Centre hospitalier de Laval

(Mayenne)

27 au 31 juillet 2015

SYNTHESE

Cinq contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier de Laval (Mayenne) du 27 au 31 juillet 2015. Cette structure n'avait jamais fait l'objet d'un contrôle.

Postérieurement à cette visite, un rapport de constat a été adressé au directeur général le 7 décembre 2015. Celui-ci a fait valoir ses observations par un courrier en date du 1er avril 2016 ; elles ont été prises en considération pour la rédaction du présent rapport de visite.

L'agglomération de Laval compte 100 000 habitants, soit un tiers de la population du département de la Mayenne. Le système de santé est marqué par de nombreuses contraintes, tant de financement que de répartition spatiale de l'offre de soins. Le département a été défini comme territoire de santé par le projet régional de santé des Pays de la Loire, élaboré en 2011.

Jusqu'en 1999, le centre hospitalier spécialisé de Mayenne prenait en charge la psychiatrie adulte et infanto-juvénile sur l'ensemble du département de la Mayenne. L'instauration de la psychiatrie de secteur a conduit à un découpage du département en quatre secteurs de psychiatrie générale et à la création d'un service intersectoriel de psychiatrie infanto-juvénile.

Concernant le centre hospitalier de Laval, le service de psychiatrie adulte Lavallois (SPAL), auquel sont rattachés notamment deux secteurs de psychiatrie générale (Laval Est et Laval Ouest) et le service intersectoriel de psychiatrie infanto-juvénile, couvre une population de 147 000 habitants.

En matière d'hospitalisation la psychiatrie adulte dispose de quatre-vingt-huit lits répartis en quatre unités sectorielles de vingt-deux lits qui sont des unités ouvertes. La pédopsychiatrie dispose pour l'ensemble du département d'une unité de soins intensifs et spécialisés pour enfants et adolescents (USISEA) de moins de 16 ans comprenant dix lits.

Lors de la visite du CGLPL, quatre-vingt-deux patients étaient hospitalisés en psychiatrie dont vingt-neuf avaient été admis en soins sans consentement. Un mineur, âgé de 16 ans et demi a été également admis durant la semaine où les contrôleurs étaient présents.

I/ Parmi les constats opérés, certains éléments sont incontestablement positifs

Les patients bénéficient de très bonnes conditions matérielles d'hébergement, l'aménagement des locaux et l'insonorisation du bâtiment procurent un effet apaisant et réconfortant. La conception architecturale des lieux, comprenant des espaces communs ouverts, permet aux patients de circuler librement. En outre, cela est renforcé par le choix délibéré des soignants de maintenir les unités d'hospitalisation ouvertes. Cette disposition semble faciliter les relations entre le personnel de santé et les patients et contribuer à la qualité des soins et de la vie en collectivité. Enfin, tout est mis en œuvre pour permettre aux patients hospitalisés sans leur consentement d'avoir accès aux ateliers d'ergothérapie et de bénéficier de sorties organisées par le personnel soignant.

Il convient d'apprécier la bonne articulation entre le personnel paramédical et les différents intervenants, privilégiant ainsi une offre de soins pluridisciplinaire au patient. De même, l'initiative d'engager une réflexion commune concernant les restrictions des mesures de liberté individuelle mérite d'être soulignée. Les sujets abordés portent sur la mise en pyjama systématique à l'admission, l'isolement en chambre, la limitation des visites et le retrait des téléphones portables.

Enfin, il est à noter l'instauration de réunions entre le juge des libertés et de la détention et les psychiatres des établissements du ressort, sous l'égide de l'ARS. Ces réunions permettent d'améliorer la qualité des procédures dans le cadre de l'hospitalisation sans consentement et de limiter le recours aux décisions de mainlevée.

II/ Cependant les difficultés de recrutement de praticiens hospitaliers et le nombre limité de lits d'hospitalisation pèsent sur la qualité de l'accueil et la prise en charge des patients.

Depuis plusieurs années, le service de psychiatrie infanto-juvénile fait face à une pénurie de pédopsychiatres. Au jour de la visite, ce service ne comptait que 3,3 équivalents temps plein de praticiens hospitaliers alors même que l'effectif budgété est de 9,6 équivalents temps plein. En conséquence, le service a été soumis à une réduction du nombre de lits : six places pour la période d'été puis huit lits pour le restant de l'année. L'ARS de Mayenne prévoyait d'affecter au CH de Laval un pédopsychiatre, à mi-temps, en provenance du centre hospitalier universitaire d'Angers. Il convient de rappeler que l'ensemble du département pâtit de la pénurie de praticiens hospitaliers.

Dans les unités d'hospitalisation du secteur Ouest, un poste de praticien hospitalier est vacant depuis le mois de mars 2015. En outre, à la différence du secteur Est aucun poste d'interne n'a été pourvu. Ces vacances se traduisent par des consultations médicales réalisées à intervalles trop longs notamment dans l'unité de soins de suite du secteur Ouest.

S'agissant des moyens matériels dont dispose le centre hospitalier, l'insuffisance du nombre de lits a pour conséquence des listes d'attente atteignant parfois plusieurs semaines pour des patients en phase aiguë de leur pathologie ou présentant un risque de passage à l'acte suicidaire. Ce problème est renforcé par l'accueil de plus en plus fréquent de jeunes de plus de 16 ans (617 jours d'hospitalisation en 2014) dont le séjour doit parfois être artificiellement prolongé en attendant qu'une place dans une structure éducative se libère. L'absence de convention et d'échanges, hors situation d'urgence, avec les services de protection de l'enfance apparaît renforcer les difficultés de collaboration.

III/ Des modes de fonctionnement et des pratiques pouvant porter atteinte aux droits fondamentaux des patients ont été relevés

Si l'ouverture des unités en journée permet à la majorité des patients d'aller et venir librement, en contrepartie il existe un recours plus fréquent à l'utilisation du pyjama. Ces pratiques portent atteinte à la dignité des patients. Il conviendrait de retravailler les modalités d'appréhension des conditions de séjour au regard des droits fondamentaux des personnes et des situations cliniques afin de limiter leur utilisation.

S'agissant du recours à l'isolement et à la contention, il conviendrait que l'établissement, au-delà de la traçabilité obligatoire prévue par la loi, développe un travail systématique de revues de dossiers pour les patients qui font l'objet d'une décision d'isolement ou de contention.

Concernant les audiences du juge des libertés et de la détention, depuis le 1er septembre 2014 elles doivent se tenir, sauf exception, au sein du centre hospitalier comme le prévoit la loi du 27 septembre 2013. Or pour l'ensemble des hôpitaux psychiatriques du département de la Mayenne, elles continuent à être organisées au sein du tribunal de grande instance de Laval. Il avait pourtant été envisagé d'installer une salle d'audience au sein du SPAL. En outre, il était prévu que cette salle soit mutualisée avec les autres hôpitaux psychiatriques du département (Hôpitaux de Mayenne et de Château-Gontier), ces derniers continuant de devoir amener les patients à Laval pour les audiences du juge des libertés et de la détention.

Il n'a finalement pas été aménagé de salle d'audience au sein du SPAL pour des raisons financières, les travaux pour qu'une telle salle soit conforme aux exigences de l'article L.3211-12-2, I du code de la santé publique étant apparus trop importants.

Un tel argument ne permet cependant pas de justifier que les audiences ne soient pas tenues dans une salle de réunion ordinaire de l'hôpital, et moins encore qu'elles se déroulent au tribunal dans des conditions qui ne sont pas adaptées à l'acueil de patients.

IV/ Les conditions d'hospitalisation et de prise en charge des patients détenus portent atteinte à leurs droits les plus élémentaires.

La prise en charge des personnes détenues, en provenance de la maison d'arrêt de Laval, n'est encadrée par aucun protocole avec l'administration pénitentiaire ni par une procédure interne élaborée par la direction de l'hôpital, mais résulte de pratiques du personnel soignant. Ce manque de cadre, outre qu'il complique le travail des personnels soignant et pénitentiaire, n'est pas sans conséquences sur les droits des personnes détenues qui sont accueillies au SPAL.

Ainsi durant leur transport vers le centre hospitalier, les personnes détenues sont placées systématiquement sous contention pendant le trajet, quel que soit leur état de santé, en étant entravée allongées sur le lit de l'ambulance. Pendant la durée de leur séjour elles ne sont pas autorisées à quitter leur chambre, dépourvue de poste de télévision, de fait, ils sont soumis à une forme d'isolement. Seul l'état clinique du patient devrait justifier un recours à de telles mesures.

Enfin, elles ne sont pas autorisées à recevoir des visites ni à téléphoner à leurs proches, ceci en dépit de la durée parfois longue de leur séjour (quinze jours). Cette interdiction viole le droit au respect du maintien des liens familiaux dont elles disposaient en détention.

Un travail de réflexion entre la direction du centre hospitalier d'une part et la direction de la maison d'arrêt de Laval d'autre part, devrait être engagé sans délai, afin que les droits fondamentaux des patients détenus soient préservés au cours de leur hospitalisation.

OBSERVATIONS

A – Bonnes pratiques

1. La configuration architecturale des locaux et leur aménagement offrent aux patients de très bonnes conditions d'hébergement (cf. § 2.4.1).
2. La bonne articulation entre le personnel paramédical et les différents intervenants, privilégiant ainsi une approche pluridisciplinaire, mérite d'être soulignée (cf. § 4.2).
3. Les unités d'hospitalisation sont généralement ouvertes dans la journée permettant ainsi à la majorité des patients d'aller et venir librement (cf. § 4.2).
4. L'instauration d'un groupe de réflexion, réunissant des soignants mais également un juriste, portant sur les restrictions des mesures de libertés individuelles mérite d'être soulignée (cf. §.3.4).
5. L'accès aux ateliers d'ergothérapie et aux activités est facilité pour les patients en soins sans consentement. En outre, ils ont la possibilité d'effectuer de nombreuses sorties (cf. § 4.1.6).
6. La mise en place d'un self-service accessible aux patients stabilisés favorise leur retour à l'autonomie (cf. § 4.1.1).
7. Le JLD et les médecins psychiatres se réunissent au moins une fois par an afin d'aborder la procédure de l'hospitalisation sous contrainte, ce qui permet d'améliorer la qualité des procédures et de limiter le recours aux décisions de mainlevée (cf. §.3.10.2.3).

B – Recommandations

1. Dans le secteur Ouest de la psychiatrie générale, un poste de PH et un poste d'interne ne sont pas pourvus. Ces vacances de poste se traduisent par des consultations médicales réalisées à intervalles trop longs notamment dans l'unité de soins de suite. Il apparaît urgent de remédier à ce problème d'effectifs (cf. § 2.5.1).
2. L'accès à l'unité médico-psychologique au sein du service des urgences gagnerait à être facilité et la surface de ses locaux étendue (cf. § 3.1.1).
3. Le livret d'accueil nécessiterait d'être actualisé afin de faire connaitre les droits des patients hospitalisés sous contrainte et le rôle du juge des libertés et de la détention. Les lois du 5 juillet 2011 et 27 septembre devraient être intégrées dans le projet d'établissement ou les projets de service et le tableau de l'ordre des avocats affiché dans le hall d'entrée et les unités de soins (cf. § 3.2).
4. Le nombre de lits d'hospitalisation devrait être augmenté afin que des patients délirants ou suicidaires puissent être soignés sans attendre (cf. § 2.6 et § 4.2.2.1).
5. Le recours systématique au port du pyjama est contraire au respect des droits fondamentaux, en outre il porte atteinte à la dignité des patients. Seul l'état clinique du patient devrait justifier une telle mesure (cf. § 4.2.1 et § 4.2.2).
6. L'établissement d'un contrat de soins pour chaque patient devrait être mis en œuvre dans chaque service, à l'instar de l'unité de long séjour du secteur Ouest (cf. § 4.2.1 et § 4.2.2).

7. Les portions servies aux patients durant les repas et à l'heure du goûter sont insuffisantes. De même, pour des raisons budgétaires, la distribution de croissants le dimanche a été supprimée. En conséquence, les patients ont recours au distributeur de friandises (cf. § 4.1.1).
8. Les locaux de l'unité de soins intensifs et spécialisés pour enfants et adolescents (USISEA) n'offrent pas des conditions optimales d'hébergement. Ils sont vétustes, austères et nécessitent des travaux de maintenance. Il en va de même pour la cour extérieure d'activités qui présente un caractère sinistre (cf. § 4.2.3).
9. L'USISEA ne dispose pas de chambre d'apaisement, la mise à l'écart de l'enfant devant être effectuée dans sa propre chambre dont l'aménagement n'est pas adapté à ce rôle. Une chambre d'apaisement devrait être aménagée à cet effet (cf. § 4.2.3).
10. Comme le prévoit la loi, un registre doit être mis en place afin de mesurer la fréquence et la durée des mesures d'isolement et de contention (cf. § 4.4).
11. Il convient que le préfet, le maire et le procureur de la République visitent régulièrement l'établissement, afin notamment de recueillir les plaintes des patients et contrôlent le registre de la loi, conformément aux dispositions de l'article L.3222-4 du code de la santé publique (cf. §.3.11).
12. Des audiences foraines doivent impérativement être mises en place, conformément aux dispositions de la loi du 27 septembre 2013, afin de limiter le caractère anxiogène de l'audience (cf. §.3.10.2).
13. Dans l'attente, les audiences du JLD doivent se dérouler dans une salle dénuée du décorum habituel des salles d'audience publiques, l'usage d'une salle d'audience de type classique étant de nature à engendrer une confusion dans l'esprit des patients sur l'objet de leur comparution (cf. §.3.10.2).
14. L'entretien du patient avec son avocat doit être réalisé dans des conditions propres à en assurer une complète confidentialité. Les entretiens réalisés dans le hall d'accueil du tribunal, à proximité directe des personnels soignants accompagnateurs ou du public, ne remplissent pas ces conditions (cf. §. 3.10.2.1).
15. Les patients doivent être informés des conditions financières d'intervention de l'avocat, notamment des modalités d'octroi de l'aide juridictionnelle, avant l'audience du JLD (cf. §.3.10.2.1).
16. L'impossibilité pour les patients hospitalisés sous la contrainte de bénéficier de sorties non accompagnées de quarante-huit heures maximum, mentionnée dans le règlement intérieur du SPAL, n'est pas conforme à la loi ni à la pratique de l'établissement. Le règlement intérieur doit être modifié (cf. §.3.14).
17. La prise en charge des personnes détenues au SPAL n'est encadrée par aucun protocole avec l'administration pénitentiaire ni par une procédure interne élaborée par la direction de l'hôpital, mais résulte de pratiques du personnel soignant. Un travail de réflexion doit être engagé sans délai, en partenariat avec la direction de la maison d'arrêt de Laval, afin d'y remédier (cf. §.4.5.2).
18. A défaut d'informations communiquées par la maison d'arrêt sur la dangerosité présumée ou le risque d'évasion du patient détenu, celui-ci est systématiquement placé sous contention pendant le transport jusqu'au SPAL ; il doit être mis fin au caractère systématique de cette pratique (cf. §.4.5.2.1).

19. Les patients détenus ne sont pas autorisés à recevoir des visites ni à téléphoner à leurs proches, ceci en dépit de la durée parfois longue de leur séjour (quinze jours). Cette interdiction viole leur droit fondamental au respect du maintien des liens familiaux garanti notamment par les articles 35 et 39 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 (cf. § 4.5.2.2).
20. Il est souhaitable de faciliter l'accès à l'informatique et à internet, conformément aux souhaits des soignants comme des patients qui réclament la mise en place d'un atelier informatique (cf. § 4.1.3.4).

SOMMAIRE

SYNTHESE 2
OBSERVATIONS 6
Sommaire 9
1- Les conditions de la visite 11
2- Présentation générale de l'établissement 12
2.1 L'organisation de la psychiatrie en Mayenne 12
2.2 Présentation générale du centre hospitalier de Laval 12
2.3 L'organisation fonctionnelle de la psychiatrie 13
2.4 L'implantation du service de psychiatrie adulte lavallois (SPAL) 14
2.4.1 Le bâtiment 14
2.5 Les personnels 15
2.5.1 Le personnel médical 15
2.5.2 Le personnel non médical 16
2.5.3 La gestion des ressources humaines 17
2.6 L'activité 18
3- L'hospitalisation sans consentement et l'exercice des droits 19
3.1 L'arrivée des patients admis sans consentement 19
3.1.1 Les modalités d'admission 19
3.1.2 La notification de la décision d'admission et les voies de recours 21
3.1.3 L'inventaire et la conservation des effets personnels 21
3.1.4 Les cas de sur-occupation et de transfert 21
3.2 L'information des patients admis 21
3.3 La confidentialité des soins 22
3.3.1 La confidentialité des hospitalisations 22
3.3.2 L'accès au dossier médical 22
3.4 Le comité d'éthique 23
3.5 La place laissée aux représentants des familles et des usagers 23
3.6 La protection juridique des majeurs 24
3.7 Les incidents et leur traitement 25
3.7.1 Les violences et événements indésirables 25
3.7.2 La gestion des sorties sans autorisation 26
3.7.3 Les questionnaires de satisfaction 26
3.8 Le droit de vote 27
3.9 L'exercice du culte 27

3.10 La levées des mesures d'admission 28
3.10.1 L'avis préalable des médecins psychiatres 28
3.10.2 Le contrôle du juge des libertés et de la détention 29
3.11 La visite des autorités 33
3.12 Le contrôle de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) 33
3.13 La traçabilité sur le registre de la loi du respect de la procédure 34
3.14 Les sorties 35
4- Les conditions d'hospitalisation 36
4.1 Les conditions matérielles de vie communes à tous les secteurs 36
4.1.1 La restauration 36
4.1.2 L'hygiène 38
4.1.3 La communication avec l'extérieur 38
4.1.4 L'usage du tabac 40
4.1.5 L'argent des patients 40
4.1.6 L'accès aux lieux collectifs 41
4.1.7 La sécurité 43
4.2 Le pôle de psychiatrie adulte 43
4.2.1 Le secteur Laval Ouest (53 G 02) 44
4.2.2 Le secteur Laval Est (53 G 03) 51
4.2.3 L'unité de soins intensifs et spécialisés pour enfants et adolescents (USISEA) 57
4.3 Les soins somatiques 57
4.3.1 L'accès au médecin généraliste et aux consultations spécialisées. 57
4.3.2 La pharmacie 58
4.4 Le recours à l'isolement et à la contention 58
4.4.1 La procédure d'isolement 59
4.4.2 La procédure de contention 59
4.4.3 Les chambres d'isolement 59
4.4.4 Le recours à la contention 60
4.5 L'hospitalisation des personnes détenues 60
4.5.1 Les personnes détenues accueillies 60
4.5.2 Conditions de l'hospitalisation 61
5- Eléments d'ambiance 63

Contrôleurs :
- Bonnie Tickridge, cheffe de mission ;
- Adidi Arnould ;
- Agathe Logeart ;
- Bertrand Lory ;
- Dorothée Thoumyre.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, cinq contrôleurs, ont effectué une visite annoncée du centre hospitalier de Laval (Mayenne) du 27 au 31 juillet 2015.

1- LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés au service de psychiatrie adulte Lavallois (SPAL), rattaché au centre hospitalier de Laval (CH) et situé au 40 rue Saint-Benoît, le 27 juillet 2015 à 14h. Ils en sont partis le 31 juillet à 11h.

Une visite de nuit a eu lieu le mercredi 29 juillet à partir de 21h30.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par le directeur responsable des ressources humaines. Une réunion s'est tenue en présence de la directrice référente, du chef de pôle de psychiatrie, du cadre de pôle, de l'attachée du bureau des entrées et du directeur responsable des ressources humaines.

Ont été avisés de leur visite :

- le directeur de cabinet du préfet de la Mayenne ;
- la délégation territoriale de Laval de l'Agence régionale de santé (ARS) de la Mayenne ;
- la vice présidente du tribunal de grande instance (TGI) de Laval, également présidente de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP).

Les contrôleurs ont rencontré, en outre : le chef de pôle de psychiatrie, le cadre de pôle, les médecins psychiatres, la pédopsychiatre, les cadres des unités d'hospitalisation, un médecin somaticien, le directeur responsable des ressources humaines, le représentant de l'union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM), le représentant de la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), les représentants du culte catholique, le juge des libertés et de la détention (JLD).

Par ailleurs, les contrôleurs se sont entretenus avec des représentants syndicaux (FO, CGT, CFDT) ainsi qu'avec un membre du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

Les contrôleurs ont également eu un entretien téléphonique avec le bâtonnier.

L'ensemble des documents demandés a été mis à la disposition des contrôleurs.

L'affichette annonçant leur visite a été diffusée dans les services de soins et les lieux collectifs.

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

Une réunion de restitution a eu lieu le 31 juillet, en présence du directeur responsable des ressources humaines, du chef de pôle de psychiatrie, du cadre de pôle, du chef de service du secteur Est, d'un médecin psychiatre, des cadres des unités et de l'attachée du bureau des entrées.

Un rapport de constat a été adressé au directeur général le 7 décembre 2015. Celui-ci a fait valoir ses observations par un courrier en date du 1er avril 2016 ; elles ont été prises en considération pour la rédaction du présent rapport.

2- PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 L'organisation de la psychiatrie en Mayenne

L'agglomération de Laval compte 100 000 habitants, soit un tiers de la population du département de la Mayenne dont elle est la préfecture. La Mayenne est un département à dominante rurale, partagé entre quelques zones fortement urbanisées et de vastes espaces ruraux. Sa population, inégalement répartie sur le territoire, croît chaque année. Le système de santé est marqué par de nombreuses contraintes, tant de financement que de répartition spatiale de l'offre de soins. Le département a été défini comme territoire de santé par le projet régional de santé des Pays de la Loire, élaboré en 2011.

Outre le CH de Laval, établissement de référence de son territoire, le département compte au Nord le CH de Nord Mayenne à Mayenne et au Sud, le CH du Haut Anjou situé à Château-Gontier ainsi que quatre hôpitaux locaux et une vingtaine d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Jusqu'en 1999, le centre hospitalier spécialisé de Mayenne[1] prenait en charge la psychiatrie adulte et infanto-juvénile sur l'ensemble du département de la Mayenne. L'instauration de la psychiatrie de secteur a conduit à un découpage du département en quatre secteurs de psychiatrie générale et à la création d'un service intersectoriel de psychiatrie infanto-juvénile.

Les quatre secteurs de psychiatrie générale comprennent :

- le secteur lavallois comprenant le secteur Est et le secteur Ouest ;
- le secteur Mayenne Nord qui est rattaché au centre hospitalier Nord Mayenne ;
- le secteur de Château-Gontier couvrant le Sud de la Mayenne.

L'offre d'hospitalisation est assurée par trois hôpitaux publics et un établissement privé.

Le service de psychiatrie adulte Lavallois (SPAL), auquel sont rattachés notamment deux secteurs de psychiatrie générale (Laval Est et Laval Ouest) et le service intersectoriel de psychiatrie infanto-juvénile, couvre une population de 147 000 habitants : 66 500 habitants pour le secteur Laval Ouest et 70 500 habitants pour le secteur Laval Est.

2.2 Présentation générale du centre hospitalier de Laval

Le CH de Laval regroupe de nombreuses spécialités telles que la réanimation, la cardiologie, la neurologie, la pneumologie, les soins de suite ou encore la pédiatrie.

[1] Il s'agissait d'un hôpital village comprenant également une ferme et des animaux.

L'établissement compte 596 lits répartis entre les différentes activités de soins (médecine adulte et enfant, chirurgie, gynécologie obstétrique, psychiatrie adulte et enfant, soins de suite et de réadaptation (113 places*)*, 19 places d'hospitalisation à domicile et 10 postes de dialyse. L'établissement gère également un service d'accueil des urgences ainsi qu'une unité de régulation des appels téléphoniques (centre 15*)* et interventions médicales urgentes (SAMU-SMUR). Il convient de noter que la psychiatrie adulte est également implantée sur ce site, au niveau de l'unité médico-psychologique située dans le service des urgences. Les services de pédopsychiatrie sont implantés à proximité directe du bâtiment hôpital.

Enfin, le CH est l'établissement le plus important du département pour l'hébergement médicalisé des personnes âgées (EHPAD) puisqu'il dispose de 519 lits répartis dans ses quatre maisons de retraite.

L'ensemble des services ainsi que les bâtiments administratifs et logistiques sont regroupés sur le site du Haut Rocher dont les quarante ans d'existence ont été célébrés en 2014. Le SPAL est situé à 1,5 km du CH de Laval.

2.3 L'organisation fonctionnelle de la psychiatrie

Le CH est organisé sur la base de onze pôles. Le pôle santé mentale regroupe les deux secteurs « adulte » Laval Ouest (53 G 02) et Laval Est (53 G 03), la psychiatrie adulte intersectorielle, un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) intersectoriel, l'accueil famille thérapeutique adulte (AFT) adulte, les thérapies familiales et la pédopsychiatrie départementale. L'offre de service des deux secteurs de psychiatrie générale permet aux personnes d'accéder à un centre médico-psychologique (CMP) et à un hôpital de jour (HDJ). La psychiatrie adulte intersectorielle propose également une unité médico-psychologique et des soins de psychiatrie à l'unité sanitaire de la maison d'arrêt de Laval.

La pédopsychiatrie dispose pour l'ensemble du département d'une unité de soins intensifs et spécialisés pour enfants et adolescents (USISEA) de moins de 16 ans comprenant dix lits. Le jour du contrôle, l'unité ne disposait que de six lits du fait de la pénurie de pédopsychiatres. En outre, la pédopsychiatrie propose également un hôpital de jour de 23 places et de 3 places supplémentaires à la suite de l'arrêt de l'AFT, d'un CATTP, d'un CMP, d'une unité de liaison en psychologie périnatale (ULPP), d'une équipe clinique du diagnostic de l'autisme en Mayenne (ECDAM). Elle intervient également en pédiatrie.

En matière d'hospitalisation la psychiatrie adulte dispose de quatre-vingt-huit lits répartis en quatre unités sectorielles de vingt-deux lits qui sont des unités ouvertes. Deux unités comprennent également chacune deux lits d'hospitalisation de nuit.

Il convient de préciser que depuis janvier 2015, les unités de court séjour du SPAL accueillent les mineurs âgés de 16 ans et plus, faute de structure adaptée en Mayenne. Selon les propos recueillis, aucune réflexion n'a été engagée en amont concernant le mode de prise en charge à adopter. Le personnel soignant, ne possédant ni l'expérience ni le savoir-faire, se retrouve en difficulté face à une population qu'il doit protéger sans pour autant l'exclure des patients adultes. Dans sa réponse, le directeur de l'établissement précise que la différence dans la prise en charge ne peut être établie qu'au cas par cas, vu la diversité et la rareté de ce genre de situation. Une réflexion est en cours avec le secteur Ouest.

2.4 L'implantation du service de psychiatrie adulte lavallois (SPAL)

Le service de psychiatrie adulte lavallois (SPAL) a été construit au cours des années 1998 et 1999 et a été ouvert en 2000. Il comprend un unique bâtiment réparti sur trois niveaux (sous-sol, rez-de-chaussée et premier étage).

L'établissement est situé à proximité du centre-ville et à 4,1 km de la gare SNCF. Dans le centre-ville, des panneaux indiquent la direction du SPAL. Il existe au départ du centre-ville et de la gare, une correspondance vers le CH par les lignes de bus E et LANO. Les départs ont lieu toutes les trente minutes durant les heures de pointe. Les bus circulent 6h30 à19h29[2]du lundi au samedi ; en revanche aucun transport n'est assuré le dimanche.

Il n'existe qu'un seul accès pour pénétrer au SPAL. L'entrée est équipée de barrières qui peuvent être actionnées à distance par le personnel de sécurité lors des tentatives de fugue des patients (*infra* cf. § 4.1.7). Au moment de la visite des contrôleurs, les barrières étaient ouvertes en permanence. Les visiteurs motorisés ont la possibilité de stationner leur véhicule dans l'enceinte de l'établissement. Le SPAL dispose de trois lots de parking, situés autour du bâtiment ; deux sont réservés aux membres du personnel (22 et 34 places) et un lot de 17 places est réservé aux visiteurs.

2.4.1 Le bâtiment

Le terrain sur lequel est édifié le bâtiment du SPAL, forme un arrondi sur son côté Sud, et est entouré de grillages d'une hauteur de deux mètres environ. Des petits espaces verts ont été aménagés autour du bâtiment. Au fil des années, des lotissements d'habitation se sont implantés à proximité et aux alentours du domaine.

L'entrée du bâtiment est située à l'opposé de l'entrée de l'entrée principale. L'architecte en charge de la conception a suggéré que la façade, dotée des principales ouvertures et des baies vitrées, soit orientée plein Sud afin d'augmenter l'amplitude d'ensoleillement favorisant ainsi un éclairage naturel.

L'entrée est équipée d'une double porte vitrée automatique, ouverte de 6h30 à 18h30. En dehors de ces horaires le personnel de sécurité affecté de nuit à l'accueil est en charge d'actionner l'ouverture et la fermeture de la porte. Une affiche signale l'existence d'un système de vidéosurveillance au sein du bâtiment. Un petit abri, adjacent à l'entrée principale équipé d'un banc, permet aux fumeurs de se protéger du soleil et des intempéries.

Le bâtiment est en U avec un axe principal desservant deux unités parallèles : les secteurs Ouest et Est. Des espaces verts ont été aménagés au centre de ce U.

Le sous-sol comprend les services de maintenance et la salle de sport réservée aux patients (cf. § 4.1.6).

Le rez-de-chaussée comprend :

- le bureau des entrées ;
- un local visiteurs réservé notamment aux familles accompagnées de leurs enfants ;
- le bureau du cadre du pôle ;
- un bureau de consultation réservé au médecin somaticien et de garde;
- l'accueil et le hall d'entrée.

[2] Horaires durant les vacances scolaires d'été

Le hall d'entrée dispose d'un haut plafond équipé de puits de lumière. D'immenses baies vitrées, offrent une vue directe sur le patio réservé aux patients hospitalisés en court séjour.

A droite, le rez-de-chaussée donne accès à un hall desservant l'unité court séjour du secteur Ouest, les bureaux des médecins et deux salles de réunion. Un ascenseur et un escalier permettent de se rendre au sous-sol et au premier étage.

A gauche, le rez-de-chaussée dessert la salle de restauration puis un hall donnant accès à l'unité du court séjour du secteur Est. Ce hall comprend également un escalier et un ascenseur.

Les unités de soins de suite de chaque secteur (Ouest à droite et Est à gauche) sont situées au premier étage. Une terrasse réservée aux patients relie les deux unités. Le couloir transversal du premier étage comprend les bureaux des secrétaires médicales et ceux des médecins, des assistantes sociales et des psychologues et délimite les deux secteurs. Il relie également les deux unités d'hospitalisation. Ce couloir, grillagé en partie, permet d'avoir une vue directe sur le hall d'accueil.

Les locaux sont agréablement aménagés, des plantes vertes sont disposées dans les différents espaces communs et des peintures réalisées par les patients sont accrochées aux murs. L'ensemble présente un aspect harmonieux, avec des fenêtres en forme de hublot et des espaces ouverts facilitant la circulation des patients. En outre, l'insonorisation du bâtiment procure un effet apaisant.

2.5 Les personnels

2.5.1 Le personnel médical

Depuis plusieurs années, le service de psychiatrie infanto-juvénile fait face à une pénurie de pédopsychiatres. A ce jour, ce service ne compte que 3,3 équivalents temps plein (ETP) de praticiens hospitaliers (PH) alors même que l'effectif budgété est de 9,6 ETP. Durant ces dernières années l'équipe de PH comprenait 5 ETP or deux départs se sont succédés au cours de la dernière année. En conséquence, le service a été soumis à une réduction du nombre de lits (six places pour la période d'été) et sera limité à huit à partir du mois de septembre. Il convient de préciser que l'ensemble du département pâtit de la pénurie de PH. A cet égard, l'ARS de Mayenne prévoit d'affecter au CH de Laval un pédopsychiatre, à mi-temps, en provenance du centre hospitalier universitaire (CHU) d'Angers (Maine-et-Loire). Selon les propos recueillis, il est également prévu qu'un psychiatre intervienne un jour par semaine.

Concernant les secteurs adultes de Laval Est et Laval Ouest, l'effectif prévu est de quatre PH et d'un interne par secteur. L'effectif est au complet dans le secteur Est tandis que dans le secteur Ouest, un poste de PH et un poste d'interne sont vacants. Le poste de PH est vacant depuis le mois de mars 2015 pour une durée d'un an. Les trois autres PH comptent 2,5 ETP pour l'ensemble du secteur. Selon les propos recueillis, ces vacances de poste se traduisent par des consultations médicales réalisées à intervalles trop longs notamment dans l'unité de soins de suite.

Chaque secteur compte un chef de service ; il est à noter que le chef de pôle est également chef de service du secteur Ouest.

Chaque PH répartit son temps entre les unités d'hospitalisation, le CMP, l'unité médico-psychologique des urgences (UMP) ; le chef de service du secteur Ouest intervient également à l'AFT. Une présence médicale est assurée dans les unités d'hospitalisation chaque matin du lundi au vendredi matin.

S'agissant de la prise en charge somatique, deux PH employés à temps plein interviennent respectivement dans chaque secteur.

2.5.2 Le personnel non médical

Les effectifs rémunérés pour l'ensemble du pôle sont indiqués dans le tableau suivant. S'agissant des postes de psychomotriciens et d'orthophonistes, l'établissement fait face à des difficultés de recrutement comme dans le reste du département de la Mayenne.

Les psychologues répartissent leur temps de travail sur l'ensemble du pôle et interviennent une journée par semaine dans les unités d'hospitalisation pour adultes. Le jour de la visite, un poste de psychologue était vacant, un recrutement était en cours.

Fonction	Pôle santé mentale		
	ETP	Effectif théorique	Ecart
Agents des services hospitaliers (ASH)	22,5	21,5	1
Aides-soignants (AS)	17	15	2
Adjoints administratifs	3,3	2,9	0,4
Assistantes médico-administratives (AMA)	9,8	10,2	- 0,4
Assistants de gestion	0,5	0,5	0
Cadre supérieurs de santé (CSS)	1	1	0
Cadres de santé (CS)	7	9	-2
Infirmiers (IDE)	153,44	155,25	- 1,81
Ergothérapeutes	1,7	2,7	-1
Orthophonistes	1,7	3,3	-1,6
Psychomotricien	6,2	7	- 0,8
Psychologues	19,8	21,33	- 1,53
TOTAL	**243,94**	**249,68**	**-5,74**

Les effectifs rémunérés concernant les unités d'hospitalisation des deux secteurs de psychiatrie adulte et de la pédopsychiatrie sont les suivants :

Fonction	Ouest court séjour	Est court séjour	Ouest soins de suite	Est soins de suite	USISEA
IDE	19,11	18,7	12,85	14,37	15,1
AS	1	1	5	5	4
ASH	3,75	3,75	3	3	2
CS	1	1	1	1	0,9
Orthophonistes	-	-	-	-	0[3]
Psychomotriciens	-	-	-	-	0,5
TOTAL	**24,26**	**24,45**	**21,85**	**23,37**	**21,24**

Selon les propos recueillis, l'ensemble des effectifs est au complet à l'exception du poste d'orthophoniste à l'USISEA.

L'organisation actuelle garantit la présence de neuf soignants par unité en journée quatre fois par semaine. Les autres jours, huit à sept soignants sont présents. Les horaires de roulement sont les suivants :

- de 6h45 et 14h30 ;
- de 14h à 21h30 ;
- de 21h à 7h.

Il a été précisé que l'effectif de personnel paramédical n'était jamais inférieur à trois soignants par roulement et comptabilisait au minimum deux infirmiers et un aide-soignant.

Dans chaque unité, une équipe de deux soignants, composée d'un infirmier et d'un aide-soignant ou de deux infirmiers, est présente durant la nuit. Dans la mesure du possible, chaque binôme est composé d'un personnel soignant masculin. Il est à noter qu'il n'existe pas de système de rotation entre l'équipe de jour et l'équipe de nuit.

2.5.3 La gestion des ressources humaines

Depuis le 1er janvier 2015, une nouvelle gouvernance a été instaurée pour décentraliser la gestion des pôles. Ainsi, le cadre du pôle de santé mentale gère l'enveloppe du budget formation et, en lien avec la direction des soins et la direction des ressources humaines, celle relative aux remplacements des congés maladie. Les contrôleurs n'ont pas pu obtenir des données globales[4] concernant le taux d'absentéisme du personnel soignant exerçant dans les unités mais selon les propos recueillis, il serait relativement bas. Par ailleurs, le budget relatif aux mensualités de remplacement pour les six premiers mois n'a pas été dépassé. Concernant les arrêts maladie de courte durée, le CH dispose d'un pool de remplacement composé de

[3] le poste d'orthophoniste à l'USISEA est vacant, un 0,2 ETP est en principe budgété.
[4] Ces données sont indiquées dans les paragraphes relatifs aux unités.

plusieurs infirmiers, dont deux sont rattachés au pôle de santé mentale. Par ailleurs, avec le principe de mutualisation des ressources humaines au sein du pôle, les soignants sont sollicités pour effectuer un remplacement dans une autre unité.

La direction des soins infirmiers, en charge du recrutement du personnel non médical, a mis en place une politique de mobilité interne au sein du pôle. Ainsi, les nouvelles recrues occupent dans un premier temps un poste dans une unité de soins de suite puis font un passage par une unité de court séjour avant d'exercer en CMP ou en CATTP. Selon les propos recueillis, cette politique de mobilité interne semble difficile à mettre en place pour le personnel de nuit.

Des formations spécifiques à la psychiatrie sont proposées au personnel soignant du pôle de santé mentale. Le tableau suivant indique les sessions de 2014 et le nombre de participants pour chaque module. Outre ces formations spécifiques, le personnel soignant a également la possibilité de s'inscrire à des modules accessibles à l'ensemble du personnel soignant du CH.

Formations	Nombre de participants en 2014
Relation d'aide et entretiens infirmiers	11
Sensibilisation à l'approche systémique	12
Analyse transactionnelle - Niveau 1	11
Repérage et prévention de la crise suicidaire	4
Formation OMEGA - Faire face aux situations d'agressivité et de violence	16
TOTAL	**54**

2.6 L'activité

Lors de la visite des contrôleurs, quatre-vingt-deux patients étaient hospitalisés. Parmi eux, onze étaient admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (ASPDRE), dix huit étaient admis à la demande d'un tiers (ASPDT) et cinquante-trois admis en soins libres (ASPL). Un mineur, âgé de 16 ans et demi a été également admis durant la semaine où les contrôleurs étaient présents.

Le tableau suivant indique le nombre de mesures d'hospitalisation par unité pour l'année 2014[5] :

Mesures	Court séjour Laval Est	Court séjour Laval Ouest	Soins de suite Laval Est	Soins de suite Laval Ouest
ASDRE	20 dont 2 patients détenus	11 dont un patient détenu	5	4
ASDT	42 dont 7 en péril imminent	38 dont 2 en péril imminent	9	4
ASPL	193 dont 12 mineurs	229 dont 2 mineurs	25	32
TOTAL	**255**	**278**	**39**	**40**

[5] Données communiquées par le département d'information médicale.

Le tableau suivant reprend l'activité médicale (hospitalisations pour chaque service) du pôle au cours des six premiers mois des années 2014 et 2015 :

Pôle santé mentale	Nombre total d'entrées en hospitalisation complète		Journées hospitalisation complète		Durée moyenne de séjour en jours		Nombre moyen de lits occupés par jour	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Court séjour Ouest	134	100	3 838	3 862	28,64	38,62	21,20	21,34
Court séjour Est	116	135	3 890	3 890	33,53	28,81	21,49	21,49
Soins de suite ouest	79	46	3 542	3 830	44,84	83,26	19,57	21,16
Soins de suite Est	20	15	3 859	3 930	192,95	262	21,32	21,71
Hôpital de nuit Ouest	20	8	40	19	/	/	0,22	0,10
Hôpital de nuit Est	2	15	3	38	/	/	0,02	0,21
USISEA	303	253	1 970	1 912	1	0	10,88	10,56

S'agissant du secteur Ouest, il est à noter que le nombre total d'entrées a baissé au cours des six premiers mois de l'année 2015. Ceci s'expliquerait, en partie, par l'allongement de la durée moyenne de séjour (DMS) alors que le nombre moyen de lits occupés par jour est similaire d'une année à l'autre.

3- L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT ET L'EXERCICE DES DROITS

3.1 L'arrivée des patients admis sans consentement

3.1.1 Les modalités d'admission

La majorité des patients sont admis au service des urgences situé sur le site principal du centre hospitalier de Laval. A titre exceptionnel, des patients bien connus du SPAL, peuvent être admis directement dans une unité de court séjour.

Au service des urgences, une première évaluation est réalisée par une infirmière d'accueil et d'orientation et un médecin urgentiste qui apprécient si l'état des patients nécessite des soins somatiques et/ou psychiatriques. Si c'est le cas, les patients sont alors pris en charge par l'unité médico-psychologique des urgences (UMP).

Cette structure, ouverte de 8h à 22h35, dispose de deux petites pièces accessibles en traversant la zone des « lits-portes » du service des urgences dont les locaux apparaissent particulièrement encombrés et nécessiteraient un agrandissement. Deux infirmières y assurent une permanence par roulement (une équipe de 8h à 15h et une de 15h à 22h30), et un psychiatre intervient matin et après-midi en sus de l'astreinte. L'unité assure un accueil spécialisé pour les personnes, les familles et les couples en souffrance psychique. Elle exerce un

travail de liaison pour l'ensemble du centre hospitalier. Après 22h30, les admissions sont prononcées par le psychiatre de garde et le patient est pris en charge dans un lit porte.

A l'issue de l'évaluation le patient peut être :

- accueilli dans un des lits-portes du service des urgences pour une hospitalisation de 24 heures maximum afin de poursuivre l'observation ;
- admis dans un des six lits dédiés à la psychiatrie au sein du service de médecine générale du centre hospitalier ;
- admis au SPAL en y étant conduit par une ambulance privée ou celle du SAMU ou vers le secteur psychiatrique dont il dépend ;
- orientés vers la clinique Notre-Dame de Pritz dont un des médecins assure une g arde au sein de l'UMP ;
- invité à retourner chez lui, en l'absence de troubles psychiatriques, avec prise en charge ambulatoire le cas échéant par le secteur privé ou public et avec courrier au médecin traitant.

L'analyse du registre de l'unité pour la période du 1er au 7 juillet fait apparaitre les décisions suivantes concernant trente-sept patients reçus :

Décisions rendues	Nombre de patients
Admissions en soins psychiatriques libres (ASPL) au SPAL	6
ASPL à la clinique Pritz	1
Admissions en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (ASPDT) au SPAL	2
Orientation en médecine générale	1
Orientation en gériatrie	1
Retour au domicile	26

A l'arrivée au SPAL, l'ambulance se gare devant l'entrée du bâtiment : deux infirmiers viennent prendre en charge le patient et le conduisent dans une des deux unités d'admission en traversant le hall d'accueil. Pour les patients détenus, l'ambulance pénètre dans le service par l'intermédiaire du garage situé au sous-sol et desservi par un ascenseur.

Les formalités administratives sont réalisées au bureau des admissions situé dans le hall d'entrée. Ce bureau est ouvert du lundi au vendredi de 9h30 à 12h30 et de 13h15 à 18h : le week-end et la nuit l'admission est effectuée par l'administrateur de garde.

Pour les hospitalisations sous contrainte, il a été indiqué que la principale difficulté résidait, pour la rédaction du certificat médical, dans la recherche d'un médecin extérieur à l'établissement hospitalier. La région de Laval serait en effet confrontée à un grave problème de démographie médicale à la suite de nombreux départs de médecins.

Lorsque tous les lits du SPAL sont occupés, des rendez-vous pour des consultations sont régulièrement proposés aux patients en attendant qu'un lit se libère.

Les patients sans domicile fixe sont accueillis :

- au cours du premier trimestre, au centre hospitalier du Nord-Mayenne ;
- au deuxième trimestre, au centre hospitalier du Haut Anjou ;
- au troisième trimestre à l'unité de court séjour Laval Ouest ;
- au quatrième trimestre à l'unité de court séjour Laval Est.

3.1.2 La notification de la décision d'admission et les voies de recours

La décision d'admission est notifiée par le cadre de santé en présence d'un infirmier dès que l'état de santé du patient le permet, en général entre 24 et 72 heures après son arrivée.

L'accusé de réception de l'arrêté préfectoral et celui concernant les décisions prononcées par le directeur de l'établissement indiquent :

- les voies de recours devant le juge des libertés et de la détention (JLD) et la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) en indiquant leurs coordonnées.
- la possibilité de présenter des observations écrites ou orales à l'attention du directeur préalablement à la décision de maintien des soins psychiatriques susceptibles d'intervenir ultérieurement.

La très grande majorité des patients signent l'accusé de réception de la décision d'admission. 10 % en moyenne refusent : dans ce cas deux professionnels (cadre ou soignants) attestent avoir remis la décision au patient.

Il a été constaté que les patients pouvaient facilement correspondre avec le JLD et la CDSP.

3.1.3 L'inventaire et la conservation des effets personnels

A l'arrivée, un inventaire est effectué en présence du patient. Les téléphones portables, les clefs et objets dangereux sont conservés par l'équipe soignante. Les objets de valeur peuvent être déposés à la trésorerie de l'hôpital par l'intermédiaire des professionnels : une quittance est remise.

Tous les patients hospitalisés sous contrainte doivent systématiquement se défaire de leurs vêtements personnels et porter le pyjama de l'hôpital pour une durée variable rarement inférieure à 24 heures.

Il est également demandé aux patients de désigner une personne de confiance lors de leur arrivée. Selon les informations recueillies environ 80 % des patients communiquent les coordonnées d'une personne.

3.1.4 Les cas de sur-occupation et de transfert

Les patients domiciliés hors du département sont accueillis provisoirement puis transférés dans l'hôpital correspondant à leur lieu d'habitation.

Il n'a pas été rapporté de phénomène de sur-occupation au sein du SPAL, mais il a été précisé que l'insuffisance de lits dans les services de court séjour pouvait entraîner parfois une liste d'attente de plusieurs semaines pour des patients délirants ou suicidaires.

3.2 L'information des patients admis

Le livret d'accueil général du CH est remis à chaque patient. Un cartouche précise à l'attention des patients hospitalisés en psychiatrie qu'ils trouveront dans le règlement intérieur des modalités de séjour qui peuvent être différentes de celles présentées dans le livret.

Une double page est aussi encartée dans ce livret à l'attention des patients hospitalisés au SPAL. Un paragraphe consacré aux règles de vie précise « *Un règlement intérieur est tenu à la disposition des personnes hospitalisées et de leur famille au bureau des admissions et dans les unités de soins. Dans ce règlement, vous trouverez des informations sur les différentes dispositions relatives au mode d'hospitalisation, sur vos droits, sur le respect des règles afin que chacun puisse bénéficier des soins optimums pendant son hospitalisation* ».Ce dernier document, rédigé en mai 2013, ne fait pas référence aux droits des patients hospitalisés sous contrainte ni à la loi du 5 juillet 2011 relative au rôle du juge des libertés et de la détention et à celle du 27 septembre 2013.

Le règlement intérieur, commun à toutes les unités du SPAL décrit les heures d'ouverture du service, de visite, de repas ainsi que les modalités d'inventaire et d'accès au tabac, à la télévision et au téléphone. Le document précise que « *trois point phones à carte sont à disposition au SPAL* » alors qu'ils ont tous été supprimés (cf. § 4.1.3.1).

Les noms des médecins, cadres de santé, psychologues, assistantes sociales et secrétaires médicales sont aussi affichés dans le hall d'entrée pour les deux secteurs Est et Ouest.

Cependant, aucune information n'évoque les soins sans consentement et ne promeut le respect des libertés individuelles. La loi du 5 juillet 2011 n'est pas intégrée dans le projet d'établissement ou les projets de service. Le tableau de l'ordre des avocats n'est affiché ni dans le hall d'entrée, ni dans les unités de soins.

3.3 La confidentialité des soins

3.3.1 La confidentialité des hospitalisations

Le patient peut demander que sa présence au sein de l'établissement ne soit pas divulguée. Il doit alors exprimer sa requête auprès du cadre de santé qui informe alors oralement la secrétaire du bureau des admissions du SPAL. Elle coche la case intitulée « confidentiel » dans le dossier administratif enregistré dans la base informatique. Le nom du patient n'apparaît donc plus dans la liste des personnes hospitalisées. Lorsque le personnel de l'accueil reçoit un appel à l'intention du patient, il indique à l'interlocuteur que la personne n'est pas hospitalisée dans l'établissement. Le jour du contrôle, aucun patient n'avait formulé cette demande spécifique.

Il convient de préciser que les patients détenus ne sont pas enregistrés sous « X ».

3.3.2 L'accès au dossier médical

Les informations explicitant les règles d'accessibilité au dossier médical sont disponibles sur le site internet de l'hôpital et dans le livret d'accueil remis à chaque patient.

Lorsque le patient fait la demande d'accès à son dossier au cours de son hospitalisation, la secrétaire médicale de l'unité lui remet un formulaire à remplir. La demande est alors adressée à la responsable des relations avec les usagers qui adresse un accusé de réception de la requête et une demande de justificatif d'identité. Puis, un courrier est envoyé au médecin référent ou au chef de service afin d'établir un rendez-vous avec le patient. Le patient consulte son dossier en présence du médecin, ce dernier peut également déléguer la responsabilité au cadre de l'unité. La responsable des relations avec les usagers vérifie systématiquement auprès de la secrétaire médicale de l'unité que le rendez-vous a bien été honoré.

Lorsque la demande d'accès au dossier médical a lieu après une hospitalisation, elle peut s'effectuer par une lettre manuscrite du demandeur ou par le biais de l'imprimé à remplir

disponible sur internet. La demande doit être accompagnée d'une copie d'un justificatif d'identité. La responsable des relations avec les usagers adresse au patient un courrier de confirmation précisant les frais de copie et de communication. Si le demandeur n'est pas le patient, il doit fournir les documents attestant sa qualité ; les ayants droit d'une personne décédée ont l'obligation de préciser le motif de leur demande. En outre, ils doivent également fournir un justificatif d'hérédité et, le cas échéant, le certificat de décès du patient.

Au cours de l'année 2014, quatorze demandes de dossiers de patients hospitalisés en psychiatrie ont été formulées. Les délais moyens de réponse ont été de douze jours. Depuis le début de l'année 2015, cinq demandes de communication de dossiers ont été formulées. Les délais moyens de réponse ont été de vingt jours.

Il convient de noter que la Commission d'accès aux documents administratifs (CADA) n'a pas été saisie une seule fois.

3.4 Le comité d'éthique

Le comité d'éthique du centre hospitalier de Laval a été créé au mois de novembre 2012, après la visite de certification effectuée en 2008 par la Haute Autorité de Santé (HAS), qui pointait l'insuffisance de la prise en compte de la réflexion éthique. Tout en notant des avancées, la HAS a de nouveau incité l'établissement à intégrer davantage la dimension éthique à ses orientations stratégiques et à pérenniser le fonctionnement, alors très récent, du comité grâce à des réunions plus fréquentes et à un engagement accru de la direction. Présidé par un médecin, composé de quatorze membres (soignants, psychologues, sage-femme, cadres de santé, assistante sociale, représentant des usagers) le comité, qui se définit comme « pluridisciplinaire et pluraliste » se réunit quatre fois par an. Il s'est donné pour mission « d'identifier les problèmes éthiques rencontrés par l'établissement, de produire des avis ou des orientations générales à partir d'études de cas concrets, de questions particulières ou de thèmes généraux liés à l'éthique, de diffuser en interne des réflexions et des recommandations, de favoriser la réflexion sur le sens du soin, de donner son avis sur les projets de recherche dont l'établissement est porteur ». Il peut se saisir ou être saisi par tous ceux qui le souhaitent, professionnels de santé, patients et usagers, collectivement ou individuellement. Un message peut être adressé sur l'adresse électronique du comité ou par téléphone à la direction des soins. Le comité se déclare ensuite compétent, ou non.

Les contrôleurs ont relevé qu'aucune problématique particulière liée au SPAL (isolement et contention, liberté d'aller et venir et autres difficultés liées à la loi du 5 juillet 2011 modifiée le 27 septembre 2013) n'avait été débattue au comité d'éthique.

Une réflexion est entamée sur la nécessité d'ouvrir les réflexions souvent perçues comme trop exclusivement centrées sur l'aspect strictement médical. Ainsi, la décision a été prise d'élargir la composition du comité à d'autres professions, notamment à un juriste.

3.5 La place laissée aux représentants des familles et des usagers

Le livret d'accueil des patients comporte un feuillet consacré à la CRUQPC (Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge), qui rappelle les textes de loi encadrant les droits des usagers des établissements de santé à formuler des réclamations et à faire valoir leurs droits et la composition de la commission. Cependant, les documents distribués au SPAL datent de 2013 : depuis, les membres de la commission ont changé. Il existe bien des fascicules plus récents, mais ils n'ont pas été diffusés, en attendant l'épuisement des stocks. Par ailleurs, aucune indication (numéro de téléphone, adresse électronique, local ou boîte aux lettres) n'est donnée sur la façon dont la commission peut être jointe.

En revanche, dès l'entrée du SPAL, des affiches très visibles et informent les patients et leurs familles des possibilités de contact avec des associations parmi lesquelles : la CRUQPC, dont une adresse est fournie, l'UNAFAM (Union Nationale des Amis et Familles des Malades Psychiques), et le GEM, (Groupe d'Entraide Mutuelle) de Laval, dont les coordonnées et les horaires de permanences sont clairement indiqués. Il est aussi fait mention de la Maison des Usagers, qui se trouve au CH et permet aux patients de se réunir chaque semaine avec leurs familles, en présence de deux bénévoles. Des plaquettes de l'UNAFAM sont disponibles à l'accueil.

A l'entrée du SPAL, une pièce généralement utilisée par les visiteurs accompagnés de jeunes enfants, est à la disposition des bénévoles qui veulent aider familles et patients à rompre la solitude et à s'exprimer sur la maladie mentale, partageant leurs questions et leurs expériences mais également « leur culpabilité », selon les propos recueillis. En effet lorsque l'hospitalisation sous contrainte a été demandée par un membre de la famille, la décision de faire hospitaliser un proche n'est pas facile à endosser, ni à justifier auprès du patient concerné. Les échanges sont souvent douloureux au cours de ces rencontres où les familles se plaignent régulièrement de mal comprendre la maladie de leur proche et d'avoir un accès difficile, parfois conflictuel, aux médecins. Dans sa réponse, le directeur précise que lors de l'accueil des familles par le médecin, lorsque l'hospitalisation sous contrainte a été demandée, la plupart du temps les choses sont comprises et acceptées par les familles, et pas aussi douloureuses et dramatiques que la phrase formulée le laisserait à penser. Il y a un travail en amont si le patient est connu et des explications sont fournies lors d'une admission à la demande d'un tiers, le plus souvent par l'UMP. Les conflits avec le médecin existent, mais sont rares et l'accès est possible mais évidemment pas toujours aussi vite que le souhaiteraient ses proches (d'où les récriminations mentionnées), et le cadre reçoit les familles dans les 24h de l'admission si elles le demandent.

Les plaintes ou contestations des usagers débordent rarement de ce cadre informel. Un représentant de la CRUQPC souligne ainsi que la commission n'est que très rarement saisie par un patient hospitalisé en psychiatrie ou par sa famille : cinq cas ont été enregistrés depuis 2013. A chaque fois, c'est le patient qui a saisi la commission pour se plaindre de la promiscuité, de mauvaises relations avec un médecin, d'une information insuffisante ou de la prise en charge de sa douleur. Ces dossiers ont été classés. Le cinquième (qui concerne la restriction de liberté) était en cours d'examen pendant la visite des contrôleurs.

Les médiateurs n'ont été saisis que deux fois pour l'ensemble du centre hospitalier au cours de l'année passée.

3.6 La protection juridique des majeurs

Le 29 juillet 2015, sur les quatre-vingt-deux patients présents au centre hospitalier, cinquante bénéficiaient d'une mesure de protection juridique et un dossier d'ouverture de curatelle renforcée était en cours.

Ces mesures se répartissaient comme suit :

Type de mesure	Nombre de mesure
Tutelle	14
Curatelle renforcée	35

Curatelle simple	1
Sauvegarde de justice	0
TOTAL	**50**

Certains patients arrivent à l'hôpital avec une mesure de protection déjà en cours. Lorsque ce n'est pas le cas et qu'il apparaît au cours du séjour du patient qu'il devrait pouvoir bénéficier d'une mesure de protection, un dossier est ouvert par les assistantes sociales et transmis au procureur de la République afin qu'il saisisse le juge des tutelles.

Les patients sont accompagnés aux audiences du juge des tutelles, au tribunal d'instance de Laval, par des soignants.

Les assistantes sociales prennent régulièrement contact avec des mandataires des patients, notamment pour l'ouverture ou le renouvellement des droits sociaux des patients, ainsi que pour leur sortie. Il est en effet important pour les assistantes sociales de connaitre les capacités financières des patients afin de leur proposer des solutions d'hébergement viables.

Les patients bénéficiant d'une mesure de protection se voient verser un peu d'argent à la banque des malades de l'hôpital, chaque semaine, pour pouvoir acheter des magazines, des friandises ou pour pouvoir faire des achats extérieurs pendant les sorties (Cf. § 3.1.4).

3.7 Les incidents et leur traitement

3.7.1 Les violences et événements indésirables

Pour l'ensemble du centre hospitalier, les événements indésirables sont moins nombreux en 2014 qu'en 2013, hormis ceux qui concernent la logistique, l'hôtellerie et la restauration.

Pour l'ensemble du SPAL, le nombre d'événements indésirables relevé entre le 1er janvier et le 30 juillet 2015 est de 60 (85 pour l'ensemble du pôle psychiatrie au cours de l'année 2014).

Ces évènements indésirables se décomposent de la façon suivante :

- 5 chutes ;
- 5 incidents avec les téléphones DATI (Dispositif d'Appel pour Travailleur Isolé) ;
- 35 concernant la sécurité des biens et des personnes (5 fugues, 17 agressions, 1 tentative de suicide, 1 contention, 1 piqûre ou projection accidentelle avec un produit dangereux, 2 autres dont la nature n'est pas spécifiée).
- 3 concernant le non-respect du règlement de la vie hospitalière ;
- 4 concernant le circuit du médicament ;
- 1 concernant le droit du patient à l'intimité ;
- 7 des problèmes de soins posés par des patients agités.

Des tableaux précisent la nature de l'évènement, les actions immédiates entreprises, leur analyse et les propositions d'amélioration suggérées.

Tous les intervenants rencontrés – soignants comme membres de la direction – estiment que le phénomène est sous-déclaré. Certains évaluent même à 10 % seulement la connaissance réelle des évènements indésirables. Certains soignants ont fait part de leur lassitude : « A quoi bon signaler un événement indésirable, si les conséquences ne sont pas tirées » ? Ainsi, pendant plusieurs mois, les téléphones DATI ont été en panne. Les personnels ont très mal vécu à la fois le fait d'en être privés et la lenteur de la réaction de leur administration.

La direction précise qu'en 2012, un groupe de travail (sans la présence des usagers ou de leurs représentants) a été mis sur pied pour réfléchir au cours de réunions trimestrielles au traitement des violences. Au cours de réunions trimestrielles, auxquelles ne participaient pas les usagers ni leurs représentants, l'accent a été mis sur la nécessité d'une meilleure formation. La réflexion a essentiellement porté sur la formation. Après un premier épisode insatisfaisant (il se serait en fait agi d'une initiation au *self défense*), une formation plus adaptée a été mise en place. Sous le nom d' « Omega », un programme qui se déroule sur quatre journées tente d'enseigner la façon de « faire face aux situations d'agressivité et de violence ». Des soignants qui ont participé à cette formation ont expliqué que l'approche, basée sur la cohésion de l'équipe, avait conduit à une réflexion sur le placement en contention des patients agités, et dans une démarche éthique à une meilleure façon d'appréhender la façon de désamorcer les violences.

Lors de la première session en 2014, les publics concernés, réunis en groupes de quatorze personnes, ont été très satisfaits de la formation, au point que pour la deuxième année consécutive, une quatrième session devait être organisée peu de temps après la visite du CGLPL.

Des fiches ont été mises au point sur la conduite à tenir au cours des situations de violence. Chaque agent peut, anonymement s'il le souhaite, saisir la direction par intranet pour exposer le problème qu'il a rencontré. S'il y a lieu, en cas de menaces ou d'agressions physiques, plainte est déposée et l'agent peut bénéficier d'une garantie de protection juridique et d'une prise en charge.

3.7.2 La gestion des sorties sans autorisation

Compte tenu de la vigilance des personnels de l'accueil et de la qualité du système de vidéosurveillance, les fugues sont peu nombreuses, de l'ordre de cinq par an en moyenne. Dans la majorité des cas, les patients reviennent d'eux-mêmes ; pour les autres, les infirmiers vont les chercher à domicile, sans difficulté majeure a-t-il été indiqué.

3.7.3 Les questionnaires de satisfaction

Pour l'ensemble du centre hospitalier de Laval, en 2014, 1 966 questionnaires de satisfaction ont été remplis, pour 22 796 entrées. Le taux de retour (8,66 %) est supérieur à celui de l'année 2013 (6,92 %).

Pour la psychiatrie, un état très détaillé des réponses au questionnaire de satisfaction a été remis aux contrôleurs. Dans l'ensemble, les personnes qui ont répondu paraissent plus satisfaites en 2014 qu'en 2013.

Les chiffres les plus significatifs (la somme des pourcentages peut dépasser 100 en fonction du canevas des questions, et certaines questions ne s'appliquent pas aux patients hospitalisés en psychiatrie*)* concernant le secteur de la psychiatrie sont :

- la prise en charge de la douleur : 36,1% la trouvent excellente ; 52,1% bonne ; 6,7% non satisfaisante ; 5% inexistante ;

- les informations données par les médecins : suffisantes (90,7 %), claires (91,4 %), incompréhensibles (8 ,6 %), insuffisantes (9,3 %) ;
- les informations données par l'équipe soignante : suffisantes (88,5 %), claires (95,1 %), incompréhensibles (4,9 %), insuffisantes (11,5 %) ;
- la relation avec le médecin : excellente (50 %), bonne (47,8 %) ;
- la relation avec l'équipe soignante : excellente (55,5 %), bonne (41,4 %) ;
- la relation entre la famille et le service : excellente (39 %), bonne (54,3 %) ;
- la relation avec le service social : excellente (44,3 %), bonne (50,6 %) ;
- la relation avec les associations : excellente (52,1 %), bonne (43,8 %), non satisfaisante (4,2 %).
- la chambre était agréable pour 89,6 % ;
- l'hygiène des locaux était jugée satisfaisante pour 92,5 % ;
- le service téléphonique était jugé satisfaisant par 83,2 % ;
- la distribution des repas était jugée satisfaisante par 92,8 % ;
- la programmation des soins était jugée satisfaisante par 98,3 % ;
- la visite des médecins est satisfaisante pour 95 % ;
- la visite des proches est satisfaisante pour 94,8 % ;
- La dernière question porte sur l'impression ressentie sur le respect, la dignité, l'écoute, la confidentialité. Pour 44,2 % des patients elle est excellente, bonne pour 48,1 %, médiocre pour 7 %, mauvaise pour 0,8 %. On peut néanmoins regretter que ces items soient réunis dans une seule question.

3.8 Le droit de vote

Les informations concernant le droit de vote font l'objet d'un affichage, en période électorale. Les patients en soins libres peuvent aller voter en fonction de leurs horaires de sortie. Sinon, il leur est possible d'établir une procuration, mais cela se produit rarement (une à deux personnes par scrutin, selon le personnel).

3.9 L'exercice du culte

Cinq bénévoles (religieux et laïcs), missionnés par le diocèse et dépendant de l'aumônerie de l'hôpital général, assurent une permanence au SPAL. Tous les mardis après-midis, une grande salle de réunion leur est réservée pendant deux heures. Une messe s'y tient les 1ers et 3ème dimanche de chaque mois, sauf pendant les vacances d'été où il n'y a qu'une messe par mois. Les bénévoles y voient une nette amélioration, car longtemps, réunions et offices se tenaient au self, à l'heure de la vaisselle… Le nombre de patients intéressés va de cinq à une vingtaine. Il arrive qu'un membre du personnel soignant les accompagne jusqu'à la porte, mais il n'assiste pas aux échanges. Si un patient le souhaite, il peut rencontrer l'un des bénévoles en privé dans sa chambre.

La seule religion représentée est le catholicisme, mais des aumôniers d'autres religions pourraient se déplacer, si la demande en était faite, ce qui n'a jamais été le cas.

3.10 La levée des mesures d'admission

3.10.1 L'avis préalable des médecins psychiatres

3.10.1.1 L'avis conjoint

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

Cette préconisation doit être suivie d'un arrêté préfectoral de levée de l'hospitalisation sans consentement pour que le patient puisse retrouver sa liberté. A défaut, lorsque le préfet n'entend pas suivre l'avis du médecin, un deuxième psychiatre doit se prononcer. Si celui-ci confirme l'absence de nécessité d'une hospitalisation complète sans consentement, le préfet est tenu de rendre un arrêté de mainlevée de la mesure. Dans le cas contraire, le désaccord est soumis au juge des libertés et de la détention.

Il a été précisé aux contrôleurs que les médecins psychiatres travaillent en amont en collaboration avec des assistantes sociales pour la préparation des projets de sortie ou de modification de la prise en charge des patients.

Quatre assistantes sociales travaillent à plein temps au SPAL, deux pour chaque secteur. Leurs bureaux, situés à côté de ceux des médecins, sont directement accessibles aux patients.

Elles participent aux réunions de transmission des équipes soignantes à hauteur d'une fois par semaine et par unité. En fonction des projets d'évolution de prise en charge, les assistantes sociales proposent la recherche pour les patients de logement autonome, structure de cure, foyer de vie, ...

Les assistantes sociales accompagnent les patients, avec le personnel soignant, pour visiter les structures de prise en charge envisagées pour la sortie ou, le cas échéant, le domicile du patient.

Elles échangent quotidiennement avec les cadres de santé et les infirmiers qui n'hésitent pas à leur signaler les patients qui auraient besoin d'assistance.

Lorsque le projet de sortie ou de modification de prise en charge est élaboré, le médecin psychiatre sollicite l'évolution ou la levée de la mesure de soin sans consentement dont le patient fait l'objet.

Du 1er janvier au 30 juin 2015, trente-neuf patients sont sortis du SPAL, tous à la demande du médecin psychiatre chargé de leur suivi. L'avis des médecins a été suivi, dans chaque cas, par un arrêté préfectoral de levée de la mesure.

3.10.1.2 Le collège des professionnels de santé

Le collège des professionnels de santé se réunit pour donner un avis sur la forme de la prise en charge des patients se trouvant sous le statut de l'irresponsabilité pénale lorsque le juge des libertés et de la détention est saisi : à la suite d'une demande de mainlevée de l'hospitalisation sous contrainte ou dans le cadre des examens obligatoires après douze jours et tous les six mois.

Ce collège se réunit également pour les patients admis sur décision du représentant de l'Etat dont le médecin psychiatre propose de faire évoluer la prise en charge vers une autre forme que l'hospitalisation complète. Le représentant de l'Etat ne peut alors modifier la forme de la prise en charge qu'après avoir recueilli l'avis du collège.

Ce collège se réunit enfin pour donner un avis sur la prise en charge des patients admis sur la demande d'un tiers depuis plus d'un an.

Le collège des professionnels de santé est composé de trois personnels du centre hospitalier : un médecin psychiatre participant à la prise en charge du patient, un médecin psychiatre n'y participant pas et un représentant de l'équipe soignante prenant en charge le patient.

Les contrôleurs ont consulté trois avis rendus par ce collège en 2014 et 2015. Dans ces trois cas, participait le chef du pôle psychiatrie de l'hôpital, les autres membres du collège variant.

Les trois avis concernaient des patients placés sous le statut de l'irresponsabilité pénale. Dans deux cas, l'avis rendu a été la modification de la prise en charge du patient en programme de soins ambulatoires. Le programme de soins envisagé était joint à l'avis. Dans le troisième cas, l'avis rendu a été la levée de la mesure de soins sans consentement.

Dans les trois cas, l'avis rendu par le collège a été suivi par un arrêté préfectoral conforme, dans un délai d'un, de deux jours et de deux mois. Le délai de deux mois observé s'explique par l'obligation qui incombait au préfet de solliciter deux experts pour se prononcer sur la dangerosité du patient en raison de la demande de mainlevée présentée.

3.10.2 Le contrôle du juge des libertés et de la détention

Depuis l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, le juge des libertés et de la détention (JLD) doit être saisi pour contrôler les mesures d'hospitalisation sans consentement.

En outre, depuis le 1er septembre 2014, les audiences du JLD doivent se tenir, sauf exception, au sein du centre hospitalier et la présence d'un avocat pour assister ou représenter le patient est obligatoire.

Les audiences du JLD se tiennent, depuis 2011, au sein du tribunal de grande instance de Laval, ce, pour l'ensemble des hôpitaux psychiatrique du département.

Il a été précisé aux contrôleurs qu'il avait été envisagé, avec l'entrée en vigueur de la loi du 27 septembre 2013, d'installer une salle d'audience au sein du SPAL. Il était prévu que cette salle soit mutualisée avec les autres hôpitaux psychiatriques du département (Hôpitaux de Mayenne et de Château-Gontier situés à environ une demi-heure en voiture), ces derniers continuant de devoir amener les patients à Laval pour les audiences du JLD.

Selon les informations recueillies, il n'a finalement pas été aménagé de salle d'audience au sein du SPAL pour des raisons financières, les travaux pour qu'une telle salle soit conforme aux exigences de l'article L.3211-12-2, I du code de la santé publique étant apparus trop importants.

Les audiences se déroulent donc au sein d'une salle d'audience située au rez-de-chaussée du tribunal de grande instance de Laval, équipée d'une estrade sur laquelle s'installent le JLD et son greffier, puis de plusieurs rangées de bancs sur lesquelles se placent le patient, son avocat et le public éventuel.

Un pupitre est installé au centre de la salle, destiné, dans l'architecture des salles d'audience correctionnelle, à être utilisé par le prévenu lorsqu'il est entendu. Les contrôleurs ont constaté que ce pupitre n'était pas utilisé pour les audiences du JLD, le patient s'installant au premier rang et répondant au juge en restant assis sur son banc.

Une salle de réunion, adjacente à la salle d'audience est mise à la disposition des patients pour servir de salle d'attente ou de bureau d'entretien avec l'avocat. Néanmoins, les contrôleurs ont constaté que cette salle n'était pas connue des personnels soignants ni des avocats qui ne l'utilisent pas. La JLD rencontrée par les contrôleurs, face à ce constat, a précisé qu'elle comptait transmettre une nouvelle note d'information au personnel de l'hôpital ainsi qu'au barreau pour attirer leur attention sur l'existence de cette salle.

Il a été indiqué aux contrôleurs que le choix d'utiliser une salle d'audience au rez-de-chaussée au lieu des bureaux des JLD dans les étages a été effectué pour limiter au maximum le trajet des patients au sein du tribunal. De plus, les couloirs des étages donnant tous sur le rez-de-chaussée, protégés de garde-corps d'un mètre de haut, sont apparus insuffisamment sécurisés pour permettre le cheminement de patients parfois très fragiles.

Il a cependant été regretté par certaines personnes que les audiences ne se déroulent pas au sein du bureau du JLD ou au sein de la salle adjacente à la salle d'audience, afin de leur donner un caractère moins solennel et plus convivial.

Les audiences se tiennent deux fois par semaine, les mardis après-midi et vendredis matins. Sont examinés entre un et huit dossiers par demi-journée.

Les contrôleurs ont pu se rendre à une audience durant leur visite.

3.10.2.1 Le transport des patients

Les convocations des patients devant comparaître devant le juge des libertés et de la détention sont espacées d'une demi-heure. Les patients arrivent à tour de rôle afin de limiter leur temps d'attente.

Sept à dix jours avant l'audience, le greffe du JLD adresse les dates et heures de convocation des patients aux services dans lesquels ils sont hospitalisés. Les dates d'audience sont ensuite notifiées aux patients

Au SPAL, les patients sont accompagnés à l'audience par au moins un personnel soignant, qui se charge de conduire le véhicule. Le nombre d'accompagnateurs dépend de l'état clinique estimé du patient, il peut aller jusqu'à trois personnels, y compris le conducteur. Le médecin décide de ce nombre en concertation avec l'équipe soignante.

Lors du transport auquel les contrôleurs ont assisté, le patient était accompagné par un seul personnel soignant et s'est assis à l'avant du véhicule, sur le siège passager. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'il était nécessaire de limiter le personnel accompagnant en raison de la pathologie du patient, afin qu'il ne se sente pas trop contraint.

Le ou les soignants accompagnateurs ne sont pas nécessairement ceux qui participent à la prise en charge du patient. Ils accompagnent le patient en tenue de ville, sans blouse blanche pour plus de discrétion une fois arrivé dans les locaux du tribunal.

L'usage d'éventuels moyens de contrainte n'est effectué que sur prescription médicale. Lors du transport auquel les contrôleurs ont assisté, le patient n'était pourvu d'aucun moyen de contrainte. Il avait emporté avec lui un sac à dos avec ses effets personnels car il se rendait en permission de sortie à l'issue de l'audience. Il a été précisé aux contrôleurs que les patients sont autorisés à prendre de l'argent pour se rendre au tribunal, afin d'utiliser la machine à café qui se trouve dans le hall d'attente.

Le trajet jusqu'au tribunal dure entre cinq et dix minutes. Le départ est effectué un quart d'heure avant l'heure de convocation.

L'hôpital ne dispose pas de place de parking. Le tribunal se trouvant en centre-ville, il a été indiqué aux contrôleurs qu'il était parfois difficile de trouver une place, notamment les jours de marché.

Une fois arrivé au tribunal, le patient et le personnel soignant accompagnateur se prêtent aux formalités de contrôle d'entrée des justiciables : passage sous le portique de détection des masses métalliques et vérification du contenu des sacs. Lorsque le patient fait sonner le portique de détection, un contrôle est effectué à l'aide d'un détecteur manuel.

Le patient est ensuite installé dans le hall d'attente. Il s'agit d'un espace non fermé, situé dans le hall d'accueil du tribunal qui dessert les salles d'audience du rez-de-chaussée, dont la salle d'audience correctionnelle. Quelques chaises sont installées dans le fond du hall d'accueil, à proximité de toilettes ainsi que d'une machine à café et quelques autres sont placées à droite de l'entrée, dans un renfoncement du hall, un peu plus isolé grâce à un demi-mur vitré.

L'entretien avec l'avocat se déroule au même endroit, celui-ci s'installant sur les chaises les plus à l'écart avec le patient, sans réelle confidentialité. Lors de l'audience à laquelle les contrôleurs ont assisté, l'entretien avec l'avocat a duré trois minutes.

Les patients sont informés qu'ils seront obligatoirement assistés d'un avocat lors de la notification de la date d'audience. Ils sont alors invités à mentionner le nom d'un avocat choisi, ou à demander à ce que le bâtonnier leur désigne un avocat. Il ne leur est pas délivré d'informations relatives aux modalités d'octroi de l'aide juridictionnelle.

Il a été indiqué aux contrôleurs que le hall d'attente partagé avec les autres salles d'audience ne posait pas de difficultés pour les patients, même lorsque des audiences correctionnelles sont programmées, l'attente n'étant jamais longue.

Cependant, lors de l'audience à laquelle les contrôleurs ont assisté, l'attente du patient s'est prolongée en raison d'un problème informatique que le JLD ne parvenait pas à résoudre. L'audience initialement prévue à 9h a démarré à 9h26. Cette attente fut pénible pour le patient qui tournait en rond et s'impatientait ainsi que pour le soignant accompagnateur, devant désamorcer régulièrement la tension qui montait en discutant avec le patient. Il a été indiqué aux contrôleurs que lorsque l'attente est trop longue, certains patients finissent par vouloir partir.

3.10.2.2 Déroulement de l'audience

L'audience se déroule en présence du JLD, de son greffier, du patient, de son avocat et du personnel soignant accompagnateur. L'audience est publique, cependant il a été précisé aux contrôleurs qu'il était rare que du public y assiste, à l'exception du tiers ayant sollicité l'hospitalisation parfois.

Les patients peuvent demander à ce que l'audience se tienne en chambre du conseil, hors la présence d'un éventuel public. Aucune demande n'a jamais été faite en ce sens.

L'Ordre des avocats de Laval a mis en place une permanence pour le contentieux de l'hospitalisation sous contrainte, de telle sorte qu'un avocat est désigné pour chaque audience afin d'assister les personnes qui n'auraient pas fait le choix d'un conseil. Cette désignation se fait par tirage au sort entre les soixante-dix avocats qui composent le Barreau. Depuis le 1er septembre 2014, la présence d'un avocat est obligatoire pour ces audiences.

Les avocats qui le souhaitent peuvent suivre une formation de deux heures sur le contentieux de l'hospitalisation sans consentement, animée par la JLD. Ces formations ont été estimées insuffisantes par certains d'entre eux car ne portant pas sur les maladies psychiatriques mais seulement sur la procédure.

La JLD siège sans robe. Il s'agit d'un choix de sa part afin de désacraliser l'audience. De la même manière, elle se présente comme un « juge des libertés » omettant volontairement la partie « et de la détention », afin de rassurer les patients sur son rôle réel. En effet, en matière d'hospitalisation sous contrainte, le JLD ne décide pas du placement sous contrainte mais de l'éventuelle remise en liberté si les conditions du placement sous contrainte n'étaient pas réunies.

L'audience peut se dérouler en l'absence du patient, si celui-ci a refusé de venir ou lorsque son état de santé ne le permet pas. Dans ce dernier cas, un certificat médical est adressé au JLD. Le patient est alors représenté par l'avocat de permanence.

Du 1er janvier au 30 juin 2015, sur les cinquante et un dossiers examinés par le JLD, quarante-deux patients se sont présentés. Sur les neufs patients qui étaient absents, huit bénéficiaient d'un certificat médical attestant que leur état de santé ne leur permettait pas de se rendre à l'audience et un a refusé de venir. Ces patients ont été représentés par l'avocat de permanence.

L'audience dure en moyenne une vingtaine de minutes. Le JLD commence en demandant au patient s'il sait pourquoi il comparaît, puis lui explique son rôle en insistant sur le fait qu'aucune faute ne lui est reprochée et que l'objet de l'audience est de se pencher sur sa santé.

Puis la parole est laissée au patient pour qu'il s'exprime sur sa prise en charge et formule ses souhaits.

Le JLD n'interroge jamais les personnels soignants accompagnateurs afin de ne pas les placer dans une situation difficile à l'égard du patient. Ceux-ci n'interviennent à l'audience que pour aider à traduire les propos tenus par le patient lorsque celui-ci s'exprime difficilement.

Une fois l'audience terminée, le JLD délibère sur le siège, sans se retirer, afin de limiter le temps d'attente pour le patient. Un canevas de jugement est préparé à l'avance et ajusté à l'issue de l'audience en fonction du contenu de celle-ci.

Le jugement est rendu quelques minutes après la fin de l'audience, remis directement au patient et expliqué par le JLD.

Les voies de recours ne sont pas toujours notifiées oralement au patient mais sont mentionnées sur la décision qui lui est remise. Le JLD précise également au patient qu'il peut le saisir à tout moment d'une demande de mainlevée de la mesure pour que soit procédé à un réexamen de sa situation.

3.10.2.3 Décisions rendues

Le JLD examine environ vingt dossiers par mois, pour les trois établissements psychiatriques du département.

Durant les six premiers mois de l'année 2015, cinquante et une décisions ont été rendues concernant les patients du SPAL, toutes ayant prononcé le maintien de la mesure.

Il a été indiqué aux contrôleurs que les décisions de mainlevées prononcées par le JLD sont exceptionnelles.

Elles sont prononcées principalement lorsque des irrégularités de procédure sont constatées, par exemple le non-respect des délais prévus par la loi. Une décision de mainlevée a néanmoins été prononcée dans un dossier, en l'absence de toute erreur de procédure, au motif que le patient présentait un certificat médical proposant une prise en charge en programme de soins ambulatoires.

Selon les informations recueillies, les décisions de mainlevée judiciaire sont de moins en moins fréquentes car les erreurs de procédure se font rares et le contenu des certificats médicaux est jugé satisfaisant, conforme aux exigences de la loi.

Des réunions sont organisées régulièrement depuis 2011 entre le JLD et les psychiatres des établissements du ressort, sous l'égide de l'ARS, à hauteur d'au moins une fois par an. Sont notamment abordés à l'occasion de ces réunions les règles de procédure, les évolutions législatives, le contenu des certificats médicaux ainsi que les éventuelles difficultés rencontrées. Il a été indiqué aux contrôleurs que la motivation des certificats médicaux était régulièrement abordée, sur demande des psychiatres, afin que ceux-ci correspondent aux attentes du JLD.

Les appels des décisions rendues par le JLD sont rares. Du 1er janvier au 30 juin 2015, une seule décision a été frappée d'un appel d'un patient du SPAL. Cet appel a été déclaré irrecevable par la Cour d'appel car hors délai.

Il a été précisé aux contrôleurs que la Cour d'appel confirmait toujours les décisions rendues.

3.11 La visite des autorités

La commission départementale des soins psychiatriques effectue des visites régulières des deux secteurs de psychiatrie, à l'issue de chacune de ses réunions, de deux fois par an.

Lors de ces visites, la présidente de la commission, qui est aussi juge des libertés et de la détention au Tribunal de grande instance de Laval, vise les registres de la loi.

Quatre visas se trouvaient, au jour de la visite, présents sur les registres, datés des 6 décembre 2013, 20 juin 2014, 12 décembre 2014, 12 juin 2015.

Les registres ne portaient trace d'aucune autre visite d'autorités telles que le procureur de la République, le représentant de l'Etat dans le département ou le maire de Laval, qui doivent pourtant, selon les termes de l'article L.3222-4 du code de la santé publique, visiter au moins une fois par an les établissements psychiatriques et signer à cette occasion le registre de la loi.

3.12 Le contrôle de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)

Comme indiqué *supra* la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) est présidée, depuis 2009, par une juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de Laval.

Elle se compose de deux psychiatres, l'un exerçant en libéral et l'autre effectuant des vacations à l'unité sanitaire de la maison d'arrêt et au centre hospitalier de Laval, de deux membres de l'union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM) et d'un médecin libéral retraité.

Aucun membre d'association de patients ne participe à cette commission.

Les réunions de la CDSP sont organisées par deux membres de l'agence régionale de santé, qui convoquent les différents membres et apportent les dossiers médicaux complets des patients à examiner. Ils assistent aux réunions de la CDSP et rédigent à l'issue les comptes rendus de réunion mais n'y participent pas.

La CDSP se réunit une fois par semestre dans un des deux secteurs de psychiatrie du centre hospitalier. Chaque secteur bénéficie donc d'une réunion par an.

Ces réunions se déroulent au sein du SPAL, dans une salle dédiée située au sous-sol, à proximité des salles d'activité et de sport.

A l'occasion de ces réunions, la CDSP reçoit les patients qui en ont fait la demande et visite les locaux. Des affiches d'informations sont affichées préalablement dans les unités pour informer les patients de cette visite et de la possibilité pour eux de demander à être entendus.

Certains patients reçus s'étonnent de reconnaitre la juge des libertés et de la détention devant laquelle ils ont comparu à la présidence de la CDSP. Celle-ci prend le temps de leur expliquer qu'elle n'intervient pas en qualité de magistrate et que la CDSP ne prononcera pas de jugement à leur égard.

Il a été précisé aux contrôleurs que les plaintes des patients reçus par la CDSP portent le plus souvent sur des incompatibilités d'humeurs avec d'autres patients. Sont parfois également reçues des plaintes sur les restrictions apportées aux libertés des patients ainsi que sur le traitement prescrit.

La CDSP n'a jamais reçu de plaintes relatives à des mauvais traitements ni aux conditions matérielles d'hébergement.

La CDSP n'a jamais eu à saisir le préfet de la situation d'un patient. La présence de deux membres de l'agence régionale de santé lors des réunions qui permet une transmission des informations aux services du préfet s'étant toujours révélée suffisante.

La CDSP n'a jamais adressé de proposition de mainlevée au juge des libertés et de la détention, aucun des dossiers examinés ne l'ayant, de son point de vue, justifié.

3.13 La traçabilité sur le registre de la loi du respect de la procédure

Deux registres de la loi sont ouverts à l'établissement, l'un concernant les admissions en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat, l'autre portant sur les admissions en soins psychiatriques à la demande d'un tiers.

Les contrôleurs ont consulté les registres ouverts depuis le 12 décembre 2013. Ceux-ci étaient visés par la présidente de la commission départementale des soins psychiatriques, également juge des libertés et de la détention, sans qu'aucune observation n'ait été mentionnée.

Les registres sont apparus globalement bien tenus.

Ils sont divisés en feuillets de plusieurs pages, chaque feuillet étant consacré à un patient.

Sur chaque feuillet, sont mentionnés : les éléments d'identité du patient, le type d'admission en soins psychiatriques ainsi que, parfois, le nom de son médecin traitant.

Des rubriques sont prévues pour les informations relatives à l'existence d'une mesure de protection juridique, la désignation d'une personne de confiance, les audiences devant le juge des libertés et de la détention et à la date de sortie, mais les contrôleurs ont pu constater que ces parties n'étaient jamais remplies.

Sont ensuite collés, sur les différentes pages composant le feuillet, l'arrêté d'admission de la personne ou, le cas échéant, la demande d'admission du tiers, les éventuels arrêtés de transfert et l'arrêté de levée de la mesure. Lorsque l'arrêté d'admission provient d'une autre préfecture que celle de la Mayenne, il est collé sur le registre et doublé d'un arrêté d'admission en provenance de la préfecture de la Mayenne.

Lorsque la personne admise dans le service se trouve sous le régime de l'irresponsabilité pénale, sont collés la décision judiciaire prononçant son admission en soins psychiatriques et le courrier du préfet adressé au directeur de l'hôpital demandant l'admission de la personne en application de l'ordonnance.

Sont également collés les certificats médicaux d'admission, les différents certificats médicaux de situation : le certificat des 24h, des 72h et les certificats mensuels, et, le cas échéant, l'avis du collège des professionnels de santé.

Les décisions prises par le juge des libertés et de la détention ne sont pas collées sur les feuillets.

3.14 Les sorties

Les patients peuvent bénéficier de sorties à l'extérieur de l'enceinte du SPAL, quel que soit leur régime d'hospitalisation, à l'exception des patients détenus qui ne sont pas autorisés à quitter leur chambre.

Les sorties doivent être autorisées par le médecin, aucune sortie ne pouvant être effectuée sans prescription médicale, même pour les patients admis en soins libres, les médecins estimant que cette restriction à la liberté d'aller et venir de ces patients fait partie du contrat de soin que ces derniers se sont engagés à respecter.

Les demandes de sortie doivent être motivées, le médecin précisant, dans son autorisation la durée de la sortie et le motif de celle-ci.

Lorsque la personne est hospitalisée sur la demande d'un tiers, le tiers est systématiquement informé de la sortie. Lorsque la personne est hospitalisée à sa demande, sa famille peut être informée pour organiser la sortie.

Lorsque la personne est admise sur décision du représentant de l'Etat, celui-ci doit être prévenu soixante-douze heures avant la sortie, afin de pouvoir, le cas échéant, s'opposer à cette dernière. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'aucun refus de la préfecture n'avait jamais été opposé à la sortie des patients.

Il existe deux types de sortie :

- les sorties accompagnées de douze heures maximum ;
- les sorties non accompagnées de quarante-huit heures maximum.

Le règlement intérieur du SPAL indique que les permissions de quarante-huit heures ne peuvent être accordées qu'aux patients admis en soins libres, les patients sous contrainte ne pouvant bénéficier que des sorties accompagnées.

Cependant, les contrôleurs ont constaté que des patients en soins sous contrainte bénéficiaient parfois de permission de sortie non accompagnées, l'un d'entre eux bénéficiant notamment de telles permissions tous les mercredis et tous les week-ends.

Les sorties accompagnées peuvent parfois se dérouler en groupe. Celles-ci ne sont pas organisées par le SPAL mais les patients du SPAL peuvent y participer sur avis du personnel

infirmier et autorisation du médecin. Il peut s'agir de sorties en ville, en forêt ou au bord de mer (cf. § 4.2.2.1).

Des sorties accompagnées sont également régulièrement organisées pour procéder à l'achat de vêtements et de chaussures pour le patient, ainsi que pour lui permettre de réaliser des démarches administratives.

Il n'existe pas de registre retraçant les sorties des patients. Celles-ci sont mentionnées sur le planning des unités chaque semaine et précisées lors des transmissions.

Les contrôleurs ont consulté le planning des mois de juin et juillet de l'unité de soins de suite du secteur Est. Etaient mentionnées, pour le mois de juin, trois sorties pour achat de vêtements, trois sorties pour visiter des foyers et une sortie de groupe en mer, et pour le mois de juillet, deux sorties pour achat de vêtements, une visite de foyer, une sortie de groupe en ville et une sortie de groupe en plein air.

Il a été précisé aux contrôleurs que certains patients ne demandaient jamais à sortir de l'enceinte du SPAL. Dans ce cas, des sorties peuvent être programmées à l'initiative du médecin et avec l'accord du patient.

4- LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION

4.1 Les conditions matérielles de vie communes à tous les secteurs

4.1.1 La restauration

Les repas sont préparés par la cuisine centrale du CH de Laval. L'effectif comprend une cinquantaine d'employés dont trente sont présents chaque jour pour préparer environ 1 800 repas. Les plats sont réalisés trois jours à l'avance et conservés en chambre froide.

La cuisine bénéficie de locaux spacieux et bien entretenus ; un contrôle est effectué chaque année par la direction départementale de la cohésion sociale et de la protection de la population.

Concernant l'approvisionnement du SPAL, la cuisine livre les repas en collectif pour le self où se rendent le personnel soignant et les patients des unités de soins de suite. Les patients des unités de court séjour bénéficient de plateaux repas, composés de barquettes operculées, tout comme pour les patients de l'une unité de soins intensifs et spécialisés pour enfants et adolescents (USISEA). Deux catégories de portion peuvent être proposées : la petite barquette correspondant à la moitié d'une portion normale et la grande barquette équivalant à deux petites portions. Les unités effectuent leurs commandes sur un logiciel spécifique; les patients, avec l'appui des aides-soignants, se voient distribuer des menus chaque semaine et doivent cocher les plats et les quantités désirés.

Les menus sont affichés dans les unités ainsi qu'à l'entrée de la salle de restauration.

A titre d'exemple, voici le menu proposé le 30 juillet :

Midi	Soir	Menu alternatif
Melon	Potage	Betterave, pamplemousse, potage
Pintade rôtie	*Chili con carne*	Poulet rôti

Bettes à la provençale	Salade verte et sa vinaigrette	Purée, haricots verts
Port salut	Yaourt aux fruits	Camembert, laitage ou yaourt nature
Orange	Purée de fraise	Purée de pomme

Chaque menu est décliné en fonction des différentes catégories de régime. Le menu alternatif est réservé à ceux qui ont un régime spécifique ou qui ont une aversion pour certains aliments. Ce menu est commun à toutes les religions.

Les petits déjeuners sont composés de pain blanc ou de pain de mie, de beurre et de confiture, d'un yaourt et de céréales. Les boissons proposées sont thé, café et chocolat.

Les menus sont établis en sous-commission des menus ; elle réunit le directeur du pôle logistique, la conseillère hôtelière, la diététicienne du pôle de santé mentale, du personnel de cuisine et les aides-soignantes référentes assurant la prestation restauration dans les unités d'hospitalisation. Il est prévu d'associer à cette commission les représentants des usagers.

S'agissant de la qualité des repas, les patients rencontrés étaient relativement satisfaits dans l'ensemble, alors que certains membres du personnel se sont montrés beaucoup plus critiques.

Le CH étant soumis à des réductions budgétaires, les croissants ne sont plus proposés le dimanche et la collation de 16h comprend uniquement une boisson sucrée alors qu'auparavant de petits gâteaux étaient distribués. Certains patients ont indiqué que le lait servi lors de la collation de 16h et les rations des repas étaient parfois insuffisantes. Le personnel en charge de la restauration a expliqué qu'il était difficile de quantifier les portions de plats congelés, comme les ragoûts par exemple.

Les horaires des repas pour chaque unité sont les suivants : le petit déjeuner a lieu de 8h à 8h30 en semaine et de 8h30 à 9h le week-end. Les patients déjeunent de 12h à 13h et dînent à partir de 18h45. Certains ont indiqué avoir faim entre le dîner et le petit déjeuner ; de petits pains sont alors proposés par les équipes de nuit. D'autres vont se ravitailler aux distributeurs de confiserie.

Les aides-soignants recensent sur une feuille dédiée à cet effet les éventuelles difficultés d'approvisionnement et les remarques des consommateurs afin de les communiquer à la commission des menus du centre hospitalier. Les principales observations concernent le nombre de pains qui ne correspond pas toujours au nombre de patients et les fruits qui ne sont pas toujours à maturité, très durs et difficiles à manger.

Comme évoqué auparavant, les patients hospitalisés en soins de suite, qui sont suffisamment stabilisés dans leur pathologie et qui sont relativement autonomes, ont la possibilité de prendre leur repas au self situé au rez-de-chaussée. Ils disposent d'un choix d'entrées, de plats et de desserts. Ce lieu agréablement aménagé bénéficie de baies vitrées assurant un éclairage naturel. Il est composé de deux grands espaces délimités chacun par des parois transparentes ; l'espace du fond est réservé au personnel soignant tandis que le premier est occupé par les patients. Lors de la visite, l'ensemble présentait un aspect propre et bien entretenu.

4.1.2 L'hygiène

4.1.2.1 Les locaux

Les unités d'hospitalisation sont entretenues par les ASH. Les chambres et les salles d'activité et de restauration sont nettoyées tous les jours. Le personnel soignant effectue lui-même l'entretien de la salle de soins et de la pharmacie.

Les employés du self sont chargés quant à eux, de l'entretien des bureaux et locaux communs situés à l'extérieur des unités selon un planning établi. Ils assurent également au quotidien le nettoyage du self.

Les contrôleurs ont pu constater que les locaux étaient propres et correctement entretenus.

4.1.2.2 Le linge

Les unités de soins de suite disposent d'une buanderie (machine à laver et sèche-linge) permettant ainsi aux patients de faire nettoyer leur linge personnel par les aides-soignants.

S'agissant des patients hospitalisés dans les unités de court séjour, l'entretien du linge est à la charge des familles. Cependant il a été indiqué qu'à titre exceptionnel, ils pouvaient avoir recours gratuitement à la buanderie du CH.

L'entretien du linge hospitalier répond à un protocole précis. Concernant les draps, taies d'oreillers et serviettes, ils sont changés une fois par semaine ou plus si cela s'avère nécessaire.

4.1.3 La communication avec l'extérieur

4.1.3.1 Le téléphone

En théorie, l'accès au téléphone est autorisé entre 19h et 20h. Mais chacun est conscient que ce créneau, trop restrictif, est « intenable », et ne correspond pas plus à l'emploi du temps des patients qu'à celui de leur entourage. C'est pourquoi, dans certaines unités, des modalités d'usage du téléphone sont détaillées dans le contrat de soin établi par le médecin avec le patient. « Il ne s'agit surtout pas de les couper du monde », explique ainsi un soignant.

Les horaires pendant lesquels le patient peut téléphoner et les noms de ses interlocuteurs y sont notés avec une grande précision.

La suppression à la fin 2014 de deux cabines téléphoniques à carte, situées dans le hall et à l'étage a surpris le personnel.

La plupart des patients disposent de téléphones portables, dont la gestion n'est pas toujours simple, les soignants ayant choisi de diversifier leur usage en fonction des patients, ce qui exige une grande attention et beaucoup de souplesse. Certains patients peuvent disposer de leur appareil à tout moment et /ou le garder dans le placard de leur chambre (qu'ils doivent se faire ouvrir car ils n'en ont pas la clef) ; d'autres le remettent avec leurs effets personnels dans des casiers nominatifs dans leur unité et le demandent quand ils le souhaitent ou en fonction des horaires définis par le contrat de soin. D'autres encore peuvent téléphoner ou recevoir (de préférence à partir de 15h) des appels sur le téléphone de l'unité, l'appel est alors transféré sur un appareil sans fil que le patient peut utiliser soit dans la salle d'activités soit dans sa chambre. Mais cette pratique, si elle peut se justifier en fonction de l'état du patient, représente une contrainte de temps importante pour les personnels (les communications sont en général limitées dans ce cas à 15 minutes), et nécessite que les transmissions entre les équipes soient extrêmement précises.

Une réflexion commune à tous les intervenants (cadres, infirmiers, médecins...) a été lancée pour à la fois harmoniser les pratiques et réfléchir à leur évolution. En effet, il arrive que les patients se prêtent leur téléphone, que des visiteurs en donnent à leurs proches ; les personnels se demandent jusqu'où il faut aller dans l'acceptation ou le refus.

Dans le cadre de la réflexion plus générale entamée sur les restrictions de libertés, la question de l'encadrement des communications téléphoniques devait faire l'objet d'un travail spécifique qui devait aboutir à une prise de position à la fin du mois de septembre 2015.

4.1.3.2 Le courrier

Le courrier que les patients souhaitent expédier est apporté affranchi à l'accueil. Ils peuvent y acheter des timbres et du papier à lettres. Les lettres, ont affirmé les personnes responsables du courrier, ne sont pas ouvertes et ne font l'objet d'aucun contrôle. Le courrier entrant est distribué chaque jour.

4.1.3.3 La télévision

Deux postes de télévision sont disponibles en libre accès dans chaque aile du SPAL. Il ne semble pas que le choix des programmes pose de problème particulier entre les patients, dont certains, très passifs, regardent ce que d'autres ont choisi sans élever de critique. Des vidéos sont à la disposition des patients qui souhaitent regarder des films.

Les horaires sont souples : même si d'ordinaire les postes sont éteints vers 22h30, il n'est pas question pour les soignants d'interrompre un film ou un match, pour envoyer les patients se coucher. Comme pour d'autres activités, cette souplesse paraît une des garanties de l'harmonie qui semble régner et contribuer à une atmosphère aussi détendue que possible, selon les constatations faites au cours de la visite.

4.1.3.4 L'informatique et l'accès à internet

Les patients ne disposent pas d'ordinateur personnel ni de l'accès à internet sur l'ordinateur qu'ils peuvent utiliser comme traitement de texte dans la salle d'activité de 10h à 12h et de 15h à 17h.

Certains patients ont fait part de leur insatisfaction aux contrôleurs à ce sujet : comment entreprendre des démarches administratives, chercher un appartement, poursuivre des études, dans ces conditions ? Certains y voient une forme d'hypocrisie, ceux qui ont des Smartphones, se débrouillant de toute façon pour accéder à internet.

L'assistante sociale accompagne les patients dans leurs démarches et leurs recherches. Mais des soignants, comme des patients, considèrent cette pratique comme insuffisante et ne favorisant pas l'autonomie. Des soignants regrettent ainsi que des ateliers informatiques ne soient pas mis en place.

4.1.3.5 Les visites

Selon l'état clinique des patients, certains ne sont autorisés à recevoir des visites qu'au bout de quelques jours après leur admission.

Les visites ont lieu de 13h à 20h, sauf le dimanche où l'horaire est élargi, les visites commençant à 10h.

A son arrivée, le visiteur se présente à l'accueil qui prévient l'unité dans laquelle le patient est hospitalisé. Les visites peuvent se dérouler dans la chambre de la personne hospitalisée, à l'exclusion des enfants de moins de 15 ans. Pour les enfants, une pièce claire, décorée de plantes et aussi gaie que possible, a été réservée à l'entrée du SPAL. Des jeux et des jouets sont à disposition.

Les visiteurs peuvent également rencontrer les patients dans le hall du SPAL, où des tables, suffisamment éloignées les unes des autres, permettent de tenir des conversations sans être entendus des autres visiteurs.

4.1.4 L'usage du tabac

Les patients ont le droit de fumer, mais uniquement à l'extérieur, c'est-à-dire aux abords du SPAL pour les patients qui en ont le droit et sur les terrasses intérieures, fleuries, et bien aménagées. Les patients en soins libres vont acheter leur tabac en ville. Ceux qui sont hospitalisés sans leur consentement peuvent aussi se fournir dans le commerce en fonction des permissions qui leur sont accordées. Sinon, c'est le personnel qui se charge des achats, après avoir collecté l'argent nécessaire.

La distribution de tabac a lieu cinq fois par jour : à 8h30, 11h, 12h30, 15h15 et 19h. La possession de briquets est interdite : des allume cigarettes, fixés au mur par une cordelette, sont installés dans tous les espaces collectifs extérieurs (terrasses, patios) qui restent ouverts jusqu'à minuit. Des cendriers ont été installés aux abords immédiats du SPAL pour les patients qui souhaitent fumer à l'extérieur, seuls ou en compagnie de leurs visiteurs.

La consommation de tabac est encadrée avec beaucoup de précision et les horaires comme les quantités de cigarettes distribuées varient en fonction de la personnalité de chaque patient. Il a été expliqué aux contrôleurs qu'il s'agit de responsabiliser les patients et de les aider à contrôler leur consommation en prévision de leur sortie.

4.1.5 L'argent des patients

Les patients sont autorisés à apporter de l'argent au SPAL mais ne peuvent le conserver dans l'unité où ils résident. Jusqu'à 30 euros, l'argent est déposé auprès du personnel soignant de l'unité qui le conserve avec les objets de valeur et les appareils électroniques (téléphone, appareils photos, tablettes...) également interdits. Lorsque la somme apportée dépasse 30 euros, elle est déposée à la régie de l'hôpital.

Lorsque le patient veut faire usage de son argent, il doit en faire la demande au personnel soignant, précisant le motif de la sortie d'argent et la somme demandée.

Les patients n'ont pas accès à la cafétéria de l'hôpital, située sur le site principal, mais peuvent faire usage des distributeurs de boissons et de friandises se trouvant dans l'entrée. Le recours au distributeur peut se faire directement en utilisant des espèces pour les patients qui ont la libre disposition de leur argent et au moyen d'une clé à créditer de 5 ou 10 euros pour les autres.

Les patients peuvent également demander à sortir avec eux une somme d'argent lorsque sont programmées des sorties extérieures, notamment lorsque la sortie a pour objectif l'achat de vêtements et de chaussures.

Au sein des unités, une comptabilité est tenue pour chaque patient par le personnel soignant avec mention des entrées et sorties d'argent.

Un dispositif particulier est prévu pour les patients placés sous mesure de protection juridique, ceux-ci n'ayant pas la libre disposition de leur argent.

Pour ces patients, a été mise en place une « banque des malades » gérée par le personnel du bureau des entrées du SPAL. Les tuteurs et curateurs sont invités à mettre en place des virements mensuels à destination de l'hôpital pour le patient dont ils ont la charge. L'argent ainsi reçu est crédité sur un compte ouvert pour le malade.

La famille peut également apporter de l'argent pour le malade par chèque, le délai de traitement étant néanmoins plus long que le virement, d'environ quinze jours contre trois à cinq jours pour les virements.

Chaque semaine, le mercredi, la personne assurant la gestion de la banque des malades se rend dans les unités pour rencontrer les patients et leur notifier la somme versée par le mandataire sur leur compte. Elle leur précise le montant du solde et une somme d'argent, préalablement décidée en accord avec le personnel soignant leur est remise.

Cette somme peut correspondre au solde du compte ou à une partie de ce dernier selon que le patient est en capacité de gérer ou non ses dépenses.

Les contrôleurs ont pu constater que le passage de la personne responsable de la banque des malades suscitait un grand intérêt en unité, les malades se précipitant, en file d'attente, pour pouvoir recevoir leur argent et s'empressant, pour beaucoup d'entre eux, d'aller le dépenser le jour même aux distributeurs du hall d'entrée.

Les sorties d'argent peuvent également être réalisées ponctuellement un autre jour de la semaine. Le patient doit en faire la demande et venir au bureau des entrées accompagné d'un personnel soignant.

Au jour de la visite, quarante-sept patients disposaient d'un compte à la banque des malades.

Il a été précisé aux contrôleurs que les personnes détenues, qu'elles bénéficient d'une mesure de protection ou non, n'ont pas de compte ouvert auprès de la banque des malades. Celles-ci n'ont pas accès à l'argent, l'administration pénitentiaire se chargeant de leur procurer, lors du transfert, des paquets de cigarettes pour le séjour.

4.1.6 L'accès aux lieux collectifs

Toutes les portes des unités étant ouvertes en journée, les patients peuvent facilement accéder aux lieux collectifs : hall d'entrée et parc de l'établissement. Ce dernier est accessible à tous les malades quel que soit leur mode d'hospitalisation de 8h à 19h30 à l'exception des patients détenus ou des patients récemment arrivés.

Hall d'entrée

Le SPAL ne comporte pas de cafétéria mais le hall d'entrée dispose de distributeurs de boissons et de friandises avec des tables et des chaises permettant aux patients et visiteurs de converser ou de s'adonner à la lecture. Les boissons (café, chocolat, thé) sont vendues au prix de 60 centimes. Le prix des friandises est assez élevé : *Mars®* (1,10 euro), *Bounty®* (1,20 euro), paquet de huit galettes *St Michel®* (1,20 euro). L'hôtesse d'accueil est régulièrement sollicitée par les patients pour des échanges conviviaux ou l'achat de revues hebdomadaires dont elle assure la vente.

Le service ne dispose pas de bibliothèque : chaque unité dispose de quelques livres et de revues en nombre très limité.

L'établissement possède, en rez-de-jardin, une vaste salle de sport accessible sur prescription médicale. La salle comporte de nombreux équipements tous en très bon état : appareils de musculation, tables de ping-pong, « punching-ball », tapis et ballons de gymnastique.

La salle de sport

En moyenne, les patients participent à trois activités sportives par semaine : piscine, footing, football en salle et gymnastique principalement. Au début du séjour, les prises en charge sont individuelles, puis progressivement l'infirmier qui encadre des activités sportives organise des activités collectives avec deux ou trois patients, voire plus.

Trois séjours thérapeutiques sont organisés chaque année :

- au bord de la mer pendant une durée de huit jours pour apprendre à vivre ensemble et à naviguer sur un bateau ;
- à la montagne en hiver pour des randonnées en raquettes ;
- en Auvergne, pour des activités multisports : marche, football, basket-ball, volley-ball et tennis de table.

Lors de la visite, quinze patients bénéficiaient de ces séjours thérapeutiques, la majorité d'entre eux étant des patients en soins de suite. Selon les propos recueillis, les suivis individuels à l'année sur les activités sportives concernent environ 280 patients sur le SPAL. Il n'existe pas de distinction selon le statut d'hospitalisation, seule la prescription médicale permet d'obtenir un accès.

Le service ne comporte pas d'ateliers d'ergothérapie mais les patients peuvent accéder à de ce type d'activité au centre d'activités thérapeutiques à temps partiel (CATTP) implanté sur le site principal du quartier Ferrié.

Au CATTP les patients peuvent aussi bénéficier de :

- séances de relaxation ;
- soins corporels et esthétiques ;
- de séances d'équithérapie ;
- de sorties culturelles.

Des journées « plein air multi activités » sont régulièrement organisées, ainsi le 25 juin, sur le site de l'étang des chênes avec pêche, pique-nique et pétanque ;

- le 2 juillet, au plan d'eau du Gué de Selle avec pétanque, pique-nique, « swing golf »,
- le 9 juillet, de nouveau à l'étang des chênes pour un autre groupe ;
- le 16 juillet, au plan d'eau Saint-Denis du Maine avec mini-golf et pédalo ;
- le 23 juillet, à l'étang des chênes ;
- le 30 juillet, sur le site de la Fenderie avec des jeux d'adresse, un pique-nique et une baignade.

Pour le mois de septembre, étaient aussi programmés, le jour de la visite, une sortie de groupe au Mont-Saint-Michel (Manche) et une activité voile sur des catamarans.

4.1.7 La sécurité

L'établissement ne dispose pas de service de sécurité. Un système de vidéosurveillance comporte dix caméras reliées au poste d'accueil. L'hôtesse visionne en permanence les écrans qui lui permettent de voir l'entrée de l'établissement, différentes zones du parc et le portail d'entrée : elle peut déclencher la fermeture de ce dernier si un patient non autorisé veut quitter l'établissement.

En cas d'incident, tous les professionnels disposent d'une alarme portative (téléphone DATI) et se déplacent, dès le déclenchement et en tant que de besoin, dans le service concerné. Il a été précisé que le service faisait appel cinq fois par an en moyenne au commissariat pour des incidents, comme des intrusions de l'extérieur, qu'il ne pouvait pas maîtriser seul.

4.2 Le pôle de psychiatrie adulte

Comme indiqué *supra* (cf. § 2.3), le pôle de psychiatrie adulte regroupe quatre unités d'hospitalisation dont deux unités de court séjour et deux unités de soins de suite.

Les unités de court séjour ont vocation à prendre en charge des patients en phase aigüe de leur pathologie, adressés soit par le service des urgences, le CMP ou par des psychiatres exerçant en ville. L'objectif est de stabiliser l'état psychique du patient et d'amorcer une prise en charge orientée vers une adhésion aux soins et un retour vers l'extérieur.

L'unité de soins de suite a pour objectif de prendre en charge des patients nécessitant des soins institutionnels prolongés et de maintenir ou développer des acquis par un travail de socialisation en vue d'une réinsertion sociale voire professionnelle. Un travail d'articulation est réalisé avec les missions ambulatoires dont l'objectif est d'offrir des soins de proximité et de précocité, de diagnostiquer, prévenir et orienter toute personne en situation de souffrance psychologique.

Une réflexion commune, réunissant un chef de service, le cadre supérieur de santé, des infirmiers, des cadres d'unités et un psychologue, est menée au sein du pôle concernant les restrictions des mesures de liberté individuelle. Les différents sujets abordés portent sur les mesures d'isolement pour les patients en soins libres, la prise en charge des patients détenus, la mise en pyjama systématique à l'admission, l'isolement en chambre, la limitation des visites et le retrait des téléphones portables. En outre, un travail est attendu sur le règlement intérieur des unités de soins.

4.2.1 Le secteur Laval Ouest (53 G 02)

4.2.1.1 L'unité court séjour

Les locaux

L'unité compte vingt-deux chambres individuelles toutes équipées d'un sanitaire avec douche et WC. Il existe également une salle de bain comprenant une baignoire permettant aux patients de bénéficier de bains thérapeutiques. Par ailleurs, une chambre d'isolement est réservée en priorité aux patients détenus. Lors de la visite, elle était inoccupée.

Les chambres, d'une surface de 14,40 m^2, sont de configuration identique. Les murs sont peints en blanc et le sol est revêtu d'un linoleum bleu. L'ensemble présente un aspect propre et agréable. Les chambres sont meublées d'un lit, de taille standard, doté d'un dosseret en bois à la tête. Le matelas est recouvert d'un édredon à motifs. Un bouton d'appel et un interrupteur relié au plafonnier sont positionnés au-dessus du lit. Il existe également un autre bouton d'appel, près de la porte.

Les chambres sont toutes équipées d'une armoire à double porte, fermant à clef, d'une table et d'un siège. Les patients disposent également d'une table de chevet.

L'éclairage naturel de la chambre est assuré par une large fenêtre qu'il est possible d'ouvrir à l'espagnolette. Chaque chambre est équipée d'un chauffage mural.

La porte d'entrée est une porte pleine dotée d'une serrure dont le personnel soignant possède la clef. Les patients ne peuvent pas s'enfermer dans leur chambre. Les règles de fonctionnement de l'unité sont affichées au dos de la porte. L'espace sanitaire adjacent à la chambre est revêtu de linoléum. Cet espace comprend une douche, un WC et un lavabo. Le système de douche, à l'italienne, est équipé d'un bouton de type poussoir thermostatique.

Un lavabo, en émail blanc est fixé au mur ; il est doté d'un bouton de type poussoir thermostatique. Ce lavabo est surmonté d'un miroir incassable.

Le WC consiste en une cuvette en émail blanc, fixée au mur. Un bouton d'appel est situé à côté de la cuvette.

L'espace sanitaire est également doté d'une prise murale, d'un porte-serviette et d'une patère. La porte des sanitaires ne ferme pas à clef.

La chambre d'isolement réservée aux patients détenus est adjacente au poste infirmier. Une large fenêtre, dotée d'une persienne, offre une vue directe sur la chambre depuis le poste infirmier. Un système de chauffage est fixé au plafond. Les murs sont peints en blanc, le sol est revêtu d'un linoléum de couleur beige. Le lit en bois, relativement ancien, est fixé au sol ; il est doté d'un matelas plastifié. Ce lit est positionné au centre de la pièce. L'éclairage est assuré par un plafonnier commandé uniquement de l'extérieur. La chambre ne dispose pas de pendules ni de bouton d'appel. Selon les propos recueillis, le bouton d'appel ne s'avère pas nécessaire du fait de la proximité géographique avec le poste de soins infirmiers. Les patients ne disposent pas non plus d'un appareil radiophonique ou d'un téléviseur.

L'ameublement consiste en un placard, à double porte et fermant à clef ; une table et un tabouret en fer sont fixés au sol. Les sanitaires, adjacents à la chambre, sont identiques à ceux des autres chambres.

Il existe deux portes d'accès : la porte principale, équipée d'un fenestron qui peut être fermé au moyen d'un volet cadenassé, et une porte vitrée donnant sur un couloir desservant le poste infirmier. Ces portes se ferment à clef depuis l'extérieur.

A l'exception de la fenêtre donnant sur le poste infirmier, la chambre ne dispose pas d'autres fenêtres. En revanche, elle est équipée d'une porte- fenêtre, donnant accès à un petit patio entièrement bétonné et recouvert d'un grillage. Cet espace permet au patient détenu de s'aérer et de fumer durant son séjour. Cependant la configuration du patio ne permet pas de laisser filtrer la lumière dans la chambre qui conserve un caractère lugubre.

Le jour de la visite, la chambre était correctement entretenue, toutefois le cendrier du patio était plein à ras bord et quelques mégots jonchaient le sol.

Les personnels

L'équipe médicale consulte du lundi au vendredi matin et se répartit les temps de présence de la manière suivante:

- un PH intervient les lundi et vendredi de 9h à 11h30 ;
- un second PH intervient les lundi, mercredi, jeudi de 10h30 à 12h ;
- un troisième PH intervient les lundi, mardi et vendredi matin. Selon les propos recueillis, ses horaires sont variables.

L'équipe non médicale était en effectif complet le jour du contrôle. L'équipe d'infirmiers est composée à la fois de jeunes professionnels et de personnes dotées de plusieurs années d'expérience en psychiatrie. En 2014, l'unité a intégré deux nouveaux infirmiers exerçant déjà dans le pôle de santé mentale. Il a été indiqué que le taux de rotation était plus élevé parmi les jeunes diplômés qui souhaitent multiplier les expériences professionnelles. A l'exception du cadre ayant eu le diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique e, en poste depuis 2008, le reste de l'équipe est titulaire d'un diplôme d'infirmier d'Etat.

Selon les propos recueillis, le taux d'absentéisme parmi le personnel soignant est faible. En 2014, 213 jours de congés de maternité ont été comptabilisés pour le personnel infirmier ainsi que quatre-vingt-quatre jours de congés maladie dont cinquante-deux en lien avec la maternité.

Les patients

Lors de la visite des contrôleurs, l'unité de court séjour comptait vingt et un patients dont neuf hommes et douze femmes. Deux hommes étaient en admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état (ASPDRE), quatre femmes et quatre hommes étaient admis en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (ASPDT). Onze patients étaient admis en soins psychiatriques libres (ASPL). La durée la plus longue d'ASPL était de 125 jours.

La durée la plus longue d'hospitalisation sous contrainte pour un patient en ASPDRE était d'un an et soixante-trois jours. Initialement, son admission avait été réalisée à la demande d'un tiers ; son état psychique s'est peu à peu détérioré (nombreux passages à l'acte envers autrui) conduisant l'équipe soignante à envisager une éventuelle hospitalisation en unité pour malades difficiles (UMD). Son statut d'hospitalisation a donc été modifié. Lors de la visite des contrôleurs, le projet d'une admission en UMD était toujours en cours de réflexion.

La durée la plus longue d'hospitalisation sous contrainte pour un patient en ASPDT était d'un an et vingt-trois jours. Selon les propos recueillis, l'état psychique de ce patient relève d'une prise en charge en soins de suite. Cependant, ce patient bénéficiant d'une bonne alliance thérapeutique avec l'équipe soignante, il a été décidé de le maintenir hospitalisé dans l'unité court séjour. Il a été indiqué qu'il bénéficiait de nombreuses permissions de sortie.

Le patient le plus âgé avait 78 ans (ASPL) et le plus jeune était âgé de 21 ans (ASPDRE).

Le fonctionnement de l'unité

- *Procédures d'accueil et d'admission du patient*

Selon les propos recueillis, la majorité des patients transitent par l'UMP où ils bénéficient d'une première évaluation psychiatrique et d'un examen somatique. Dès lors que l'état psychique du patient est incompatible avec la pratique d'un examen somatique – patient très agité qui refuse l'examen –, ce dernier sera examiné ultérieurement dans l'unité par le médecin somaticien. Il convient de préciser que le patient hospitalisé sans son consentement est systématiquement soumis au port du pyjama durant les deux premiers jours de son hospitalisation au minimum. Il s'agit d'une prescription médicale qui selon les propos du personnel soignant de l'unité court séjour « revêt une dimension *cocooning* et permet de repérer le patient ».

L'équipe en charge d'accueillir le patient va systématiquement à sa rencontre. Un des infirmiers conduit un entretien d'accueil en vue de rassurer le patient et lui fournit des explications concernant le fonctionnement de la structure. La notification des droits au patient, hospitalisé sans son consentement, est systématiquement réalisée par le cadre de santé de l'unité. En son absence, le personnel infirmier prend le relais. Lors de la notification des droits, le cadre de santé explicite au patient la notion de soins sans consentement et leur application dans la vie quotidienne. Outre l'information sur les droits et le recours à l'avocat, le cadre explique le rôle du juge des libertés et de la détention (JLD) notamment sur la vérification de l'aspect légal de la procédure. Un soignant a tenu les propos suivants concernant les maintiens des mesures sans consentement : « La majorité des patients sont dans l'acceptation du soin après un temps d'hospitalisation. Quel est l'intérêt de les maintenir sous contrainte » ?

Le personnel soignant réalise un inventaire des effets personnels en présence du patient. Si ce dernier n'est pas en capacité de procéder à cet inventaire, le personnel infirmier dispose les effets personnels dans le placard, fermé à clef, de sa chambre. Les patients ne sont jamais autorisés à conserver la clef de leur armoire. L'inventaire est alors réalisé ultérieurement. Les bijoux de valeur, la carte bancaire, les papiers d'identité, les objets tranchants, le téléphone portable sont retirés et déposés dans une armoire, contenant des casiers, située dans le poste de soins. Pour les patients présentant un risque de passage à l'acte, leur ceinture est retirée et selon le cas les produits d'hygiène contenant de l'alcool.

Le personnel infirmier se charge également de la procédure de désignation d'une personne de confiance. Il a été indiqué que certains patients éprouvaient des difficultés à distinguer la personne à prévenir de la personne de confiance.

- *La vie quotidienne*

Comme indiqué *supra*, il s'agit d'une unité ouverte dont les portes sont fermées uniquement la nuit de 20h30 à 6h30 pour des raisons de sécurité. Les portes des chambres ne sont jamais fermées à clef à l'exception des patients placés en isolement (cf. *infra*). Cependant les patients, souffrant d'anxiété ou étant vulnérables, peuvent demander à être enfermés dans leur chambre. En revanche, ils ne conservent pas la clef de leur chambre.

Aucune activité n'est organisée dans l'unité. D'après les témoignages, la spécificité de l'unité (patients hospitalisés pour une courte durée) ne permet pas de mettre en place des ateliers de façon pérenne. Pour autant, les données d'activités communiquées aux contrôleurs (cf. § 2.6) indiquent qu'au cours des six premiers mois de l'année 2015, la DMS était de 38,62 jours. La salle d'activités dotée d'un téléviseur, d'un lecteur de musique et de jeux de société est accessible ponctuellement.

Les patients ont la possibilité de participer à des activités sportives qui se déroulent le matin. (cf. § 4.1.6). Lors de la visite, six patients pouvaient se rendre à la salle de sport environ une à quatre fois par semaine.

Des activités et des sorties sont organisées par l'équipe du CATTP, le jour du contrôle aucun patient n'était inscrit. Les contrôleurs ont constaté que certains patients déambulaient constamment dans les couloirs. A cet égard, un soignant a indiqué que certains patients s'ennuyaient.

Les soins

Comme évoqué *supra*, un médecin psychiatre est présent chaque matin. Cependant, les patients ne sont pas vus quotidiennement. Certains patients ne bénéficient d'une consultation qu'une à deux fois par semaine à l'issue de leur admission et sont donc amenés à conserver leur pyjama toute une semaine.

En théorie, les patients ont la possibilité de demander à être suivis par un autre médecin. Dans la pratique, cela se produit très rarement, les médecins étant peu enclins à reprendre le patient d'un confrère.

Les consultations se déroulent en présence d'un infirmier. Aucun contrat de soins écrit n'est formalisé à l'admission du patient et il n'existe pas d'infirmier référent du fait de la très courte DMS. Cependant, l'infirmier désigné pour prendre en charge une admission est celui qui va être présent dans le service durant plusieurs jours afin de pouvoir assurer le suivi du patient. Un personnel soignant a tenu les propos suivants concernant l'absence de contrat de soins : « ça n'est pas dans la pratique pourtant, j'aimerais bien que l'on pose le cadre avec les patients par rapport à leur prise en charge ».

Des entretiens infirmiers peuvent avoir lieu à la demande ou être systématisés selon la pathologie. Les objectifs de ces entretiens sont variés et doivent répondre avant tout à un besoin identifié avec le patient (difficulté d'adhésion au traitement ou problématique familiale). La psychologue intervient tous les mardis ; le jour de la visite quatre patients bénéficiaient d'un suivi psychothérapeutique.

Les traitements par voie orale sont systématiquement dispensés au moment des repas à l'exception des hypnotiques. Ce mode de distribution permet de regrouper l'ensemble des patients. Le temps du repas est un moment privilégié qui offre la possibilité au patient de se poser et d'être plus réceptif aux éventuelles explications fournies par l'infirmier. Lorsqu'un patient refuse de prendre son traitement, le personnel soignant négocie avec lui ultérieurement avec lui au poste de soins infirmiers.

Les hypnotiques, sont distribués par l'équipe de nuit à partir de 21h30. Les patients viennent chercher leur traitement au poste de soins infirmiers. L'horaire de dispensation n'est pas imposé, les patients ont le choix de prendre leur traitement à la fin du programme télévisé. En outre, les infirmiers recherchent systématiquement l'adhésion du patient pour dispenser les hypnotiques.

S'agissant du recours à l'isolement et à la contention, il a été indiqué aux contrôleurs que ces mesures concernaient environ 10 % des patients de l'unité. Les soignants déplorent l'absence d'une véritable chambre d'apaisement. Les patients sont placés à l'isolement dans leur propre chambre ce qui génère de la confusion dans l'esprit de certains qui vivent cette mesure comme une punition et non comme un soin. Par ailleurs, dès lors qu'un patient est très agité il est soumis à la contention afin d'éviter qu'il ne détériore le mobilier de sa chambre. Les psychiatres du service ou les médecins de garde réévaluent l'état des patients isolés et/ou contenus toutes les 24 heures. Cependant, des soignants s'interrogent sur la prolongation de certaines mesures d'isolement et/ou de contention évoquant « une tendance sécuritaire qui s'est installée au cours de ces dernières années accompagnée d'un recours plus fréquent à la contention ». Selon les propos recueillis, les échanges avec les médecins du service concernant le recours à la contention ou sur les privations de liberté semblent relativement restreints.

4.2.1.2 L'unité de soins de suite

Les locaux de l'unité sont identiques à ceux décrits *supra*. L'unité compte vingt-deux chambres individuelles toutes équipées d'un sanitaire avec douche et WC ainsi qu'une chambre double équipée de deux lits d'accueil de nuit. Lors de la visite, ces lits étaient inoccupés. L'une des vingt-deux chambres individuelles est équipée de sanitaires conçus pour les personnes à mobilité réduite. L'unité ne dispose pas de chambre d'isolement ni de chambre réservée aux patients détenus.

Les personnels

Comme à l'unité court séjour, l'équipe médicale consulte du lundi au vendredi matin et se répartit les mêmes temps de présence.

L'équipe non médicale était en effectif complet le jour du contrôle. Selon les propos recueillis, il existe un juste équilibre entre les jeunes diplômés et les professionnels expérimentés. Aucun infirmier n'est titulaire du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique, le cadre de santé est ergothérapeute de formation. D'après les témoignages, le taux d'absentéisme parmi le personnel soignant est faible. En 2014, le taux d'absentéisme pour l'ensemble du personnel non médical était de 22,84 %.

Les patients

Lors de la visite des contrôleurs, l'unité de soins de suite comptait vingt et un patients dont quinze hommes et six femmes. Quatre hommes étaient en admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état (ASPDRE), trois femmes et un homme étaient admis en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (ASPDT). Treize patients étaient admis en soins psychiatriques libres (ASPL). La plus longue ASPL datait du 1er octobre 2012.

La plus longue hospitalisation sous SPDRE datait du 14 février 2012. Ce patient a été hospitalisé en continu depuis 1996. Auparavant, il était pris en charge dans une UMD. Ce patient ayant eu de nombreux passages à l'acte hétéro-agressifs, il demeure dans sa chambre la majeure partie du temps.

La plus longue hospitalisation en SPDT datait du 6 octobre 2011. Il s'agissait d'une patiente pour laquelle plusieurs sorties d'essai avaient été effectuées et qui se sont soldées par des décompensations.

Lors de la visite, le patient le plus âgé avait 76 ans (ASPL) et le plus jeune était âgé de 24 ans (ASPL).

Selon les propos recueillis, six patients seraient en attente d'un hébergement dans une structure adaptée. Parmi eux, une patiente avait été adressée par un EHPAD qui refusait sa réadmission dans la structure. Il convient de rappeler que le SPAL ne dispose pas d'une unité de gérontopsychiatrie.

Le fonctionnement de l'unité

- *Procédures d'accueil et d'admission du patient*

Comme indiqué *supra*, la majorité des patients sont connus du secteur. Beaucoup sont réadmis à la suite d'une rechute, d'autres sont transférés de l'unité court séjour. Ils sont donc admis directement dans le service à l'exception des nouveaux patients qui transitent par l'UMP où ils bénéficient d'une première évaluation psychiatrique et d'un examen somatique.

Ces nouveaux patients sont alors accueillis par un ou deux soignants qui présentent le service et l'équipe. Un des infirmiers conduit un entretien d'accueil et explique le fonctionnement de la structure. Le règlement intérieur du SPAL est transmis au patient. La notification des droits au patient, hospitalisé sans son consentement, est systématiquement réalisée par le cadre de santé de l'unité. En son absence, le personnel infirmier prend le relais. Lors de la notification des droits, le cadre de santé explicite au patient la notion de soins sans consentement et leur application dans la vie quotidienne à savoir, les sorties soumises à la décision du médecin. Lorsque le patient est en ASPDT, le cadre de l'unité se refuse à lui indiquer l'identité du proche ayant demandé la mesure de soins sans consentement. En revanche, il précise au patient qu'il est sous la responsabilité du chef d'établissement qui a lui-même donné son accord. Des informations concernant les droits et le recours à l'avocat, lui sont également communiquées.

Le patient hospitalisé sans son consentement peut être soumis au port du pyjama durant les deux premiers jours de son hospitalisation. Selon leur état psychique, certains patients sont isolés dans leur chambre. Il a été indiqué que le port du pyjama relevait d'une prescription médicale et pouvait être utilisé à titre dissuasif en cas de risque de fugue. Le port du pyjama peut être également « fortement conseillé mais jamais imposé » aux patients admis en soins libres.

Le personnel soignant réalise un inventaire des effets personnels en présence du patient. Les procédures sont identiques à celles de l'unité de court séjour.

- *La vie quotidienne*

Comme indiqué *supra*, il s'agit d'une unité ouverte dont les portes du service sont fermées uniquement la nuit de 20h30 à 8h30. Les portes des chambres ne sont jamais fermées à clef à l'exception des patients placés à l'isolement. Cependant les patients peuvent demander à être enfermés dans leur chambre à titre préventif. En revanche, ils ne conservent pas la clef de leur chambre. Lorsque la pathologie ou la personnalité d'un patient se révèle être nuisible pour l'entourage (prédateur sexuel par exemple), il est enfermé dans sa chambre durant la nuit.

Un contrat de soins est établi pour chaque patient, ce document est rédigé en sa présence et le patient est invité à l'émarger lorsqu'il est en pleine possession de ses capacités intellectuelles et psychiques. Ce contrat de soins définit les règles à respecter concernant l'habillage, l'usage du téléphone, les éventuelles sorties et la gestion de l'argent. Selon les propos recueillis, ce document pose le cadre concernant les privations de liberté. Il a été précisé que chaque rubrique était discutée avec le patient. Ces entretiens ont lieu avec le cadre de l'unité et un infirmier.

Les contrôleurs ont examiné un contrat de soins d'un patient admis en SPDRE depuis quelques années et ont noté les éléments suivants :

- les temps « hors contention » sont indiqués : 10h-13h et 16h-19h30 ;
- un temps de sortie est prévu en présence d'un soignant ;
- le port du pyjama est obligatoire à l'exception du haut qui peut être un vêtement personnel ;
- les appels téléphoniques sont prévus à un jour et à un horaire spécifiques ;
- concernant le retrait d'argent, un montant précis est défini ; l'identité du tuteur est indiquée.

- *Les activités*

Le cadre de l'unité dispose d'un budget de 2 000 euros réservé aux activités. Il s'agit d'activités de médiation animées en collaboration avec le CATTP (réveil musculaire, décoration, jardinage, bowling) et de sorties à l'extérieur (visites de château, de musée, cinéma, restaurant.). Elles ont lieu environ une fois par semaine. Des séjours thérapeutiques sont également organisés. Ainsi au cours du mois de juin 2015, quatre patients ont pu se rendre à La Baule (Loire-Atlantique), accompagnés par deux soignants.

Lors de la visite des contrôleurs, treize patients, dont six patients en soins sans consentement bénéficiaient de ces activités.

A l'instar des autres unités, les patients ont la possibilité de participer à des activités sportives.

- *Les relations sexuelles*

Pour l'un des psychiatres rencontrés au cours de la visite, « la sexualité fait partie des interdits, car ce n'est pas quelque chose que l'on peut laisser faire dans un hôpital ».

Les personnels avec qui le sujet a été évoqué paraissent avoir une approche plus nuancée et se posent la question du consentement, mais de façon plutôt théorique car ils disent n'être qu'exceptionnellement confrontés à la question de la sexualité. Il n'existe pas de distribution de préservatifs ; selon les propos d'un soignant, « si la demande en était faite, il n'y aurait aucune raison de s'y opposer ». Cette situation ne se serait, jusqu'ici, pas présentée.

Les visites d'un patient dans la chambre d'un autre patient ne sont pas autorisées.

Les soins

En principe chaque patient est suivi par un médecin psychiatre référent et bénéficie au minimum d'un créneau horaire par semaine pour être reçu par son médecin. En pratique certains patients, notamment ceux hospitalisés sur du long terme, ne sont reçus par leur médecin que toutes les trois semaines. Les patients stabilisés ont la possibilité de changer de médecin s'ils le souhaitent. Cela se produit rarement. Les consultations se déroulent en présence d'un infirmier. Il existe un système d'infirmier référent ; deux infirmiers et un aide-soignant sont en charge du suivi du projet thérapeutique du patient.

Dans le cadre de leur suivi, certains patients bénéficient d'entretiens infirmiers systématisés notamment dans le cadre d'un projet de sortie. Des entretiens ponctuels sont également proposés pour des patients dont l'objectif est de travailler par exemple la diminution des symptômes.

Les traitements par voie orale sont systématiquement dispensés au poste de soins afin de privilégier la confidentialité. Les hypnotiques, sont distribués par l'équipe de nuit à partir de 21h30. Les patients qui le souhaitent ont le choix de prendre leur traitement à la fin du programme télévisé.

Lors de la visite des contrôleurs, sept patients étaient placés en isolement séquentiel dans leur chambre dont un était également soumis à la contention durant la nuit et à certains moments de la journée. Il s'agissait d'un patient atteint de troubles neurologiques et moteurs importants et pour qui la contention serait « une question de sécurité et de confort ». Ce patient hospitalisé depuis longtemps est en ASPL.

4.2.2 Le secteur Laval Est (53 G 03)

4.2.2.1 L'unité court séjour

L'unité située en rez-de-chaussée accueille 24h/24 et 365 jours par an des patients en situation de crise présentant une problématique d'ordre psychiatrique.

Les locaux

L'unité compte vingt-deux chambres individuelles toutes équipées d'un sanitaire avec douche et WC. Il existe également une salle de bain, dotée d'une baignoire, et une chambre d'isolement réservée en aux patients détenus

Les personnels

En semaine, quatre infirmiers font partie de l'équipe du matin et quatre de celle de l'après-midi ; une aide-soignante est présente de 9h à 17h. Une ASH assure le service du matin et une le service de l'après-midi. Le week-end, trois infirmiers le matin et trois infirmiers l'après-midi assurent le fonctionnement du service. La nuit, deux infirmiers sont présents. Les équipes comportent quasiment autant de femmes que d'hommes.

Les médecins voient leur patient au moins une fois par semaine : avant l'entretien médical, ils consultent les infirmiers afin de recueillir leurs observations. Chaque patient dispose d'un médecin référent mais les infirmiers ne sont pas référents de patients.

Les patients ont la possibilité de demander à changer de médecin mais il a été indiqué que la réalisation effective était exceptionnelle. Ils peuvent aussi demander à voir leur traitement modifié, notamment en cas d'effets indésirables mais les patients rencontrés ont indiqué que leur souhait était rarement suivi d'effet. Dans sa réponse, le directeur de l'établissement précise que le souhait du patient n'est pas suivi car les effets secondaires constatés peuvent passer en quelques jours ou bien sont inévitables au regard de la nécessité du traitement.

Deux assistantes sociales interviennent au bénéfice des patients des deux unités du secteur dès leur arrivée pour leur permettre d'accéder aux droits sociaux et préparer leur sortie de l'hôpital. Les principales difficultés rencontrées sont liées à l'insuffisance du nombre de structures adaptées : foyers médicalisés, maison d'accueil spécialisée, structures éducatives pour les mineurs.

Les transmissions d'information entre les professionnels sont réalisées à trois périodes de la journée :

- entre 6h45 et 7h ;
- de 14h à 14h50 ;

- de 21h à 21h30.

Des réunions de synthèse sont régulièrement organisées pour des patients à la demande de l'équipe soignante et/ou d'un médecin.

Une réunion hebdomadaire de secteur intra et extra- hospitalier regroupe l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux chaque vendredi matin pour :

- faire le point sur les patients hospitalisés au service de court séjour ou suivis en extra hospitalier ;
- réfléchir sur des prises en charge spécifiques ou une problématique de secteur ;
- fixer les priorités pour les patients en liste d'attente en fonction des capacités d'accueil.

La principale difficulté évoquée par les professionnels est liée à l'insuffisance du nombre de lits ayant pour conséquence des listes d'attente atteignant parfois plusieurs semaines pour des patients délirants ou suicidaires.

Ce problème est renforcé par l'accueil de plus en plus fréquent de jeunes de plus de 16 ans (617 jours d'hospitalisation en 2014) dont le séjour doit parfois être artificiellement prolongé en attendant qu'une place dans une structure éducative se libère. L'absence de convention et d'échanges, hors situation d'urgence, avec les services de protection de l'enfance apparaît renforcer les difficultés de collaboration.

Les patients

Au jour de la visite, vingt patients étaient présents dans l'unité, dont huit femmes et douze hommes.

Trois patients de sexe masculin étaient admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat, trois (deux femmes et un homme) à la demande d'un tiers et les quatorze derniers en soins libres.

La date d'arrivée des patients était variable : neuf d'entre eux étaient arrivés en 2014 ou 2015 et trois d'entre eux étaient présents depuis plus de dix ans (dix ans et demi, treize ans et quatorze ans et demi).

Le patient le plus âgé de l'unité avait 72 ans et le patient le plus jeune avait 16 ans, tous deux avaient été admis en soins libres.

La durée la plus longue d'hospitalisation sous contrainte pour un patient en ASPDRE était de trente-deux jours. La durée la plus longue d'hospitalisation sous contrainte pour un patient en ASPDT était de quarante-deux jours. Un patient en soins libre était hospitalisé depuis un an et quatre mois.

Le Fonctionnement de l'unité

- *Procédures d'accueil et d'admission du patient*

Les infirmiers vont chercher le patient dans le hall d'entrée et le conduisent dans le service situé au rez-de-chaussée. Ils lui font visiter les locaux et procèdent à un inventaire de ses effets et objets personnels. Le patient doit alors revêtir un pyjama fourni par l'hôpital. Il est examiné par le médecin somaticien puis par un psychiatre le jour de son arrivée ou le lendemain.

Si son état de santé le permet, le patient en SDRE reçoit, du cadre de santé, communication de l'arrêté d'admission et de l'accusé de réception. 10 % des patients, en moyenne, refusent de signer ce dernier. La très grande majorité des patients (80 %) désigne une personne de confiance.

Si le patient n'a pas de linge de rechange, l'unité dispose d'une petite réserve de vêtements de différentes tailles qui lui sont proposés.

- *Les règles et le rythme de vie*

En journée, les portes de l'unité restent constamment ouvertes ; les patients peuvent aller et venir librement à partir de 8h jusqu'à 19h30. Seuls les patients récemment arrivés et qui portent un pyjama sont interdits de sortie dans le parc.

Les chambres des patients restent ouvertes en permanence et ces derniers peuvent y accéder librement. Ils n'ont pas le droit de pénétrer dans la chambre d'un autre patient. Les relations sexuelles sont aussi interdites mais ces interdictions ne figurent pas dans le règlement intérieur ; des moyens de contraception ne sont pas proposés dans l'unité.

Le petit déjeuner a lieu de 8h à 8h30 en semaine et de 8h30 à 9h le week-end. Les patients bénéficiaient auparavant d'un croissant le dimanche et ceux qui ont connu cette période regrettent sa disparition.

Les patients déjeunent de 12h à 13h dans une salle de restauration qui leur est spécifiquement dédiée. Les autres unités bénéficient également d'une salle dont la surface et l'aménagement sont identiques. La salle particulièrement lumineuse, de 35 m², comporte cinq tables avec quatre chaises chacune. Les menus de la semaine y sont affichés. Un téléviseur est à la disposition des patients en dehors des heures de repas.

Une porte permet d'accéder à l'office ou les plats sont réchauffés. Dans cette pièce, deux placards, dépourvus de porte depuis plus d'un mois, n'ont pas encore été réparés.

En dehors de cette difficulté, les locaux sont particulièrement propres et bien entretenus, comme dans les autres unités.

La dispensation des médicaments est réalisée à l'entrée de la salle de restauration à l'occasion des repas ; les médicaments du soir sont remis par l'équipe de jour avant l'arrivée de l'équipe de nuit (21h30).

Une tisane est proposée à partir de 20h.

Les patients désirant s'aérer ou fumer peuvent accéder en permanence à un patio, d'une surface de 90 m² environ, commun aux deux services de courts séjours Est et Ouest. Ce patio dispose de tables en bois assortis de bancs ; il ne comporte pas d'auvent qui permettrait aux personnes d'être protégées des intempéries. Les bureaux des infirmiers dénommés « *surveillants* » sur la porte sont situés à côté de chaque entrée Est et Ouest.

Pour se distraire et regarder la télévision, les patients disposent d'une grande pièce de 40 m², dénommée salle de vie qui bénéficie d'un éclairage naturel par le plafond. Les autres unités disposent également d'une salle réservée aux patients souhaitant se détendre ou regarder la télévision.

La salle de vie

Ils peuvent choisir le programme de télévision, la télécommande de l'appareil étant laissée à disposition. Dans le prolongement de cette salle, un atelier de 30 m² est consacré aux activités de bricolage, d'arts plastiques et de jeux pédagogiques. Cette salle, fermée en l'absence de soignants pour des raisons de sécurité, est particulièrement appréciée des patients dont certains regrettent de ne pouvoir y accéder plus souvent.

La salle d'activités

Pendant la période de contrôle, neuf personnes sur vingt étaient inscrites à des activités et treize pouvaient participer à des sorties à l'extérieur de l'hôpital.

Au cours de l'année 2014, un atelier d'expression par la musique a été organisé afin de travailler les émotions et les affects. Seize séances de groupe pour neuf patients différents ont été organisées en totalisant quarante heures et treize séances pour des prises en charge individuelles (trois patients concernés).

Comme indiqué *supra* (cf. § 4.1.3.5) les visites sont autorisées de 13h à 20h en semaine et à partir de 10h les dimanches et jours fériés.

Elles peuvent avoir lieu :

- dans un salon, situé en face du bureau des admissions, spécialement aménagé pour accueillir de jeunes enfants ;
- dans un salon à l'intérieur de l'unité,
- dans la chambre du patient, sauf interdiction médicale.

Les visites sont interdites aux enfants de moins de 15 ans mais peuvent être autorisées sur avis médical, ce qui était assez fréquent pendant la période de mission. Au cours de la semaine du 27 au 31 juillet, dix-sept patients sur vingt recevaient des visiteurs.

Les règles d'usage concernant la consommation de tabac et l'accès au téléphone sont identiques à celles des autres unités.

4.2.2.2 L'unité soins de suite

L'unité de soins de suite accueille les patients pour lesquels le séjour à l'hôpital se prolonge, après qu'ils soient passés à l'unité de court séjour.

Il arrive que l'unité accueille des patients directement depuis l'extérieur, à condition que le patient soit déjà connu du service.

L'objectif du séjour dans l'unité est de travailler avec le patient sur un projet de sortie.

Les locaux

L'aménagement des locaux est similaire à l'unité de court séjour, à l'exception du patio qui est remplacé par une terrasse, accessible librement aux patients de l'unité et commune à l'unité de soin de suite du secteur Ouest.

Aperçu de la terrasse commune aux unités de soin de suite des secteurs Est et Ouest

L'unité se compose de vingt-deux lits, répartis en vingt chambres. Deux chambres peuvent accueillir deux patients. Au jour de la visite, elles n'étaient occupées que par un patient.

L'unité est également dotée d'une salle commune, dans laquelle se trouve le poste de télévision, d'une salle de restauration ainsi que d'une salle d'activité.

Les patients

Au jour de la visite, vingt et un patients étaient présents dans l'unité, dont onze femmes et dix hommes.

Trois patients étaient admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat, trois à la demande d'un tiers et les quinze derniers en soins libres.

La date d'arrivée des patients était variable : neuf d'entre eux étaient arrivés en 2014 ou 2015 et trois d'entre eux étaient présents depuis plus de dix ans (dix ans et demi, treize ans et quatorze ans et demi).

Parmi ces trois patients, deux étaient en hospitalisation à la demande d'un tiers et un en soins libres.

Le patient, présent depuis plus de quatorze ans, souffrait d'autisme, sortant rarement de sa chambre et ne supportant pas le contact avec d'autres patients. Selon les informations recueillies, il ne relevait pas nécessairement de la psychiatrie mais aucune place n'avait pu lui être trouvée dans une structure adaptée. Par défaut, il était maintenu au SPAL.

Le patient le plus âgé de l'unité avait 90 ans, il était présent à l'hôpital depuis plus de cinq ans. Le patient le plus jeune avait 24 ans, il était hospitalisé depuis sept mois.

Au jour du contrôle, dix patients recevaient des visites, dix-sept patients étaient inscrits aux activités et tous avaient l'autorisation de téléphoner et de faire des sorties, les modalités de celles-ci dépendant de leur statut.

Dix patients sur les vingt et un accueillis bénéficiaient d'un projet de sortie déjà constitué mais des blocages demeuraient soit de la part des institutions d'accueil, soit de la famille, soit du patient lui-même, certains refusant de quitter le SPAL.

- **Le fonctionnement de l'unité**

Le rythme de vie à l'unité est globalement le même que pour l'unité de court séjour, à quelques exceptions près.

Les patients ne sont pas mis en pyjama à leur arrivée dans l'unité, ceux-ci venant pour l'essentiel d'entre eux, de l'unité de court séjour. Le pyjama n'est utilisé que lorsque le patient manifeste des troubles du comportement ou des idées suicidaires.

Les repas sont pris, pour la plupart des patients et pour tous lors du dîner en salle de restauration au sein de l'unité. Les patients sont libres de se placer où ils le souhaitent, les places n'étant pas attribuées sauf pour l'un d'entre eux pour lequel il est apparu important aux soignants de ritualiser le placement.

Certains patients, plus autonomes, ne déjeunent pas en salle de restauration mais au self se trouvant au rez-de-chaussée, comme les agents. Les patients s'y rendent avec un ticket vers 12h.

La dispensation des médicaments s'effectue en salle de soins, les patients y entrant l'un après l'autre. Il a été précisé aux contrôleurs que ce choix avait été fait afin d'assurer la confidentialité des traitements.

La majorité des patients présents sont reçus en consultation par leur médecin psychiatre une fois par semaine. Certains patients sont reçus moins souvent, lorsque leur état clinique ne nécessite pas de consultations hebdomadaires.

Lorsque le médecin référent du patient est absent, il est possible de solliciter l'un des trois autres psychiatres intervenant dans l'unité.

Les patients peuvent accéder à la terrasse tout au long de la journée pour fumer ou prendre l'air. Une marche rend cependant l'accès difficile aux personnes à mobilité réduite. Au jour de la visite, un patient de l'unité se trouvait en fauteuil roulant. Il avait besoin d'être accompagné par le personnel pour se rendre sur la terrasse.

Les patients sont tous autorisés à effectuer des sorties à l'extérieur. Celles-ci sont plus nombreuses et plus régulières que pour les patients de court séjour, l'objectif du séjour à l'unité de soins de suite étant la préparation à la sortie.

4.2.3 L'unité de soins intensifs et spécialisés pour enfants et adolescents (USISEA)

Les contrôleurs ont visité l'USISEA et se sont entretenus avec le chef de service et le cadre de santé. Comme évoqué *supra* (cf. § 2.5.1), l'unité pâtit de la pénurie de psychiatres, ce qui a conduit à la réduction du nombre de lits. Le jour de la visite, l'effectif comptait 3,3 ETP de médecins au lieu de 9,6 ETP. L'effectif paramédical (infirmiers et aides-soignants) comprenait 19 soignants. L'USISEA fonctionne depuis douze ans, elle a été aménagée dans une structure existante. En conséquence, les lieux de vie sont relativement vétustes, les chambres monacales et la cour de récréation, équipée d'un mur de béton, présentent un aspect austère.

L'unité accueille des enfants et des adolescents âgés de 4 à 16 ans. Depuis plusieurs années, aucun enfant accueilli n'a fait l'objet d'une ordonnance de placement provisoire. Il s'agit donc d'hospitalisations libres dont le parent ou le tuteur est le garant. A tout moment, il peut rompre l'hospitalisation. La DMS est de cinq jours et après un séjour de rupture d'environ de 24 à 48h, les parents peuvent rendre visite à leur enfant.

L'unité ne dispose pas de chambre d'isolement, l'enfant est donc isolé dans sa chambre. Le personnel sanitaire déplore qu'une pièce « douillette » n'ait pas été installée afin de permettre à l'enfant de s'apaiser dans des conditions adéquates. La contention est rarement pratiquée (à l'exception d'un psychiatre de garde qui a prescrit une contention il y a deux mois mais qui fut levée dès le lendemain par le médecin du service). La mise à l'écart du mineur du reste du groupe suffit le plus souvent à le calmer. Si le recours à la contention s'avère nécessaire, les infirmiers utilisent en priorité leur corps ou un drap pour l'envelopper et l'apaiser. Cependant certains souffrant de persécutions nécessitent parfois d'être sédatés et contenus avec du matériel Pinel®, l'indication thérapeutique étant que l'enfant puisse s'apaiser et s'endormir rapidement. Les durées sont relativement courtes (deux heures maximum) ; une surveillance est réalisée toutes les quinze minutes et une réévaluation par le médecin toutes les demi-heures.

Selon les informations recueillies, une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) sur la contention a été diligentée mais n'aurait jamais abouti. Comme pour les majeurs, il n'existe pas de registre permettant de tracer l'utilisation de la contention ou de l'isolement. Les personnels de santé rencontrés ont regretté de ne pouvoir bénéficier de données statistiques pour pouvoir travailler utilement sur leurs pratiques.

4.3 Les soins somatiques

4.3.1 L'accès au médecin généraliste et aux consultations spécialisées.

Comme précisé *supra* (cf. 2.5.1), un PH somaticien est affecté à temps plein dans chacun des deux secteurs. Pour rappel, chaque patient passant par les urgences bénéficie d'un examen somatique. Lorsque le patient est adressé directement dans l'unité d'hospitalisation, il est examiné par le PH somaticien.

Si une urgence somatique survient pendant l'hospitalisation, le patient est transféré au service des urgences du CH de Laval. Chaque unité dispose d'un chariot d'urgence.

Les prélèvements sanguins des patients hospitalisés dans les unités sont transportés par un des véhicules du SPAL au laboratoire d'examen médical. Or, le SPAL ne dispose plus de moyens de transport après 18h. Dès lors qu'un bilan sanguin ou un examen radiologique doit être réalisé après cette heure, les patients transitent systématiquement par les urgences pour les examens radiologiques et les bilans sanguins sont acheminés par un des cadres de santé de garde.

A l'exception des difficultés liées à l'absence de moyens de transport après 18h, les PH ont indiqué qu'ils exerçaient dans de bonnes conditions. L'un a évoqué la notion de consentement aux soins concernant des patients, non stabilisés dans leur pathologie psychiatrique, souffrant d'une pathologie somatique et refusant une prise en charge (traitements, examens complémentaires). Certains examens ou traitements sont néanmoins réalisés sans leur consentement afin d'éviter d'éventuelles complications. Ces pratiques posent au PH des questions d'ordre éthique qui semblent ne pas être débattues au sein du comité d'éthique.

L'accès aux consultations spécialisées ne pose aucune difficulté majeure, les délais d'obtention de rendez-vous sont raisonnables, à l'exception des consultations de neurologie. La majorité des prises en charge sont réalisées au sein du CH de Laval ; seul le dermatologue effectue ses consultations sur place. S'agissant de certaines spécialités (néphrologie, examens d'ostéodensitométrie) les patients peuvent être adressés à la polyclinique de Laval.

4.3.2 La pharmacie

Les unités d'hospitalisation du SPAL sont approvisionnées par la pharmacie centrale du CH de Laval. Les équipes de nuit effectuent les commandes le mardi et réceptionnent les traitements le mercredi. Les piluliers sont également préparés par l'équipe de nuit et leur contenu est vérifié par les équipes de jour. Selon les propos recueillis, la pharmacie centrale ne fait jamais face à des ruptures de stock.

Bien que le SPAL dispose du logiciel DxCare utilisé notamment dans le cadre des prescriptions médicales, la commande est adressée par fac-similé. Lorsqu'une prescription médicamenteuse fait l'objet d'une modification ou qu'une nouvelle molécule est prescrite, en général l'unité est approvisionnée le jour même.

Les unités ne disposent pas d'une dotation globale ni de réserve de produits stupéfiants. Par ailleurs, les médecins somaticiens regrettent de ne pas pouvoir posséder un stock de médicaments réservés à certaines pathologies.

4.4 Le recours à l'isolement et à la contention

Selon les propos recueillis, le recours à l'isolement et à la contention apparait peu pratiqué dans les unités d'hospitalisation; l'isolement n'est pas mis en œuvre systématiquement lors de l'admission des patients hospitalisés sous contrainte, exception faite des patients détenus. Pendant la semaine de contrôle, huit patients étaient soumis à un isolement séquentiel dans leur chambre.

Cependant l'absence de registre et de traitement statistique ne permet pas d'évaluer la fréquence et la durée de toutes les mesures, tant au niveau de chaque unité que de l'ensemble du service. A l'heure actuelle, la seule traçabilité réside dans les dossiers patients. Dans sa réponse, le directeur indique qu'il est effectivement constaté qu'il n'y a pas de traçabilité globale des mises en contention et mesures d'isolement, et qu'il faut donc prévoir des items spécifiques sur DxCare, exploitables statistiquement.

A la suite des recommandations émises lors de la visite de certification, un groupe de travail a été mis en place afin de :

- revoir les possibilités du logiciel DxCare sur les surveillances induites par la prescription des restrictions de liberté de circulation ainsi que la réévaluation systématique et tracée de ces prescriptions ;

- mener une réflexion sur la possibilité de mettre en place un contrat de soins avec certains patients pour formaliser les restrictions de liberté ;
- réviser le livret d'accueil et le règlement intérieur au regard des restrictions de liberté ;
- tenir compte de la recommandation relative à la mise en œuvre d'un registre concernant les mesures d'isolement.

L'objectif de ce groupe est d'achever ses travaux avant la fin de l'année 2015.

4.4.1 La procédure d'isolement

Un protocole concernant l'isolement en chambre en psychiatrie adulte a été créé en mai 2013 et validé par le directeur adjoint en charge de la qualité et de la gestion des risques.

Il précise notamment que :

- la décision d'isolement est une décision médicale qui peut être prononcée en cas d'urgence en l'absence d'un médecin mais que ce dernier doit la confirmer dans les plus brefs délais sans excéder une heure ;
- la durée de validité de la prescription médicale est limitée à 24 heures ;
- l'utilisation à titre non thérapeutique est proscrite ;
- l'isolement d'un patient en soins libres ne peut se faire que pour quelques heures et qu'au-delà les procédures de soins sans consentement s'appliquent ;
- la surveillance comprend les dimensions psychique, physique et biologique et nécessite le passage horaire d'un soignant.

4.4.2 La procédure de contention

Une procédure créée en novembre 2008 et mise à jour au mois de juin 2014 est applicable par tous les services de l'hôpital.

Elle précise notamment que :

- la décision doit être réfléchie et préparée en équipe pluridisciplinaire ;
- elle doit être prononcée par un médecin et qu'en son absence, il peut la faire a posteriori « *dans les plus brefs délais » ;*
- elle doit être tracée dans le dossier du patient, être horodatée et préciser les motifs de la contention, sa durée prévisible et les moyens utilisés ;

Une évaluation de l'état de santé du sujet et des conséquences de la contention est réalisée au moins toutes les 24 heures.

4.4.3 Les chambres d'isolement

Le service ne dispose pas de chambre spécifique d'isolement ou d'apaisement. L'isolement est pratiqué essentiellement dans la chambre du patient et exceptionnellement dans la chambre prévue pour les patients détenus.

4.4.4 Le recours à la contention

Il n'a pas été possible aux contrôleurs de recenser les mesures prononcées par jour, mois, année et unité. Pendant la période de contrôle, un patient était soumis partiellement à une mesure de contention en ayant le pied attaché à son fauteuil roulant. Un second patient souffrant de graves troubles neurologiques et moteurs était également contenu sur son fauteuil de façon séquentielle, pour des raisons de confort.

4.5 L'hospitalisation des personnes détenues

4.5.1 Les personnes détenues accueillies

Le SPAL reçoit parfois des personnes détenues provenant de la maison d'arrêt de Laval, située à 100 m du CH de Laval, lorsqu'aucune place n'est disponible à l'UHSA (Unité hospitalière spécialement aménagée) de Rennes (Ille-et-Vilaine) ou en cas d'urgence.

Les places disponibles à l'UHSA de Rennes sont le plus souvent occupées par les personnes détenues au centre pénitentiaire de Rennes et d'Alençon – Condé sur Sarthe (Orne), la maison d'arrêt de Laval n'étant pas prioritaire pour y accéder.

En 2014, trois patients détenus ont été accueillis au SPAL et un l'a été depuis le début de l'année 2015.

Il a été précisé aux contrôleurs que la durée de séjour des personnes détenues au SPAL était courte, de l'ordre de quelques jours car le séjour au SPAL, s'il est médicalement justifié, est considéré comme temporaire, le temps qu'une place se libère en UHSA et, s'il n'est pas médicalement justifié, fait l'objet d'une levée sur demande du médecin psychiatre dans les 72 heures.

Selon les propos recueillis, beaucoup de patients détenus seraient adressés au SPAL sans réelle justification médicale, les veilles de week-end, en raison de la crainte du personnel pénitentiaire face à des comportements difficiles à gérer.

Les contrôleurs ont pris connaissance, sur le registre de la loi, des dossiers de quatre personnes détenues, une accueillie en 2013, deux en 2014 et la dernière en 2015.

Sur ces quatre personnes détenues, l'hospitalisation en psychiatrie était justifiée médicalement pour deux d'entre elles, souffrant de troubles psychiatriques altérant leur capacité à consentir aux soins.

Ces deux patients détenus sont restés au SPAL quinze et seize jours avant d'obtenir une place à l'UHSA. Dans les deux cas la réponse favorable de l'UHSA pour une admission est parvenue au SPAL durant le huitième jour d'hospitalisation et un arrêté de transfert a été rendu entre cinq et sept jours après cette réponse.

Pour les deux autres personnes détenues, l'hospitalisation en psychiatrie n'était pas justifiée médicalement. La mesure a été levée, à la demande du médecin psychiatre, deux et trois jours après l'admission.

Dans le premier cas, la personne détenue était entrée au SPAL un mercredi en raison de troubles du comportement lors du placement au quartier disciplinaire : selon le certificat médical de demande d'admission, celle-ci avait commis des dégradations matérielles, une tentative d'incendie et se montrait agressive.

Dès l'examen des 24 heures, le médecin psychiatre du SPAL a indiqué que la mesure n'était pas justifiée, le patient tenant des propos cohérents, ne présentant pas de troubles

psychiatriques ni de velléités suicidaires. Le médecin a précisé que si des troubles du comportement avaient pu être observés, ceux-ci étaient en lien avec des conduites dyssociales et non avec des troubles psychiatriques.

Dans le deuxième cas, la personne détenue était entrée au SPAL un samedi, à la demande du directeur de la maison d'arrêt, le certificat médical d'admission précisant qu'elle se montrait agressive, proférait des menaces et verbalisait un ressenti de persécution.

Dès l'examen des 24 heures, la mesure n'est pas apparue justifiée. Le médecin du SPAL a indiqué que la personne était calme, s'exprimait de façon cohérente, sans trouble. Si elle exprimait un sentiment d'insécurité par rapport à d'autres détenus, il n'était pas possible de savoir s'il s'agissait d'un ressenti de persécution pathologique ou d'une crainte justifiée. La personne a été maintenue pour observation mais le certificat médical des 72 heures a confirmé le diagnostic de l'absence de pathologie psychiatrique avérée.

4.5.2 Conditions de l'hospitalisation

Il n'existe pas de protocole ou de convention passée entre le SPAL et la maison d'arrêt de Laval pour organiser la prise en charge des personnes détenues.

Le système actuellement appliqué a été formalisé dans un projet de protocole par le cadre de santé responsable du SPAL, sur la base de ce qui est pratiqué, et après avoir effectué seul des recherches juridiques sur les textes applicables, sans qu'une réelle réflexion ait été menée avec l'administration pénitentiaire et sans l'aide ni l'aval de la direction de l'hôpital.

Ce manque de cadre, outre qu'il complique le travail des personnels soignants et pénitentiaires concernés, n'est pas sans conséquences sur les droits des personnes détenues qui sont accueillies au SPAL.

4.5.2.1 Le transport des personnes détenues

Le transport des personnes détenues de la maison d'arrêt à l'hôpital est assuré par le SPAL.

Avant de se rendre en maison d'arrêt, le personnel du SPAL vérifie que la demande d'admission de la personne détenue est bien accompagnée d'un certificat médical et d'un arrêté préfectoral d'admission.

Il est demandé que la personne détenue concernée soit prévenue par le personnel pénitentiaire de l'admission programmée. Cependant, il a été précisé aux contrôleurs que l'information n'était pas toujours transmise à la personne détenue, certaines réagissant très mal en voyant apparaître le personnel soignant dans l'établissement.

Le transport est assuré par une équipe composée de deux personnels soignants et deux ambulanciers, avec une escorte policière. Il est systématiquement effectué dans une ambulance grand volume qui est préalablement commandée, la semaine auprès des services du centre hospitalier de Laval et le week-end en appelant le centre 15.

La personne détenue est placée sous contention systématique pendant le trajet, quel que soit son état de santé, en étant entravée allongée sur le lit de l'ambulance.

Il a été précisé aux contrôleurs que le personnel du SPAL ne se voyait remettre aucune information par la maison d'arrêt sur la dangerosité pénale ou pénitentiaire du patient, notamment sur le risque d'évasion et sur son niveau d'escorte pénitentiaire. N'étant de ce fait pas en mesure d'apprécier le risque pris, la mise sous contention est systématique. La contention est prescrite par le médecin de l'unité sanitaire dans le certificat médical d'admission.

L'escorte policière accompagne le patient jusqu'à sa chambre puis quitte le SPAL.

Le transport des personnes détenues de l'hôpital jusqu'à la maison d'arrêt, en cas de levée de la mesure d'hospitalisation, incombe à l'administration pénitentiaire. Les personnels pénitentiaires viennent chercher le patient jusque dans sa chambre et le ramènent à l'établissement. Il a été précisé aux contrôleurs que l'entrée des personnels pénitentiaires dans l'unité, en tenue pénitentiaire, pouvait parfois troubler les autres patients de l'unité et susciter des craintes.

4.5.2.2 La prise en charge au SPAL

Les personnes détenues sont installées dans des chambres spéciales, dotées de dispositifs de sécurité renforcés, situées au rez-de-chaussée de chaque secteur (cf. § 4.2.1.1). Deux chambres sont ainsi réservées pour les personnes détenues, une par secteur.

Pendant la durée de son séjour, le patient détenu n'est jamais mêlé aux autres patients. Il subit un isolement de fait, ne quittant pas la chambre qu'il occupe.

Le patient détenu ne participe pas aux activités communes, n'a pas accès à l'extérieur du SPAL, ni au patio accessible au sein de l'unité pour les fumeurs. Il prend ses repas en chambre et peut fumer, en présence de deux personnels soignants, dans le petit patio accessible depuis sa chambre et ouvert sur l'extérieur. Il faut deux agents, dont un homme, pour ouvrir la chambre du patient détenu. Sinon, la chambre ne peut pas être ouverte et le patient détenu n'est alors pas autorisé à se rendre dans le petit patio pour fumer.

Comme évoqué auparavant, la chambre réservée au patient détenu n'est pas dotée d'un poste de télévision. De fait, la seule activité accessible aux personnes détenues accueillies au SPAL consiste dans la lecture, des livres pouvant leur être prêtés sur demande.

Selon les informations recueillies, le patient détenu est souvent placé sous contention, au moins durant les premières heures de son séjour. Il serait également systématiquement placé sous contention la nuit, lorsque les personnels de garde sont de sexe féminin. Ces informations n'ont pu être vérifiées par les contrôleurs, faute de registre et aucune personne détenue n'étant présente au SPAL durant la visite.

Le patient détenu, bien qu'il y ait droit, ne peut pas recevoir de visites ni téléphoner à ses proches. L'administration pénitentiaire ne transmet pas au SPAL les informations relatives aux autorisations de téléphoner et aux permis de visite des personnes détenues.

De plus, concernant les visites, les personnels rencontrés estiment, au-delà de ce manque d'informations, que le SPAL ne serait pas en mesure de permettre aux personnes détenues de recevoir des visites, n'étant pas doté de dispositifs de contrôle des visiteurs tels qu'un portique de détection de masses métalliques.

Plusieurs soignants ont indiqué aux contrôleurs s'interroger sur le sens de l'accueil des personnes détenues au SPAL, les locaux ouverts ne leur apparaissant pas adaptés à la prise en charge de ces personnes et imposant un isolement strict qui n'est pas nécessairement motivé par l'état de santé du patient.

5- ELEMENTS D'AMBIANCE

Les relations entre les soignants et les patients sont apparues harmonieuses et sereines. Toutes les portes d'entrées des unités d'hospitalisation restent ouvertes en permanence en journée. La majorité des patients se déplaçant librement dans le bâtiment, cette disposition semble faciliter les relations entre les personnes et contribuer à la qualité des soins et de la vie en collectivité.

Les personnels médicaux et paramédicaux, soucieux du bien-être des patients, questionnent régulièrement leur pratique et ont décidé d'engager une réflexion sur les privations de liberté. A cet égard, un personnel soignant a tenu les propos suivants qui reflètent la philosophie du service : « seul le motif médical devrait justifier la privation de liberté ».