



Rapport de visite
Centre Hospitalier de Saint-Malo
(Ille et Vilaine)
27-28 janvier 2009

(Structures psychiatriques)

Contrôleurs

Olivier Obrecht, chef de mission ;
Martine Clément.

En application de la loi du 30 octobre 2007 instituant le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, deux contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier de Saint-Malo, du mardi 27 au mercredi 28 janvier 2009. Le chef d'établissement avait été informé la veille par le Contrôleur général.

1 - Les conditions de la visite

Les contrôleurs sont arrivés le mardi 27 janvier à 11h30 et repartis le mercredi 28 janvier à 17h00.

Tous les personnels hospitaliers rencontrés se sont rendus disponibles pour s'entretenir avec les contrôleurs.

Une salle a été mise à la disposition des contrôleurs durant le temps de la mission avec l'ensemble des documents demandés.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, comme ils le souhaitent et en toute confidentialité, tant avec des patients qu'avec des personnels exerçant sur le site, ainsi qu'avec les personnes suivantes, extérieures à l'établissement :

- le représentant de l'association des parents de malades intervenant au sein de l'établissement (UNAFAM) ;
- le directeur de l'ARH de Bretagne ;
- l'inspection de la santé de la DDASS d'Ille et Vilaine ;
- le secrétariat de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP) ;
- le chef de la Mission nationale d'appui en santé mentale.

Le préfet d'Ille et Vilaine a été informé de la visite pendant son déroulement.

Une réunion initiale de présentation de la mission s'est tenue avec la directrice adjointe de l'établissement, en charge notamment de la psychiatrie, en présence du médecin chef du pôle de psychiatrie adulte et du cadre supérieur infirmier de ce même pôle. A l'issue de la visite, les contrôleurs ont fait part de leurs principaux constats au directeur du centre hospitalier, en présence de la directrice adjointe.

Les locaux recevant des malades hospitalisés sous contrainte ont été visités, y compris l'unité de pédopsychiatrie.

A l'issue du contrôle, un rapport de constat a été transmis à l'établissement le 20 mars 2009 ; ce dernier a fait connaître ses observations en retour par courrier en date du 2 avril suivant. Elles ont été intégrées au présent rapport.

2 - Présentation générale de l'établissement

Le centre hospitalier est implanté à Saint-Malo, dans le département de l'Ille et Vilaine. Il se situe à un kilomètre du centre ville, à environ 500 mètres de la gare. Son accès est aisé grâce à une bonne signalétique à partir des voies routières et une desserte par les transports en commun.

Il est composé de locaux de construction contemporaine et d'édifices plus anciens rénovés en 1989, ceux-ci accueillant notamment les services d'hospitalisation de psychiatrie adulte. L'unité d'hospitalisation de pédopsychiatrie est quant à elle située dans un bâtiment neuf de plain-pied, ouvert en 2007. Elle était auparavant localisée au sein du service de pédiatrie.

L'établissement est un centre hospitalier général, siège d'un service d'accueil des urgences. Il comprend trois sites géographiques d'implantation distincts dans la ville : Broussais (site principal), Rosais et Corbières. Les malades psychiatriques sont accueillis sur deux d'entre eux : Broussais et Rosais, mais les patients accueillis et hospitalisés sous contrainte, en HO ou HDT, sont tous hébergés dans les deux unités fermées du site de Broussais, dites psychiatrie 1 et psychiatrie 2 et dans l'unité de pédopsychiatrie pour les enfants de moins de 16 ans (exceptionnelles HO).

L'hôpital est constitué de neuf pôles d'activité dont deux regroupent les services de psychiatrie:

- un pôle de psychiatrie adulte constitué en 2008, regroupant deux secteurs de psychiatrie générale (35G01 et 35G02) et qui rassemble les activités d'hospitalisation, les structures alternatives à l'hospitalisation, les activités ambulatoires (centres médico-psychologiques – CMP) ainsi qu'un foyer occupationnel ;
- un intersecteur de pédopsychiatrie qui constitue un pôle autonome, composé d'une unité d'hospitalisation à temps complet, d'hôpitaux de jour et d'activités ambulatoires et de consultations.

L'accueil des malades psychiatriques est assuré au niveau des urgences par une équipe psychiatrique dédiée, 24 heures sur 24.

L'établissement est doté de structures d'hospitalisation en psychiatrie adultes réparties comme suit :

- hospitalisation complète de psychiatrie adultes : quatre-vingt quatre lits, dont deux services fermés dits « d'admission » de vingt-deux lits chacun, accueillant également l'ensemble des malades en HO et HDT de l'établissement ;
- vingt places d'hôpital de jour réparties sur deux sites ;
- dix places de placement familial thérapeutique ;
- quarante-cinq lits et cinq places de jour en foyer de vie.

Une unité de sept lits de pédopsychiatrie, extensible à neuf en cas de besoin, complète la capacité d'accueil pour les enfants.

Des structures alternatives à l'hospitalisation, de consultations, ainsi que des appartements communautaires complètent le dispositif de soins psychiatriques du CH.

En 2007, le taux d'occupation des lits de psychiatrie adulte était de 98% en hospitalisation complète. Ce taux augmente d'année en année (92,4% en 2005, 94,6% en 2006) et ne laisse quasiment aucune marge de manœuvre, les lits se retrouvant constamment occupés. Il s'ensuit de fréquents transferts de malades dans des hôpitaux éloignés, à partir des urgences, dans l'attente d'une place libre à Saint-Malo, permettant un transfert secondaire en retour. Les hôpitaux de Dinan, Rennes, mais aussi Brest, Saint-Avé et Morlaix sont sollicités.

La durée moyenne de séjour (DMS) en hospitalisation complète est de 36,42 jours en 2007, elle aussi en augmentation (27,56 jours en 2005 et 32,14 jours en 2006). Elle est légèrement inférieure au sein des unités d'admission, respectivement de 21,71 et 20,73 jours pour les unités psychiatrie 1 et 2 en 2007 mais la tendance à l'augmentation est identique. Le taux

d'occupation étant maximal, le nombre d'admissions est donc en baisse, malgré une demande constante, obligeant aux transferts évoqués, en dépit d'une augmentation concomitante des hospitalisations de jour sur la période.

En pédopsychiatrie, 135 admissions ont eu lieu en 2007, 101 en 2006, avec un taux d'occupation de 70,5% et une DMS de 13,35 jours. Aucune admission en HO n'a été relevée en 2007, ni en 2008.

En 2007, trente-trois patients adultes ont été hospitalisés sous le régime de l'hospitalisation d'office (HO) et 190 sous celui de l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT). En 2008, ces chiffres sont respectivement de vingt-cinq et 184, soit une légère diminution. Les proportions des HO et HDT par rapport au nombre d'hospitalisations à temps complet en psychiatrie sont respectivement de 2,95% et de 21,75%.

Le jour de la visite, aucun mineur n'était hospitalisé en HO ni ne faisait l'objet d'une ordonnance judiciaire de placement d'un juge des enfants.

L'hôpital est également signataire d'une convention avec la maison d'arrêt de Saint-Malo, dont il assure la couverture sanitaire par une unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA), en charge des soins somatiques et psychiatriques. Le médecin généraliste en charge de l'UCSA appartient au pôle de psychiatrie adultes du CH, au sein duquel il assure également la prise en charge somatique des malades hospitalisés. Les détenus de la maison d'arrêt hospitalisés en HO (art. D.398 CPP) le sont dans les unités fermées du centre hospitalier.

3 – Constats

Au cours de leur mission, les contrôleurs se sont essentiellement intéressés au cas des personnes hospitalisées sous contrainte. Ils ont visité l'ensemble des lieux et unités du site Broussais où celles-ci sont accueillies.

Les constats suivants ont été faits.

3.1 – Exercice des droits des malades en HO/HDT

3.1.1 – Procédures d'accueil des malades hospitalisés

Le service des urgences est organisé pour qu'un accueil médical spécifique soit fait pour les patients relevant de la psychiatrie.

A l'arrivée à l'hôpital sans diagnostic d'urgence vitale, le patient est orienté vers une grande salle d'attente. Il est reçu en entretien par un soignant (infirmier d'accueil et d'orientation) qui évalue son état et l'oriente pour ses soins. Ce soignant régule les délais d'attente des patients par ordre d'arrivée. Il priorise toutefois la prise en charge de malades agités ou en attente d'une hospitalisation à la demande d'un tiers.

Le service des urgences est un passage obligatoire pour l'admission en psychiatrie des patients, y compris pour une hospitalisation libre programmée à partir d'un CMP. Si une hospitalisation en psychiatrie s'avère nécessaire, les malades sont dirigés vers l'une des deux unités de psychiatrie du site Broussais. Le dossier administratif relatif à l'hospitalisation est ouvert au service des urgences qui le transmet ensuite au service des admissions.

Depuis février 2008, les patients relevant d'une hospitalisation d'office (HO) sont directement admis dans l'unité relevant de leur secteur géographique. En effet, compte tenu de leur absence habituelle d'adhésion aux soins, leur passage au service des urgences est évité. Toutefois, c'est ce dernier qui constitue le dossier d'admission en vérifiant le respect des différentes formalités nécessaires au placement en HO, avant transmission au bureau des admissions.

La direction de l'hôpital a défini à nouveau, en février 2008, les modalités pour la mise en œuvre d'une HO. Elle les a adressées, par courrier, aux médecins libéraux des secteurs sanitaires couverts, au commissariat de Saint-Malo, aux différentes brigades de gendarmerie ainsi qu'aux maires des différentes communes concernées. Des modèles de réquisition et de certificat médical ont été joints aux courriers. Une recommandation de prise de contact est conseillée, avant l'hospitalisation du malade, entre le médecin du secteur, signataire du certificat et le psychiatre d'astreinte. Il est également demandé aux maires, en règle générale signataires du premier arrêté provisoire de placement en HO, de bien vouloir contacter la direction de l'établissement, afin « *d'éviter un passage au service des urgences* » et « *de tout mettre en œuvre pour que les conditions de sécurité maximales permettent d'assurer le transfert et la prise en charge du patient pour les équipes soignantes dans de bonnes conditions* ». Des avis recueillis, y compris auprès des forces de l'ordre, il semble que cette nouvelle procédure ait permis d'accueillir les malades dans de meilleures conditions et d'envisager, selon leur comportement, l'opportunité d'une éventuelle contention en amont de l'hospitalisation.

Une copie de ces différents courriers a été remise aux contrôleurs.

Un temps infirmier est dédié au service des urgences pour l'accueil des patients relevant de la psychiatrie, 24h sur 24h, tous les jours de la semaine. Dans la journée, les infirmiers présents font partie du pôle de psychiatrie mais n'assurent pas forcément un plein temps aux urgences. L'équipe de nuit est quant à elle fixe et composée de volontaires. Ce sont au total sept infirmiers qui se relaient ainsi jour et nuit aux urgences.

Une astreinte médicale de pédopsychiatrie et psychiatrie est également organisée. Les infirmiers présents ont indiqué aux contrôleurs qu'il était facile, pour eux, de joindre un médecin qui n'hésitait pas à se déplacer en cas de nécessité.

Dans le secteur « urgences », outre les bureaux d'entretien, les salles de soins et les cabinets de consultation, une chambre d'isolement capitonnée en bleu et une autre chambre pouvant se verrouiller, sont disponibles en cas de besoin.

Le placement en chambre capitonnée est toujours prescrit par un médecin. Les patients sont alors déshabillés et une chemise de l'hôpital leur est remise. Cette chambre est également parfois utilisée pour des personnes en phase de dégrisement.

La chambre pouvant fermée à clef est parfois occupée par des patients en attente d'une hospitalisation à la demande d'un tiers, pour éviter qu'ils ne se sauvent. Le tiers accompagne le plus souvent le malade ; il est reçu par les soignants.

Lors du passage des contrôleurs, un jeune patient et sa famille étaient présents dans la chambre qui, en la circonstance, n'était pas fermée à clef. Ce jeune patient de 15 ans était volontaire pour être hospitalisé en pédopsychiatrie, mais son admission dans le service devait être différée de quelques heures. Toutefois, l'arrivée d'une patiente agitée a conduit les soignants à déplacer les occupants de cette chambre dans d'autres lieux, afin de l'y enfermer.

Les infirmiers de l'accueil dédié à la psychiatrie ne possèdent pas d'alarme portative contrairement à ceux des unités d'hospitalisation. Ils peuvent faire appel aux vigiles qui n'ont alors qu'un rôle de présence dissuasive, ce qui est le plus souvent suffisant pour calmer les personnes agitées.

C'est l'infirmier des urgences qui accompagne ensuite le patient à son unité d'hospitalisation. Pour cela, il doit emprunter, avec le malade parfois non consentant aux soins ou agité, un long couloir communément appelé « le tunnel ».

Un des contrôleurs a emprunté ce sous-sol d'environ 200 mètres de long, en travaux depuis un an et demi, aux tuyaux apparents et aux fuites d'eau importantes. La température était aussi

basse qu'à l'extérieur, voisine de quatre degrés. Ces conditions sont inadaptées pour un patient, surtout s'il est dévêtu.

Des soignants ont dit aux contrôleurs la difficulté d'accompagner des patients dans de telles conditions. Un des patients un peu opposant et vêtu de la chemise de l'hôpital leur a confié son impression d'être « conduit à l'échafaud ». Au bout de ce couloir, un ascenseur permet d'accéder, par badge, aux deux unités ; il est dégradé, avec une peinture sale et des graffitis sur les parois.

La direction est consciente de l'inhumanité du lieu, qu'elle a déclaré chercher à intégrer dans un programme de rénovation, sans y être encore parvenue. A l'issue de la visite, l'établissement a fait savoir que « *la rénovation de ce couloir est prévue dans le cadre du plan directeur présenté aux instances d'octobre 2008 à l'appui du nouveau projet d'établissement 2008-2012* » et que « *la date de réalisation n'est effectivement pas fixée car elle tiendra compte de l'état d'avancement du nouveau bloc opératoire situé à proximité dont les travaux sont en cours pour une livraison prévue courant 2010* ».

3.1.2 - Informations données aux malades arrivants et possibilités de recours

Une fois accompagné par l'infirmier des urgences, le patient, en fonction de son état, est reçu par un infirmier qui procède au premier entretien. Il fait l'inventaire de ses effets personnels. Ceux qui lui sont retirés sont disposés dans un casier. Le patient signe l'inventaire d'entrée.

Un dossier d'information lui est remis où figure une présentation générale de l'hôpital, le règlement intérieur de l'unité et le formulaire de désignation de la personne de confiance.

Chacune des unités dispose d'un règlement intérieur. Celui-ci comporte cependant des différences entre les services Psychiatrie 1 et 2 (cf. § 3.2).

La charte de la personne hospitalisée est affichée dans les services, accessible aux malades et au public. Elle est également contenue dans le livret d'accueil et donnée au patient qui arrive en hospitalisation.

Il a été remis aux contrôleurs un exemplaire du dossier arrivant. Ils ont pu remarquer l'effort de conception du formulaire de désignation de la personne de confiance qui a toutefois été renommée par l'établissement « personne référente » ou « personne de référence » selon les endroits. L'argument avancé par l'hôpital dans le document est qu'il s'agit « *d'éviter tout malentendu avec l'emploi du mot « confiance »* » et que le changement éventuel de personne désignée « *ne signifiera en aucune façon que la personne précédemment choisie par vous a perdu votre confiance* ». Ce formulaire est commun à l'ensemble des services de l'hôpital.

L'établissement a indiqué en réponse que cette adaptation sémantique était née des travaux d'un groupe de travail mis en place suite au vote de la loi de 2002 relative aux droits des malades, adaptation dont le bilan avait été initialement prévu. « *Celui-ci n'a pas été réalisé mais la direction actuelle ne valide pas le choix d'autres termes que ceux prévus par la loi. C'est pourquoi le document [...] mentionné a été modifié immédiatement pour reprendre les termes de la loi, à savoir « désignation de la personne de confiance »* ».

Il a été dit aux contrôleurs que la désignation de la personne de confiance reste problématique en psychiatrie. Il arrive parfois qu'un malade souhaite désigner un autre patient, ce qui est jugé non souhaitable par les équipes. Il a été ajouté qu'aucun texte législatif n'encadrant juridiquement les incompatibilités ou incapacités à exercer le rôle de personne de confiance, hormis pour les malades mineurs ou sous tutelle, la difficulté était parfois réelle pour éviter certaines désignations.

En cas d'hospitalisation sous contrainte en HO, la notification de l'arrêté est effectuée au patient par le cadre de santé ou un infirmier de l'unité, lors d'un entretien. Le patient est invité à signer un accusé de réception et il lui est remis un exemplaire de l'arrêté. Le refus ou

l'impossibilité de signer la notification est attestée par la signature de deux personnels soignants, nominativement identifiés. Si l'état du patient ne lui permet pas de signer le document en toute lucidité, il lui sera remis dès qu'il sera en état de le recevoir et de le comprendre. Le document est ensuite retourné au service des admissions qui le classe dans le dossier administratif du patient.

Le patient reçoit à cette occasion une information écrite sur les voies de recours possibles pour contester son hospitalisation.

La procédure est identique, s'agissant des admissions en HDT dans l'établissement.

Le document élaboré par le service des admissions de l'hôpital, rédigé en termes juridiques, présente au patient l'ensemble des voies de recours qui lui sont ouvertes. Toutefois, n'est jointe à cette information aucune adresse éventuellement utile - préfet, tribunal de grande instance,.... Il mentionne en outre l'existence des différents droits spécifiques dont dispose le patient pendant son hospitalisation sous contrainte, mais le livret d'accueil de l'établissement, unique, ne comporte aucune information relative aux droits particuliers des malades hospitalisés en psychiatrie¹. Ce livret d'accueil de l'établissement fait mention des voies de recours, en indiquant quant à lui uniquement l'adresse de la CDHP à Rennes, avec son numéro de téléphone.

Il a été dit aux contrôleurs que dans le cas où un patient souhaitait déposer un recours, les soignants donnaient les explications nécessaires pour que ce droit soit exercé. En 2007, deux patients en HDT, et en 2008 un seul patient en HO, ont déposé un recours devant le juge des libertés et de la détention. Aucune ordonnance de levée de la mesure ne s'est ensuivie.

Dans aucun service les contrôleurs n'ont constaté l'affichage du tableau de l'Ordre des avocats ; la liste des avocats est consultable sur demande auprès des infirmiers.

La consultation du registre de la loi et de certains dossiers administratifs individuels a permis aux contrôleurs de constater que l'arrêté d'hospitalisation est notifié rapidement au patient qui est ainsi en mesure d'exercer sans délai ses voies de recours.

3.1.3 - Information donnée aux familles et confidentialité de l'hospitalisation

L'hôpital donne des renseignements aux familles sous plusieurs conditions :

- si le médecin en a donné l'autorisation ;
- si le patient est majeur, son autorisation est requise pour que des informations le concernant puissent être données par l'administration de l'hôpital : le livret d'accueil indique expressément que tout patient peut demander qu'aucune indication sur sa présence dans l'établissement ne soit fournie à un tiers, y compris sa famille ;
- si les personnes demandant les informations ont un titre juridique pour les obtenir : parents, titulaires de l'autorité parentale, tuteurs ou curateurs.

Les médecins reçoivent, avec l'accord du patient, les familles, soit sur rendez-vous soit à l'occasion des visites. Les informations recueillies auprès des familles font apparaître que les relations avec certains praticiens sont difficiles.

En toute hypothèse, aucune information n'est donnée par téléphone.

Le bulletin d'hospitalisation n'est remis par le service des admissions qu'au patient seulement.

¹ Art. L.3211-1, L.3211-2 et L.3211-3 du Code de la santé publique en particulier

3.1.4 - Accès au dossier médical par le patient

Le patient peut avoir accès à son dossier médical, soit personnellement, soit par l'intermédiaire du médecin de son choix, sur demande écrite adressée à la direction de l'établissement.

Toute demande doit être adressée à la direction de l'établissement, qui s'assure auprès des praticiens responsables du caractère directement communicable ou non des pièces du dossier.

Dans l'affirmative, une fois retirés les éléments issus ou concernant des tiers, conformément à la loi, le dossier est transmis au patient selon ses souhaits, consultation sur place ou envoi de copies.

La procédure ne soulève pas de difficultés particulières d'après les informations recueillies. En 2007, un seul patient en HO a demandé accès à son dossier et en 2008, quatre patients en HDT ont formulé des demandes, dont une pour un séjour remontant à 2003 et deux pour des séjours datant de 2007.

3.1.5 – Communication avec l'extérieur pour les malades en HO/HDT

La possibilité de visites est soumise à l'autorisation du médecin ayant la responsabilité du patient. Il peut s'y opposer s'il estime qu'elles ne seraient pas favorables pour le patient, soit pendant un temps limité en début d'hospitalisation, soit pour des périodes plus longues définies en fonction de l'évolution de l'état du patient.

Le patient, lui-même, peut dire qui il souhaite voir et qui il refuse de voir.

Le médecin peut, également, fixer les conditions dans lesquelles les visites autorisées peuvent avoir lieu : dans la chambre du patient, à l'intérieur du service, à la cafétéria, etc.... ainsi que la durée et les horaires possibles.

Les visites sont possibles tous les jours sans exception, de 14h00 à 18h00 en psychiatrie 1 et entre 14h30 et 18h30 en psychiatrie 2. Sur autorisation expresse, des horaires plus tardifs peuvent être accordés.

Si le patient est placé en isolement, l'opportunité d'une visite est d'ordre thérapeutique, autorisée par le psychiatre.

Le courrier des malades est libre et non contrôlé à l'arrivée comme au départ.

L'hôpital met à disposition des malades un téléphone commun, payant, à carte. Celui-ci est disposé dans un lieu de passage, ouvert en psychiatrie 1, dans une cabine fermée dans l'unité 2. Après autorisation médicale, les malades y ont accès librement ; ils peuvent se faire appeler sur ce téléphone. L'usage du téléphone portable n'est pas homogène selon les services (cf. § 3.2).

Si le patient n'a aucun moyen financier, un coup de fil à partir du poste infirmier est possible, surtout au moment de son admission; par ailleurs le personnel infirmier peut fournir aux malades le numéro à composer pour appeler en PCV.

L'ouverture d'une ligne en chambre n'est pas possible dans les services de psychiatrie, contrairement au reste de l'hôpital.

3.1.6 - Information sur les visites des autorités

La visite des autorités (CDHP,...) est portée à la connaissance des patients dans chaque service, le plus souvent par voie d'affichage, avec une explication orale donnée par les infirmiers, afin que tous ceux qui souhaitent être entendus par ces autorités puissent le faire savoir et les rencontrer.

La CDHP a effectué en 2008 deux visites de chacune des unités de soins recevant des patients sous contrainte, en mai et en novembre.

La CDHP, dans son rapport de 2007, dernier disponible, indique avoir auditionné treize patients et que les registres sont bien tenus. Elle a en revanche signalé, pour le déplorer, que le nombre d'HDT d'extrême urgence est très élevé à St Malo, plus de 50% des admissions étant dans ce cas.

Les visas du président de la CDHP sont apposés sur les registres de la loi, aux pages correspondant aux jours des visites, ainsi que sur la page de garde. Curieusement, la page prévue à cet effet dans les registres n'est pas utilisée.

Les registres de la loi ne sont pas visés par les autres autorités habilitées ; en particulier aucun visa du procureur n'y apparaît en 2008.

Les registres de la loi (HO et HDT) sont tenus par le service des admissions avec une grande rigueur. A signaler : il y a deux registres des HDT, un pour les hommes et un pour les femmes, la CDHP ayant demandé cette séparation des sexes, uniquement pour les HDT cependant.

3.1.7 - Allégations de mauvais traitements

Les règlements intérieurs des services ne mentionnent pas la conduite à tenir pour les patients en cas de problèmes de violence ou de maltraitance (réelle ou ressentie).

A contrario, celui de psychiatrie 2 comprend une entrée « *Protection envers les agents publics dans l'exercice de ses fonctions* » (sic), renvoyant à des principes de citoyenneté destinés à protéger les agents publics, sous la forme de références d'articles législatifs, non explicités.

Le livret d'accueil informe de la conduite à tenir lorsqu'un patient estime être victime d'un préjudice pendant son séjour. Il mentionne l'existence de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQ), avec une fiche spécifique reportant sa composition et ses missions. Le livret indique : « *En cas de problèmes ou de réclamations, vous devez envoyer un courrier motivant votre demande au directeur de l'établissement* ».

Les plaignants sont reçus, à leur demande, par la personne chargée des plaintes ou le directeur chargé de la clientèle. Dans tous les cas, une enquête interne est menée et une réponse au fond est ensuite apportée à la personne.

Parmi les plaintes reçues et traitées par la CRUQ, on en retrouve trois en 2006, neuf en 2007 et quatre au premier semestre 2008 concernant les services de psychiatrie. Pour les trois cas de 2006 dont l'analyse détaillée a été fournie aux contrôleurs, aucun ne concernait une violence alléguée.

3.2 - Conditions matérielles d'hospitalisation

Quatre unités Psychiatrie 1, 2, 3 et 4 sont implantées sur deux sites - Broussais et Rosais - distants entre eux de deux kilomètres environ.

Les deux premières, sur le site Broussais, accueillent des patients en hospitalisation libre ou sous contrainte, selon le secteur d'appartenance (G01 et G02). La population de chacun des secteurs est d'environ de 75 000 habitants.

C'est dans un bâtiment de deux étages que se situent les deux unités. L'entrée dans le bâtiment est libre, mais l'accès aux unités se fait par des portes fermées. Chacune des unités occupe un étage. Un projet de rénovation est actuellement en discussion.

Les unités comprennent chacune vingt-deux lits répartis dans dix-sept chambres dont cinq doubles, plus une chambre d'isolement dénommée chambre de soins intensifs (CSI).

Les deux autres unités, intersectorielles de longue hospitalisation, sur le site du Rosais, accueillent, pour l'une (3) des patients chroniques « lourds », l'autre (4) des patients chroniques en étape de resocialisation. Tous les patients accueillis dans ces deux unités le sont sous le régime de l'hospitalisation libre. L'unité 4 est d'ailleurs ouverte sur l'extérieur.

Les contrôleurs n'ont pas visité ces deux dernières unités. Il leur a été affirmé que dans la mesure où un patient hospitalisé au sein des unités 3 ou 4 devait être à nouveau hospitalisé sous contrainte, il était transféré dans les unités 1 et 2 du site Broussais.

A moment de la visite, la moitié des patients des unités 1 et 2 étaient hospitalisés en HO (huit) ou HDT (quatorze).

Sur le site du Rosais, est implanté un centre socio-thérapeutique - « le Forum » - dont les activités sont ouvertes aux patients des quatre unités.

3.3 Vie collective et vie sociale

Chaque unité a ses règles de vie collective applicables. Elles dépendent des projets de service et des équipes. Il existe donc des variantes entre les différentes unités.

Unité Psychiatrie 1

Cette unité accueille des patients du secteur G02 – St Malo Nord, Cancale, Dol et Pleine-Fougères.

Elle occupe le 1^{er} étage du bâtiment dédié aux hospitalisations psychiatriques.

Au jour de la visite, l'effectif était de vingt-trois patients – quatorze hommes, huit femmes et un patient (HDT) en fugue. La capacité d'accueil était donc saturée, obligeant les patients se présentant aux urgences pour une hospitalisation à être orientés vers d'autres hôpitaux de la région, souvent éloignés. Il arrive qu'en cas de lit disponible dans l'unité 2, le patient soit déssectorisé et dirigé vers elle, en attendant qu'un lit se libère au sein du service.

Le règlement intérieur n'autorise pas les rasoirs dans les chambres et les téléphones portables. Une poste téléphonique à cartes se situe en face du poste des infirmiers. Il n'assure aucune confidentialité des propos.

Les portables peuvent être remis momentanément devant un soignant pour la consultation des messages.

A la question des contrôleurs sur l'indigence d'un patient qui ne pourrait s'acheter une carte téléphonique, il a été répondu que ces situations étaient rares et que, dans ce cas, il était trouvé une solution.

L'unité, accueillant des hospitalisations libre et sous contrainte, reste fermée. A leur demande, les patients en hospitalisation libre peuvent quitter l'unité, sauf si une prescription médicale l'interdit momentanément, mais celle-ci est alors expliquée au patient.

Les malades hospitalisés sous contrainte, HDT et HO, peuvent sortir dans la cour de promenade accompagnés ou non par des soignants. Pour des sorties vers l'extérieur, ils sont systématiquement accompagnés.

Le nombre d'activités organisées dans l'unité est restreint. Un atelier cuisine et des travaux d'écriture sont proposés. Des activités extérieures, pétanque et tennis sont pratiquées en cour de promenade.

Les contrôleurs ont surtout vu les patients assis devant les postes de télévision ou sur les sièges disposés dans les couloirs.

Des patients peuvent être accompagnés sur prescription médicale aux activités extérieures proposées au Forum sur le site du Rosais. Les patients peuvent aussi être transportés par minibus pour des promenades.

Chaque soignant bénéficie d'une demi-journée hebdomadaire en principe consacrée à l'accompagnement extérieur de patients (marché, plage).

La cour de promenade est vaste. Elle accueille ensemble les patients des deux unités. Le grillage le séparant de la rue extérieure est facilement franchissable. Lors de leur passage dans la cour, les contrôleurs n'ont pas constaté de présence de soignants. Trois patients y étaient présents.

Plusieurs fugues de patients se sont produites depuis la cour.

Le tableau récapitulatif des fugues 2008 a été remis aux contrôleurs. Il fait état de :

- Dix-neuf entrées en HO avec un nombre de sept fugues (dont quatre pour le même malade)
- Six entrées HO au titre de l'article D.398 du code de procédure pénale (détenus) avec 1 fugue
- 184 entrées en HDT avec un nombre de quarante-six fugues.

Le nombre de ces fugues comptabilisées en 2008 a inquiété les autorités préfectorales. Une enquête est actuellement en préparation au sein de la région Bretagne, pilotée par l'ARH, sur ce thème spécifique.

Les contrôleurs ont demandé des explications complémentaires, nécessaires à l'interprétation de ces chiffres bruts. Toutes les fugues font l'objet d'une déclaration immédiate, sans délai, quel que soit leur mécanisme, réel départ inopiné ou non retour de permission à la date ou à l'heure prévue.

Les fugues « réelles » ont concerné quatre malades en HO (dont le détenu) et seize malades en HDT ; toutes les autres sont des absences de retours de permissions ou de sorties d'essai. La plupart des fugueurs font des retours spontanés à l'établissement dans les heures, voire les jours, qui suivent leur départ.

Le détenu avait quant à lui escaladé agilement le grillage de la cour de promenade devant les infirmiers. Il avait sollicité, sans succès, une permission, qui ne dépendait pas d'une autorisation médicale mais judiciaire, pour se rendre chez sa grand-mère malade. Il a été retrouvé sans difficulté, compte tenu des éléments connus par les différents interlocuteurs.

Au jour de la visite, un seul fugueur (en HDT) n'a toujours pas réintégré l'hôpital, bien qu'il soit localisé.

Unité Psychiatrie 2

Cette unité de vingt-deux lits également accueille des patients du secteur G01 – St Malo Sud, Dinard, Ploubalay, Combourg.

Elle occupe le 2ème étage du bâtiment dédié aux hospitalisations psychiatriques, au dessus de l'unité 1.

Au jour de la visite, l'effectif était de vingt-deux patients.

L'unité 2 se différencie de l'unité 1 par :

- Un règlement intérieur différent qui permet aux patients de conserver leurs portables et d'avoir dans leurs chambres des rasoirs ;
- L'installation d'une cabine téléphonique qui permet la confidentialité des communications ;

- Le flou de la procédure d'accueil du patient. Il a été difficile de remettre aux contrôleurs un dossier d'information du patient. Celui-ci a été constitué approximativement devant eux. Le formulaire destiné à la désignation de la personne de confiance n'est pas celui employé dans le reste de l'hôpital. Il n'est pas apparu aux contrôleurs que la phase de l'accueil était jugée pertinente par les soignants pour transmettre des informations d'ordre général, l'état du patient ne lui permettant pas de les assimiler correctement.

Un des contrôleurs a assisté, à 9h30, à la réunion entre soignants où chaque situation individuelle des patients est évoquée, et où entre autres, leurs difficultés et leur projet sont relatés.

Sur les onze patients en hospitalisation libre, six n'étaient pas autorisés à sortir de l'unité. Cette indication médicale est, semble-t-il, acceptée par les patients qui y voient une protection. Ceux qui refusent peuvent demander leur sortie définitive du service, à moins que leur hospitalisation ne soit transformée en HDT.

Les prescriptions médicales de participation aux activités du Forum étaient au nombre de trois.

3.4 Projet thérapeutique

Le projet thérapeutique dépend pour une large part des choix du médecin responsable du secteur : il n'y a pas de projet thérapeutique global à l'échelle de l'établissement. Les contrôleurs ont noté dans les propos des médecins, des soignants et de la direction l'existence d'un cloisonnement important dans les relations et projets de services des deux unités, préjudiciable à la prise en charge du patient. Il est apparu aux contrôleurs et après leurs échanges avec les représentants de l'UNAFAM, que la nomination récente de nouveaux responsables au sein du pôle psychiatrie faisait naître de grands espoirs à cet égard.

La mission nationale d'appui en santé mentale, sollicitée par l'ARH à la demande de l'établissement sur cette thématique du projet médical, vient d'achever son travail localement ; son rapport est attendu au printemps 2009.

Le secteur d'hospitalisation du pôle de pédo-psychiatrie est ouvert ; il peut être fermé en fonction des mineurs hébergés, lorsque ceux-ci présentent un risque particulier ; les jeunes, en général consentants aux soins, restent sous la responsabilité de leur responsable légal pendant leur hospitalisation, en l'absence de mesure de contrainte administrative (HO, très rare) ou judiciaire (ordonnance de placement du juge des enfants). Le jour de la visite, l'unité, qui accueille des jeunes de 12 à 18 ans, exceptionnellement plus jeunes, était fermée, suite à l'admission d'un adolescent à risque.

A noter : les constats qui suivent ne concernent que les unités fermées de l'établissement.

3.4.1 Le médecin référent

De manière générale, chaque patient a son médecin référent et, en principe, deux psychiatres au moins interviennent au sein de chaque unité.

Il faut noter que, de l'avis exprimé directement par les patients et aussi par les soignants, le temps médical est perçu comme insuffisant. L'hôpital connaît par ailleurs un taux de vacance d'emploi médical important en psychiatrie.

Plusieurs patients rencontrés ont regretté auprès des contrôleurs de ne pas avoir vu de médecin depuis plus d'une semaine.

L'organisation de la continuité des soins et des transmissions semble assurée, mais l'organisation du travail de nuit sous forme de personnels fixes n'est pas de nature à favoriser l'implication de ces derniers dans les projets de service.

3.4.2 Sur-occupation

Il arrive assez souvent que l'unité où un patient doit être admis en fonction de son secteur soit pleine. Cette situation est d'autant plus fréquente que le taux d'occupation moyen dépasse actuellement 97%. Les contrôleurs ont ainsi constaté le jour de la visite que les deux unités dites d'admission ne disposaient d'aucun lit vacant.

Dans ce cas, le patient est hospitalisé dans une autre unité ou un autre hôpital et il est transféré secondairement, lorsqu'un lit se libère dans le secteur dont il relève. C'est alors l'équipe médicale et soignante attachée à l'unité qui l'accueille qui le prend en charge, jusqu'à ce qu'il puisse être transféré.

Il a été dit aux contrôleurs qu'il y avait une possibilité d'accueil transitoire d'un 23^{ème} patient en équipant d'un lit supplémentaire le sas qui sépare la chambre d'isolement de son espace toilettes. Les contrôleurs ont constaté l'étroitesse de la surface de ce sas, l'absence de chauffage et en tout état de cause l'inadéquation de ce lieu pour être transformé en chambre.

L'établissement a précisé en réponse que cette solution « a toujours été refusée par la direction oralement et plus récemment par une note de service »².

3.4.3 Soins somatiques

Un praticien de médecine générale, attaché au pôle de psychiatrie, intervient au sein des différentes unités.

L'établissement, hôpital général, dispose sur place de l'ensemble des services nécessaires en cas de besoin d'avis ou de recours spécialisés pour les malades du pôle.

3.4.4 Mode d'administration des traitements

De manière générale, dans les deux secteurs, on tend à consacrer le temps nécessaire pour convaincre les patients de prendre leur traitement par voie orale (sauf nécessité).

Le recours aux injections n'est pas une tendance observée au sein des unités fermées. En revanche, des prescriptions d'injections « en cas de besoin » sont retrouvées ; il a été indiqué aux contrôleurs qu'elles servent peu.

Les femmes en âge de procréer bénéficient de la poursuite de leurs traitements contraceptifs pendant l'hospitalisation, en fonction de leurs habitudes antérieures et de leurs souhaits.

3.4.6 Activités thérapeutiques

Il existe au sein des unités une vaste pièce permettant d'effectuer des activités thérapeutiques avec les malades, distincte du lieu commun dans lequel est installé le téléviseur.

A l'extérieur, les patients peuvent se rendre au « Forum » sur le site du Rosais pour faire des activités (sur place ou dans la ville). La difficulté réside dans le fait que les personnels disent qu'ils n'ont plus toujours le temps d'effectuer ces activités ou d'accompagner les patients qui ne peuvent s'y rendre seuls, même si un temps est en principe réservé dans les plannings pour cela.

Concrètement, les malades qui peuvent sortir seuls vont à la cafétéria ; les autres sont dans la salle de télévision ou dans la cour lorsqu'elle est accessible, ou bien encore dans leur chambre. Des patients se sont plaints de s'ennuyer.

Lors de leur visite, les contrôleurs n'ont assisté à aucune activité de groupe organisée par des soignants à l'intérieur des unités visitées.

² Note de service en date du 3 février 2009 ayant pour objet la « situation des lits de psychiatrie 1 et 2 / Chambre d'isolement », communiquée au contrôle général.

Il n'existe pas de repas thérapeutique pris avec les malades au sein des unités.

Une réunion soignants-soignés est en revanche organisée régulièrement, toutes les deux semaines au sein de l'unité psychiatrie 2 ; c'est une rencontre déclarée obligatoire dans le règlement intérieur, destinée à parler de la vie en commun au sein du service et des questions qui s'y rattachent.

3.4.7 Permissions de sortie et sorties d'essai

Des permissions de sortie sont accordées sur prescription médicale pour des durées inférieures à 12 heures, avec information préalable du préfet pour les HO. Elles sont toujours accompagnées d'un soignant.

Un certain nombre de patients bénéficient de sorties d'essai : six malades en HO et dix-sept en HDT au jour de la visite en 2009. Le corps médical de l'établissement utilise les sorties d'essai dans certains cas afin de maintenir un cadre thérapeutique ambulatoire, sans lequel certains malades n'adhéreraient plus à leur traitement, en l'absence d'obligation de soins ambulatoire dans la réglementation actuelle.

Il s'ensuit que des malades sont ainsi en sortie d'essai depuis plusieurs années, mai 2004 et juin 2006 pour les plus anciennes mesures toujours actives.

3.4.8 Projet de sortie

Les services disposent d'assistantes sociales qui préparent les sorties des malades, en lien avec les structures extérieures, sanitaires ou sociales, selon les cas.

3.4 Recours à l'isolement et à la contention

A/ Le recours à l'isolement

Chaque unité d'admission dispose d'une chambre d'isolement.

L'aménagement des chambres d'isolement, plus que sommaire, soumet le patient à des conditions de vie que les contrôleurs ont estimées indignes du respect dû à la personne humaine.

Ces pièces aux murs nus ne disposent d'aucun mobilier ; seul un matelas posé à terre y est installé. Il n'y a ni point d'eau, ni accès à des toilettes. La lumière entre dans la pièce par une petite fenêtre aux vitres opaques, située à l'extrémité de l'un des murs, dans un angle en renforcement. Un seau hygiénique est susceptible d'être laissé au malade. Un bouton d'appel est sur le mur.

L'accès à une salle d'eau dédiée avec toilettes se fait par le sas d'accès à la chambre, et donc sur demande et en présence d'un personnel soignant. Le sas n'est pas chauffé et le chauffage défectueux de la salle d'eau ne permet pas d'y prendre une douche lorsque la température extérieure est basse. Les contrôleurs l'ont constaté le jour de la visite. Les soignants ont indiqué que dans la mesure du possible, ils accompagnaient les malades isolés à une salle de bains du service pour qu'ils puissent se doucher.

L'établissement a indiqué dans sa réponse que « *la réfection des locaux, y compris de chauffage du sas et l'acquisition d'un mobilier adapté [est] en cours de réalisation* ».

Deux modalités d'isolement du patient ont été mises en place, ce qui a été présenté aux contrôleurs comme deux « grades » d'isolement.

- Le premier grade, le placement en chambre d'isolement, est réalisé en référence aux recommandations de bonnes pratiques édictées par la Haute Autorité de santé (ex-ANAES), et sur prescription médicale.

Lors du passage des contrôleurs, la chambre d'isolement de l'unité 1 était occupée et les contrôleurs n'ont pas souhaité déranger le patient recroquevillé sur son matelas, installé dans un angle de la pièce, à même le sol. La chambre était visible de la vitre placée à hauteur d'homme, encastrée dans la porte.

La fiche de prescription et de suivi prévoit que les soignants passent toutes les heures dans la chambre d'isolement, sans toutefois que ce passage ne puisse être vérifié par un pointage signalétique à proximité de la chambre.

Aucune traçabilité d'ensemble des mises à l'isolement n'est organisée pour vérifier le nombre de patients isolés et la durée de leur séjour sur une période donnée. Seuls les dossiers médicaux peuvent renseigner, patient par patient, sur les modalités du placement. A partir de 2009 cependant, le système d'information mis en place au sein de l'hôpital va comptabiliser le nombre de jours passés en isolement par les malades ; une évaluation quantitative des passages dans ces chambres sera donc possible à l'avenir.

Une réflexion particulière sur le sujet des risques liés à la mise en chambre d'isolement existe au niveau de l'établissement, qui en a fait un thème d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), dans le cadre de la procédure de certification. Un comptage effectué pour l'année 2006 a retrouvé 166 jours d'isolement thérapeutique. Il a été dit aux contrôleurs que le séjour moyen, pour l'année 2008, avait été de 24 jours en raison d'un séjour de 6 mois à l'isolement d'un détenu. Toutefois, il a été précisé que la durée du séjour pouvait plutôt se comptabiliser en heures. Dans le cadre de cette EPP et suite au contrôle, l'hôpital a fait savoir que « *les équipes médicales et soignantes ont enclenché une réflexion afin de recenser sur un registre par unité les mises en chambre d'isolement ainsi que les durées d'isolement* ».

- Le deuxième grade d'isolement consiste à installer le patient dans une chambre dite « semi-sécurisée ». En fait, il s'agit d'une chambre qui ne se différencie pas des chambres d'hospitalisation ordinaires mais qui peut être fermée à clef de l'extérieur. Chaque unité en dispose de trois.

L'admission dans ces chambres se fait également sur prescription médicale.

Lors de leur visite, les contrôleurs ont également constaté que deux malades placés dans ces chambres relevaient administrativement d'une hospitalisation libre ; or, il leur était de fait impossible d'en sortir, même à leur demande. La situation médicale des patients ne laissait toutefois aucun doute sur la nécessité de soins.

Dans son action d'EPP déjà citée, l'établissement est sensibilisé à cette difficulté et mentionne qu'une « *amélioration est nécessaire quant à la mise en conformité du mode d'hospitalisation par rapport à la réglementation qui précise qu'un patient en hospitalisation libre doit changer de mode d'hospitalisation (HO ou HDT) dès qu'il est en chambre d'isolement pour une durée supérieure ou égale à 12 heures* ».

B/ La contention

Il n'existe pas de protocole de mise en œuvre d'une contention physique au niveau de l'établissement, ni de fiche individuelle de suivi médical et infirmier, conservée dans les dossiers médicaux.

Si une contention est décidée, celle-ci est mentionnée uniquement en observation de la prescription sur la fiche de suivi de mise en isolement.

Il a été déclaré aux contrôleurs qu'aucune contention n'était appliquée en dehors des chambres d'isolement, voire de semi-sécurité.

Toute mise en isolement ou sous contention fait l'objet d'un signalement au PC sécurité, ainsi que lorsque la mesure est levée. D'après les informations recueillies, la durée est très variable, ne dépassant pas quelques heures en général.

Il n'existe pas de recueil d'information spécifique permettant d'avoir une évaluation d'ensemble quantitative et qualitative des mesures de contention à l'échelle de l'établissement.

3.5 Hospitalisation des détenus

Le CH de Saint-Malo hospitalise les malades nécessitant des soins psychiatriques de la maison d'arrêt de la ville, dont il assure par convention la couverture sanitaire. En 2008, six malades ont ainsi été admis en HO.

Lors du passage des contrôleurs, un détenu occupait une chambre semi-sécurisée. Sa chambre était verrouillée en permanence, ne lui permettant pas de sortir à l'extérieur.

Les contrôleurs ont rencontré ce détenu auquel avait été prêté un poste de radio. Il a dit aux contrôleurs que le soir, alors que tous les autres patients étaient dans leur chambre, les soignants l'installaient, pendant deux heures, dans la salle de télévision pour lui permettre de la regarder.

A son arrivée dans l'unité, il lui a été interdit de fumer, un traitement de substitution nicotinique lui a été prescrit. Des livres et journaux lui sont prêtés.

Les soignants ont confirmé les dires du patient en ajoutant que son courrier, après vérification à la maison d'arrêt, lui était remis.

Les visites de sa famille ne sont pas autorisées alors qu'elles ont pu être organisées dans un passé récent pour d'autres détenus. Le blocage semble venir du refus des soignants de vérifier que les visiteurs qui se présentent sont bien ceux titulaires d'un permis de visite en prison, considérant que ce n'est pas leur rôle de s'assurer de l'identité des personnes.

De fait, il n'existe pas de procédure arrêtée entre l'hôpital et la maison d'arrêt pour gérer les visites aux détenus, ni les appels téléphoniques.

Les détenus hospitalisés n'ont donc pas non plus accès au téléphone s'ils sont condamnés, alors qu'ils disposent en théorie de ce droit.

3.6 Rapports avec les personnels

Les personnels vouvoient les malades, en règle générale, avec l'utilisation fréquente du prénom. De leur côté, les malades font usuellement de même. Il arrive que le tutoiement soit utilisé avec certains patients connus de longue date. Aucune personne rencontrée n'a exprimé de remarque à ce sujet.

En situation de soins, des actes de violence à l'encontre des personnels sont parfois signalés. La direction a mis en place à l'échelle de l'ensemble de l'hôpital une réflexion très construite sur

ce thème, avec un comité de réflexion sur la violence, qui se réunit plusieurs fois par an. Chaque agent reçoit également un livret détaillé sur la conduite à tenir afin de prévenir les situations de violence et sur la manière d'y faire face.

En 2007, cinquante-sept actes de violence envers le personnel ont été analysés, dont sept en psychiatrie. En 2008 (jusqu'en décembre), ce sont cinquante-et-un actes de violence de patients envers le personnel qui ont été recensés, dont cinq en psychiatrie. Ces derniers n'ont pas entraîné de dépôt de plainte.

3.7 Conditions de vie au travail

Le personnel rencontré est apparu motivé par sa mission mais relativement inquiet en psychiatrie adulte des difficultés conjoncturelles actuelles, marquées en particulier par plusieurs vacances d'emplois médicaux - trois postes non pourvus sur neuf et un médecin en congé de maladie pour une durée prolongée – se ressentant sur la disponibilité envers les équipes.

Les contrôleurs ont pu noter que la politique de formation de l'établissement avait fait une place particulière à la prise en compte de la violence et à la gestion de l'agressivité, en particulier en direction des personnels de psychiatrie (et des urgences). Ces formations, d'une durée de 3,5 jours par agent, ont été suivies par trente-neuf soignants en 2007 et soixante-dix huit en 2008, et se poursuivent en 2009.

En cas de malade difficile, agité ou violent, les personnels infirmiers des unités d'hospitalisation ont un dispositif d'alarme portable, dont l'activation déclenche la venue de l'équipe de l'autre unité. En cas de problème plus sérieux, il est fait appel à l'équipe de sécurité de l'hôpital.

Les équipes de nuit sont constituées d'agents fixes et volontaires. Cette organisation est satisfaisante aux dires des personnels rencontrés. Chaque agent de nuit a l'obligation de renouveler tous les ans sa demande à rester affecté en équipe de nuit.

Conclusions

A l'issue de la visite des services de psychiatrie du centre hospitalier de Saint-Malo, le contrôle général des lieux de privation de liberté formule les observations suivantes.

- L'effort fait par l'établissement de communication en direction des autres parties prenantes de l'hospitalisation d'office que sont les maires, les autorités de police et de gendarmerie ainsi que les médecins libéraux des secteurs concernés doit être salué, comme permettant de meilleures conditions d'accueil des malades nécessitant ce type d'hospitalisation, en amont de leur arrivée.
- Les modalités d'information sur leurs droits des malades admis en hospitalisation sous contrainte sont rapides et homogènes au niveau de l'établissement.
- L'explication de ses droits de recours à un patient uniquement par un soignant n'est pas adaptée du fait de l'utilisation de formulaires rédigés en termes juridiques pour la traçabilité de cette notification. Aucune notice d'accompagnement directement compréhensible par un public non averti, ni de mention des adresses éventuellement utiles, n'est portée à la connaissance des patients. Le livret d'accueil de l'établissement reste quant à lui très général et ne mentionne que l'adresse et le numéro de téléphone de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP).
- Les registres de la loi ne sont pas visés par toutes les autorités habilitées. En particulier, aucun visa du procureur n'y figurait depuis plus d'un an au moment du contrôle.
- S'agissant des conditions matérielles d'hébergement des malades, la configuration des deux chambres d'isolement porte atteinte à la dignité des personnes accueillies ; de même, le circuit d'acheminement des malades psychiatriques à partir des urgences doit être revu, le souterrain utilisé pour ce faire - froid, humide et insalubre - étant totalement inadapté à cet usage et source d'anxiété supplémentaire pour des patients déjà désorientés.
- Au niveau des services, l'hétérogénéité des règles de vie applicables est difficilement comprise des malades, d'autant plus que ces derniers sont amenés à se rencontrer dans la cour à usage d'espace extérieur. Ainsi par exemple, l'utilisation du téléphone portable ou le régime d'autorisation de l'usage des rasoirs gagneraient-ils à être harmonisés.
- Aucun texte législatif n'encadre juridiquement les incompatibilités ou incapacités à exercer le rôle de personne de confiance, hormis pour les malades mineurs ou sous tutelle. Il serait souhaitable qu'une réflexion soit engagée par le ministère de la santé sur cette question afin de mieux cadrer les désignations.
- Le nombre important de postes médicaux vacants fragilise le suivi des malades hospitalisés, qui déclarent ne plus pouvoir rencontrer leurs thérapeutes aussi souvent qu'ils en expriment le besoin.
- Les activités extérieures aux services d'hospitalisation et requérant un accompagnement paraissent difficilement accessibles aux malades hospitalisés en HO et HDT ; par ailleurs peu d'activités sont proposées aux patients au sein des services.
- Les mesures d'isolement des malades dans les services paraissent prises conformément aux recommandations de bonne pratique en vigueur, pour les chambres dites de soins intensifs. Cependant, aucun suivi, quantitatif ou qualitatif, n'est à ce jour réalisé à l'échelle de l'établissement, ni par service. La mise en place récente d'une évaluation

des pratiques professionnelles sur cette thématique est néanmoins à relever. L'utilisation des chambres dites semi-sécurisées gagnerait quant à elle à être davantage formalisée, au-delà de la prescription médicale initiale obligatoire.

- L'utilisation des moyens de contention fait l'objet d'une attention insuffisante : il n'existe pas de protocole de mise en œuvre d'une contention physique au niveau de l'établissement, ni de fiche individuelle de suivi médical et infirmier, conservée dans les dossiers médicaux, au-delà d'une prescription médicale.
- S'agissant des patients détenus en HO, le contrôle général a noté comme un point très positif que l'hôpital s'efforce de les héberger dans une chambre fermée, équipée de façon quasi-normale, sans être une chambre d'isolement. De même, la possibilité pour le patient détenu de pouvoir sortir de sa chambre, accompagné d'un soignant, pour regarder la télévision, lorsque les autres patients sont couchés, doit être soulignée. En revanche, le refus des soignants de vérifier la qualité des visiteurs habilités à venir rendre visite aux détenus hospitalisés prive ces derniers de tout contact (autorisé) pendant leur séjour et ne peut pas être accepté.
- L'utilisation de la procédure de sortie d'essai est pour certains malades d'une durée sans rapport avec une réelle période de transition à la sortie d'une HO ou d'une HDT. Même si c'est l'absence réglementaire d'obligation de soins ambulatoire qui conduit parfois à utiliser cette procédure à cette fin, il conviendrait que l'établissement mette en place une revue systématique périodique des patients concernés.
- Le travail fait par l'établissement sur la prise en compte des actes de violence en situation de soins, notamment par la formation, permet une gestion maîtrisée des situations de violence impliquant les malades. Aucune plainte n'a été déposée en 2007 et 2008 en ce domaine.