la mesure où peu d'usagers sollicitaient un entretien.

Les coordonnées des représentants des usagers ne figurent sur aucun document remis au public. Le livret d'accueil indique uniquement les noms et fonctions des membres de la CRUQPEC, sans aucune explication sur la façon de les contacter.

Un « questionnaire de satisfaction » est remis à chaque personne sortant de l'établissement. Cet imprimé doit être glissé dans une urne spéciale transparente installée dans chaque service. Le taux de réponses global est faible, évalué entre 10 et 15%. Les résultats sont satisfaisants ; seules des critiques concernant l'aspect hôtelier sont parfois émises.

Dans sa réponse au rapport de constat, la direction indique : « *De plus un représentant des usagers issu de l'UNAFAM faisait partie du conseil d'administration de l'établissement, mais en septembre 2007, il n'a pas souhaité renouveler son mandat* ».

### 3.9 Le registre de la loi

Il existe un registre de la loi commun pour les HO et les HDT, contrairement aux dispositions des articles L.3212-11 et L.3213-1 du code de la santé publique<sup>7</sup>, qui prévoient deux registres distincts.

Ce registre de la loi est tenu par le service des admissions sous la responsabilité d'un adjoint administratif. Il est mis à jour au moins une fois par semaine.

Les contrôleurs ont examiné le registre en cours ouvert le 20 janvier 2010 et paraphé par le maire ; ils ont également contrôlé le précédent registre en remontant jusqu'à la date du 1<sup>er</sup> janvier 2010.

De la lecture de ces registres, il ressort les éléments suivants :

- du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 1<sup>er</sup> mars 2010, trente-cinq personnes ont été hospitalisées sans consentement (vingt-et-un hommes et quatorze femmes). Parmi elles, trois ont été hospitalisées en HO à la demande des maires, et trente-deux en HDT ;
- le péril imminent permettant l'admission en HDT sur la base d'un seul certificat médical a été visé dans vingt-deux cas ;
- quatorze patients sur les trente-cinq personnes hospitalisées durant cette période sont toujours présents à la date du 1<sup>er</sup> mars 2010.

Les **anomalies** suivantes ont été constatées :

- une erreur de date pour un patient hospitalisé en HDT le 23 janvier 2010, qui a fugué le 17 février et a réintégré l'établissement le lendemain : le certificat « de quinzaine » vise par erreur la date d'un certificat établi lors d'une précédente HDT ;
- une erreur de date concernant une HDT prise le 7 février 2010 ; sur le registre figure la date du 7 janvier 2010 alors que le certificat médical a été rédigé le 7 février 2010 ;
- la deuxième page d'un certificat médical pris pour une HO le 23 février 2010 est manquante ; la première page a été photocopiée et collée deux fois ;

---

<sup>7</sup> En vigueur lors de la visite.

- la date de naissance d'une personne placée en HDT le 11 janvier 2010 a été corrigée par surimposition d'un blanc ;
- à quatre reprises des HDT sans péril imminent (article L 3212-1) ont été décidées à la suite de deux certificats médicaux établis tous les deux par deux médecins exerçant à l'hôpital de Maubeuge. Cette situation est contraire aux dispositions législatives en vigueur : le premier certificat ne peut émaner que d'un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil. Cette situation anormale a été constatée les 11 janvier, 4 février, 26 février et 1er mars 2010. Selon les informations recueillies par les contrôleurs, ces « *erreurs* » seraient volontaires afin de faire baisser artificiellement le nombre trop élevé de HDT en péril imminent. Selon ces mêmes informations, un responsable de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) ne verrait pas d'inconvénient à cette pratique.

Dans sa réponse au rapport de constat, la direction indique : « *Un contact a été pris avec le service de l'agence régionale de santé traitant les dossiers relatifs aux hospitalisations sous contrainte et une réunion de travail sera organisée afin que les équipes puissent poser les questions relatives aux bonnes pratiques, notamment en ce qui concerne les pièces du dossier.*

*Un rappel de la réglementation au vu de l'application stricte de l'article L3212-1 du code de la santé publique a été fait auprès des praticiens, et sera conforté par l'organisation d'une réunion avec l'agence régionale de santé, relative aux bonnes pratiques de l'hospitalisation sous contrainte ».*

### 3.10 Les visites des autorités

Les dernières visites du procureur de la République remontent au 18 juin 2008 (concomitamment avec l'avant-dernière visite de la CDHP) et au 6 avril 2006. Aucune visite ne s'est déroulée en 2005 et en 2007. Cet état de fait méconnaît les dispositions de l'article L.3222-4 du code de la santé publique qui fait obligation au procureur de visiter les établissements tous les trois mois.

## 4 CONDITIONS D'HOSPITALISATION

### 4.1 L'arrivée

#### 4.1.1 L'accueil à l'hôpital

Dans l'immense majorité des cas, un ou plusieurs membres de la famille accompagnent la personne malade au service des urgences de l'hôpital où une équipe spécifique, appelée « *équipe de psychiatrie de liaison* » et composée de trois infirmières, accueille la personne et conduit un entretien avec elle. La plupart du temps, la famille n'est en possession d'aucun certificat médical.

Selon les termes du protocole spécifique à l'admission des patients des urgences vers la psychiatrie, « *dans la mesure du possible, la personne est déshabillée ; un inventaire complet est réalisé avec une vigilance accrue au niveau des poches, valises et sacs de voyage ; tout est notifié sur la fiche inventaire qui est émargée en présence de deux personnes : l'infirmière ou l'aide soignant et le patient ou à défaut un membre de sa famille. Les objets dangereux pour la*

*personne et l'environnement doivent être retirés et donnés au cadre du service ou cadre de garde. Les bijoux, objets de valeur, somme d'argent importante sont déposés au coffre ; les éléments sont notés sur la fiche inventaire. La présence de boîte de médicaments est notifiée sur la fiche inventaire. Toute boîte de médicaments est retirée et donnée à l'infirmier qui les garde en sa possession jusqu'à son transfert. Durant le transfert, tous les effets du patient, y compris les médicaments, sont confiés au brancardier qui transmet aux collègues de psychiatrie. Un bracelet d'identification doit être posé au patient dont l'état de conscience est altéré en référence à la note du 22 février 2001. »*

Ensuite, la personne rencontre un médecin urgentiste qui « réalise un examen somatique, prescrit les éventuels bilans et informe le patient de son éventuel transfert en fonction du mode d'hospitalisation évoqué ».

Quel que soit le mode d'hospitalisation – hospitalisation libre, sur demande d'un tiers ou d'office –, l'avis d'un psychiatre est alors sollicité.

Dans le cas d'une hospitalisation à la demande d'un tiers, deux situations peuvent se produire :

- la demande manuscrite du tiers est manquante : le protocole préconise alors de rechercher un tiers, en privilégiant la famille ; à défaut, il peut être demandé à l'assistant social d'établir la demande manuscrite. En cas d'absence de demande manuscrite, le psychiatre, après entretien avec la famille, prononce une sortie contre avis médical, ou recourt à une procédure « d'hospitalisation d'office d'urgence » ;
- le premier certificat d'un médecin extérieur est manquant ou non conforme : le protocole indique que dans ces conditions « le médecin urgentiste établit un certificat d'hospitalisation à la demande d'un tiers d'urgence, cette mesure devant rester exceptionnelle selon les recommandations de la loi ».

Dans sa réponse au rapport de constat, la direction indique : « Le recours à l'assistant social peut être demandé à titre exceptionnel. L'assistant social à qui il est demandé d'établir la demande manuscrite fait partie de l'équipe pluridisciplinaire, mais n'est pas personnel soignant au sens juridique du terme. Il faut également que l'assistant social connaisse le patient au moment de l'admission ».

Dans le cas d'une hospitalisation d'office, si les certificats présentent des défauts de validité, le protocole précise que « le médecin thésé<sup>8</sup> peut établir un certificat d'urgence ». Il est aussi indiqué : « Dans le cas où un médecin expert certificateur serait psychiatre de l'établissement, le patient ne pourra en aucun cas être orienté dans le centre psychothérapique. Les personnes doivent être orientées dans l'hôpital nommé par l'arrêté. Un psychiatre ne peut faire un certificat pour une hospitalisation d'office pour un danger imminent mais un non psychiatre le peut. »

Une fois que la décision d'hospitalisation a été prise, le personnel soignant se charge alors de l'information des proches puis la personne est accompagnée jusqu'au « centre de psychothérapie ».

---

<sup>8</sup> Docteur en médecine, c'est-à-dire médecin ayant soutenu sa thèse de fin d'études

Le patient est accueilli par un ou deux personnels soignants (infirmier et/ou aide-soignant) de l'unité concernée par l'admission. L'inventaire de ses effets, réalisé aux urgences, est contrôlé, contresigné et conservé dans l'unité de soins.

#### 4.1.2 L'accueil dans le secteur de psychiatrie

Lors de l'admission dans le service, les éventuels bagages sont placés dans un local dédié. Les valeurs sont placées dans un coffre. Un casier, portant le nom de chaque patient, placé dans le bureau des infirmiers, permet de conserver des objets particuliers tels que le téléphone portable ou les paquets de cigarettes. Les patients n'y ont pas directement accès. Ils doivent demander aux soignants.

Une information sur la situation juridique est délivrée à l'entrée dans le service. Un imprimé, qui indique l'identité de la personne admise, son adresse et sa date d'admission, mentionne son mode d'hospitalisation sous contrainte et sa prise de connaissance des dispositions du code de la santé publique.

La désignation d'une personne de confiance paraît rarement formalisée par la signature d'un document. Le tuteur ou la tutrice, mais aussi un membre proche de la famille, est généralement choisi. Il s'agit en général d'une personne qui règle les problèmes de la vie courante tels que l'approvisionnement en cigarettes ; elle constitue également un relais des autres membres de la famille, pour éviter que tous ne téléphonent pour prendre des nouvelles.

Les patients à tendance suicidaire sont orientés vers des chambres doubles.

Au secteur « 59G38 », les patients en HO ou HDT portent le pyjama en permanence et durant tout leur séjour. Ce choix est celui de l'équipe « *pour éviter toute sortie sans autorisation* ».

Aux secteurs « 59G39 » et « 59G40 », les patients hospitalisés sous contrainte revêtent le pyjama dès leur admission. Durant quelques jours, ils n'ont pas de contact avec leurs proches pour permettre leur observation par les professionnels. Ensuite, au cas par cas, en fonction de décisions médicales qui peuvent être progressives, ils peuvent soit être contraints de conserver cette tenue intégralement ou partiellement (veste ou pantalon de pyjama) soit revêtir leurs vêtements personnels.

## 4.2 La sur-occupation des secteurs et les transferts

Lorsqu'un secteur ne peut pas recevoir une personne hospitalisée, celle-ci est redirigée par l'équipe d'accueil du service des urgences vers un des deux autres secteurs en fonction de leurs disponibilités. Telle était la situation constatée par les contrôleurs lors de la visite. Une patiente hospitalisée dans une chambre du secteur « 59G40 » relevait du secteur « 59G38 » qui lui-même accueillait vingt-et-un patients alors que sa capacité est de vingt places, raison pour laquelle un deuxième lit avait été placé dans une chambre simple.

Effectivement, chaque secteur dispose d'un lit sur roulettes pouvant être placé en excédent dans une chambre. La plus spacieuse est choisie sous réserve d'une compatibilité confirmée. L'accueil en sureffectif nécessite donc parfois de changer des patients de

chambres. Un cadre de santé a indiqué aux contrôleurs ne le faire qu'après avoir consulté les personnes concernées et n'y procéder qu'avec leur accord.

Les personnes entrantes placées en HO sont mises en chambre seule.

Selon les informations données aux contrôleurs, il arrive régulièrement que des patients soient installés dans les deux chambres d'isolement contention du secteur « 59G39 », non dans le cadre d'une thérapie, mais faute de place dans une chambre « normale ». Au moment de la visite des contrôleurs, les deux chambres d'isolement étaient occupées, l'une pour motif thérapeutique, l'autre par manque de place ailleurs. En revanche, dans le secteur « 59G40 », la chambre d'isolement n'est pas utilisée pour accueillir un vingt-et-unième patient.

Il est parfois procédé à des transferts pour effectuer une rupture face à des difficultés éprouvées dans un service. Cette solution a été évoquée par les chefs de service. Il semble toutefois que cette possibilité se heurte parfois à des difficultés relationnelles ou repose sur un « échange » : un secteur accepte un patient difficile sous réserve de pouvoir transférer en contrepartie un autre cas difficile.

Il a été indiqué que la sur-occupation était mal vécue tant par les patients que par les soignants. Une telle situation serait toutefois rare, selon les informations recueillies.

### 4.3 L'introduction d'objets interdits

Il a été indiqué que des objets interdits (bouteilles d'alcool notamment) étaient parfois introduits par les patients au retour d'une permission, voire par des visiteurs étant donné qu'aucune fouille des visiteurs n'est pratiquée à l'entrée, les soignants indiquant contrôler uniquement les sacs ou demander que les poches soient vidées. Selon les informations recueillies, le comportement de la personne permettrait parfois de déceler une tentative d'introduction de produits interdits. L'attitude d'une personne ayant introduit de l'alcool ou l'odeur qu'elle dégage « révèle parfois l'existence de bouteilles ». Il arrive aussi que des patients en informent les soignants.

Selon les informations recueillies, des fouilles sont exceptionnellement effectuées dans les chambres. Des précautions sont alors prises : avis du psychiatre et information des patients.

### 4.4 La restauration

Les repas sont fournis par la cuisine centrale et apportés dans les secteurs par conteneurs. Les personnels soignants procèdent aux derniers préparatifs dans l'office du secteur, notamment en remettant les plats en température.

La salle à manger est équipée de tables à quatre places et de chaises. Elle bénéficie d'une climatisation. Un office et un « atelier de cuisine » sont regroupés.

Les repas sont servis aux heures suivantes : le petit-déjeuner entre 8h et 8h30, le déjeuner entre 12h et 12h45, le dîner entre 18h45 et 19h30. Le dîner peut être servi plus tardivement que dans les autres services de l'hôpital en raison du mode de fonctionnement plus autonome du centre de psychothérapie.

Les menus de la semaine étaient affichés lors de la visite des contrôleurs. Du 2 au 8 mars 2010, à titre d'exemple, étaient au menu :

- le mardi 2 mars 2010 :
  - au déjeuner : salami, bavette avec pommes dauphines, fromage et orange ;
  - au dîner : potage, poisson aux amandes, haricots beurre persillés, fromage blanc aromatisé ;
- le mercredi 3 mars 2010 :
  - au déjeuner : carottes à la vinaigrette, rôti de porc, gratin de céleri, flan nappé, glace ;
  - au dîner : potage, tarte provençale, salade verte, crème de gruyère.

Les patients bénéficient aussi d'un goûter vers 16h, comprenant du chocolat chaud, des jus de fruit et des gâteaux. Vers 22h, une collation, constituée de yaourts et de fruits, peut également être servie à ceux qui le souhaitent.

Le week-end, les patients reçoivent un petit-déjeuner amélioré.

Les patients se servent comme dans une cafétéria : chacun prend un plateau, une assiette, un verre et des couverts, pose sur son plateau les différents composants de son repas, puis va s'installer librement à une des tables en se regroupant selon les affinités. Seules les personnes placées à l'isolement, qui prennent leur repas en chambre, utilisent des couverts en plastique.

Des menus spécifiques sont prévus chaque jour selon les régimes : diabétique, mixé, sans résidu, semi-liquide, léger, sans sel, hypocholestérol, dialysé, hypocalorique, sans porc, sans poisson, végétarien. Par ailleurs le matin, chaque unité adresse au service de restauration sa commande pour le déjeuner et le dîner.

Les services passent également leur commande de compléments alimentaires qui sont ajoutés au repas du patient.

S'il existe une prescription du médecin en ce sens, une fiche d'alimentation est renseignée précisant pour chaque repas et pour chaque denrée la part du repas que le patient a consommée : 1/4 ou moins, 1/2, 3/4 ou plus.

Un distributeur de boissons gazeuses est installé dans le hall d'accueil au rez-de-chaussée du bâtiment.

Les médicaments sont distribués selon des méthodes différentes. Ainsi, dans le secteur « 59G39 », un des deux services les distribue lors des repas et l'autre au guichet de la pharmacie sur appel des patients à 8h, 12h et 20h ; cette deuxième méthode est justifiée auprès des contrôleurs comme permettant d'apporter à chaque patient des explications personnalisées.

Les soignants ont indiqué être attentifs au poids des personnes en veillant à éviter une trop forte consommation de nourriture.

#### **4.5 L'hygiène et les soins du corps**

Les locaux ont paru propres et bien entretenus.

Les patients ne conservent pas leur nécessaire de toilettes dans leur salle d'eau. Les trousseaux, placés dans des boîtes en plastique regroupées dans un des locaux de stockage, sont distribués avant la toilette et reprises après. Dès la prise de service de l'équipe du matin, à 6h45, les patients peuvent demander à faire leur toilette.

Dans les secteurs « 59G38 » et « 59G39 », les patients des chambres doubles (dépourvues de douches) ont un accès libre à la pièce abritant les douches tandis que dans le secteur « 59G40 », l'accès se fait le matin, sous la surveillance d'un soignant, de même que le rasage des hommes qui fait l'objet d'une procédure particulière : le rasoir n'est distribué qu'au dernier moment et est repris dès le rasage effectué.

Par ailleurs, dans le secteur « 59G40 », une pièce dénommée « esthétique » permet à ceux ou celles qui le souhaitent de pouvoir se coiffer. Un bac à shampoing et un fauteuil installés devant un miroir donnent à cette pièce une allure de salon de coiffure. Il a été indiqué que des femmes y venaient pour se maquiller avant de recevoir des visites.

Le centre hospitalier prend en charge le nettoyage des draps et des serviettes de toilette aussi souvent que nécessaire – au besoin plusieurs fois par jour – et au minimum tous les deux jours. Une société passe deux fois par semaine pour ramasser le linge personnel sale et livrer le linge propre. La prestation est payante. Des patients profitent des sorties pour aller dans une laverie.

Chaque étage est équipé d'une machine à laver et d'un sèche-linge. Outre l'aspect thérapeutique de l'accompagnement à l'autonomisation pour certains patients, la prise en charge du linge des plus démunis est parfois assurée par ce dispositif.

Les patients doivent gérer leur linge, ce mode de fonctionnement ayant pour objectif de leur apprendre à s'organiser et à se prendre en charge. La même volonté de rendre les patients autonomes conduit à les laisser ranger leur chambre et faire leur lit, même si certains doivent être aidés.

#### 4.6 Les activités occupationnelles

**Les trois services sont fermés.** Les patients doivent demander à un personnel soignant d'ouvrir la porte lorsqu'ils veulent sortir. Il a été signalé aux contrôleurs des cas, rares, de fugue, par des patients qui profitent d'un moment d'inattention pour passer par la porte ou par l'ascenseur.

**Les activités sont rares à l'intérieur des services.** Les patients partagent leur temps entre la télévision, leur chambre, la salle à manger et, pour les fumeurs, la salle qui tient lieu de fumoir. Il a été expliqué aux contrôleurs que les patients devaient être incités le plus possible à sortir du service pour procéder aux « activités communes aux différents services » ; leur offrir trop de possibilités à l'intérieur serait « *invalidant* ». Ainsi, sont-ils invités à aller faire leurs achats à la boutique située à l'entrée principale de l'hôpital.

Dans sa réponse au rapport de constat, la direction indique : « *Chaque service organise une vie interne en fonction des besoins des patients et en fonction des possibilités des services* ».

Quelques rares activités hebdomadaires sont en effet proposées aux patients.

Ainsi, dans le secteur « 59G39 »:

- lundi matin : réunion soignants / soignés, où chacun est invité à s'exprimer librement ; l'après-midi, un atelier collage est animé par un psychologue ;
- mardi après-midi, atelier journal : un journal mensuel est élaboré avec un psychologue ;
- mercredi après-midi, atelier collage ;
- jeudi matin, groupe de parole avec un psychologue et après-midi, sport;
- vendredi, atelier musique avec karaoké et tambourin.

Chaque activité dure une à deux heures ; elle est libre, sans inscription préalable.

Une salle de sport située au rez-de-chaussée est utilisée par les trois secteurs. Elle comporte des appareils de musculation et une table de ping-pong.

Le secteur « 59G39 » a acheté une Wii, permettant des séances « sportives » en interne, très appréciées des patients ; le week-end, un film est proposé sur le lecteur de DVD et un atelier pâtisserie est parfois organisé pour les patients intéressés.

Des activités ponctuelles sont parfois proposées. Au moment du contrôle, cinq patients dont un en HO étaient accompagnés pour une sortie au restaurant puis au cinéma. Il peut ainsi être proposé aux patients des randonnées, spectacles, sorties à la mer ou séjours thérapeutiques, dans la mesure de la disponibilité du personnel soignant. Selon les indications données aux contrôleurs, peu d'activités ponctuelles ont été organisées en 2009 par manque de personnel.

Chaque secteur dispose d'une pièce utilisée comme fumoir ; pour le secteur « 59G39 », chacun des deux services, A et B, est doté d'un fumoir. Un téléviseur, des fauteuils et des tables y sont à la disposition des fumeurs. Un extracteur d'air est en place. Au mur, un allume cigarettes électrique permet de pallier l'absence des briquets et des allumettes. Des grilles extérieures ont été mises en place devant l'une des fenêtres pour permettre son ouverture<sup>9</sup> et accroître l'aération. Lors de la visite des contrôleurs, trois personnes au secteur « 59G40 » et autant au service A du secteur « 59G39 », quatre au service B et cinq au secteur « 59G38 », se trouvaient dans ces salles pour y fumer. L'air était vicié. Dans un compte-rendu de réunion traitant de la situation particulière d'une patiente, le psychiatre indique « *qu'elle peut fumer dans la tabagie* ».

La gestion des cigarettes est source de préoccupation, leur manque pouvant créer des tensions. Les patients conservent sur eux le paquet entamé alors que les autres paquets sont conservés dans leur casier, dans le bureau des infirmiers. Les contrôleurs ont pu observer que cette réserve était parfois vide. A plusieurs reprises ce sujet a été abordé par les soignants eux-mêmes au cours des transmissions et par des patients venus s'en plaindre, leur tuteur ou tutrice n'ayant pas approvisionné le stock. Dans un cas, un délai de trois jours était annoncé avant de pouvoir disposer de nouveaux paquets de cigarettes. Au cours d'une transmission à laquelle assistaient les contrôleurs, un soignant a indiqué que la tutrice d'un patient leur

---

<sup>9</sup> Ces fenêtres sont équipées de trois points de fermeture, comme celles des chambres.

reprochait de ne pas avoir anticipé leur demande d'approvisionnement ; pour sa part, il estimait qu'elle aurait dû s'en préoccuper elle-même.

Dans les secteurs « 59G38 » et « 59G39 », la salle de télévision est une pièce séparée, alors qu'elle se situe dans le prolongement de la salle à manger au secteur « 59G40 ». Un téléviseur avec écran plat est placé sur un meuble. Les chaînes de la TNT sont accessibles. Au secteur « 59G38 », le poste venait d'être installé mais un autre, de 107 cm, était attendu pour les jours suivants. La télécommande se trouve au bureau des infirmiers et doit être demandée. Les contrôleurs ont constaté que les patients changeaient de chaînes manuellement. Dans le secteur « 59G40 », la télécommande est posée sur une table basse. Un journal donnant le programme de la semaine est mis à la disposition des patients.

Au secteur « 59G40 », un hall situé près de l'entrée est utilisé comme point de rencontre. Cinq fauteuils sont placés autour d'une table basse. Des bacs, contenant des plantes vertes, et un tableau accroché au mur ornent l'endroit. Le long d'un mur, un meuble avec des rayonnages sur cinq niveaux contient des jeux de société (une vingtaine), des livres, des journaux et des revues. Une vingtaine de jeux de société sont à la disposition des patients : *Monopoly*, *Scrabble*, *Trivial Pursuit*, des jeux de cartes, des jeux de dés, un jeu de dames... Des livres divers sous différents formats (livre de poche, livres de la bibliothèque verte...) sont regroupés sur deux niveaux. Un dictionnaire et des annuaires téléphoniques du Nord (éditions 2008 et 2009) y sont placés. Des journaux (*La Voix du Nord* de la veille et de l'avant-veille) mais aussi des revues (*Closer*, *Auto Plus*, *Fémina*...) sont consultables. A plusieurs reprises, les contrôleurs ont remarqué la présence de patients installés dans les fauteuils mais aucun d'eux ne lisait.

Au secteur « 59G38 », un tel endroit n'existe pas. Des jeux de société, à la disposition des patients, sont conservés dans le bureau des infirmiers et sont distribués sur demande. Aucun livre n'est accessible.

Le secteur « 59G39 » reçoit un exemplaire du quotidien *La Voix du Nord*, qui est laissé à la disposition des patients. Il n'existe pas de bibliothèque dans ce secteur, ni de jeux de société.

Dans sa réponse au rapport de constat, la direction indique : « *Il est à noter que chaque service reçoit un exemplaire du quotidien. Des jeux de société sont également mis à disposition des patients au sein du secteur 59G39* ».

Il a été indiqué qu'une bibliothèque située au rez-de-chaussée permettait d'emprunter des livres. Les patients placés sous contrainte, qui doivent être accompagnés, ne peuvent pas y accéder aisément.

Les contrôleurs ont observé régulièrement, au cours de la visite, que des patients avaient rejoint leurs chambres et qu'ils y dormaient.

Il arrive que des patients hospitalisés sous contrainte (HO ou HDT) soient accompagnées à leur domicile dans le cadre de la préparation à la sortie. Il a été dit aux contrôleurs que ces sorties étaient de plus en plus rares en raison du manque de personnel disponible.

## 4.7 Les activités thérapeutiques

### 4.7.1 La zone d'activités thérapeutiques

Une zone d'activité thérapeutique se trouve au rez-de-chaussée.

Deux personnes y sont normalement affectées :

- une ergothérapeute : l'actuelle titulaire du poste devait quitter l'établissement le 15 mars 2010 ; au jour de la visite, personne n'avait été désigné pour la remplacer. Selon les informations recueillies, le processus de sélection devait débuter et trois personnes seraient candidates ;
- une infirmière : celle qui était en poste n'a pas été remplacée lors de son départ en retraite.

Cette situation inquiète les soignants qui craignent une longue période sans ergothérapeute. Des solutions palliatives ont été recherchées et des infirmiers provenant des trois secteurs pourraient venir animer ponctuellement des groupes. L'un des interlocuteurs rencontrés par les contrôleurs a indiqué que le but était « *d'occuper les locaux* ».

Dans sa réponse au rapport de constat, la direction indique : « *l'occupation de ces locaux étant en effet un repère spatial très important pour certains patients psychotiques, habitués à fréquenter la zone d'activité* ».

Les activités thérapeutiques sont effectuées sur prescription médicale, par petits groupes.

Cette zone regroupe plusieurs pièces dédiées à des activités de nature différente.

Une pièce d'accueil permet aux patients d'écouter de la musique, jouer à des jeux de société ou parler entre eux. Le jour de la visite des contrôleurs, deux femmes s'y trouvaient avec l'ergothérapeute.

Un atelier de cuisine, disposant de tables, de chaises mais aussi de cuisinières, de réfrigérateurs et d'équipements rangés dans des placards, est utilisé pour deux repas thérapeutiques. L'un, organisé le mercredi, a pour objectif de réapprendre les gestes de la vie quotidienne : chacun choisit son menu comme cela se passerait chez soi, fait ses achats dans le commerce local, confectionne les plats et les consomme. L'autre, prévu le jeudi, a un objectif plus convivial et consiste à organiser un repas en commun.

L'atelier d'ergothérapie permet une prise en charge individuelle pour redonner confiance autour d'une activité manuelle telle que la poterie, la mosaïque ou la gravure.

Dans l'atelier voisin, le but est de réaliser des activités en commun, comme cela se passerait dans un club. Des activités comparables à celles de l'ergothérapie y sont menées mais l'objectif est différent : il s'agit là de réapprendre la vie en groupe. Les patients n'y accèdent qu'après être passés par l'atelier d'ergothérapie et avoir repris confiance.

Un salon de coiffure, avec des fauteuils, un bac à shampoing, un poste de coiffure avec siège et miroir, fonctionne le mercredi.

Un atelier de détente avec des fauteuils et une table basse est en cours de réorganisation.

Une salle de cinéma regroupe quatorze fauteuils répartis sur quatre rangées face à un écran. Des films y sont projetés. Les contrôleurs ont rencontré une soignante ayant lancé cette activité au secteur « 59G38 ». Elle a animé trois séances, projetant *Bienvenue chez les ch'tis*, *Podium* et *Les choristes* ; pour conduire ces activités, elle est revenue à deux reprises alors qu'elle était en période de repos. Entre huit et dix patients ont assisté à chacune des séances.

#### 4.7.2 Des groupes à visée thérapeutique

Un groupe de sport, réunissant les secteurs « 59G38 » et « 59G40 », est animé tous les lundis par un infirmier et une aide-soignante. Son activité vient d'être lancée, le matin étant consacré à la gymnastique douce et l'après-midi au croquet et au basket. Les installations sportives, terrain extérieur et salle intérieure, peuvent être utilisées. Neuf patients sont inscrits à la date de la visite.

Un infirmier anime chaque semaine un groupe « alcool », réunissant les secteurs « 59G38 » et « 59G40 », avec la participation d'intervenants extérieurs.

Une psychologue du secteur « 59G40 » anime un groupe d'éducation thérapeutique pour patients psychotiques. Elle travaille en collaboration avec des infirmiers, sur la base de six modules. Cinq à six patients, retenus après un entretien avec le psychiatre, participent à chaque séance. Une liste d'attente existe. Elle organise également une prise en charge des parents des jeunes patients schizophrènes mais **a renoncé à animer des groupes de paroles avec les malades en raison de la lourdeur de la tâche qu'elle ne peut pas partager avec un autre psychologue.**

#### 4.8 Les soins somatiques

Les soins simples sont réalisés sur place.

Deux médecins libéraux viennent chaque jour dans les trois secteurs de psychiatrie dont ils se partagent la charge. Ils ne procèdent pas à un examen systématique des arrivants.

Dans sa réponse au rapport de constat, la direction rappelle : « *La majorité des arrivants ont bénéficié d'un examen médical lors du passage au service d'accueil des urgences (SAU)* ».

Un traitement contraceptif est systématiquement proposé aux patientes.

En cas de soins complexes, le patient est transféré dans le service spécifique de l'hôpital. Lorsqu'il s'agit d'une personne hospitalisée sans son consentement, le médecin peut adresser aux autorités administratives un « certificat de situation » précisant que l'état de santé de la personne ne nécessite pas sa surveillance 24h/24h par un personnel présent dans la chambre.

#### 4.9 Le recours à l'isolement et à la contention

Le recours à l'isolement et à la contention se fait sur prescription médicale. Il arrive que, pour des malades potentiellement violents, la prescription soit « *contention si nécessaire* », permettant aux soignants d'en décider seuls et de la faire valider ultérieurement, d'abord par téléphone, ensuite par écrit, par le praticien responsable. Durant les fins de semaine, le psychiatre de garde décide de cette validation.

Aucun registre ne permet d'assurer une traçabilité des décisions prises. En principe, la mesure d'isolement ou de contention est enregistrée dans le dossier médical du patient. Les contrôleurs, soumis au respect du secret médical, n'y ont pas accès et n'ont pas pu contrôler la réalité de cette mesure de privation de liberté.

Au secteur « 59G38 », le recours à l'isolement est exceptionnel. Aucune chambre n'y est actuellement dédiée. Selon les informations recueillies, cette situation a longtemps prévalu. Elle a aujourd'hui évolué et un projet existe : aménager et transformer dans ce but une des chambres, la seule à disposer d'un sas d'entrée.

Au moment de la visite des contrôleurs, la chambre d'isolement du secteur « 59G39 » est occupée par un détenu.

Au secteur « 59G40 », il a été indiqué que le patient placé à l'isolement avait lui-même demandé à l'équipe de nuit de lui mettre les liens de contention.

Des patients peuvent cependant être placés sous contention dans leurs chambres. La porte n'est pas verrouillée et la personne ainsi attachée peut être vulnérable.

Dans sa réponse au rapport de constat, la direction indique : « *Il est prévu l'implantation de deux chambres d'isolement supplémentaires permettant au service n'en disposant pas actuellement de recourir aux moyens de contention en toute sécurité pour le patient. Les travaux débiteront dès janvier 2011* ».

#### **4.10 Sécurité et appels à renfort**

Chaque service dispose d'un appareil portatif permettant de déclencher un appel. Cet appel est reçu par l'équipe de sécurité et par les autres services de psychothérapie. Au secteur « 59G39 » il est utilisé environ une fois par mois.

Aucune caméra de vidéosurveillance n'est en place dans les locaux des secteurs de psychiatrie.

#### **4.11 Les sorties d'essai**

Les sorties d'essai sont rares. Selon les indications données aux contrôleurs, les praticiens leur préfèrent les appartements thérapeutiques et ne les pratiquent que dans un objectif d'évaluation.

### **5 HOSPITALISATION DES DETENUS**

Il a été indiqué aux contrôleurs que le centre hospitalier accueillait les détenus du centre pénitentiaire de Maubeuge faisant l'objet d'un arrêté d'hospitalisation d'office.

Ces cas sont peu fréquents : cinq en 2009.

Deux ambulanciers, accompagnés de deux personnels soignants du service d'accueil, se rendent à l'établissement pénitentiaire pour prendre en charge ce patient. La personne est alors allongée sur un brancard et elle y est attachée par des liens de contention.

A l'issue du séjour dans un des secteurs de psychiatrie, lors de la levée de la mesure d'hospitalisation d'office, des surveillants de l'administration pénitentiaire viennent rechercher le détenu.

Il n'existe pas de protocole spécifique écrit pour l'hospitalisation des détenus.

Au secteur « 59G38 », qui ne dispose pas actuellement de cellule d'isolement, les détenus sont placés dans la chambre d'isolement du secteur « 59G39 » ; dans ce dernier secteur, les personnes détenues sont systématiquement placées en chambre d'isolement, sous contention, dès leur arrivée et revêtent le pyjama comme tous les autres patients hospitalisés d'office ou à la demande d'un tiers. La décision de modifier ce régime est prise ensuite par le psychiatre. Selon les informations recueillies, les personnes détenues sont maintenues en chambre d'isolement durant toute leur hospitalisation.

Dans sa réponse au rapport de constat, la direction indique : « *Au sein du secteur 59G38, Monsieur le Docteur [...] précise que le placement d'un détenu en chambre d'isolement n'est nécessaire que si le patient détenu est très agité, ce qui est rare dans ce secteur. L'hospitalisation est comparable à celle des autres malades. Les patients détenus ne sont pas tous maintenus en chambre d'isolement durant la durée intégrale de leur séjour, mais celui-ci est réajusté en fonction de l'état pathologique du patient détenu. Un travail d'aménagement sur la mise en place d'une chambre d'isolement au sein du secteur 59G38 sera réalisé dès janvier 2011.* »

Au secteur « 59G40 », la pratique semble différente : ni isolement ni contention systématique. Il a cependant été indiqué qu'au cours de l'été 2009, un détenu hospitalisé d'office, qui n'avait fait l'objet ni d'un placement en chambre d'isolement, ni de mesures de contention, avait fugué.

Le 2 mars 2010, à midi, les contrôleurs ont assisté à l'arrivée d'une personne détenue au centre pénitentiaire de Maubeuge et placée en hospitalisation d'office dans le secteur « 59G39 ». A l'arrivée dans le service, elle était allongée sur un brancard ; ses poignets et ses chevilles étaient attachés par des sangles de contention.

Outre les ambulanciers, huit soignants avaient été regroupés. Ce jour-là, seules des femmes étaient de service dans ce secteur ; des hommes provenant des deux autres secteurs avaient été appelés en renfort.

Le patient a été dirigé vers la chambre d'isolement. Dès son entrée, il a revêtu un pyjama vert et s'est allongé sur le lit. Des liens de contention lui ont été posés aux poignets et aux chevilles. La porte du sas et la porte d'entrée de la chambre ont été fermées et le détenu est resté seul.

Durant cette procédure d'entrée, la personne détenue est restée calme. Elle a quitté le brancard, a changé de vêtement et s'est allongée sur le lit sans manifester le moindre signe d'énervement.

Vers 16 heures, les contrôleurs ont constaté que le patient ne se trouvait plus sous contention.

## 6 CONDITIONS DE TRAVAIL DES PERSONNELS

### 6.1 La médecine du travail

Il a été signalé aux contrôleurs qu'à la suite de la suspension provisoire d'exercer prononcée à l'encontre du médecin du travail, une organisation par vacations ne permettrait pas d'assurer un suivi des agents ; certains ont déclaré ne pas avoir été convoqués depuis plusieurs années.

Dans sa réponse au rapport de constat, la direction indique : « *Les difficultés liées à la suspension du médecin du travail sont réglées depuis l'arrivée de deux praticiens* ».

### 6.2 Les évènements indésirables

A la date du contrôle, les personnels du centre hospitalier ont réalisé 135 fiches d'évènement indésirable (FEI) depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010, dont quatre (moins de 3 %, pour un rapport de 80 lits au service psychiatrique sur un total de 294 lits au centre hospitalier, soit 27,2 %) concernant le service de psychiatrie interne :

- un patient en HO provenant d'une maison d'arrêt refuse de rester en chambre d'isolement et menace le personnel ;
- plusieurs agents se plaignent de toux, rhinites et maux de tête ;
- à la suite d'une rupture de stock à la pharmacie, un traitement antidépresseur doit être interrompu pendant plusieurs jours ;
- les patients se plaignent de la cuisson insuffisante de certains plats.

En 2009, plus de 900 FEI ont été réalisées sur l'ensemble de l'établissement, dont 77 (environ 8,5%) concernaient le pôle de psychiatrie, notamment :

- la fugue d'un patient en HO pendant la nuit ;
- l'agression d'une étudiante par un patient ;
- la présence d'une seule infirmière dans un secteur, de 6h à 14h ;
- la présence d'un seul homme dans l'ensemble des équipes de service ;
- l'état d'ivresse d'un patient rentrant d'une permission de sortie ;
- des admissions de nuits ne respectant pas le protocole ;
- des admissions nécessitant de doubler une chambre individuelle ;
- des fumoirs mal aérés ou avec des allume-cigarettes hors service ;
- le vol d'une carte de crédit, retrouvée dans un autre secteur ;
- des pénuries de personnel, notamment la nuit.

Dans sa réponse au rapport de constat, la direction indique : « *Les allume-cigarettes hors service ont fait l'objet d'une réparation* ».

### 6.3 La réorganisation du travail de nuit

Jusqu'en octobre 2009, un seul soignant assurait le service de nuit. Depuis cette date, ce travail est effectué par deux personnes : deux infirmiers ou un infirmier et un aide-soignant.

Cette modification du régime de travail a nécessité une réorganisation des plannings et les personnels rencontrés ont estimé leur sécurité mieux assurée.

#### 6.4 Les réunions de synthèse

Des réunions de synthèse sont organisées chaque semaine pour faire le point de la situation de chaque patient. Elles réunissent les psychiatres, les psychologues et les soignants en service pour évoquer les événements de la semaine passée, mais aussi chaque cas individuel et préparer la semaine à venir.

Le lundi matin aux secteurs « 59G39 » et « 59G40 » et le vendredi matin au secteur « 59G38 », les psychiatres, les psychologues et les soignants en service se réunissent pour évoquer les événements de la semaine passée, aborder chaque cas et préparer la semaine à venir.

Les décisions sont prises après discussion au sein de l'équipe.

#### 6.5 Les transmissions

Les équipes de soignants montante et descendante se rencontrent dans le bureau des infirmiers pour faire un point de situation.

Les personnels prennent le temps d'examiner longuement la situation de chaque patient ; les événements marquants sont abordés et les consignes transmises.

Les contrôleurs ont assisté à l'une de ces transmissions. Ainsi, le cas d'une personne qui n'avait plus de cigarettes a-t-il été évoqué, cette rupture pouvant avoir des effets sur son comportement.

#### 6.6 Les relations au sein des équipes

Certains ont laissé entendre aux contrôleurs qu'il régnait dans leurs secteurs une ambiance tendue pouvant expliquer une part des absences.

### 7 GESTION D'UNE SITUATION DE CRISE

En février 2010, une femme, qui était sortie d'une hospitalisation libre le matin même, s'est suicidée en se jetant de l'escalier extérieur du bâtiment abritant le restaurant du personnel, à l'heure du repas, après avoir apostrophé des soignants. Selon les informations recueillies, cette patiente avait été placée la veille à l'isolement. En mars 2010, au moment de la visite des contrôleurs, une enquête de police était en cours et aucune réunion d'équipe n'avait encore permis d'évoquer le drame ; selon les indications données aux contrôleurs, aucun psychologue n'aurait été sollicité pour en parler, en particulier avec les personnels ayant assisté à la chute.

Dans sa réponse au rapport de constat, la direction indique :

*« Les personnes ayant assisté à la chute ont pu bénéficier d'un soutien psychologique le jour même et les jours suivants (personnes vues pas la psychologue des urgences). »*

*« Une médiation avec la famille de Melle D a été organisée par l'établissement le 4 mai 2010, en présence notamment de M de Dr [...], médiateur médical de l'établissement et de M le Dr [...], chef de service du secteur [...]. »*

*Par ailleurs, suite à la réalisation d'une inspection par l'agence régionale de santé, le 7 mai 2010, plusieurs groupes de travail ont été constitués au sein du pôle de santé mentale, pour définir des actions d'amélioration de la qualité en rapport avec la prise en charge de Mlle D.*

*Un travail a notamment été mené par les professionnels de santé mentale pour compléter et actualiser le protocole de mise en chambre d'isolement et de contention.*

*Un autre groupe de travail a élaboré un protocole valable pour l'ensemble du pôle de santé mentale, concernant la prise en charge du risque suicidaire (une feuille d'évaluation du risque suicidaire a été élaborée).*

*Tous les documents relatifs à la sortie du patient ont été revus, et les modalités organisationnelles font l'objet d'une réflexion portée par un groupe de travail (document concernant les permissions de sortie, etc.).*

*De nombreuses réunions ont donc été organisées avec les équipes, les cadres, les médecins pour engager une véritable démarche d'amélioration de la qualité, suite à ce décès et pour réfléchir à l'amélioration des pratiques.*

*Mr le Dr [...], chef de service du secteur 40, a demandé à l'une des psychologues du pôle de santé pénale de participer au groupe de travail sur la prise en charge du risque suicidaire ». ».*

## CONCLUSIONS

A l'issue de leur visite, les contrôleurs formulent les conclusions suivantes :

1 - Il est regrettable qu'aucun espace extérieur ne permette à un patient hospitalisé sous contrainte de sortir à l'air libre.

2 - Les chambres d'isolement des secteurs 59G39 et 59G40 ne disposent pas de douche.

3 - La seule assurance offerte aux patients concernant la sécurité de leurs effets personnels réside dans la possibilité de les confier aux personnels soignants. Il conviendrait de faire en sorte que toutes les armoires personnelles puissent être fermées à clé par les occupants.

4 - Par ailleurs, afin d'assurer une protection des personnes fragiles, il conviendrait d'équiper les chambres individuelles de serrures permettant, soit au patient de s'isoler, soit, lorsqu'il est placé sous contention dans sa chambre, au personnel de l'isoler, avec un accès permanent par le personnel.

5 - Le manque chronique de personnel a des répercussions immédiates sur les patients : ce n'est qu'exceptionnellement que l'équipe présente a un effectif suffisant pour pouvoir envisager une activité encadrée à l'extérieur du service. C'est d'autant plus regrettable que les activités sont rares au sein des services. Il est particulièrement inacceptable que les effectifs soient réduits à deux personnes plus de 20 % du temps en week-end : la sécurité des patients et du personnel est en jeu.

6 - Contrairement aux recommandations de la loi, pourtant rappelées dans le protocole local, le nombre de personnes admises en hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT) au titre du péril imminent, c'est-à-dire alors que le premier certificat d'un médecin extérieur est manquant ou non conforme, représente la plupart des HDT (80 %). Par ailleurs, certaines HDT « normales » auraient été prises en toute illégalité, « *afin de faire baisser artificiellement le nombre trop élevé de HDT en péril imminent* ». Une telle pratique n'est pas acceptable.

7 - Il est regrettable que, contrairement aux dispositions du code de la santé publique, le procureur de la République ne visite l'établissement qu'environ une fois tous les deux ans et non tous les trois mois.

8 - Il est étonnant de constater que la durée moyenne de séjour des patients détenus placés en hospitalisation d'office (huit jours) est nettement inférieure à la durée moyenne générale des personnes hospitalisées sous contrainte (cinquante-sept jours).

9 - Le choix de l'hôpital de ne pas réaliser un livret spécifique pour les patients admis en psychothérapie est difficilement compréhensible ; il semble être motivé, non par une recherche de satisfaction du patient, mais plutôt par des conflits entre professionnels de la médecine. En tout état de cause, il manque une description détaillée et compréhensible des droits du malade hospitalisé sous contrainte, droits qui ne sont pas non plus suffisamment et systématiquement expliqués au patient.

10 - L'obligation pour tout patient de faire appel à un personnel soignant pour pouvoir utiliser le téléphone est une atteinte à sa liberté. Par ailleurs, les postes téléphoniques n'assurent aucune confidentialité aux conversations.

11 - Il n'est pas acceptable qu'aucune boîte aux lettres ne soit mise à la disposition des patients. Par ailleurs, les décisions suivantes devraient faire l'objet de procédures écrites permettant d'en assurer l'objectivité et la traçabilité : l'ouverture du courrier d'un patient, l'envoi d'un courrier à une autorité, l'envoi ou non d'un courrier que le patient n'a pas affranchi).

12 - Il conviendrait de pallier l'absence actuelle de contacts entre les patients et les représentants des usagers, par exemple en remettant en place la permanence hebdomadaire.

13 - L'existence d'un registre de la loi unique pour les HO et les HDT n'est pas conforme aux textes en vigueur et ne favorise pas une claire distinction entre les deux situations.

14 - Il est indispensable de mettre en place un registre permettant d'assurer la traçabilité des décisions prises quant au recours à l'isolement et à la contention.

15 - La prise en charge d'un patient détenu doit faire l'objet d'un protocole spécifique. Il est regrettable qu'en dehors de tout protocole cette prise en charge donne lieu à la contention systématique du détenu sur un brancard au départ de l'établissement pénitentiaire.

16 - L'incident dramatique mentionné en fin de rapport révèle, même si les versions diffèrent entre les témoignages reçus par les contrôleurs et l'approche de la direction, des lacunes dans la gestion des relations au sein des équipes.

## Table des matières

<b>1</b>	<b>Conditions de la visite .....</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Présentation de la structure .....</b>	<b>2</b>
<b>2.1</b>	<b>L'environnement du centre hospitalier.....</b>	<b>2</b>
<b>2.2</b>	<b>L'implantation des secteurs de psychiatrie.....</b>	<b>3</b>
2.2.1	Les secteurs « 59G38 » et « 59G40 ».....	4
2.2.2	Le secteur « 59G39 » .....	5
<b>2.3</b>	<b>Les personnels .....</b>	<b>6</b>
<b>2.4</b>	<b>L'activité .....</b>	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>Hospitalisation sans consentement et exercice des droits .....</b>	<b>11</b>
<b>3.1</b>	<b>Informations données aux malades arrivants et possibilités de recours .....</b>	<b>11</b>
<b>3.2</b>	<b>Accès aux dossiers .....</b>	<b>12</b>
<b>3.3</b>	<b>La communication avec l'extérieur .....</b>	<b>12</b>
3.3.1	Les visites.....	12
3.3.2	Le téléphone .....	13
3.3.3	Le courrier .....	14
3.3.4	L'informatique et l'accès à l'internet .....	15
<b>3.4</b>	<b>Les cultes.....</b>	<b>15</b>
<b>3.5</b>	<b>Les droits électoraux .....</b>	<b>15</b>
<b>3.6</b>	<b>Le traitement des plaintes et des réclamations.....</b>	<b>15</b>
<b>3.7</b>	<b>La commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP).....</b>	<b>16</b>
<b>3.8</b>	<b>L'UNAFAM .....</b>	<b>16</b>
<b>3.9</b>	<b>Le registre de la loi .....</b>	<b>17</b>
<b>3.10</b>	<b>Les visites des autorités .....</b>	<b>18</b>
<b>4</b>	<b>Conditions d'hospitalisation .....</b>	<b>18</b>
<b>4.1</b>	<b>L'arrivée .....</b>	<b>18</b>
4.1.1	L'accueil à l'hôpital.....	18
4.1.2	L'accueil dans le secteur de psychiatrie .....	20
<b>4.2</b>	<b>La sur-occupation des secteurs et les transferts .....</b>	<b>20</b>
<b>4.3</b>	<b>L'introduction d'objets interdits .....</b>	<b>21</b>
<b>4.4</b>	<b>La restauration .....</b>	<b>21</b>

<b>4.5</b>	<b>L'hygiène et les soins du corps</b> .....	<b>22</b>
<b>4.6</b>	<b>Les activités occupationnelles</b> .....	<b>23</b>
<b>4.7</b>	<b>Les activités thérapeutiques</b> .....	<b>26</b>
4.7.1	La zone d'activités thérapeutiques.....	26
4.7.2	Des groupes à visée thérapeutique .....	27
<b>4.8</b>	<b>Les soins somatiques</b> .....	<b>27</b>
<b>4.9</b>	<b>Le recours à l'isolement et à la contention</b> .....	<b>27</b>
<b>4.10</b>	<b>Sécurité et appels à renfort</b> .....	<b>28</b>
<b>4.11</b>	<b>Les sorties d'essai</b> .....	<b>28</b>
<b>5</b>	<b>Hospitalisation des détenus</b> .....	<b>28</b>
<b>6</b>	<b>Conditions de travail des personnels</b> .....	<b>30</b>
<b>6.1</b>	<b>La médecine du travail</b> .....	<b>30</b>
<b>6.2</b>	<b>Les évènements indésirables</b> .....	<b>30</b>
<b>6.3</b>	<b>La réorganisation du travail de nuit</b> .....	<b>30</b>
<b>6.4</b>	<b>Les réunions de synthèse</b> .....	<b>31</b>
<b>6.5</b>	<b>Les transmissions</b> .....	<b>31</b>
<b>6.6</b>	<b>Les relations au sein des équipes</b> .....	<b>31</b>
<b>7</b>	<b>Gestion d'une situation de crise</b> .....	<b>31</b>