



**Centre hospitalier spécialisé
d'Allonnes**

(Sarthe)

2 au 13 février 2015

SYNTHESE

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 spécialisé de la Sarthe à Allonnes (Sarthe) du 2 au 13 février 2015.

L'hôpital comprend trois pôles de psychiatrie « adultes » regroupant chacun deux secteurs (281 lits), un pôle de psychiatrie infanto juvénile (9 lits), un pôle de psychiatrie de la personne âgée (30 lits) et un pôle d'addictologie (12 lits). Il comprend en outre 207 places d'hospitalisation de jour, ainsi que 130 lits et 10 places d'accueil médico-social.

La majorité des unités sont particulièrement fermées, ce qui constitue une atteinte à la liberté d'aller et venir, pour les patients en soins libres. Si les raisons évoquées ou constatées sont diverses (difficultés de gestion des lits pour les patients hospitalisés sans leur consentement en raison de la suroccupation de certaines unités ; inadéquation des locaux, insuffisance de personnel...), elles tendent toutes vers une logique sécuritaire.

Cette logique sécuritaire, dans les directives comme dans les procédures non écrites, tend à s'imposer au détriment de la qualité de la prise en charge, notamment des patients provenant d'un établissement pénitentiaire (« *ils font peur* »), en SPDRE (« *il ne faut pas prendre de risque* ») ou en soins libres placés dans des unités fermées.

Pourtant, les équipes soignantes semblent particulièrement attentives à la bientraitance et au respect des personnes soignées ; mais elles ressentent parfois une absence de soutien de la part de médecins insuffisamment présents dans les unités.

Les contrôleurs ont constaté dans beaucoup d'unités, notamment celles des admissions, la faiblesse des activités proposées et l'ennui qui règne parmi les patients. En 2014, 453 patients ont bénéficié des ateliers proposés par le centre de thérapie à médiation. Cela représente seulement 17 % des 2 693 patients hospitalisés pendant l'année.

Concernant la pratique du placement à l'isolement, les données statistiques montrent qu'il existe des disparités importantes entre les unités avec, pour certaines, une utilisation fréquente des chambres de « soins intensifs ». S'agissant du recours à la contention, il semble que le même constat puisse être établi, malgré l'absence de données chiffrées. Il n'existe aucun travail d'analyse et de réflexion sur ces pratiques au sein des unités ou des pôles. Le recueil d'observations s'avère d'autant plus nécessaire que, nonobstant la vigilance des équipes soignantes, le manque d'effectifs médicaux et la défaillance de la supervision médicale peuvent conduire dans certaines unités à des isolements ou des contentions prolongées en dépit des protocoles établis.

On observe également une absence d'homogénéité entre les pôles, voire entre les unités d'un même pôle, concernant les règles de vie et la prise en charge des patients, touchant parfois les droits des patients – par exemple, liberté d'aller et venir, port du pyjama, emploi des chambres de soins intensifs – et entraînant une perte de repères de la part des équipes soignantes.

Par ailleurs, dans certaines unités, il arrive qu'au retour d'une permission de sortir, un patient apprenne qu'en raison d'une admission sa chambre n'est plus disponible ; il est alors contraint à s'installer dans une autre chambre.

Les conditions d'hospitalisation des personnes détenues sont indignes. Ces

personnes ne bénéficient pas des soins individualisés que leur état de santé requiert, ce dont rend compte notamment la durée moyenne très courte de leurs séjours. Leur maintien systématique pendant toute la durée d'hospitalisation en chambre d'isolement comme leur exclusion de toute activité thérapeutique ou de tout temps partagé (repas par exemple) ne peuvent être justifiés.

OBSERVATIONS

I – Bonnes pratiques

1. Au moment de leur admission, les patients ont la possibilité de se voir attribuer un pseudonyme afin que leur anonymat soit respecté (cf. chap. 3.3.1).
2. Les patients peuvent disposer d'un placard fermant à clef et pour certains de la clef de leur chambre.
3. Une connexion Wifi est disponible dans les unités de soins.

II - Recommandations

1. Les projets de pôle, qui n'existent qu'exceptionnellement, devraient être élaborés et viser une convergence des pratiques compte tenu des transferts de malades entre les pôles et entre les unités.
2. Le règlement intérieur de l'établissement devrait être élaboré et complété par des règles de vie pour chacune des unités. Ces documents écrits devraient être communiqués aux patients, afin qu'ils puissent être informés de leurs droits et des contraintes imposées au cours de leur séjour.
3. La pratique consistant à faire notifier au patient en soins sans consentement la décision d'admission et les voies de recours par une équipe administrative, que le patient ne connaît pas et qu'il ne reverra plus, paraît peu propice à des explications adaptées ; elle doit être réexaminée avec les équipes soignantes (cf. chap. 3.1.2).
4. Le contenu du livret d'accueil et les modalités de sa délivrance mériteraient d'être revus (cf. chap. 3.2.1).
5. Il est nécessaire d'afficher dans chaque unité la liste des avocats au barreau du Mans (cf. chap. 4.2.3.1.3 et 4.2.5.1).
6. L'information du patient sur le droit au libre choix du médecin, prévu à l'article L3211-1 du code de la santé publique, doit apparaître clairement dans le livret d'accueil (cf. chap. 3.2.2).
7. Le recours à l'interprétariat, notamment pour permettre la communication du patient avec l'avocat, devrait être amélioré (cf. § 4.2.3.2.2).
8. La recherche des observations du patient, prévue par l'article L. 3211-3, alinéa 2 du code de la santé publique, ne fait l'objet d'aucune traçabilité ; il doit y être remédié (cf. chap. 3.2.3).
9. La prescription du port du pyjama, qui peut être très fréquente dans certaines unités, doit autant que possible être évitée. En tout état de cause, il est totalement contraire au respect de la dignité du patient que celui-ci se présente devant le JLD en pyjama (cf. chap. 3.9).

10. Le droit des patients au respect et à la sécurité nécessite que des mesures soient prises pour assurer la protection des personnes vulnérables susceptibles d'être abusées sexuellement par d'autres patients dans le cadre « d'échanges de services » (cf. § 4.2.5.3).
11. Des certificats médicaux sont recopiés sur les certificats précédents, qui ont été rédigés par des médecins différents ; cette pratique n'est pas acceptable (cf. chap. 3.10 et 3.11) et il est nécessaire d'y mettre un terme dans les plus brefs délais.
12. Il est regrettable que les registres de la loi ne portent aucune signature des autorités : préfet, président du TGI, procureur de la République, maire (cf. chap. 3.11).
13. Les registres de la loi ne comportent pas tous les documents réglementaires qui suivent les certificats médicaux ; ceux-ci sont placés dans des dossiers distincts, sans même qu'il en soit fait mention dans les registres. Cette méthode, qui permet d'éviter une détérioration des registres, n'assure pas la conservation de tous les documents dans le strict respect de la réglementation (cf. chap. 3.11).
14. Lorsqu'un patient ne dispose pas de vêtements, il convient de lui en remettre un minimum pour lui permettre de ne pas rester en pyjama toute la journée, alors que l'établissement dispose d'un vestiaire pour les personnes sans ressources (cf. chap. 4.1.2).
15. Il conviendrait d'élargir l'accès aux ateliers proposés par le centre de thérapie et de médiation afin de permettre à un plus grand nombre de patients de bénéficier de ces activités (cf. chap. 4.1.5.2).
16. Il conviendrait que les projets de service à élaborer envisagent une amélioration de la prise en charge thérapeutique ou occupationnelle des patients, en prenant en compte leur état psychique et physique (cf. chap. 4.2.5.3.1).
17. Toutes les chambres doivent disposer d'un système d'alarme sonore en état de fonctionnement (cf. chap. 4.2.5.3).
18. Tout patient doit disposer d'une chambre « normale », et ne pas être logé dans une chambre de « soins intensifs » (cf. chap. 4.2.5.3.1 et 4.2.5.5).
19. La chambre attribuée à un patient doit lui être réservée pendant ses permissions de sortie afin qu'il ne soit pas, au retour, contraint de s'installer dans une autre chambre (cf. chap. 3.1.1).
20. La fréquence des vols environ un par semaine, dans les chambres de patients devrait donner lieu à une action de redressement (cf. chap. 4.2.5.3.4).
21. La distribution des médicaments au moment du repas doit être réalisée en respectant la confidentialité (cf. chap. 4.2.5.3.4).
22. Il est indispensable de mettre en place un registre permettant de recueillir des données précises sur le recours à l'isolement et à la contention qui, bien que relevant d'une décision médicale, constituent des mesures extrêmes de privation de liberté.

23. L'évaluation des mesures d'isolement et de contention, recommandée dans le protocole interne relatif à ces pratiques, devrait avoir pour objectif de garantir la pertinence de la décision au regard de son impact sur le droit fondamental d'aller et venir librement.
24. Il est indispensable que les professionnels travaillent sans délai à modifier les conditions d'accueil des personnes détenues afin que leur droit à être soignées soit garanti.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
OBSERVATIONS	4
SOMMAIRE	7
RAPPORT	12
1 Les conditions de la visite	12
2 Présentation générale de l'établissement.....	13
2.1 L'organisation de la psychiatrie dans la Sarthe	13
2.2 L'histoire et l'implantation de l'établissement	14
2.3 L'organisation fonctionnelle.....	15
2.4 Le personnel	19
2.4.1 Données générales.....	19
2.4.2 Le personnel médical	20
2.4.3 Le personnel non médical.....	20
2.5 Les données financières.....	20
2.6 Les données d'activité	21
3 L'hospitalisation sans consentement et l'exercice des droits.....	24
3.1 L'arrivée des patients admis sans consentement	24
3.1.1 Les modalités d'admission	24
3.1.1.1 Le transport.....	24
3.1.1.2 L'arrivée dans le service.....	25
3.1.2 La notification de la décision d'admission et les voies de recours	26
3.1.3 La désignation d'une personne de confiance	26
3.2 L'information des patients admis	27
3.2.1 Le livret d'accueil	27
3.2.2 Les informations relatives à la loi du 5 juillet 2011.....	27
3.2.3 Le recueil des observations des patients	29
3.3 La confidentialité des soins	29
3.3.1 La confidentialité des hospitalisations.....	29
3.3.2 L'accès au dossier médical	29
3.4 Le comité d'éthique.....	30
3.5 La place laissée aux représentants des familles et des usagers.....	31
3.6 Les incidents et leur traitement.....	32
3.6.1 Le traitement des plaintes et réclamations	32
3.6.2 La commission des relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge.....	34

3.6.3	Les violences et événements indésirables	35
3.6.4	La gestion des sorties sans autorisation	37
3.6.5	Les questionnaires de satisfaction	38
3.7	Le droit de vote.....	39
3.8	L'exercice du culte	40
3.9	La levée des mesures d'admission.....	40
3.10	Le contrôle de la commission départementale des soins psychiatriques	41
3.11	La traçabilité sur le registre de la loi du respect de la procédure.....	41
3.12	Les sorties	42
4	Les conditions d'hospitalisation à Allonnes.....	43
4.1	Les conditions matérielles de vie communes à tous les secteurs.....	43
4.1.1	La restauration	43
4.1.2	L'hygiène.....	44
4.1.3	La communication avec l'extérieur.....	44
4.1.3.1	Le téléphone	44
4.1.3.2	Le courrier	45
4.1.3.3	La télévision	45
4.1.3.4	L'informatique et l'accès à internet.....	45
4.1.3.5	Les visites	45
4.1.4	L'argent des patients	46
4.1.5	L'accès aux lieux collectifs.....	47
4.1.5.1	La cafétéria	48
4.1.5.2	Le centre de thérapie à médiation.....	49
4.1.6	La sécurité.....	51
4.1.7	Les transports	52
4.2	Les conditions propres à chaque unité.....	52
4.2.1	L'unité intersectorielle d'accueil et d'admission	52
4.2.1.1	Les locaux.....	53
4.2.1.1.1	Présentation générale.....	53
4.2.1.1.2	Les chambres individuelles	54
4.2.1.1.3	La chambre de soins intensifs	55
4.2.1.1.4	Les parties communes	56
4.2.1.2	Les personnels	56
4.2.1.3	Les patients	57
4.2.1.4	Le fonctionnement.....	57

4.2.1.4.1	Les règles de vie.....	57
4.2.1.4.2	L'aspect thérapeutique	58
4.2.2	Le bâtiment "Lantéri-Laura"	59
4.2.2.1	Description générale.....	59
4.2.2.2	Les parties communes et les zones médico-administratives.....	61
4.2.2.3	Les unités de soins.....	62
4.2.2.4	Les chambres individuelles.....	64
4.2.2.5	Les chambres de soins intensifs.....	65
4.2.3	Le pôle 1-6	66
4.2.3.1	Les unités sectorielles 1.3 et 1.4.....	67
4.2.3.1.1	Présentation générale.....	67
4.2.3.1.2	L'admission dans le bâtiment.....	69
4.2.3.1.3	La période initiale de soins et d'observation.....	69
4.2.3.1.4	Le fonctionnement.....	70
4.2.3.1.5	Les soins.....	73
4.2.3.2	Les unités polaires	74
4.2.3.2.1	L'unité 3	74
4.2.3.2.2	L'unité 4	77
4.2.3.2.3	L'unité "Acacias"	80
4.2.4	Le pôle 3-7	82
4.2.4.1	L'unité 1 "Daumezon".....	83
4.2.4.1.1	Présentation générale.....	83
4.2.4.1.2	Le fonctionnement.....	84
4.2.4.1.3	Les soins.....	85
4.2.4.2	L'unité 2 "Henri-Claude"	86
4.2.4.2.1	Présentation générale.....	86
4.2.4.2.2	Le fonctionnement.....	87
4.2.4.2.3	Les soins.....	88
4.2.4.3	L'unité 1.1 "Paumelle"	89
4.2.4.3.1	Présentation générale.....	89
4.2.4.3.2	Le fonctionnement.....	91
4.2.4.3.3	Les soins.....	92
4.2.4.4	L'unité 1.2 "Les Aloès"	93
4.2.4.4.1	Présentation générale.....	93
4.2.4.4.2	Le fonctionnement.....	94

4.2.4.4.3	Les soins.....	95
4.2.4.5	L'unité polaire "Lucien Bonnafé"	95
4.2.4.5.1	Présentation générale.....	95
4.2.4.5.2	Le fonctionnement.....	99
4.2.4.5.3	Les soins.....	100
4.2.5	Le pôle 4-5	101
4.2.5.1	Données générales au pôle.....	101
4.2.5.2	L'unité 5	104
4.2.5.2.1	Les patients hospitalisés et la nature juridique des hospitalisations	104
4.2.5.2.2	Les droits des patients hospitalisés sans leur consentement.....	105
4.2.5.2.3	Les programmes de soins	105
4.2.5.2.4	La vie quotidienne	106
4.2.5.3	L'unité 6	107
4.2.5.3.1	Les patients hospitalisés et la nature juridique des hospitalisations	108
4.2.5.3.2	Les droits des patients hospitalisés sans leur consentement.....	108
4.2.5.3.3	Les programmes de soins	108
4.2.5.3.4	La vie quotidienne	109
4.2.5.4	L'unité 7	110
4.2.5.4.1	Les patients hospitalisés et la nature juridique des hospitalisations	110
4.2.5.4.2	Les droits des patients hospitalisés sans leur consentement.....	111
4.2.5.4.3	Les programmes de soins	111
4.2.5.4.4	La vie quotidienne.....	113
4.2.5.5	L'unité 8	115
4.2.5.6	Le pavillon "Tosquelles"	115
4.2.5.6.1	Les patients hospitalisés et la nature juridique des hospitalisations	115
4.2.5.6.2	L'arrivée des patients et les droits des patients hospitalisés sans leur consentement.....	116
4.2.5.6.3	Les programmes de soins	117
4.2.5.6.4	Les locaux et l'aménagement des chambres	117
4.2.6	L'unité pédopsychiatrique d'accueil et d'hospitalisation	119
4.2.6.1	Les locaux.....	119
4.2.6.2	Les personnels	122
4.2.6.3	Les patients	122
4.2.6.4	Le fonctionnement	122
4.3	Les soins somatiques	123
4.3.1	L'accès au médecin généraliste	123

4.3.2	Les consultations spécialisées.....	124
4.3.3	La pharmacie.....	125
4.4	Le recours à l'isolement et à la contention	126
4.5	L'admission en soins psychiatriques des personnes détenues	130
4.5.1	Choix de l'unité d'accueil	130
4.5.2	Le transfert du détenu	130
4.5.3	Le séjour du patient détenu.....	131
4.5.4	Le retour en détention.....	132
	Glossaire.....	133

RAPPORT

Contrôleurs :

- Cédric de Torcy, chef de mission ;
- Catherine Bernard ;
- Annick Morel ;
- Philippe Nadal ;
- Bonnie Tickridge.

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 spécialisé de la Sarthe » à Allonnes (Sarthe) du 2 au 13 février 2015.

1 Les conditions de la visite

Les contrôleurs sont arrivés au centre hospitalier le lundi 2 février 2015 à 10h30. Ils ont quitté l'établissement le vendredi 6 février à 17h ; ils sont revenus le mercredi 11 février à 10h30 et sont repartis le vendredi 13 février à 13h. Ils ont réalisé une visite de nuit dans la soirée du 12 février.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par le directeur de l'établissement. Il a été procédé à une présentation de la mission devant une quarantaine d'auditeurs dont le président de la commission médicale de l'établissement (CME), le président de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), les directeurs adjoints, des chefs de pôles et de secteurs, des cadres de santé et des représentants des usagers.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le cabinet de la préfète de la Sarthe, le procureur de la République et le président du tribunal de grande instance (TGI) du Mans, le bâtonnier de l'ordre des avocats du barreau du Mans et le délégué territorial de l'agence régionale de santé (ARS) ; par la suite, un contact téléphonique a été pris avec le maire d'Allonnes. Les contrôleurs ont rencontré la présidente du conseil de surveillance de l'établissement. Par ailleurs, ils ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD).

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs.

Il a été mis à la disposition des contrôleurs une salle de travail équipée d'un téléphone et d'un ordinateur permettant d'avoir accès au site intranet. Tous les documents demandés par l'équipe ont été mis à leur disposition et regroupés dans un dossier électronique qui a été alimenté tout au long de la visite.

Des affichettes signalant la visite de contrôleurs ont été diffusées dans les unités.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, comme ils le souhaitent 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 vendredi 13 février en fin de matinée en présence du directeur, de ses adjoints et du président de la CME.

Un rapport de constat a été adressé au directeur de l'établissement le 28 mai 2015. Celui-ci a fait valoir ses observations par un courrier en date du 1^{er} juillet 2015 ; elles ont été prises en considération pour la rédaction du présent rapport.

2 Présentation générale de l'établissement

2.1 L'ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE DANS LA SARTHE

En 2015, le département de la Sarthe compte 583 633 habitants. Structuré autour de la ville chef-lieu du Mans (148 100 habitants) qui concentre le tiers de ses habitants, il se présente, au-delà, comme un territoire largement rural avec des petites communes. Seules la Flèche (16 187 habitants), Sablé (13 043 habitants) et Allonnes (11 227 habitants) ont une population supérieure à 10 000 habitants sur les 370 communes que compte la circonscription.

Selon l'INSEE, le dynamisme démographique et économique du département est modéré et la population est plus âgée que la moyenne régionale. Si le taux de pauvreté y est largement inférieur à la moyenne nationale, des situations de grande pauvreté y sont plus fréquentes que dans le reste de la région : touchant l'agglomération mancelle, elle concerne également les zones rurales excentrées, au sud-est, dans la vallée du Loir, ainsi qu'au nord, dans les établissements public de coopération intercommunale du Pays marollais, du Saosnois et du Pays de Sillé.

Le centre hospitalier spécialisé (CHS) de la Sarthe, établissement public de santé mentale, a été créé en 1828 au Mans, répondant avant la loi de 1838 à l'obligation pour chaque département de mettre en place un hôpital psychiatrique, accueillant les aliénés. Son évolution reflète largement celle, générale, de la psychiatrie, tournée aujourd'hui vers la prévention et la prise en charge ambulatoire ainsi que les coopérations sanitaires et sociales. L'offre de soins psychiatrique dans le département est principalement liée aux actions et aux moyens du CHS : il n'existe qu'une seule clinique privée de psychiatrie dans un contexte de démographie médicale de la spécialité très déficitaire.

Définitivement installé en 2011 sur le site d'Allonnes en ce qui concerne l'hospitalisation des adultes (y compris la gérontopsychiatrie) et la psychiatrie infantile-juvenile, il comporte aujourd'hui de nombreux sites ambulatoires : vingt-six centres médico-psychologiques (CMP), huit hôpitaux de jour, seize centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP). Au-delà de son activité spécifique et extrahospitalière, il a développé des liaisons et des partenariats avec d'autres structures :

- l'équipe mobile psychiatrie-précarité (EMPP) ;
- l'équipe mobile prévention suicide (EMPS) ;
- la maison d'arrêt du Mans, par la création d'une unité de consultations et de soins ambulatoires en partenariat avec la maison d'arrêt du Mans ;
- des hôpitaux généraux :
 - o une équipe psychiatrique d'accueil, d'urgence et de liaison (EPAUL), présente aux urgences du centre hospitalier du Mans ;
 - o une équipe mobile de psychiatrie adulte intervenant au pôle « santé Sarthe et Loir » ;
 - o une équipe de liaison pédopsychiatrique dans le pôle « mère enfant » du centre hospitalier du Mans ;

- une permanence d'accès aux soins psychiatriques appuyée sur une équipe mobile de psychiatrie auprès des personnes en situation de précarité, basée au centre hospitalier du Mans ;
- une équipe mobile de gérontopsychiatrie ;
- des structures sociales et médicosociales du département, accueillant des personnes handicapées ou des personnes âgées qui constituent pour certains des patients hospitalisés un accueil adapté.

Disposant au Mans d'un centre d'addictologie (clinique Prémartine), il a mis en place dans ce domaine en 2008 une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA). Le CHS est par ailleurs gestionnaire de deux maisons d'accueil spécialisées (MAS) et d'un foyer occupationnel qui ont accueilli les patients au long cours hospitalisés auparavant.

2.2 L'HISTOIRE ET L'IMPLANTATION DE L'ETABLISSEMENT

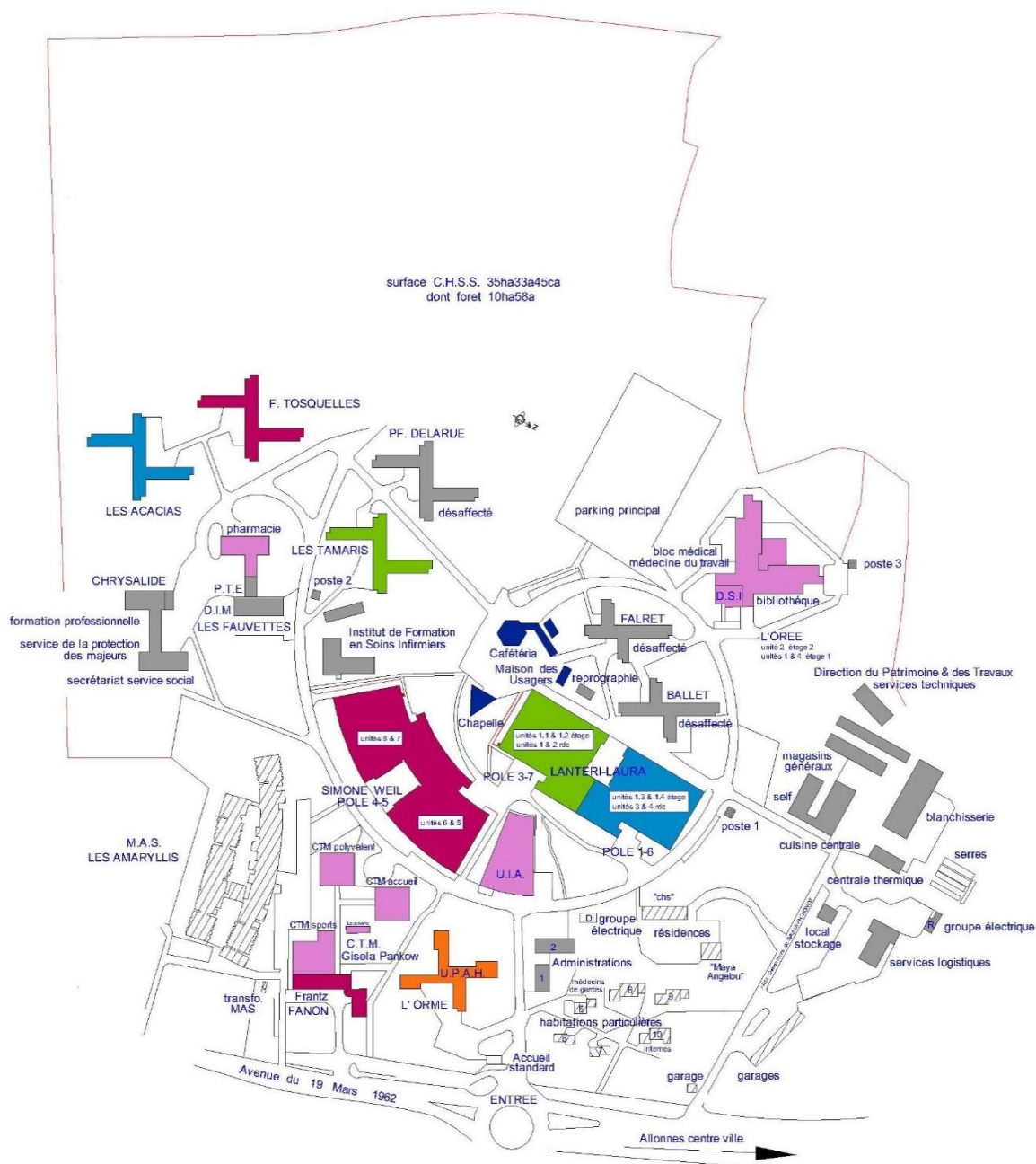
Les différents avatars des bâtiments d'hospitalisation du CHS de la Sarthe « racontent » en fait l'histoire de la psychiatrie autour de trois séquences temporelles.

Construit au Mans en 1828, selon les théories d'Esquirol, le premier bâtiment suit un axe longitudinal occupé par une cour de circulation et qui s'achève par une chapelle. Autour du bâtiment d'administration et des services, sont disposés différents pavillons correspondant à des groupes de patients dont celui des « agités » ; femmes et hommes sont séparés. Jusqu'à 1 000 personnes y ont été accueillies. Le bâtiment sera fermé en 2011 et une partie est désormais classée.

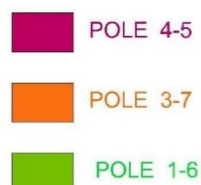
En 1968, l'hôpital s'installe sur le site d'Allonnes, tout en conservant une implantation sur celui du Mans. L'architecture est organisée selon le principe de l'hôpital-village sur une vaste emprise de 35,33 ha, entourée de bois et d'une grille haute de 2,10 m : les pavillons des malades sont disposés autour d'une place centrale qui comprend une église, une salle des fêtes, une cafeteria, un coiffeur. De nouvelles constructions y sont ajoutées jusqu'en 1998 dont le bâtiment de deux étages, "l'Orée", qui accueillera le service de gérontopsychiatrie. Cette conception devient caduque assez rapidement avec une évolution qui tend à ouvrir l'hôpital sur la ville et à développer le secteur extra hospitalier.

Le dernier épisode est récent : l'abandon du site du Mans en 2011 accompagne l'ouverture sur le site d'Allonnes des nouvelles unités d'hospitalisation, dont le projet démarre en 2007. Le dernier bâtiment du nouveau complexe, "Simone Weil", ouvre en 2013 pour accueillir les lits des secteurs 4 et 5, après "Lantéri-Laura", qui reçoit ceux des secteurs 1, 3, 6 et 7, et l'unité intersectorielle d'admission.

Certains pavillons du site d'Allonnes sont aujourd'hui désaffectés ; quelques unités pour malades ou des bureaux subsistent dans les anciens bâtiments. Dans l'avenir immédiat, selon les déclarations qui ont été faites aux contrôleurs, différentes évolutions devraient intervenir concernant le pavillon de la pédopsychiatrie, les pavillons des Acacias ou des Tamaris ainsi que le pavillon Tosquelles dont les patients devraient s'installer en avril 2015 au deuxième étage du bâtiment "l'Orée".



CHSS 2013



2.3 L'ORGANISATION FONCTIONNELLE

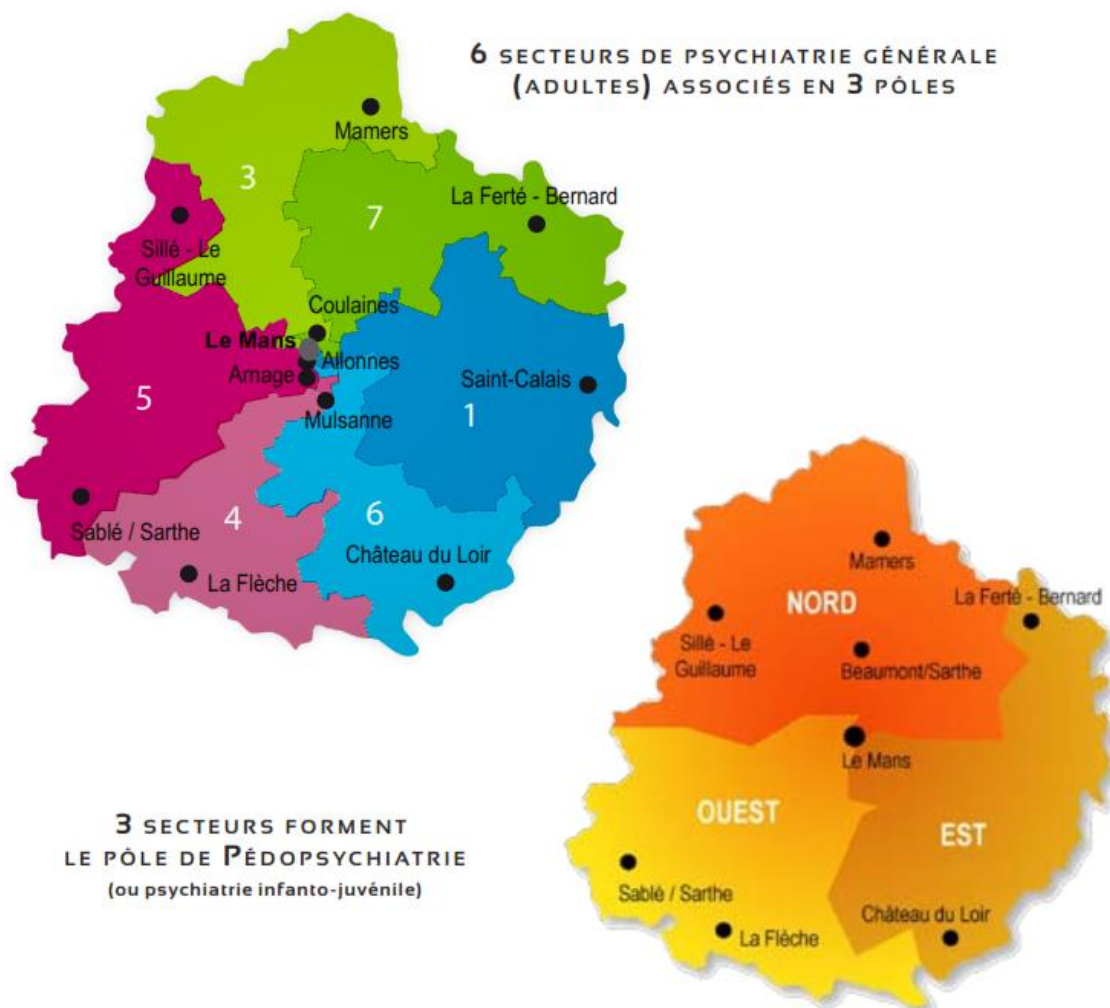
Deux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), 2008-2012 et 2012-2017, conclus avec l'ARS, donnent la direction stratégique de l'évolution du centre hospitalier.

L'offre départementale de prévention et de soins du CHS est organisée depuis 2010 en six pôles qui permettent une mutualisation partielle des ressources soit entre les secteurs d'un même pôle soit entre l'ensemble des pôles (pôles transversaux interne et externe).

Trois pôles, regroupant chacun deux secteurs, concernent la psychiatrie adulte : les pôles 1-6, 3-7, 4-5, couvrant en camembert le département depuis le centre de la ville du Mans et comprenant chacun environ le tiers de la population du département¹. Chaque pôle dispose de lits d'hospitalisation et de centres de consultations, de CATTTP ou d'hôpitaux de jour dont certains sont polaires. Les équipes sont pluridisciplinaires : médecins psychiatres, médecins généralistes, psychologues, ergothérapeutes, infirmiers, aides-soignants, agents des services hospitaliers (ASH), assistantes sociales, etc.

Le pôle de pédopsychiatrie regroupe trois secteurs et couvre l'ensemble du département.

Organisation des pôles de psychiatrie adulte et de pédopsychiatrie



Source : livret d'accueil du CHS

¹ Le CHS n'a pu fournir que des données de 2008 sur les populations couvertes par les trois pôles, organisés en 2010 après un redécoupage des secteurs (suppression du secteur 2).

Le pôle transversal interne regroupe: l'unité intersectorielle d'admission (UIA) qui accueille les patients non programmés et en hospitalisation libre avant de les orienter éventuellement dans les unités d'hospitalisation de leur secteur, le département de médecine générale, la pharmacie, le service de psychiatrie de la personne âgée, l'équipe mobile de gérontopsychiatrie, le bloc médical et le centre d'activité thérapeutique à temps partiel intersectoriel (CATTPI) situé dans l'enceinte du CHS à Allonnes et au Mans, et le centre de thérapies à médiations.

Le pôle transversal externe est composé du service d'addictologie, de l'équipe psychiatrique d'accueil, d'urgence et de liaison du CH du Mans (EPAUL), de l'équipe mobile psychiatrie précarité(EMPP), de la permanence d'accès aux soins de santé en psychiatrie (PASSpsy), de l'équipe mobile de prévention du suicide et de l'équipe mobile intervenant à l'unité sanitaire de la maison d'arrêt du Mans.

Une permanence des soins est assurée 24 heures sur 24 par un ou deux médecins psychiatres d'astreinte, un médecin généraliste de garde ainsi que par les équipes soignantes pour accueillir notamment les personnes hospitalisées en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE).

Au moment de la visite des contrôleurs, la mutualisation entre les secteurs d'un même pôle est diverse. Des contrats sont en voie de finalisation avec la direction et les pôles : seuls la pédopsychiatrie, le pôle transversal interne et le pôle 1-6 l'ont signé aujourd'hui. Fixant des règles communes en matière de gouvernance et un tronc commun de délégation de gestion, ils doivent décliner la stratégie de chacun d'eux.

Capacité totale d'hospitalisation du CHS de la Sarthe en février 2015

	Lits d'hospitalisation complète*	Places d'hospitalisation de jour
Psychiatrie :		
Psychiatrie générale	281	130
Psychiatrie infanto-juvénile	9	48
Psychiatrie de la personne âgée	30	14
Addictologie	12	15
	352	207
Médico-social :		
Maisons d'accueil spécialisées	100	10
Foyer occupationnel	30	
Total	462	217

* hors chambres de soins intensifs, dites chambres d'isolement.

Source : livret d'accueil du CHS

Administration et gouvernance

Les services administratifs recouvrent la direction générale et les sept directions spécialisées :

- affaires financières et contractualisation ;
- affaires médicales, de la qualité et des relations avec les usagers ;

- personnel ;
- soins infirmiers, rééducation et médico-techniques ;
- logistique et achats, en charge notamment des services centraux, de la cuisine, de la blanchisserie, de la régie pour l'argent des patients ;
- patrimoine et travaux ;
- système d'information ;
- le département d'information médicale (DIM).

En outre, le CHS compte un institut de la formation en soins infirmiers (IFSI) qui gère une cellule de formation pour public externe.

Trois spécificités sont à souligner :

- au sein des affaires financières, une cellule « soins sans consentement » est notamment en charge de délivrer l'information sur leurs droits aux patients hospitalisés sous contrainte et d'organiser avec les unités les audiences auprès du JLD ;
- au sein de la direction des affaires médicales, de la qualité et des relations avec les usagers (DAMQRU), un service de protection des majeurs, composé de trois mandataires, organise sur accord du juge la tutelle de 222 patients. Il est en lien étroit avec les unités d'hospitalisation pour les trente-sept majeurs hospitalisés sous mandat de l'établissement ;
- la direction des affaires médicales, de la qualité et des relations avec les usagers est notamment en charge d'un recueil des évènements indésirables, documenté par les signalements des personnels sur une fiche standardisée : ces fiches alimentent un observatoire de la violence, placé auprès du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). D'autre part, la même direction gère le service de prévention et de sécurité qui intervient en cas de violence en renfort des équipes soignantes.

Le conseil de surveillance est en place avec cinq représentants des collectivités locales, cinq représentants du personnel, et cinq personnalités qualifiées désignées par l'ARS et le préfet, dont deux représentants des usagers. En 2013, il s'est réuni cinq fois ; il a notamment été appelé à délibérer sur le rapport annuel d'activité de 2012, le compte financier de 2013 et l'affectation des résultats.

Au moment de la visite, le président de la CME est le chef du pôle 1-6.

Règlement intérieur et protocoles

Il n'existe pas de projet d'établissement : celui-ci, comme les contrats de pôle, « est en voie d'élaboration depuis 2013 ».

Il n'existe pas non plus de règlement intérieur mais un corpus de notes de service et de protocoles validés. Au moment de la visite, certains d'entre eux – isolement thérapeutique, contention – ont été validés ; celui concernant la prise en charge des détenus était encore en cours d'examen. La haute autorité de santé (HAS), qui, au terme d'une démarche entreprise en 2007, a accordé en 2012 la certification au CHS avec recommandations, fait de la formalisation d'une réflexion sur la restriction de liberté l'un des axes du plan d'actions de l'établissement pour la prochaine visite de certification, après avoir souligné :

- l'absence de formalisation par les pôles de la promotion des libertés individuelles ;
- la non finalisation du protocole sur les détenus ;
- l'absence de réflexion de la CME et de la commission des soins infirmiers et de rééducation médico-technique (CSIRMT) sur les conditions de préservation des libertés individuelles ;
- l'absence d'identification par les pôles des situations nécessitant une restriction de la liberté d'aller et venir ;
- le problème de la gestion des lits pour les patients en soins libres, parfois contraints à un hébergement en unités fermées ;
- l'insuffisance de traçabilité, dans les dossiers des patients, des éléments de concertation et de réévaluation des situations, notamment lorsqu'il est décidé des mesures privatives de liberté.

2.4 LE PERSONNEL

2.4.1 Données générales

Le CHS, toutes unités comprises, compte 1 386 équivalents temps plein rémunérés (ETPR) en 2014. Sa structure d'emploi est décrite par le tableau ci-après

Effectifs temps plein rémunérés en moyenne annuelle du CHS
(année 2014) tous budgets confondus

budgets	H	P (foyer)	Q (MAS)	C (IFSI)	total	%
personnels médicaux	53,95		0,25		54,20	3,91%
<i>s/ total PM</i>	53,95	-	0,25	-	54,20	3,91%
personnels de direction et administratifs	131,42	1,59	3,53	3,85	140,39	10,13%
personnels de services de soins et de rééducation	821,42	17,75	127,81	6,87	973,85	70,24%
personnels éducatifs et sociaux	40,22	1,88	8,00		50,10	3,61%
personnels médico-techniques	9,94				9,94	0,72%
personnels techniques et ouvriers	157,90				157,90	11,39%
<i>s/ total PNM</i>	1 160,90	21,22	139,34	10,72	1 332,18	96,09%
total général	1 214,85	21,22	139,59	10,72	1 386,38	100,00%

Source : direction du personnel

Les effectifs sont en légère diminution depuis 2013 compte tenu du plan de retour à l'équilibre mis en place en 2013.

Le taux d'absentéisme global est en légère augmentation en 2013 par rapport à 2012 (8,57 % contre 8,18 %), à l'inverse du *turn over* (2,97 % contre 5,58 %).

2.4.2 Le personnel médical

L'effectif médical est passé de 59,23 à 53,95 ETP en une année.

En 2014, on enregistre quatre recrutements contre six sorties pour diverses raisons (retraite, mutation, fin de contrat, démission).

Les médecins psychiatres de l'établissement présentent une pyramide démographique défavorable. Sur les quarante-quatre psychiatres ou faisant fonction de l'établissement, dix ont plus de 60 ans.

Pour pallier les difficultés actuelles et futures de recrutement de psychiatres, l'hôpital a mis en place en décembre 2013 un plan d'action : protocole de recrutement, publication de postes, valorisation de la situation des praticiens contractuels, accompagnement de la reconversion de généralistes (prise en charge des diplômés interuniversitaires), accueil des internes (treize postes en septembre 2014).

2.4.3 Le personnel non médical

L'établissement est gestionnaire d'un institut de formation en soins infirmiers, ce qui facilite les recrutements. Les nouveaux personnels suivent une procédure d'intégration et sont théoriquement accompagnés à leur arrivée par un tuteur. Un protocole organise chaque année les mobilités (entre les unités d'hospitalisation, entre les lieux de soins intra-extrahospitaliers) qui sont ouvertes au personnel infirmier après un temps d'affectation dans un même poste.

Les effectifs définis par unité hospitalière sont en règle générale de deux infirmiers et un aide-soignant dans la journée et un infirmier et un aide-soignant la nuit, plus un infirmier mutualisé pour répondre aux besoins d'intervention. Une rotation des personnels est organisée entre les services de jour et de nuit : en principe, chacun assure un service de nuit trois mois par an (un mois en continu). La possibilité d'échange d'horaires laisse à cette règle une certaine souplesse.

Dans les bâtiments récents – "Simone Weil" et "Lantéri-Laura" –, le principe d'emploi minimal par vacation n'est pas prévu par unité: dans la journée, un minimum de cinq soignants doivent être présents pour deux unités contigües, soit deux infirmiers à chaque unité, et un aide soignant pour l'une des deux ; la nuit, au minimum trois soignants, soit un infirmier dans chaque unité et un aide soignant pour les deux.

2.5 LES DONNEES FINANCIERES

Composé pour l'essentiel en recettes des produits versés par l'assurance maladie et fixés par l'ARS (dotation annuelle de fonctionnement), le budget comprend également des produits de l'activité hospitalière (tickets modérateur, forfaits journaliers) et d'autres produits.

Un déficit de 400 000 euros, apparu en 2012, mais surtout l'effet de ciseau observé entre la contraction de la dotation de financement (+ 0,49 % en 2014) et l'augmentation des charges (+ 1,4 % sur le personnel et + 1 % sur les autres postes), ont conduit l'établissement à s'engager dans un plan de retour à l'équilibre qui comporte deux volets :

- le développement des recettes : augmentation de la facturation des chambres individuelles payée par les complémentaires en santé ; optimisation des achats ; optimisation de la facturation ; réflexion sur les prestations fournies par les équipes mobiles à d'autres établissements ;
- la maîtrise de dépenses : médicaments ; personnel (trente postes supprimés en 2013).

Le budget prévisionnel 2014 s'établit ainsi.

	Recettes 2013	Prévisionnel 2014	Evolution 2013-2014
Produits versés par l'assurance maladie	64 384 184 €	64 682 282 €	+ 0,46 %
Autres produits de l'activité hospitalière	3 934 429 €	3 857 899 €	- 1,95 %
Autres produits	4 673 001 €	4 773 499 €	+ 2,15 %
TOTAL	72 991 614 €	73 313 688 €	+ 0,44 %

Source : état des prévisions de recettes et dépenses. 2014

2.6 LES DONNEES D'ACTIVITE

La file active des patients hospitalisés est composée en majorité de patients hospitalisés librement.

Les patients hospitalisés sans consentement représentent 21 % de l'ensemble des patients hospitalisés en 2014. Si les personnes hospitalisées en SPDRE en constituent une partie très minoritaire (3,6 %), la durée moyenne de leurs séjours est plus de deux fois et demi plus importante que celle des hospitalisés librement : les patients en SPDRE « pèsent » pour 8,6 % dans les journées d'hospitalisation du CHS en 2014. Ces patients sont majoritairement accueillis dans les pôles 4-5 et 3-7.

Les patients hospitalisés en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT) représentent 18 % de la totalité des patients.

Les taux d'occupation sont très élevés notamment dans le pôle 4-5 conduisant pour le pôle à recourir temporairement aux lits d'hospitalisation situés dans les autres pôles ou à l'utilisation des chambres d'isolement comme chambres d'hébergement : ces difficultés sont décrites plus loin.

Hospitalisations au CHS de la Sarthe par statuts de patients hospitalisés, en 2014 ²

	Etablissement					Pop couverte 1/6					Pop couverte 3/7					Pop couverte 4/5				
						pole 1/6					pole 3/7					pole 4/5				
	nbre mesures	nbre patients	nbre journées	DMS	DMH	nbre mesures	nbre patients	nbre journées	DMS	DMH	nbre mesures	nbre patients	nbre journées	DMS	DMH	nbre mesures	nbre patients	nbre journées	DMS	DMH
ASPRE total	116	97	10120	87	104	19	18	2966	156	165	44	39	3569	81	92	53	40	3566	67	89
<i>urgence</i>	32	23	2724	85	118	4	4	781	195	195	11	9	538	49	60	17	10	1404	83	140
<i>maire</i>	49	43	2955	60	69	4	4	213	53	53	18	17	1407	78	83	27	22	1317	49	60
<i>détenus</i>	16	14	87	5	6	4	3	35	9	12	7	6	27	4	5	5	5	25	5	5
<i>décision judiciaire</i>	17	16	3623	213	226	6	6	1578	263	263	8	7	1590	199	227	3	3	455	152	152
<i>transfo SDT=>SRE</i>	3	3	731	244	244	1	1	359	359	359	1	1	7	7	7	1	1	365	365	365
ASPT total	553	467	14845	27	32	169	135	4173	25	31	197	168	5108	26	30	179	161	5424	30	34
<i>DT</i>	177	164	3776	21	23	50	47	810	16	17	49	44	1097	22	25	76	72	1833	24	25
<i>urgence</i>	227	182	7921	35	44	81	61	2458	30	40	78	65	2575	33	40	63	54	2811	45	52
<i>péril imminent</i>	150	137	3148	21	23	39	34	905	23	27	70	64	1436	21	22	40	38	780	20	21
Soins libres	3953	2579	92173	23	36	1140	773	22534	20	29	857	615	24075	28	39	887	618	23072	26	37
total	4154	2693	117138	28	43	1203	811	29673	25	37	933	659	32752	35	50	964	667	32062	33	48
taux occupation	96,7%					93,4%					100,8%					99,8%				

² Les résultats de ce tableau peuvent différer de ceux issus des tableaux d'activité du DIM présents sur l'intranet du CHS car dans ce tableau c'est l'UF traitante qui est prise en compte et dans les tableaux d'activité du DIM c'est l'UF hébergeante.

Le taux d'occupation peut être supérieur à 100% du fait qu'en 2014 les chambres d'isolement ne sont plus comptabilisées.

L'observation sur trois ans des seules entrées en hospitalisation témoigne d'une diminution de 43 % des entrées sous contrainte par rapport à 2012 : ce sont les mesures à la demande du maire (la moitié des demandes d'hospitalisation en 2014) qui connaissent la chute la plus marquée (- 53 % 2014/2012). L'hospitalisation des détenus baisse régulièrement (-28 % depuis 2012 ; -46 % 2014/2013).

Nombre d'entrées d'hospitalisations en SPDRE - 2012-2014

	2012	2013	2014	Répartition par type de mesure /total 2012	Répartition par type de mesure /total 2013	Répartition par type de mesure /total 2014
SRE Article L 3213.1 (Urgence)	14	14	10	14%	16%	17%
SRE Article L 3213.2 (Maire)	62	37	29	61%	44%	50%
SRE Article D398 (Détenus)	21	28	15	21%	33%	26%
SRE judiciaire	2	5	3	2%	6%	5%
SRE Article 3213.6 (Transformation)	0	1	1	0%	1%	2%
Total	102	85	58			

Source : DAFC

En revanche, les entrées des hospitalisations en SPDT ont baissé en 2012/2013 (-9 %) et augmenté en 2013/2014 (+ 16 %) :

Nombre d'entrées en hospitalisations à la demande de tiers- 2012-2014

	2012	2013	2014	Répartition par type de mesure /total 2012	Répartition par type de mesure /total 2013	Répartition par type de mesure /total 2014
SDT Article L 3212. 1	143	118	147	35%	31%	34%
SDT Article L 3212.3 (Urgence)	167	138	162	40%	37%	37%
SDT Article L 3212.1.II (Péril imminent)	104	121	128	25%	32%	29%
Total	414	377	437			

Source : DAFC

3 L'hospitalisation sans consentement et l'exercice des droits

3.1 L'ARRIVEE DES PATIENTS ADMIS SANS CONSENTEMENT

3.1.1 Les modalités d'admission

Les modalités d'admission des patients placés en soins psychiatriques sans leur consentement ont fait l'objet d'une note de service datée du 23 mai 2014.

Le CHS d'Allonnes ne possède pas d'unité d'accueil spécifique pour les patients en soins sans consentement. L'unité intersectorielle d'accueil et d'admission (UIA) a pour vocation l'accueil des patients en hospitalisation libre non programmée. Elle n'est susceptible d'admettre des patients en soins sans consentement que si les autres unités n'ont plus de lit disponible.

Aussi, le principe qui prévaut pour le choix de l'unité d'hospitalisation est celui de la sectorisation géographique. Pour les personnes sans domicile fixe ou demeurant hors département, c'est la date de naissance qui fournit l'indication sur l'unité d'accueil.

Si aucun lit n'est disponible dans le pôle bi-sectoriel d'accueil théorique, le choix sera fait sur des critères d'opportunité.

Les modalités d'admission des détenus hospitalisés font l'objet d'un paragraphe spécifique (Cf. *infra* chapitre 4.5).

Il arrive que, faute de lit disponible, un patient en hospitalisation libre qui devrait être accueilli en urgence dans l'unité de son pôle soit temporairement hébergé dans un autre pôle ou une unité interpolaire (UIA ou lit du service de psychiatrie de la personne âgée).

	Hébergement des patients hors de leurs pôles en 2014				
	Pôle 1-6	Pôle 3-7	Pôle 4-5	Transversalité interne (UIA, géronto)	Nombre de patients de secteur hébergés hors de leur pôle
Pôle 1-6		10	6	1	17
Pôle 3-7	126		15	5	146
Pôle 4-5	116	32		1	149
Nombre de patients venant des autres pôles	242	42	21	7	312

Source : DIM

Les patients hospitalisés sans leur consentement sont théoriquement admis directement dans les unités de leur secteur voire du pôle. En cas de besoin d'une chambre d'isolement, celle-ci peut être recherchée dans tout l'établissement (Cf. chapitre 3.1.1).

Dans tous les cas, le psychiatre du secteur du patient en conserve la responsabilité médicale.

Dans certaines unités, il arrive qu'au retour d'une permission de sortir, un patient apprenne qu'en raison d'une admission sa chambre n'est plus disponible ; il est alors contraint de s'installer dans une autre chambre.

3.1.1.1 Le transport

En principe, le centre hospitalier spécialisé envoie une ambulance et des infirmiers

chercher le patient ; il peut arriver que celui-ci soit conduit à l'hôpital par des ambulanciers privés ou, plus rarement, par des forces de sécurité.

Le nombre d'infirmiers est décidé sur des critères purement médicaux par le psychiatre de service, ou d'astreinte en dehors des heures de service, à la suite d'un entretien avec le médecin qui aura établi le premier diagnostic.

C'est l'unité d'accueil qui se charge d'aller chercher le patient. Chaque nuit et après-midi des week-ends et jours fériés, une unité désignée par roulement a dans son effectif un infirmier supplémentaire en sus du minimum requis. Ce renfort sert en particulier aux missions extérieures d'accompagnement à l'arrivée à l'hôpital des patients pour des soins sans consentement.

Le recours à une escorte de police ou gendarmerie est possible mais soumis à des situations de danger imminent et prouvé.

Les infirmiers doivent partir de l'établissement avec les moyens de contention comprenant des sangles en tissu dotées de bandes velcro et de verrou pour les membres supérieurs et inférieurs ainsi qu'une ceinture abdominale et une mallette de pharmacie. L'ensemble est mis en œuvre après consultation téléphonique avec le médecin.

3.1.1.2 L'arrivée dans le service

La note de service précitée explicite les démarches administratives, objets du paragraphe suivant. Elle précise également que la mise en chambre d'isolement de l'arrivant ne s'effectue que sur prescription expresse du psychiatre.

Ainsi, et les contrôleurs ont pu le constater lors de tous leurs entretiens, lors de l'arrivée, le placement en chambre d'isolement et la mise en pyjama des patients en soins sans consentement **ne sont pas des pratiques systématiques de l'établissement.**

La règle est énoncée et elle est appliquée.

Le personnel des unités est informé par la note de service des obligations légales entourant les soins sans consentement, quand bien même le suivi des formalités est assuré exclusivement par le service « admission » de l'hôpital.

Plus précisément, ce sont des agents de la « cellule admission », appelés « admissionnistes », au sein de service de la gestion administrative des patients, qui rencontrent les patients arrivants pour procéder aux notifications prévues par les textes.

Les biens personnels et les objets considérés comme dangereux (objets tranchants tels que les rasoirs, cordon de portable) ainsi que les parfums et produits d'hygiène contenant de l'alcool sont conservés dans des casiers numérotés situés dans le poste infirmier de l'unité.

Le cas échéant, il peut être fourni au patient une paire de chaussons, un « kit hygiène » avec du gel douche, du shampoing, une brosse à dents *etc.*

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

Les « admissionnistes », dont c'est la mission, maîtrisent parfaitement les textes en vigueur et tout le formalisme prévu par le législateur.

Si ce choix de la direction sécurise à coup sûr les procédures, il est cependant permis – et les contrôleurs ont reçu des témoignages en ce sens – de s'interroger sur l'implication « humaine » de ces agents administratifs, qui n'auront plus guère l'occasion de rencontrer ces malades une fois leurs formalités accomplies.

Dans sa réponse, le directeur précise : « *Les dossiers sont entièrement repris et suivis par la suite par des agents de la "cellule soins sans consentement". Lors des audiences du JLD, une fois par semaine, ces agents sont systématiquement présents* ».l

Dès l'admission en journée, ou le lendemain matin en cas d'arrivée nocturne, un agent se rend au chevet du patient, après accord du personnel soignant, et notifie au patient ses droits, à l'aide d'un imprimé, qui vise l'article L3211.3 du code de la santé publique.

Sur les huit droits visés par l'article L3211.3³ du code de la santé publique, il n'est pas mentionné le droit de consulter le règlement intérieur de l'établissement, qui n'existe pas en tant que tel.

Les agents du service des admissions portent mention de l'impossibilité éventuelle de signer du patient hospitalisé sans son consentement. Il est prévu dans leurs missions de procéder à une description explicite de ses droits aux patients qu'ils rencontrent. Certains cadres de santé ont dit aux contrôleurs qu'ils préféreraient assurer une deuxième fois cette mission, pour lui enlever son caractère jugé parfois trop administratif et prenant insuffisamment en compte les besoins spécifiques des patients du fait de leur pathologie. Dans d'autres unités, il est apparu que l'explication des droits n'était pas clairement prévue.

Le livret d'accueil est remis aux patients, quel que soit le statut de leur hospitalisation, par le personnel soignant.

3.1.3 La désignation d'une personne de confiance

L'imprimé de désignation d'une personne de confiance vise la loi du 4 mars 2002, et l'article L1111.6 du code de la santé publique. Il est rempli dès l'arrivée d'un patient, pour tout mode d'hospitalisation, par le personnel soignant de l'unité concernée.

Selon les déclarations faites aux contrôleurs, « cette procédure ne pose aucun problème particulier, et très rares sont les patients qui n'ont pas désigné de personne de confiance ».

D'après les chiffres qui ont été donnés aux contrôleurs par le secrétariat du pôle 4-5, il apparaît pourtant que, pour l'ensemble des patients en SPDRE ou SPDT qui ont été admis en 2014 dans les unités de ce pôle, il a été proposé de désigner une personne de confiance à 46 % d'entre eux, parmi lesquels 54 % ont désigné quelqu'un, 39 % ont refusé et 6 % n'étaient pas en état d'en désigner.

³ Modifié par la loi N° 2013-869 du 27 septembre 2013

3.2 L'INFORMATION DES PATIENTS ADMIS

3.2.1 Le livret d'accueil

Le « Livret d'accueil de la personne hospitalisée », édité par le CHS de la Sarthe, est daté d'octobre 2014. Il comporte trente-six pages.

Il comporte les rubriques suivantes :

- l'offre de soins en santé mentale en Sarthe ;
- le séjour du patient ;
- la qualité des soins ;
- les droits du patient ;
- les services d'hospitalisation du CHS de la Sarthe à Allonnes ;
- les services de consultation du CHS de la Sarthe sur le département.

Concernant les soins sans consentement, il est fait mention page 12 des dispositions de la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 et les différents types d'hospitalisation sont rappelés.

Le chapitre intitulé « Vos droits » présente successivement :

- la charte de la personne hospitalisée ;
- les informations sur la tenue du dossier médical ;
- la désignation de la personne de confiance ;
- les directives anticipées issues de la loi du 22 avril 2005 dite « loi Léonetti » ;
- des informations utiles en cas de plaintes ou de réclamations ;
- la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) ;
- la commission départementale des soins psychiatriques ;
- le juge des libertés et de la détention ;
- les mesures de protection des majeurs ;
- la « maison des usagers ».

Les problématiques des soins sans consentement et les droits spécifiques des patients concernés ne sont donc évoqués que partiellement à travers les prérogatives du juge des libertés et de la détention.

Le livret d'accueil n'aborde pas les règles de vie des unités, lesquelles ne font l'objet d'aucun écrit. La remise du livret d'accueil n'apparaît pas systématique. Par exemple sur les 171 patients admis en soins sans consentement dans des unités du pôle 4-5 au cours de l'année 2014, 69 ont reçu un livret d'accueil, soit 40 % et un l'a refusé.

3.2.2 Les informations relatives à la loi du 5 juillet 2011

Certains patients en soins sans consentement ont déclaré aux contrôleurs qu'ils ne connaissaient pas leurs droits, notamment en termes de saisine du JLD ; deux patients ont déclaré qu'on leur avait dit qu'ils n'avaient pas le droit de changer de médecin psychiatre.

Dans sa réponse, le directeur indique : « Une information figure dans le livret d'accueil, sur le site internet et dans l'intranet pour les soignants qui peuvent avoir l'information notamment sur le libre choix ». Ceci ne garantit pas pour autant une bonne information des patients comme cela a été constaté par les contrôleurs et ce d'autant qu'ils

ne reçoivent pas systématiquement le livret d'accueil.

L'information au sein des unités est assurée par des tableaux d'affichage, protégés par des portes vitrées. Y apparaissent des affiches format A4 toutes siglées de l'établissement avec des informations synthétiques mais complètes sur les organismes visés dans l'article L3211.3 du code de la santé publique.

Chaque unité de soins est équipée d'un panneau d'affichage contenant les informations sur les thèmes suivants :

- l'enregistrement informatique des données relatives au patient ;
- les horaires d'accès à la cafétéria et chez le coiffeur ainsi que les tarifs appliqués ;
- les jours et les horaires de permanence de la maison des usagers ;
- la CRUQPC ;
- la CDSP ;
- l'accès au culte
- la charte des usagers.



Affichage institutionnel au sein d'une unité de soins

3.2.3 Le recueil des observations des patients

Les patients peuvent formuler leurs observations par le biais du questionnaire de satisfaction, distribué dans les unités, et tracé aussi bien que traité par le service qualité.

En dehors du questionnaire de satisfaction, les patients peuvent adresser leurs réclamations par écrit au directeur, ou à la CRUQPC. Ils reçoivent systématiquement une réponse écrite.

Les informations relatives à ces deux démarches figurent dans le livret d'accueil.

Par ailleurs, en principe, l'avis du patient est recherché ; l'agent chargé de l'accueil du patient doit le mentionner dans le dossier du patient, informatisé dans le logiciel Cariatides, en cochant deux cases intitulées « Bénéfice / Risque » et « Consentement ». Il a été expliqué aux contrôleurs qu'en raison d'un dysfonctionnement du logiciel ces deux cases n'étaient jamais cochées. Dans sa réponse, le directeur précise : « *Le logiciel n'a pas été paramétré pour permettre que ces deux cases soient cochées à chaque observation* ».

3.3 LA CONFIDENTIALITE DES SOINS

3.3.1 La confidentialité des hospitalisations

Lors de son admission le patient se voit remettre systématiquement un formulaire à remplir intitulé « Confidentialité des informations concernant le patient ». Selon son état psychique et son statut, il le remplit lors de son admission ou quelques jours plus tard avec l'aide d'un personnel soignant ou d'un personnel administratif.

Le patient doit préciser s'il autorise la communication des informations concernant sa santé aux professionnels de santé extérieurs au CHS et à des proches. Il indique également s'il souhaite recevoir des visites et des appels téléphoniques. Lorsqu'un patient ne souhaite pas recevoir de communications téléphoniques, le personnel du standard a la consigne de noter les coordonnées de l'interlocuteur et de les transmettre au patient. Les patients ont également la possibilité de se voir attribuer un pseudonyme afin que leur anonymat soit respecté ; selon les informations données aux contrôleurs, cette pratique reste exceptionnelle et concerne essentiellement des membres du personnel hospitalier et leurs familles.

Concernant les mineurs, ils doivent préciser sur le formulaire s'ils autorisent la communication des informations concernant leur santé aux titulaires de l'autorité parentale.⁴ Le mineur doit alors se faire accompagner par une personne majeure de son choix.

3.3.2 L'accès au dossier médical

Les informations explicitant les règles d'accessibilité au dossier médical sont mises à la disposition des patients au secrétariat médical de chaque unité d'hospitalisation. Elles sont également disponibles sur le site internet de l'hôpital et dans le livret d'accueil.

4 La loi (L. 1111-5 du code de la santé publique) crée un droit nouveau permettant au mineur de cacher des informations à ses parents (son tuteur) dans la finalité de permettre aux médecins d'agir "pour la sauvegarde de la santé du mineur" sans avoir à obtenir le consentement de ceux-ci quand le mineur souhaite que son état de santé reste secret.

La demande d'accès au dossier médical peut s'effectuer par une lettre manuscrite du demandeur ou par le biais d'un imprimé à remplir qui est disponible sur internet, aux admissions et au secrétariat médical des unités. Pour un envoi postal, la demande doit être accompagnée d'une copie d'un justificatif d'identité et de domicile ou d'une adresse d'expédition. Si le demandeur n'est pas le patient, il doit fournir les documents attestant sa qualité ; le patient doit alors confirmer son accord par écrit.

Les délais légaux de communication sont de :

- huit jours maximum si les informations médicales datent de moins de cinq ans ;
- deux mois maximum si les informations médicales datent de plus de cinq ans.

Lorsque la consultation du dossier a lieu sur place, un médecin ou un personnel infirmier, délégué par le médecin, se rend disponible pour accompagner le patient dans la lecture de son dossier. Dans le cadre d'une demande d'envoi de dossier à domicile, l'hôpital facture au demandeur les frais d'envoi en courrier recommandé avec accusé de réception ainsi que 18 centimes d'euros par copie.

En cas de refus ou de retard de communication, le demandeur peut saisir la commission départementale de soins psychiatriques (CDSP).

Pour l'année 2014, soixante-dix-huit demandes ont été formulées : cinquante-six par le patient, dix-neuf par le biais d'un ayant droit, une par l'intermédiaire d'un médecin, une par un membre de la famille non ayant droit et une par un tuteur. Cinquante-six dossiers ont été clôturés. Lors de la visite des contrôleurs, seize dossiers étaient toujours en cours de traitement faute de règlement ou d'absence de pièces justificatives. Deux rendez-vous n'ont jamais été honorés par les demandeurs et quatre demandes ont été refusées pour les motifs suivants :

- le demandeur n'était pas autorisé ;
- deux patients mineurs ont refusé, lors de l'hospitalisation, de communiquer leur dossier à leurs ayants droit ;
- l'établissement a refusé de communiquer le dossier d'un patient décédé à un ayant droit ses motifs étant irrecevables.

Il convient de noter que la CDSP n'a pas été saisie dans le cadre de ces quatre refus.

Les délais de réponse aux demandes de dossiers médicaux ont été les suivants :

- quarante-et-un dossiers ont été transmis dans un délai de huit jours ;
- trois dossiers ont été transmis entre neuf et douze jours ;
- un dossier a été transmis dans les trente jours qui ont suivi la demande ;
- douze dossiers, dont les délais d'ancienneté étaient supérieurs à cinq ans, ont été transmis dans un délai de deux mois.

3.4 LE COMITE D'ETHIQUE

Un groupe de réflexion éthique a été formalisé, par décision du directeur, après avis des instances, en février 2013 ; sa composition nominative a été fixée en novembre 2013. Il est l'aboutissement des travaux menés par deux groupes successifs depuis 2009.

Composé au plus de vingt-deux membres – trois membres de droit (le directeur et les présidents de la CME et de la CSIRMT), quatre membres invités (les deux représentants des usagers à la CRUQPC, un représentant du conseil de surveillance et le directeur de l'institut

de formation en soins infirmiers), neuf à quinze membres permanents désignés parmi les professionnels volontaires de l'établissement) –, le comité s'est réuni une dizaine de fois en 2014.

Ce groupe a principalement travaillé sur les sujets relatifs à son propre fonctionnement, à la nécessaire formation des personnes impliquées en éthique ou sur l'animation du débat éthique ainsi qu'à la façon de faire connaître le groupe et ses missions au sein des différents pôles.

Les réflexions éthiques semblent avancer difficilement en pratique, malgré l'identification de trois préoccupations devant faire l'objet de travaux du groupe : la liberté d'aller et venir, le port du pyjama et la prescription systématique de l'isolement pour les détenus hospitalisés. Deux sujets complémentaires ont été pointés au cours des réunions : la relation avec les familles à propos de l'information sur un diagnostic grave ou sur les consignes visant à restreindre les visites ou communications avec la personne hospitalisée, ainsi que l'occupation des lits des malades permissionnaires par de nouveaux entrants.

Par ailleurs, le groupe a été saisi en janvier, en vue de la préparation du projet d'établissement, sur trois thèmes : « l'éthique au service des droits du patient », « la bientraitance » et « les droits des patients et restriction des libertés ».

3.5 LA PLACE LAISSEE AUX REPRESENTANTS DES FAMILLES ET DES USAGERS

Une seule association représentant les familles assure une permanence au sein de l'hôpital : l'union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM). L'union départementale des associations familiales (UDAF), dont un représentant siège à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), n'assure pas de permanence. Des plaquettes d'information sur l'UNAFAM sont en principe affichées dans chaque unité. Par ailleurs, il a été indiqué qu'un petit nombre de médecins adressait systématiquement les familles à l'association.

Parmi les associations, deux membres de l'UNAFAM sont représentés officiellement au sein du CHS : un siège à la CRUQPC et un autre fait partie de la commission éthique et du conseil de surveillance. Il a été précisé que la collaboration avec la direction se déroulait de façon harmonieuse, les membres de l'UNAFAM étant pleinement associés aux différents projets de l'établissement.

Un local, « la maison des usagers », est mis à la disposition des associations dans l'enceinte du CHS. Il se trouve à proximité de la cafétéria ; les jours et les horaires d'ouverture sont indiqués sur la façade extérieure du bâtiment. Ce local dispose d'un bureau et d'une pièce, agréablement aménagée, réservée à l'accueil des patients et des familles. C'est également à la maison des usagers qu'ont lieu les permanences de la CRUQPC (cf. *infra* chapitre 3.7.2).

L'UNAFAM tient une permanence à la maison des usagers les deuxième et quatrième mercredis du mois, de 14h à 16h30. Par ailleurs, un accueil téléphonique est assuré sept jours sur sept par trois membres de l'association. Au cours de l'année 2014, l'association a reçu, dans le cadre de ses permanences au CHS, seize familles, vingt-quatre patients, un professionnel de santé et un étudiant en soins infirmiers. En principe, les familles de patients se rendent directement à la délégation de l'UNAFAM situé au Mans (110 familles en 2014).

La principale doléance des familles concerne leur sentiment de ne pas être suffisamment associées à la prise en charge des patients, notamment dans la préparation des sorties et dans l'élaboration de programmes de soins. De manière générale, il a été regretté un manque de coopération avec les médecins de certains pôles. Les familles viennent rechercher auprès des bénévoles des conseils sur la manière qu'il convient d'adopter pour communiquer avec les psychiatres. Il semble être « *difficile de pouvoir s'entretenir avec les médecins psychiatres au sujet de l'évolution de la santé de son proche majeur, même si celui-ci a donné son accord* ». D'après les propos recueillis, « *les familles auraient peur de se plaindre* ». En revanche, les témoignages concernant la disponibilité du personnel infirmier sont positifs.

Les contrôleurs ont également entendu les remarques suivantes, sur le fonctionnement et la vie dans les unités :

- « le port du pyjama, parfois imposé notamment pour prévenir le risque de fugue, est vécu de façon violente et humiliante, comme une stigmatisation » ;
- « l'hospitalisation des personnes détenues mobilise les personnels soignants au détriment des autres patients » ;
- « auparavant, le CHS était doté de personnel soignant en nombre suffisant et le recours à la chambre de soins intensifs (CSI) était moins fréquent » ;
- « l'accès aux ateliers thérapeutiques et aux activités ne peut s'effectuer que sur prescription médicale" ;
- « les règles de fonctionnement varient d'une unité à une autre notamment concernant l'ouverture et la fermeture des portes d'accès aux unités ».

Par ailleurs, selon les propos recueillis par les contrôleurs, il apparaît que les relations avec les rares tuteurs ou curateurs familiaux ou avec les institutionnels concernant notamment l'achat de tabac et, plus globalement, toutes les dépenses, sont d'une qualité extrêmement variable d'une unité de soins à une autre.

3.6 LES INCIDENTS ET LEUR TRAITEMENT

3.6.1 Le traitement des plaintes et réclamations

La gestion des plaintes et des réclamations des patients a été formalisée par une note datée du 20 mai 2010.

Ont été définis comme plaintes ou réclamations, toutes formulations d'insatisfaction, remarques, suggestions ou avis émis de façon spontanée ou non quel qu'en soit le mode d'expression et de recueil.

Plusieurs temps ont été prévus pour la gestion d'une plainte ou réclamation. A chaque stade, dès lors que le plaignant estime la réponse satisfaisante, la plainte est réputée classée et fait l'objet d'un enregistrement informatique :

- le premier temps sera celui de l'accusé de réception du courrier puis du traitement de la réponse s'il s'agit d'un courrier, ou d'un entretien avec un permanencier de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), ou un membre de la direction de la qualité ;
- dans un deuxième temps le plaignant est informé de la possibilité de rencontrer

- un médiateur ;
- la rencontre avec le médiateur (médecin ou cadre de santé) dans un délai de huit jours constitue le troisième temps ; le médiateur établit un compte rendu à destination du plaignant et des membres de la CRUQPC ;
 - lors d'une séance exceptionnelle, la CRUQPC peut formuler un avis ou décider de classer la plainte ;
 - une réponse avec avis de la CRUQPC est adressée au plaignant et aux membres de la CRUQPC.

L'analyse des plaintes reçues en 2014 est la suivante :

Sur le support d'expression de la plainte (ou de l'éloge)

	Plainte officielle	Courrier	Téléphone	Permanence de la CRUQPC	Questionnaire de sortie	Entretien	Total
Nombre	0	64	4	1	10	1	80
Pourcentage	0	80 %	5 %	1,25 %	12,50 %	1,25 %	100 %

Sur la qualité de la personne qui a entamé la démarche

	Patient	Famille	Représentant des usagers	Visiteur	Autre	Total
Nombre	53	23	2	0	2	80
Pourcentage	66,25 %	28,75 %	2,50 %	0	2,50	100 %

Sur le motif des plaintes, réclamations ou éloges

	Prise en charge médicale	Prise en charge soignante	Maltraitance	Contestation mode de placement	Vie quotidienne	Perte, vol, violence	Total
Nombre	29	17	0	6	33	4	89
Pourcentage	32,6 %	19,1 %	0 %	6,7 %	37,1 %	4,5 %	100 %

Sur le but recherché par le plaignant

	Témoignage	Demande d'explication	Excuses	Sanction	Demande d'indemnisation	Total
Nombre	16	63	0	0	1	80
Pourcentage	20 %	78,75 %	0 %	0 %	1,25 %	100 %

Sur les modalités de traitement du dossier

	Nombre		Nombre
Réponses téléphoniques	4	Rendez-vous avec le permanencier	1
Rendez-vous avec le médiateur médical	4	Rendez-vous avec le médiateur soignant	0
Rendez-vous avec le DAMQRU	3	Rendez-vous avec le médecin référent du service	11
Enquêtes internes	67	Orientation CDSP ⁵	0
Réponses par courrier au plaignant	57	Classement sans suite	1

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

La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) a été mise en place au sein du centre hospitalier dès 2005, avec pour mission principale de :

- veiller au respect des droits des usagers et faciliter leurs démarches ;
- examiner les plaintes et réclamations qui ne présentent pas de caractère gracieux ou juridictionnel et veiller à ce que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose ;
- contribuer par ses avis et propositions à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches.

Sont membres de la commission :

- président : le directeur de l'établissement ;
- le médiateur médecin ;
- le médiateur non médecin ;
- deux représentants des usagers titulaires (au titre de l'UNAFAM, et de « l'UFC Que choisir 72 ») et un représentant suppléant de l'UDAF ;
- le président de la commission médicale d'établissement (CME) ;
- un représentant de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- un représentant du personnel choisi parmi les membres du comité technique d'établissement ;
- un représentant du conseil de surveillance ;
- le directeur de la qualité et des relations avec les usagers et/ou son représentant.

L'information sur l'existence et les missions de la CRUQPC auprès des patients et de leur famille est assurée par le livret d'accueil et le site internet de l'établissement. Les missions, la composition et les prévisions de visites sont affichées au sein de chaque unité de soin.

La CRUQPC est informée, lors de chaque réunion, des plaintes présentées. Une semaine avant la séance de la CRUQPC, les représentants des usagers se réunissent pour consulter les plaintes et réclamations et leurs réponses.

L'équipe de direction a insisté auprès des contrôleurs sur sa volonté d'impliquer les

⁵ CDSP : commission départementale des soins psychiatriques

représentants des usagers dans le fonctionnement de l'institution au-delà même des prescriptions légales. Ainsi, les représentants des usagers, au titre de leur mandat au sein du conseil de surveillance, assistent aux commissions administratives paritaires, même lorsqu'elles siègent en matière de discipline.

La CRUQPC s'est réunie quatre fois au cours de l'année 2014 : les 14 février, 16 mai, 26 septembre et 19 décembre.

3.6.3 Les violences et événements indésirables

La direction des affaires médicales, de la qualité et des relations avec les usagers a édicté les règles pour le contenu puis l'établissement des fiches d'évènements indésirables et leur traitement.

La définition retenue d'un événement indésirable est toute « situation qui s'écarte des procédures ou des résultats attendus dans une situation habituelle et qui est ou serait potentiellement source de dommages ».

Huit catégories principales de risques ou d'évènements indésirables ont été prévues :

- logistique (panne, dysfonctionnement, incidents dus à l'utilisation d'un produit, matériel ou équipement) ;
- sécurité/environnement (circulation routière, incendie, insectes..) ;
- qualité ;
- prise en charge du patient (dysfonctionnement dans l'organisation, suspicion de maltraitance, tentative ou suicide) ;
- circuit du médicament ;
- sécurité des biens et des personnes (violences contre agent ou entre patients, menaces, agressions sexuelles, chute, vol, intrusions) ;
- système d'information (tout problème informatique) ;
- trafics de substances illicites ou prohibées (drogues, alcool).

La fiche peut être établie sur papier ou informatiquement sur le circuit intranet du centre hospitalier. Tout agent a qualité pour décider de signaler un incident ; il n'y a donc pas de validation hiérarchique. Une charte protège le déclarant de toute sanction pour sa déclaration. Ces deux dernières dispositions sont une garantie pour favoriser l'exhaustivité des déclarations et leur sincérité.

Les déclarations sont transmises au service qualité qui peut les rejeter uniquement si le caractère d'événement indésirable n'est pas retenu. Le déclarant est alors avisé.

Ainsi, en 2013, sur 796 fiches d'évènements indésirables reçues, 19 seulement, soit 2 %, ont été rejetées.

Le circuit de la fiche se partage en deux catégories :

- toutes celles visant des faits en lien avec la violence sont transmises systématiquement au service de santé au travail, à la direction des soins infirmiers, puis, mensuellement, pour une analyse approfondie, à l'observatoire local de la violence ;
- les autres fiches, si elles concernent des erreurs médicamenteuses, sont traitées par le comité d'analyse des erreurs médicamenteuses ; les autres situations font l'objet d'un envoi aux personnes concernées, notamment l'encadrement

soignant et médical du pôle et, le cas échéant, les responsables de service.

Chacun est invité, pour la partie qui le concerne, à fournir des éléments de réponse à la direction en charge de la qualité, qui se chargera d'informer le déclarant initial.

En fin de circuit, la fiche est saisie dans un fichier informatique et servira à alimenter des statistiques déclinées semestriellement et annuellement.

Les événements indésirables graves, définis comme « *événement défavorable, entraînant un risque important pour la sécurité des patients* » font l'objet de cinq niveaux d'analyse qui ne s'enchaînent pas forcément dans cet ordre⁶ :

- débriefing « à chaud » dans l'unité, avec les professionnels présents lors de la survenue de l'événement et un membre de la direction du pôle ;
- analyse par la direction des affaires médicales, de la qualité et des relations avec les usagers (DAMQRU);
- réunion d'analyse des causes profondes à l'initiative de la DAMQRU, réunissant les personnes concernées lors de l'événement, l'encadrement et un membre du comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail ;
- rencontre avec les personnes concernées si les causes sont externes à l'établissement ;
- déclenchement d'une cellule de crise si l'événement a une portée institutionnelle.

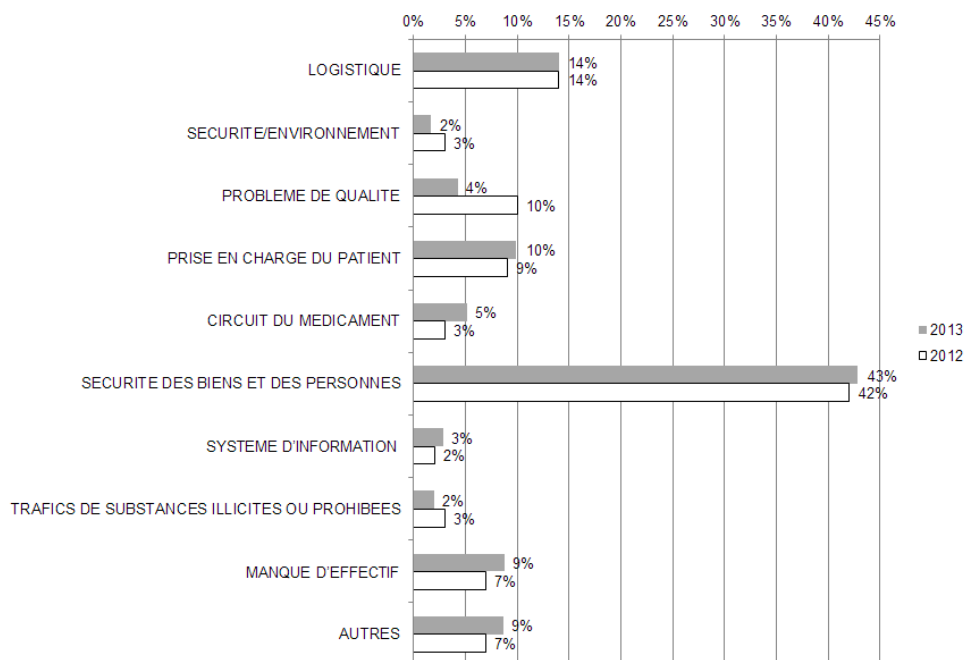
Le rapport annuel des fiches d'événements indésirables est publié sur l'intranet du centre hospitalier ; il devient ainsi consultable par tous les agents.

En cours d'année, les organisations syndicales représentées en CHSCT peuvent recevoir une copie, à leur demande, des fiches concernant le non respect des effectifs minima ou celles visant les problématiques de condition de travail.

Les tableaux de bord trimestriels sont établis par pôle et unité ; ils sont donc des indicateurs pertinents pour l'encadrement.

La répartition par thématique des 796 fiches d'événements indésirables enregistrées en 2013 est la suivante :

⁶ Procédure normalisée par une note interne datée du 15 avril 2013



Il existe une sous-commission du CHSCT dénommée « Observatoire local de la violence ». Il aurait été constaté par la direction une plus grande difficulté du personnel soignant à gérer la violence et à se positionner dans les situations de crise où le patient est susceptible d'être violent depuis les années 2009 – 2010, c'est-à-dire au moment où la formation des infirmiers a adopté le système LMD⁷, ce qui aurait conduit à une réduction de la durée de la formation spécifique à la psychiatrie. « *Il est regrettable que la formation aux soins infirmiers ne bénéficie pas d'un temps supplémentaire dédié à la psychiatrie, à l'instar des spécialisations au bloc opératoire, à la puériculture ou à l'anesthésie* », a déclaré un cadre de santé aux contrôleurs.

En 2013, le CHSCT, présidé par la directrice du personnel, a conduit trois séances ordinaires, quatre séances spécifiques – portant sur le bilan de l'observatoire local de la violence pour 2012, le bilan de l'année 2012, le plan d'actions pour 2013, le domaine médico-social et un point d'étape sur les travailleurs isolés –, une inspection sur site et quatre séances extraordinaires.

3.6.4 La gestion des sorties sans autorisation

La gestion des « sorties sans autorisation », ou « fugues », a fait l'objet d'un protocole pour les patients hospitalisés sans leur consentement.

Ce protocole, daté du 10 juillet 2012, a été passé entre le procureur de la République près le tribunal de grande instance du Mans, le directeur du centre hospitalier spécialisé et le préfet de la Sarthe.

La commune d'Allonnes est située en zone de police d'Etat ; c'est donc la circonscription de sécurité publique du Mans qui est directement impactée par les dispositions de ce protocole. Si nécessaire, le groupement de gendarmerie de la Sarthe est avisé par les services de police.

7 LMD : Licence – Maîtrise – Doctorat

Le protocole distingue trois cas :

- les fugues de patients placés sous le régime de SPDRE font l'objet d'un avis téléphonique immédiat aux services de police, via la ligne police secours « 17 », doublé par une confirmation par télécopie au moyen d'un imprimé à disposition des personnels soignants, puis déclaration de fugue au commissariat dès la vingt-cinquième heure d'absence⁸ ;
- les fugues de patients en SPDT font l'objet d'un avis immédiat et d'une déclaration auprès des services de police dès la quarante-neuvième heure d'absence ;
- les fugues de patients mineurs font l'objet d'un avis immédiat aux services de police, quel que soit le régime d'hospitalisation.

Des documents internes ont été conçus en partenariat avec les services de police pour aider le personnel soignant dans ces démarches. Le commandant de police, chef du poste de police compétent sur la commune d'Allonnes a été désigné comme référent pour les relations avec le centre hospitalier spécialisé.

Au delà du protocole, qui vise à améliorer le circuit de l'information et à formaliser les démarches, les pratiques internes au centre hospitalier permettent de mettre fin à la majorité des cas constatés de fugues ou d'égarement de patients.

Dès qu'une absence est signalée, des recherches s'organisent au sein même de l'enceinte, notamment dans les parties boisées. En cas d'insuccès, les soignants contactent les familiers ou se rendent au domicile du patient.

Il n'existe pas de procédure particulière concernant les sorties non prévues de patients en soins libres mais vulnérables.

Dans sa réponse, le directeur précise : « *Il existe un imprimé permettant d'établir un rapport d'absence constatée, mentionnant la procédure à suivre pour les personnes en soins libres et vulnérables* ».

3.6.5 Les questionnaires de satisfaction

Le questionnaire de satisfaction proposé à tout patient sortant est décliné en trois versions :

- une spécifique pour l'UIA ;
- une spécifique pour la clinique Prémartine (centre d'addictologie) ;
- une pour les autres unités de soins.

Le livret d'accueil présente le questionnaire de satisfaction et en énumère les avantages.

- Les statistiques 2013 de taux de retour⁹ s'établissent ainsi :

8 Déclaration immédiate au commissariat pour les évasions de détenus, les fugues de personnes admises pour irresponsabilité pénale, et les patients ayant fait des séjours en unité pour malades difficiles.

9 Taux de retour : nombre de retours de questionnaire sur nombre de sorties directes

	Nombre de questionnaires retournés en 2012	Taux de retour 2012	Nombre de questionnaires retournés en 2013	Taux de retour 2013
Pôle 1 - 6	171	16 %	49	5 %
Pôle 3 - 7	381	41 %	483	51 %
Pôle 4 - 5	31	4 %	59	8 %
UIA	473	26 %	511	30 %
Unité d'hospitalisation non indiquée	17		24	
Total général CHS ¹⁰	1 299	26 %	1323	27 %

Ce tableau révèle des disparités notables de taux de retour entre les différents pôles.

Les questionnaires font l'objet d'un traitement informatique qui permet l'établissement de statistiques, globales ou par unité, sur nombre de sujets concernant le séjour d'un patient dans un hôpital psychiatrique.

La diffusion et l'examen de l'ensemble de ces réponses sont régulièrement examinés en commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

Ne sont rapportées ici que les réponses concernant la mission des contrôleurs – le respect des droits –, le respect de la prise en charge et la satisfaction générale.

Thème du questionnaire de sortie		Taux de satisfaction des répondants, toutes unités sauf UIA et Addictologie
Le respect des droits	Intimité	93 %
	Confidentialité	96 %
	Croyances et convictions	95 %
Le respect de la prise en charge		86 %
La satisfaction globale		94 %

3.7 LE DROIT DE VOTE

Selon les explications données aux contrôleurs, trois semaines avant la date des élections, la direction des affaires médicales, de la qualité et des relations avec les usagers adresse à chaque unité une note d'information et un imprimé de vote par procuration permettant aux cadres de santé d'inscrire les coordonnées des éventuels mandants et des mandataires. Si un patient est admis dans l'unité après que l'imprimé a été renvoyé, une demande supplémentaire peut être faite jusqu'au vendredi matin précédant les élections.

Les éléments sont signalés au référent du commissariat chargé des votes par procuration. Celui-ci se déplace au sein de l'hôpital et rencontre chaque mandant afin d'établir les documents nécessaires. En cas de deuxième tour, un rappel est envoyé aux unités entre les deux tours.

Les médecins sont attentifs à ces jours de vote et peuvent apprécier l'opportunité de solliciter des sorties de courte durée aux patients en soins sans consentement.

Cette procédure a permis, outre les permissions de sortir, à un patient de voter lors des élections européennes du 25 mai 2014 et à deux patients lors des élections municipales des 23 et 30 mars 2014, tous trois par procuration et dont deux en soins sans leur

¹⁰ Le total général ne correspond pas à la somme des unités indiquées car ne sont citées dans le tableau que les unités visitées par les contrôleurs.

consentement.

3.8 L'EXERCICE DU CULTE

Deux aumôniers contractuels à temps plein, avec la collaboration de deux bénévoles et d'un prêtre accompagnateur, répondent aux demandeurs de culte catholique des personnes hospitalisées et de leurs familles : eucharistie, onction des malades, confessions, obsèques. Des offices selon le culte catholique sont proposés : temps de prière les lundi, mercredi, vendredi et samedi à 17h, une messe le dimanche à 9h30 et les mardi et jeudi à 17h ; la participation varie entre cinq et dix personnes ; parfois, elle dépasse vingt personnes. L'équipe se réunit régulièrement avec un psychiatre à la retraite, ancien du CHS d'Allonnes.

La chapelle est ouverte tous les jours ; des permanences d'accueil y sont assurées matin et après-midi.

L'aumônerie catholique fait le lien avec les représentants des autres confessions dès lors que des patients en font la demande. Ces demandes peuvent concerner un pasteur protestant (une ou deux fois par an) ou un imam (même fréquence) ; elles n'ont à ce jour, jamais concerné un rabbin. Il arrive régulièrement que des personnes non catholiques rentrent dans la chapelle pour discuter avec l'équipe de permanence, voire pour prier.

3.9 LA LEVEE DES MESURES D'ADMISSION

Les audiences sont conduites tous les mercredis après-midi dans une salle de réunion de 40,16 m² située au rez-de-chaussée du bâtiment "Lantéri-Laura". Très bien indiquée sur les panneaux signalétiques, elle comporte dix tables individuelles et dix chaises placées en ovale ; le juge des libertés et de la détention (JLD) s'installe à la table du milieu, en face de l'entrée et le patient se place de l'autre côté face au JLD. Un équipement de vidéoconférence est installé dans un angle de la pièce ; « *il ne sert plus pour les audiences du JLD* ».

Deux salons destinés aux visites des familles, situés aux deux extrémités du couloir, servent pour les entretiens avec l'avocat ; d'une surface de 13,26 m², ils sont agréablement meublés de tables et chaises et assurent une confidentialité des échanges.

L'utilisation de cette salle d'audience a été formalisée par une convention signée en décembre 2014 par le procureur de la République, le président du TGI, le bâtonnier, le directeur du CHS et le délégué territorial de l'ARS.

Le JLD entend une quinzaine de patients par audience. Il ne porte jamais sa robe.

Une permanence d'avocats commis d'office est assurée ; selon les déclarations faites aux contrôleurs, ils sont présents à toutes les audiences. Eux non plus ne portent pas leurs robes.

Les audiences sont programmées par la cellule « Soins sans consentement » de la direction des affaires financières et de la contractualisation, en lien avec le greffe du JLD. Ce dernier informe systématiquement le tiers en cas de SPDT ainsi que l'éventuel tuteur de la tenue de l'audience. Il a été signalé aux contrôleurs que, parfois, le tiers recevait l'information postérieurement à la date de la tenue de l'audience.

L'audience est ouverte au public ; en pratique, seul un infirmier accompagnateur y

assiste parfois. Le JLD demande au patient son accord préalable à la présence de telle personne qui souhaite assister à l'audience. Selon les déclarations faites aux contrôleurs, il est arrivé que le JLD refuse l'entrée à un cadre de santé.

Les patients sont invités à se présenter à partir de 13h45 ; ils disposent de sièges dans le couloir, où ils attendent leur tour.

Les contrôleurs ont assisté à une audience. Neuf patients étaient inscrits. L'un d'eux, en SPDT selon la procédure d'urgence (SPDTU), avait « fugué » : n'ayant pas respecté son programme de soins en CMP, il devait revenir à l'hôpital mais ne s'est pas présenté. Un autre était un détenu qui était placé en chambre d'isolement ; après avoir vu tous les autres patients, le JLD s'est rendu dans la chambre d'isolement, où il a tenu l'audience pour ce patient. Aucun des patients n'a été accompagné dans la salle d'audience par un personnel soignant. L'un d'eux s'exprimait de façon difficilement compréhensible. Un autre était totalement incompréhensible ; son avocat avait pu s'entretenir avec l'infirmier qui l'avait accompagné jusqu'à la salle d'audience.

Deux avocats commis d'office assistaient les patients à tour de rôle, ce qui permettait à chacun de s'entretenir avec son client pendant que le patient précédent était en audience. Un patient a refusé de voir un avocat ; il s'est présenté à l'audience en pyjama.

Certains patients en soins sans consentement ont déclaré aux contrôleurs qu'ils ne connaissaient pas leurs droits, notamment en termes de saisine du JLD.

Au cours de l'année 2014, le JLD a reçu 515 saisines dont 501 contrôles périodiques obligatoires et 14 demandes de mainlevée ; sur cette même période, sur 524 dossiers terminés – 510 contrôles périodiques obligatoires et 14 demandes de mainlevée –, les décisions suivantes ont été prises : 476 maintiens de la mesure d'hospitalisation (soit 91 %), 36 constats de dessaisissement, cinq constats de mainlevée sans débat, quatre mainlevées, une mainlevée différée, une « jonction » et un ordre d'expertise.

Précédemment, il avait été procédé à 450 saisines en 2013 et 412 en 2012.

3.10 LE CONTROLE DE LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) se réunit deux fois par trimestre. A cette occasion, elle rencontre une dizaine de patients ; les dates des réunions à venir sont affichées dans chaque unité. Chaque réunion fait l'objet d'un procès-verbal ; un bilan annuel est réalisé.

Il lui est arrivé de signaler à la CME que certains certificats médicaux étaient des « copiés / collés » ; il aurait été répondu que cela arrivait en effet parfois « *faute d'effectifs suffisants* ».

En 2013, la CDSP s'est réunie neuf fois ; elle a reçu cinquante-deux patients en audition ; elle a examiné 168 dossiers dont 96 concernaient des patients en SDPT et 72 des patients en SPDRE ; elle a reçu douze requêtes écrites.

3.11 LA TRAÇABILITE SUR LE REGISTRE DE LA LOI DU RESPECT DE LA PROCEDURE

Deux registres de la loi sont ouverts : un pour les patients admis en SPDRE et un pour les patients admis en SPDT.

Le registre des patients admis en SPDRE a été ouvert le 14 juin 2013. La première admission datait du 22 octobre 2013 ; au moment de la visite des contrôleurs, la 80^{ème} et dernière admission datait du 31 janvier 2015. Le registre portait uniquement des signatures marquant la visite de la CDSP, la dernière datant du 4 décembre 2014.

Le registre des patients admis en SPDT avait été ouvert le 25 novembre 2014. La première admission datait du 8 janvier 2015 et la 32^{ème} et dernière, du 1^{er} février 2015. Le volume précédent, ouvert le 16 octobre 2014 et fermé le 7 janvier 2015, concernait 119 placements ; il portait uniquement des signatures marquant la visite de la CDSP, la dernière datant du 4 décembre 2014.

Les deux registres ont été cotés et paraphés par le directeur du greffe du tribunal administratif du Mans.

Chaque patient occupe quatre pages du registre ; outre la déclinaison de leur identité et leur situation en termes de soins – nom, prénom, profession, qualité, date et lieu de naissance, domicile, état-civil, mode de protection, nom du tuteur, date de placement, identité de la personne qui a demandé le placement –, y sont collées des photocopies des certificats médicaux initiaux, de 24 h et de 72 h. Les documents successifs qui, selon le code de la santé publique, doivent y être insérés – avis et certificats médicaux mensuels, attestations, décisions du JLD – ne sont pas inscrits dans le registre ; ils sont placés dans des dossiers rangés dans une armoire.

Il a été constaté que certains certificats médicaux étaient des « copié / collé » d'un mois sur l'autre, signés par des médecins différents.

3.12 LES SORTIES

Depuis le 10 novembre 2014, soit sur une période de trois mois, il a été procédé à l'examen de 367 demandes de sorties temporaires : 206 demandes de sorties d'une durée inférieure à 12 heures et 161 sorties d'une durée maximale de 48 heures. Au moment de la visite des contrôleurs, le CHS recevait trente-et-un patients en hospitalisation complète en SPDRE et cinquante-neuf en SPDT ; autrement dit, cela représente une moyenne mensuelle de quelque 122 demandes de sortie pour 90 patients, sachant que les refus à ces demandes sont « *de l'ordre d'un à deux par mois* ».

4 Les conditions d'hospitalisation à Allonnes

4.1 LES CONDITIONS MATERIELLES DE VIE COMMUNES A TOUS LES SECTEURS

4.1.1 La restauration

Une cuisine centrale fabrique quelques 2 000 repas chaque jour du lundi au vendredi. Les repas du samedi et du dimanche sont préparés à l'avance. Ils sont transportés jusqu'aux unités selon le principe dit de la « liaison froide » : l'alimentation, une fois cuite, est transportée l'après-midi dans les unités par un véhicule réfrigéré et placée dans des chambres froides où elle est maintenue à une température de 0° en attendant d'être remise en température au moment des repas du soir et du lendemain à midi. La plupart des plats sont servis en portions collectives ; environ un tiers est servi en portions individuelles afin de tenir compte des régimes et des textures adaptées à certains patients.

Les pâtisseries maison sont très appréciées par les patients.

Les menus journaliers qui proposent six options de repas couvrent des cycles de six semaines ; ils changent entre l'été et l'hiver. Deux diététiciennes participent à leur élaboration ; elles rencontrent les patients ayant des régimes particuliers, leur donnent des conseils à leur sortie.

Chaque unité adresse à la cuisine sa commande par l'intermédiaire d'un logiciel informatique, « Salamandre », en précisant les besoins en régimes et en textures adaptées. En cas d'aversion de la part d'un patient concernant un plat prévu au menu, il est toujours possible de commander un autre plat, appelé « constant ». Par ailleurs, chaque unité dispose en permanence de barquettes réchauffables qui sont utilisées en cas de besoin, notamment lors d'admissions tardives.

Pour le petit déjeuner, tous les mois, le magasin livre les produits nécessaires à chaque unité. Du pain frais est livré tous les matins à 6h, sous forme de baguettes pour le petit déjeuner et de portions individuelles de 50 g pour chacun des repas de midi et du soir.

Deux fois par an, la cuisine organise pour l'ensemble de l'établissement un « repas à thème ». Des éléments de décor et supports pédagogiques sont remis aux unités. Les derniers thèmes ont été « le Nord-Pas-de-Calais », « les îles », « l'Espagne ».

La cuisine dispose d'un budget de 2,34 euros par repas et par personne pour assurer l'approvisionnement en matières premières et diététiques.

Une fois par semaine, une ferme biologique fournit des produits laitiers : yaourts, laitages, faisselles, fromage blanc.

Un contrôle périodique est assuré par la direction départementale de la protection des populations (DDPP).

Le restaurant du personnel propose à midi un menu qui est une déclinaison des menus préparés pour les patients ; il sert 350 à 400 couverts par jour.

4.1.2 L'hygiène

Le CHS dispose d'une blanchisserie qui assure le nettoyage de 50 % du linge. Une partie – le « grand plat » (les draps) et les pyjamas notamment – est confiée à la blanchisserie de l'hôpital du Mans.

Les vêtements des patients peuvent être nettoyés gratuitement par la blanchisserie de l'hôpital. Ils sont alors marqués au nom du patient après que celui-ci a donné son accord. En cas de risque de contagion, les effets du patient concerné sont lavés à part.

Un service similaire à un pressing de ville permet à certains patients de venir déposer eux-mêmes leur linge, notamment au titre d'activité thérapeutique.

Lorsque des vêtements sont abîmés par le lavage, l'assurance de l'établissement permet de financer l'achat par le patient d'un vêtement de rechange. « *Cela arrive moins d'une fois par mois* ».

La blanchisserie dispose d'un stock de vêtements qui n'ont pas été récupérés par des patients à leur départ. Ils sont remis à la demande aux unités au profit de patients démunis. « *Le personnel soignant vient en demander moins d'une fois par mois* ». Un infirmier interrogé par les contrôleurs a dit ne pas connaître l'existence de cette possibilité ; il a déclaré que, lorsqu'un patient n'avait rien pour s'habiller, on lui remettait un pyjama qu'il conservait toute la journée.

L'entretien des locaux situés dans les unités de soins est assuré par des ASH, qui disposent de matériel récent comme par exemple des auto-laveuses à batterie, donc sans le danger du fil qui traîne par terre, et des nettoyeurs à vapeur, qui n'utilisent pas de solvants.

4.1.3 La communication avec l'extérieur

4.1.3.1 Le téléphone

Les personnes hospitalisées qui disposent d'un téléphone portable peuvent le conserver sauf en psychiatrie infanto-juvénile et sauf prescription contraire du médecin référent. Certains patients font l'objet d'une vigilance particulière notamment « *ceux qui sont en phase maniaque et pourraient "harceler" leur interlocuteur ou tenir des propos qui leur porteraient préjudice ensuite* ». Le cas échéant, le téléphone peut être entreposé dans le bureau infirmier, dans le tiroir spécifique au patient, avec d'autres objets personnels.

De plus, chaque unité implantée dans les bâtiments neufs dispose de deux téléphones sans fil qui sont disponibles pour les patients, au bureau infirmier, pour les appels entrants ou sortants ; les personnes hospitalisées peuvent l'emporter dans leur chambre pour téléphoner en toute confidentialité ; ainsi elles peuvent accéder gratuitement au téléphone sous réserve de le demander au personnel soignant et de l'absence de prescription contraire du médecin. L'accès à l'international et aux numéros surtaxés n'est pas possible avec les téléphones mis à disposition par l'hôpital.

Le personnel infirmier a indiqué que lorsque les médecins de garde faisaient admettre un patient dans l'unité, certains interdisaient l'usage du téléphone et de l'ordinateur durant trois jours sans pour autant en préciser la raison. Certains soignants regrettent cette interdiction qui, selon leur propos, « *est totalement arbitraire* ».

4.1.3.2 Le courrier

Chaque patient est libre de recevoir ou d'adresser du courrier. Une boîte aux lettres est implantée sur la place centrale, à proximité de la cafétéria, où il est possible d'acheter des timbres. Les enveloppes peuvent être déposées au sein des unités de soins pour les patients qui n'en sortent pas, le vaguemestre y passant deux fois par jour.

Le courrier n'est ni ouvert ni lu par des tiers. Toutefois, il a été précisé dans une unité accueillant des patients hospitalisés au long cours, que certains courriers adressés par les mandataires judiciaires pouvaient être ouverts « *car ils pouvaient contenir des bons d'achat* ».

4.1.3.3 La télévision

Chaque unité de soins dispose d'un salon télévision et, le cas échéant, d'un deuxième poste dans la salle d'activités. Si les horaires d'accès à la télévision sont prédéfinis en pédopsychiatrie, ils sont libres dans les autres unités sous réserve de l'absence de consignes médicales particulières et individualisées au vu de la situation clinique d'un patient.

Dans certaines unités, une règle non écrite fait que la télévision est éteinte à l'issue de l'émission ou du film de début de soirée.

4.1.3.4 L'informatique et l'accès à internet

Les patients qui disposent d'un ordinateur peuvent le conserver. Ils peuvent obtenir gratuitement un code d'accès wifi dans chacune des unités de soins des nouveaux bâtiments, sauf prescription médicale de contre-indication d'accès à internet apparaissant sur le dossier. Toutefois, d'après les témoignages recueillis auprès de certains patients, il semble que cette information ne soit pas systématiquement transmise au moment de leur admission.

Un dispositif de filtrage vise à interdire l'accès à des sites dont la fréquentation paraît « inopportune » tant pour les patients que pour les professionnels.

4.1.3.5 Les visites

Les visites aux personnes hospitalisées sont possibles de 13h30 à 20h. Ces horaires sont affichés sur les portes vitrées d'accès des bâtiments "Lantéri-Laura" et "Simone Weil" ; ils ne sont pas affichés à l'entrée de l'unité intersectorielle d'accueil et d'admission, où il est fait état oralement par les soignants que les visiteurs peuvent venir l'après-midi de 13h à 19h30 sans qu'il y ait de contrôle strict du respect de ces horaires. Ponctuellement, des dérogations à ces horaires peuvent être autorisées avec l'accord du médecin référent du patient.

Des restrictions aux visites sont possibles pour des motifs thérapeutiques : limitation du nombre de visites ou précision sur les visiteurs autorisés à venir ; le cas échéant, visite en présence d'un soignant ou même interdiction de visite. Ces restrictions sont alors médicalement prescrites et mentionnées sur le dossier informatisé du patient avec le logiciel Cariatides. Elles apparaissent explicitement dans le document synthétique d'une page que le personnel soignant des unités imprime quotidiennement et porte sur lui et qui

récapitule les informations essentielles sur les patients hospitalisés ce jour-là dans l'unité concernée. Les conditions d'échanges avec les proches sur ces restrictions ont été repérées par le comité d'éthique comme devant être travaillées (Cf. *supra* chapitre 3.4).

Les personnes hospitalisées peuvent rencontrer leurs visiteurs soit dans le parc de l'hôpital, en particulier à la cafétéria ou sur la place centrale, soit dans un petit salon dédié à proximité mais à l'extérieur des unités sur le même palier, soit au sein du pavillon dans les espaces communs ou encore dans sa propre chambre.

Les détenus hospitalisés n'ont que rarement la possibilité de recevoir la visite des personnes qui ont un permis de visite et qu'ils sont susceptibles de rencontrer en milieu pénitentiaire (Cf. *infra* chapitres 4.2.2.1.4 et 4.5) ; dans sa réponse, le directeur précise que c'est « *du fait de la courte durée du séjour* ».

Les visites aux enfants hospitalisés en pédopsychiatrie se déroulent, sauf situation exceptionnelle, dans une salle d'accueil dédiée. Les parents et proches y accèdent par une porte spécifique ; une signalétique les invite à sonner pour pénétrer dans la cour sur laquelle ouvre la salle pour les visites. Elles sont possibles, après accord médical, tous les jours de 14h30 à 18h30.

Le personnel soignant a indiqué que les familles se plaignaient de ne pas pouvoir rencontrer les médecins psychiatres : « *les familles ne sont pas suffisamment associées aux soins car ça n'est pas encore ancré dans la culture de certains praticiens hospitaliers* ».

4.1.4 L'argent des patients

La « Régie de dépôts » de l'hôpital, localisée au sein du service des admissions (bureau de facturation), est ouverte de 8h30 à 16h30, du lundi au vendredi. Elle reçoit en dépôt les valeurs des personnes hospitalisées, en lien avec la trésorerie Le Mans CH et CHS Sarthe, sous l'autorité du directeur des affaires financières.

A l'arrivée d'un patient, un inventaire contradictoire est systématiquement réalisé dans l'unité de soins ; une feuille d'inventaire est complétée et signée par le patient et le soignant. Si le patient n'est pas en capacité de procéder à l'inventaire, il est effectué par deux soignants. Muni de cette feuille, le patient ou plus généralement un soignant va alors déposer les valeurs (argent, chèquiers, carte bleue, bijoux...) à la régie de dépôts en échange d'un reçu cosigné. Les valeurs sont alors mises dans un coffre.

Ces valeurs seront conservées au sein du CHS pendant quatre semaines puis systématiquement transmises à la trésorerie du centre hospitalier du Mans, où le patient, qui en a été informé au moment du dépôt, devra aller les récupérer après sa sortie. « *Ce processus peut poser des problèmes, notamment à ceux qui sont domiciliés dans les communes éloignées du Mans* ». Ce transfert à la trésorerie du centre hospitalier du Mans sera immédiat dans l'hypothèse d'un dépôt supérieur à 1 000 euros pour un patient ou si la somme globale conservée au coffre est supérieure à 3 000 euros.

Un patient peut donc récupérer sans délai ses valeurs du lundi au vendredi les quatre premières semaines de son hospitalisation. Si son hospitalisation se prolonge au-delà, il peut en demander le rapatriement vers l'hôpital d'Allonnes et celles-ci seront rapportées par l'agent qui va à la trésorerie de façon hebdomadaire, d'où un délai possible de sept jours entre la demande et la récupération effective. Certains patients, pour éviter ce transfert à la

trésorerie du centre hospitalier du Mans, font la démarche de sortir et de redéposer dans la foulée leurs valeurs, faisant ainsi courir un nouveau délai de quatre semaines. Aucun rappel de la procédure de transfert des valeurs n'est fait aux patients ou aux soignants à la veille de ce transfert sur la trésorerie du centre hospitalier du Mans, ni par le service ad hoc ni au sein des unités de soins.

Au jour du contrôle, dix patients ont déposé des valeurs et, durant l'année 2014, le nombre de dépôts simultanés a été compris entre deux et vingt.

Le cas échéant, une partie de l'argent peut être identifiée comme « argent de poche » ; elle pourra alors être remise à la régie d'avance d'argent des patients, où ceux-ci pourront obtenir de l'argent en fonction de leurs besoins dans la limite du montant de la somme déposée.

Cette régie d'avance est implantée dans un des bâtiments de la place centrale, à proximité de la cafétéria et du coiffeur. Elle est ouverte tous les jours ouvrables, trois matins et trois après-midi par semaine, de 9h à 12h les mardi, mercredi et jeudi et de 13h à 15h30 les lundi, mercredi et vendredi. L'ouverture ou non du store permet de rapidement identifier si le bureau est ouvert ou fermé.

Au jour du contrôle, soixante-dix-huit patients étaient susceptibles de venir solliciter le régisseur :

- vingt-neuf patients avec un dépôt libre pour un total de 1 887 euros avec une médiane de 30 euros ;
- quarante-neuf patients relevant de la gérance de tutelle du centre hospitalier spécialisé et qui devaient présenter un document écrit de la tutrice ou, le cas échéant, d'un soignant de l'unité, pour retirer de l'argent liquide ;

Le régisseur gère également un fonds de solidarité avec une avance de 1 000 euros susceptible d'être mobilisée, en accord avec l'équipe soignante, pour les personnes démunies pendant l'hospitalisation ou au moment de la sortie. Les sommes ainsi allouées doivent faire l'objet ou non d'un remboursement ultérieur par le patient, ce qui est explicitement indiqué au moment du versement de l'argent. En 2014, la dépense s'est élevée, pour quarante-trois opérations différentes, à près de 2 000 euros.

Enfin, le régisseur peut, sur procuration d'un patient en soins sans consentement, récupérer une partie des fonds versés à la trésorerie du centre hospitalier du Mans, comme par exemple une allocation adulte handicapé (AAH). Ceci concernait deux patients au moment du contrôle.

4.1.5 L'accès aux lieux collectifs

En général, lorsqu'une personne en SPDRE sort de son unité, elle doit être accompagnée par deux personnels soignants. Aussi, dès que l'équipe soignante n'est pas au complet, par exemple en période de vacances, ces patients ne sortent plus. Cela peut durer un voire deux mois.

4.1.5.1 La cafétéria

Selon les propos recueillis par les contrôleurs, la cafétéria est un lieu très prisé des patients.

Les jours et les horaires d'ouverture sont les suivants :

- 9h15 à 11h45 et 12h45 à 17h15 du lundi au vendredi ;
- 13h30 à 16h30 les weekends et les jours fériés.

L'effectif comprend six agents, dont deux aides médicopsychologiques (AMP).

Située à proximité de la chapelle, la cafétéria dispose d'une vaste pièce arrondie dotée de grandes baies vitrées qui assurent un éclairage naturel. Une radio, en provenance du comptoir, diffuse en bruit de fond de la musique de variété. Une dizaine de tables rondes ou rectangulaires ainsi que de nombreuses chaises sont disposées au centre de la pièce. Trois espaces « salons », agréablement aménagés et séparés les uns des autres par des parois à mi hauteur, se succèdent le long des baies vitrées. Ils permettent notamment aux visiteurs de s'entretenir avec leurs proches en toute intimité.

Les patients viennent se servir au comptoir ; ils sont invités à débarrasser leur table, une fois leur boisson consommée. Ils peuvent commander un petit café pour un montant de 0,65 euro ou un grand café pour un montant de 0,95 euro. Les cannettes de boisson non alcoolisée sont au tarif de 0,80 euro. Des pâtisseries sont proposées. Les consommateurs ont la possibilité de consulter la presse quotidienne régionale. Un espace boutique offre la possibilité aux patients de se procurer des produits d'hygiène et de beauté, des denrées alimentaires, des friandises, des vêtements, des chaussures ou de la papeterie.

Une bibliothèque, constituée d'étagères, met à la disposition des patients des revues (*Elle*, *Rock Folk* et *Rustica*) et quelque quatre-vingt livres, principalement des romans peu récents. Les livres proviennent essentiellement de dons ou de collections personnelles du personnel. Les emprunts sont consignés sur un registre tenu par les agents.

Hormis la réserve de livres disponibles à la cafétéria, le CHS ne dispose pas de bibliothèque.

L'un des personnels présents a indiqué que la cafétéria était un lieu d'échanges et de rencontres. Il a ajouté que son rôle consistait notamment à gérer les tensions et les conflits pouvant survenir entre les patients. Le jour de la visite des contrôleurs, environ vingt-cinq patients étaient présents à 14h30 et l'atmosphère paraissait détendue. L'agent a précisé que l'établissement était très fréquenté à partir de 16h, heure à laquelle se terminent les activités.

Les contrôleurs ont noté que deux patients en soins sans consentement étaient accompagnés respectivement de deux soignants. Pour ceux d'entre eux autorisés à s'y rendre seuls, il peut arriver qu'un appel téléphonique des soignants les invite à regagner l'unité si le délai autorisé par le médecin a été dépassé. Les agents ont indiqué que bien souvent ils autorisaient les patients à rester dix minutes supplémentaires afin de permettre un retour en douceur.

4.1.5.2 Le centre de thérapie à médiation

Le centre de thérapie à médiation (CTM) propose des activités thérapeutiques à l'ensemble des patients hospitalisés au CHS ainsi qu'à des patients en suivi ambulatoire. Cependant, la majorité des patients suivis à l'extérieur sont pris en charge par le centre d'activité thérapeutique à temps partiel intersectoriel (CATTPI), situé en ville. Les deux centres travaillent en étroite collaboration en mutualisant notamment une partie de leurs effectifs.

Le CTM est ouvert de 8h45 à 16h45 du lundi au vendredi ; les activités sont accessibles toute l'année, sans période de fermeture.

Le CTM, situé à proximité de l'unité de pédopsychiatrie (Cf. plan masse chapitre 2.2), est réparti sur trois bâtiments de plain pied, entièrement neufs. Le premier bâtiment est réservé à l'accueil des patients. Il dispose de locaux où se déroulent les entretiens infirmiers, des bureaux dédiés au personnel et de deux salles d'activités. Le second bâtiment, appelé « espace polyvalent », comprend dix salles ; chacune d'entre elles est destinée à une activité spécifique. Le dernier bâtiment est réservé aux activités sportives ; il dispose d'une salle de gymnastique, d'une salle de musculation, d'une salle pour pratiquer le tennis de table ainsi que d'un vestiaire et de douches destinés aux patients.

Le personnel a été associé au projet d'élaboration du centre. Les locaux sont vastes, agréablement aménagés et bien équipés ; ils sont conçus pour favoriser l'autonomie du patient.

L'équipe est composée de :

- un cadre référent, répartissant son temps entre le CTM et le CATTPI ;
- cinq infirmières à temps plein, dont une intervient également au CATTPI ;
- sept ergothérapeutes dont deux interviennent au CATTPI ;
- un animateur sportif.

Le personnel ne porte pas de blouse de travail ni de signe distinctif, l'objectif étant de proposer un cadre différent de celui des unités de soins notamment pour les patients hospitalisés depuis longtemps. Selon les propos recueillis, « *cela permet de travailler une autre forme de relation avec le patient et de lui offrir un espace de parole autre que celui proposé dans les unités* ».

Chaque semaine, le centre organise une quinzaine d'activités différentes pouvant accueillir chacune entre quatre et huit patients, soit une ouverture à un nombre maximal de 128 patients :

- atelier "jardin" ;
- activité "gymnastique" ;
- sport collectif ;
- atelier "mosaïque" ;
- atelier "poterie" ;
- atelier "mémoire" ;
- atelier "remédiation cognitive" ;
- atelier "recycler et construire" ;
- atelier "cuisine" ;
- atelier "cuir" ;

- atelier "bois" ;
- atelier "informatique" ;
- atelier "peinture" ;
- atelier "jeux d'expression" ;
- atelier "relaxation musicale" ;
- atelier "écriture".

Environ huit ateliers différents sont proposés aux patients tous les jours.

La majorité des séances de sport collectif se déroulent en ville ; le CTM dispose d'un véhicule de neuf places. Les activités proposées sont la piscine, l'escalade, le body fitness, la marche nordique et le badminton.

L'inscription aux ateliers s'effectue sur prescription médicale au moyen du logiciel Cariatides. Chaque nouveau patient est reçu en entretien afin de faire émerger des objectifs et de définir les ateliers adaptés à son projet thérapeutique. Ainsi, pour un patient dont l'objectif est de travailler sur la concentration, il lui sera proposé l'atelier mosaïque tandis que l'atelier jeux d'expression sera plus adapté pour travailler la confiance en soi. Il est également proposé une prise en charge individualisée aux patients dont l'état psychique ne leur permet pas de réaliser une activité de groupe.

L'inscription des patients en SPDRE aux activités organisées à l'extérieur nécessite l'accord préalable du médecin psychiatre et du préfet. Les ateliers doivent être alors encadrés par deux personnels soignants. Or durant les congés, le personnel n'est pas remplacé et certains ateliers sont alors conduits par un seul soignant. En conséquence, les patients en SPDRE ne sont pas autorisés à y participer. D'après les propos recueillis, cela se produit environ seize semaines par an, soit près d'un tiers du temps.

S'agissant de la collaboration avec les unités d'hospitalisation, selon les déclarations faites aux contrôleurs, « le personnel ne dispose pas de temps nécessaire pour assister à l'ensemble des réunions de synthèses se déroulant dans les unités ». Cependant, il y participe de façon ponctuelle lorsque le cas d'un patient nécessite d'être discuté en équipe. Par ailleurs il a été indiqué que, « dans certaines unités, les informations concernant les activités proposées au CTM n'étaient pas toujours transmises aux patients ».

En 2014, 453 patients ont bénéficié des ateliers, soit 17 % des 2 693 patients hospitalisés pendant l'année. Parmi la totalité des patients inscrits au CTM, le taux d'absence de patients inscrits est d'environ 18 %.

Lors de la visite des contrôleurs, aucun patient n'était sur liste d'attente pour un atelier. Parfois il existe une liste d'attente de quelques jours, auquel cas, le personnel propose d'autres ateliers le temps qu'une place se libère.

Lors de leur visite, les contrôleurs ont examiné le planning de la semaine et le nombre de personnes inscrites. Parmi les 169 participants, 63 patients, soit 37 %, étaient en soins sans consentement. Un mineur était également inscrit ; par ailleurs, quatre patients étaient suivis à l'extérieur. La répartition des patients par secteur était la suivante :

- secteur 1 : dix-neuf patients ;
- secteur 3 : vingt-quatre patients ;
- secteur 4 : vingt-huit patients ;
- secteur 5 : quarante-sept patients ;

- secteur 6 : vingt-trois patients ;
- secteur 7 : vingt-deux patients.

Le CHS ne dispose pas de salle de sport autre que celles appartenant au CTM. Un boulodrome est fréquenté par les patients durant la période d'été.

4.1.6 La sécurité

L'établissement n'est pas doté de vidéo surveillance.

Après les évènements tragiques survenus à Pau le 18 décembre 2004 (assassinat de deux soignantes par un patient), la sécurité a été renforcée grâce à des emplois aidés, qui ont été pérennisés ce qui a permis la création d'une équipe de prévention et de sécurité.

Huit agents de prévention et de sécurité, titulaires du diplôme SSIAP1 (service de sécurité incendie et assistance à personne) et du brevet de sauveteur secouriste du travail (SST), forment cette équipe. Ils exercent leurs missions 24 heures sur 24, tous les jours de l'année avec les horaires suivants :

- vacation du matin : de 6h à 13h30 ;
- vacation de l'après-midi : de 13h30 à 21h ;
- vacation de la nuit : de 21h à 6h.

Ils sont identifiables grâce à leur tenue composée d'un blouson bleu-marine, un polaire et un tee-shirt marqués « Centre Hospitalier Spécialisé » dans le dos et identifiant la fonction sur la poitrine.

L'organisation en vigueur tend vers un objectif d'une vacation le matin, deux l'après-midi (activité plus importante) et une vacation de nuit. Lorsque l'effectif ne le permet pas, une vacation de l'après-midi est supprimée.

La première mission des équipes de prévention et de sécurité est d'intervenir dans toute unité de soin, dans l'ensemble du centre hospitalier en cas d'alarme par le BIP d'urgence ou d'appel à renfort par téléphone. L'équipe dispose d'un véhicule pour se rendre dans l'unité concernée, où, une fois sur place, ils se mettent à disposition du personnel soignant. Pour améliorer la qualité de leur intervention dans ces cas, les membres des équipes de prévention et de sécurité ont suivi la formation « Oméga » à la prévention et à la gestion de crise de violence. Chaque intervention est ensuite tracée.

La seconde mission relève de la sécurité incendie, notamment du contrôle quotidien des centrales incendie, de la remise en fonctionnement des systèmes de protection en cas de déclenchement, de l'intervention en soutien (aide au feu) en cas d'incendie.

La troisième mission relève de la sécurisation générale de l'établissement par une présence dissuasive visant notamment à réduire les trafics de produits illicites ou à gérer l'attente devant la cafétéria avant son ouverture. Les missions de sécurisation ne s'effectuent qu'en dehors des lieux de soins et à l'intérieur de l'enceinte de l'établissement.

Enfin, les protocoles prévoient qu'en cas de fugue, l'équipe de prévention et de sécurité est alertée afin, en priorité, d'effectuer des patrouilles dans les parties boisées de l'enceinte pour y retrouver le patient égaré.

Le personnel du standard est présent 24 heures sur 24 dans le bâtiment implanté devant la porte d'entrée principale. Installés face à la route, derrière des surfaces vitrées,

ces agents ont donc vue sur tous les entrants et les sortants motorisés ou piétons. Ils participent grandement à détecter les patients fugueurs, « tâche facilitée par le port de pyjama pour certains d'entre eux ».

4.1.7 Les transports

Le centre hospitalier dispose d'un parc roulant composé au total de 103 véhicules, ce chiffre prenant en compte tant les véhicules techniques d'entretien que les véhicules de transports et les véhicules légers.

Une partie des véhicules est affecté nommément dans des services et l'autre dans un pool à disposition de tous via un logiciel de gestion partagée.

Aucun véhicule ne nécessite de son utilisateur d'être titulaire du permis de conduire catégorie D « transport en commun ».

Les modalités de transport des patients se partagent en deux catégories, définies par l'autorité médicale concernée :

- les transports dits « couchés » s'effectuent en ambulance privée. Le centre hospitalier a soumis le marché public à appel d'offres. Le concessionnaire actuel est une coopérative d'ambulanciers privés qui répond à la demande ;
- les transports dits assis sont assurés dans des véhicules du centre hospitalier par un pool de chauffeurs dédiés. La gestion a été optimisée pour réduire les coûts grâce à des navettes transportant plusieurs patients.

Une rationalisation des trajets et des transports a abouti à une économie de 7 000 euros.

L'implantation d'un « bloc médical », destiné à fournir aux patients des soins somatiques spécialisés prodigués par des médecins ou praticiens qui viennent au sein de l'établissement, a permis également de limiter certains déplacements à l'extérieur de la structure.

Les transports « couchés » représentent 27 % de l'ensemble des transports de patients.

4.2 LES CONDITIONS PROPRES A CHAQUE UNITE

4.2.1 L'unité intersectorielle d'accueil et d'admission

L'unité intersectorielle d'accueil et d'admission (UIA) est l'une des unités d'hospitalisation du pôle transversal interne.

D'une capacité de dix-huit lits, elle a été ouverte en 2011, avec la mission d'assurer l'accueil des patients de plus de 18 ans, hormis ceux soumis à des soins sans consentement et ceux dont l'hospitalisation a été programmée directement avec le secteur dont ils dépendent.

4.2.1.1 Les locaux

4.2.1.1.1 Présentation générale

Le bâtiment de l'UIA se trouve immédiatement face à l'entrée de l'enceinte principale du CHS. Ce choix géographique d'implantation n'est pas neutre : il est censé résumer la simplicité d'accès pour tout arrivant en milieu psychiatrique. Il s'agit d'un bâtiment de 1 481 m² d'emprise au sol, d'un seul niveau, en forme de trapèze dont la grande largeur est implantée sur le long du boulevard circulaire intérieur.



Vue satellite de l'unité intersectorielle d'accueil et d'admission

La partie en arc de cercle, côté Est sur le boulevard (à droite sur la photo ci-dessus), est presque entièrement consacrée à la partie administrative de l'unité : huit bureaux, le secrétariat médical, les archives, le vestiaire du personnel.

La partie médicale occupe tout l'arrière de l'édifice autour de deux patios de 98 m² et 148 m².

L'UIA est une unité fermée. L'étanchéité entre les parties administrative et médicale est totale.

L'entrée principale vitrée, sur le boulevard, donne accès à un hall d'attente, de 55 m², desservant :

- à droite, le couloir de la partie administrative ;
- en face, l'entrée dans la partie médicale par une porte fermée munie d'une sonnette d'appel ;
- au fond à droite juste avant l'entrée dans les soins, une salle réservée aux visiteurs.



L'unité d'accueil et d'admission photographiée côté hall d'attente.

Dans la partie médicale, un long couloir intérieur fait le tour du bâtiment. Il dessert successivement :

- le bureau du cadre de santé ;
- un bureau polyvalent donnant accès à une salle de soins ;
- un salon « télévision » ;
- un salon « calme » ;
- les chambres individuelles numéro 1 à 6 côté Sud ;
- les chambres individuelles numéro 7 à 11 côté Ouest ;
- les chambres individuelles numéro 12 à 18 côté Nord.

La partie centrale entre les patios est consacrée aux soins : bureau infirmier, salle de désinfection du matériel et salle de préparation des soins.

La salle à manger collective, de 43 m², se situe en face du bureau infirmier, contre le plus petit des patios ; elle est largement éclairée par des parois vitrées.

4.2.1.1.2 Les chambres individuelles

L'unité comporte dix-sept chambres individuelles et une chambre d'isolement.

Les chambres numéro 1 à 17 sont parfaitement identiques dans leur surface.

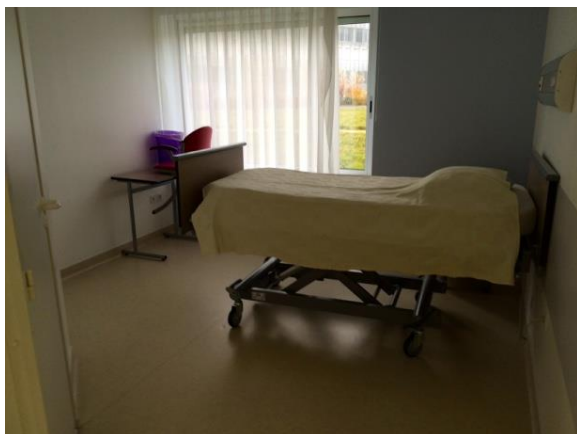
Trois d'entre elles sont équipées plus spécifiquement pour les personnes à mobilité réduite, une pour les personnes fortes et une dernière possède un lit spécifique pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

Toutes ont une superficie de 11,48 m² et sont équipées d'une salle d'eau individuelle de 2,60 m².

La chambre est meublée d'un lit médicalisé, d'un chevet, d'une petite table et d'un

fauteuil. La salle de bains est munie d'un lavabo avec tablettes, d'un miroir, d'un cabinet de toilettes, d'une douche, de distributeurs de savon-shampoing liquide et d'une balayette. Des niches incrustées dans la cloison au-dessus du cabinet de toilettes permettent de ranger quelques affaires.

Chaque chambre est équipée d'un placard, d'un bouton d'appel, de fils électriques à torsades, de quatre prises secteur et de deux prises réseaux.



UIA : chambre individuelle



Salle d'eau individuelle

4.2.1.1.3 La chambre de soins intensifs

La chambre numéro 18 est la seule chambre de soins intensifs (CSI) de l'UIA. Elle se trouve en face de la salle à manger collective, à proximité immédiate du bureau des infirmiers.

Elle possède la particularité de se trouver en bout de la partie médicale du bâtiment. De ce fait, il est possible d'y accéder via un sas depuis le hall de circulation côté patients et via un autre sas depuis le couloir de circulation de la partie administrative.

Cette configuration est notamment utilisée lors d'arrivée de détenus escortés par des policiers ou des surveillants de l'administration pénitentiaire. L'opération s'effectue alors en totale discrétion vis à vis des patients de l'unité.

La chambre a une superficie de 15,34 m² y compris le WC qui est inclus dans son espace. Elle n'est meublée que par un lit Cumbria® en mousse, qui peut recevoir des sangles de contention, et d'un chevet cylindrique en matière souple. La large fenêtre est totalement sécurisée et ne s'ouvre pas. Le WC est métallique sans siège et muni d'un bouton poussoir ; il est isolé de la chambre et positionné hors de la vue du personnel soignant par une paroi située à mi hauteur.



UIA : la chambre d'isolement



Cabinet de toilettes de la chambre d'isolement

Deux sas entourent cette pièce, qui possède deux portes, toutes deux équipées d'fenestron sans tain.

Le petit sas, de 2,84 m², donne accès dans le couloir de circulation de la partie administrative. Le grand sas, de 5,81 m², donne accès à l'espace de circulation côté partie médicale ; au fond de ce sas, se trouve le local douche, d'une superficie de 3,60 m², réservé à l'occupant de la chambre d'isolement.

La chambre d'isolement n'est pas munie d'un système de surveillance par caméra. Du fait de son manque total d'aération naturelle, la pièce est climatisée. Elle dispose d'une horloge et d'une sonorisation commandée depuis la salle de soins.

4.2.1.1.4 Les parties communes

L'UIA possède trois pièces destinées à la vie collective des patients :

- le salon « télévision », de 17,12 m² ;
- le « salon calme », de 18,09 m², qui permet aux patients qui le désirent de s'isoler ;
- la salle à manger commune.

Les deux patios sont ouverts de 6h à 22h ; ils servent notamment de fumoir.

4.2.1.2 Les personnels

L'équipe médicale de l'UIA est composée de deux médecins praticiens hospitaliers, généralistes et urgentistes ; un interne de médecine générale y est affecté depuis fin 2013.

Sont affectés dans ce service :

- dix-huit infirmiers pour 16,8 ETP ;
- six aides-soignants pour 5,8 ETP ;
- six agents des services hospitaliers qualifiés (ASHQ) pour 5,8 ETP.

La continuité du service de soins est assurée par l'emploi posté du personnel en trois vacations :

- le matin de 6h30 à 14h30 ;
- l'après-midi de 13h30 à 21h00 ;

- la nuit de 20h45 à 6h45, avec uniquement des infirmiers¹¹.

Il n'y a pas de personnel employé uniquement de nuit ; des rotations sont instaurées pour que chacun assure des vacations nocturnes.

Deux assistantes de service social à mi-temps assurent une présence quasi permanente au sein de l'unité.

L'effectif minimal est de deux infirmiers par vacation de jour ou de nuit et un aide-soignant par vacation de jour. L'examen des feuilles d'emploi montre que la norme est respectée.

4.2.1.3 Les patients

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

- seize patients étaient présents : onze hommes et cinq femmes ;
- tous les patients étaient en hospitalisation libre ;
- la durée la plus longue d'hospitalisation était de onze jours.

4.2.1.4 Le fonctionnement

4.2.1.4.1 Les règles de vie

Les patients peuvent circuler librement au sein de l'unité et disposent chacun de la clé de leur chambre.

Il n'y a pas de règlement intérieur spécifique à cette unité.

Le port du pyjama n'est pas systématique, mais soumis à prescription médicale. Le jour de la visite, les contrôleurs ont constaté qu'une majorité de patients étaient en pyjama (neuf sur seize).

Interrogé à ce sujet, le cadre de santé a rappelé qu'il s'agissait d'une unité d'accueil et « *qu'il fallait parfois user du pyjama à titre thérapeutique pour que les patients intègrent la réalité de leur pathologie* », en se calant sur la pratique fréquente dans les unités d'hospitalisation somatique.

Si besoin, il peut être remis à l'arrivée un « kit hygiène » avec brosse à dent, dentifrice, peigne, savon, chaussons, serviette de toilette et mousse à raser ou serviette hygiénique à la demande.

Les chambres ne sont pas équipées de téléviseur. Seul le salon réservé à cet effet permet aux patients qui le désirent de regarder leurs programmes.

Il n'y a pas de cabine téléphonique à carte dans l'unité, ni de téléphone dans les chambres. Deux téléphones sans fil sont à disposition des patients pour recevoir ou envoyer des appels. Si le médecin en est d'accord, certains patients peuvent conserver leur téléphone portable individuel.

Les patients peuvent, si le médecin est d'accord, conserver des équipements informatiques et bénéficier du wifi collectif de l'hôpital.

Les patients ont accès à deux quotidiens locaux « *Ouest-France* » et « *le Maine libre* »

¹¹ Les aides-soignants et les ASHQ ne travaillent pas la nuit.

dans le « salon calme ».

La règle pour les repas est qu'ils soient pris collectivement. Les repas individuels ne sont acceptés que sur prescription médicale. Les horaires de service sont : de 8h à 8h30 pour le petit-déjeuner, 12h30 pour le déjeuner et 18h30 pour le souper ; une collation-goûter est servie à 16h.

La consommation de tabac n'est pas contrôlée en raison de la faible durée moyenne de séjour dans l'unité. Les fumeurs ont accès libre aux patios jusqu'à 22h et à partir de 6h mais l'accès peut être négocié la nuit.

S'il est pratiqué un inventaire contradictoire des effets de la personne à son arrivée, celle-ci ne fait pas l'objet d'une fouille ; elle est simplement invitée à vider ses poches pour des raisons de sécurité. De même le courrier n'est pas contrôlé mais une attention particulière est portée au fait que le patient transmette bien, le cas échéant, les documents relatifs à sa situation administrative (arrêts de travail...).

Les visites sont autorisées l'après-midi à partir de 13h. L'interdiction de visite n'est pratiquée que sur prescription médicale.

Unité de court séjour, l'UIA ne propose pas d'activité spécifique.

4.2.1.4.2 L'aspect thérapeutique

Unité d'accueil intersectorielle, l'UIA a vocation à accueillir les patients en situation de crise et de proposer une orientation adaptée dans un délai de 24 heures si possible en alternative à une prolongation de l'hospitalisation.

Pour cette raison, les psychiatres de l'ensemble des secteurs sont amenés à intervenir auprès des patients de l'UIA et chacun assume le suivi des patients de son secteur. Par contre, les soins somatiques sont de la responsabilité exclusive de l'équipe médicale de l'unité, composée de deux praticiens hospitaliers généralistes.

Forte d'une présence quasi permanente d'une assistante de service social, l'UIA ambitionne de réaliser pour chaque patient un diagnostic médical, un diagnostic infirmier et un diagnostic social.

En 2013, le CHS a admis 3 367 patients, dont 1 774, soit 53 %, l'ont été sur l'UIA. Dans le cadre des primo-admissions, l'UIA a accueilli 546 personnes soit 58 % des premières admissions sur l'ensemble de l'hôpital. La durée moyenne de séjour (DMS) en 2013 a été globalement de quatre jours mais elle apparaît très variable selon le secteur qui assume la prise en charge des patients avec des DMS de :

- 2,2 jours pour les patients du secteur 1 ;
- 3,1 jours pour les patients du secteur 3 ;
- 4,9 jours pour les patients du secteur 4 ;
- 5,4 jours pour les patients du secteur 5 ;
- 2,2 jours pour les patients du secteur 6 ;
- 2,6 jours pour les patients du secteur 7.

Afin de faciliter la continuité des soins, un courrier au médecin traitant est établi dans un délai de huit jours pour tout patient qui sort directement de l'UIA. Aucune information n'est transmise au médecin traitant quand le patient quitte l'UIA pour être traité dans une autre unité d'hospitalisation de l'hôpital.

Les personnes en situation de crise sont de fait quasiment exclues du dispositif proposé par l'UIA, dès lors qu'elles font l'objet d'une mesure d'hospitalisation sans consentement.

Le fonctionnement de cette unité prévoit une fermeture permanente des portes avec obligation pour la personne hospitalisée de négocier avec le soignant sa liberté d'aller et de venir dans le parc de l'hôpital, alors même que l'UIA n'est censée accueillir que des patients en hospitalisation libre. De fait, en 2014, l'UIA a reçu quatre patients en SPDRE, représentant 19 journées, et 31 patients en SPDT représentant 134 journées.

Ce choix de ne pas recevoir de patients en soins sans consentement paraît d'autant plus curieux que la durée d'hospitalisation moyenne des détenus au CHS – de quatre jours – se rapproche de celle de l'unité d'accueil – cinq jours.

Sur l'ensemble de l'année 2014 :

- pour 467 patients admis dans l'établissement en SPDT, seuls 31, soit 6,6 %, ont été hospitalisés à l'UIA ;
- pour 97 personnes admises en SPDRE, 4 ont été hospitalisées à l'UIA.

4.2.2 Le bâtiment "Lantéri-Laura"

Les principales unités des pôles 1-6 et 3-7 sont installées dans un bâtiment très récent baptisé "Lantéri-Laura"¹². Il regroupe sur deux niveaux huit unités de soins – quatre pour chaque pôle – et une zone médico-administrative.

Toutes les unités sont conçues selon le même principe : un patio central autour duquel les pièces de l'unité sont disposées. Toutes les cloisons internes entre les patios et les espaces de circulation sont vitrées ; ainsi, il est possible d'apercevoir depuis presque tout point des espaces communs ce qui se passe à l'autre bout de l'unité.

Ce choix d'une vision globale avec des larges espaces vitrés peut nuire, notamment la nuit, à l'intimité et à la confidentialité des soins. Par ailleurs, l'impression de tourner en rond dans un espace clos est mal ressentie par le personnel et certains s'interrogent sur l'influence d'une telle configuration pour les patients.

Enfin, selon les déclarations faites aux contrôleurs, « l'absence de modularité de ces unités, toutes semblables, ne permet pas une adaptation pertinente à la diversité des projets thérapeutiques, ni aux besoins des patients du fait de la grande diversité des profils cliniques ».

4.2.2.1 Description générale

Le bâtiment "Lantéri-Laura" a été conçu et réalisé à partir de 2011. Il comporte un rez-de-chaussée et un étage, de respectivement 4 629 m² et 4 578 m² de surface hors d'œuvre. Il est implanté au centre de l'emprise du CHS, à l'intérieur du cercle formé par le boulevard circulaire et à proximité de l'entrée principale.

Cinq grandes parties composent l'ensemble : au centre, une partie rectangulaire consacrée aux zones médico-administratives ; puis, de chaque côté de cette partie centrale, quatre blocs symétriques deux à deux, chacun comportant un patio central.

12 M. Lantéri-Laura était un psychiatre français (1930-2004)



“Lantéri-Laura” : vue satellite

L'ensemble que forment les deux blocs du haut sur la photo est symétrique à celui que forment les deux blocs du bas.

De ce fait huit unités de soins occupent, sur deux niveaux, ces quatre parties.

Du fait des symétries, on retrouve deux configurations d'unité identifiées avec la lettre A ou la lettre B.

La différence essentielle entre les unités type A et type B tient au nombre de chambres d'isolement : deux pour les unités A, une pour les unités B.

Lorsque l'immeuble est regardé depuis sa face avant comme sur la photographie satellite, le tableau suivant reproduit la distribution des locaux au sein du bâtiment :

Implantation		Partie gauche Pôle 3-7		Partie droite Pôle 1-6	
		7	7	1	6
Premier étage	Secteur	7	7	1	6
	Numéro de l'unité	1-1	1-2	1-3	1-4
	Nom de l'unité	“Paumelle”	“Les Aloès”	néant	néant
	Vocation thérapeutique théorique	Soins au long cours	Admissions	Admissions	Admissions
Rez-de-Chaussée	Secteur	3	3	Unités polaires	
	Numéro de l'unité	1	2	3	4
	Nom de l'unité	“Daumezon”	“Henri-Claude”	(néant)	(néant)
	Vocation thérapeutique théorique	Soins au long cours	Admissions	Soins et réhabilitation	Soins et réhabilitation
Configuration		A	B	B	A

Ce tableau met en évidence des choix fort différents d'un pôle à l'autre :

- le choix a été fait dans le pôle 1-6 de disposer les deux unités d'admissions, une par secteur, à l'étage et de placer les unités polaires de soins au long cours au rez-de-chaussée, ce qui facilite les sorties des patients. Une cinquième unité polaire est actuellement implantée dans le pavillon les Acacias ; elle devrait être

prochainement désaffectée dans le cadre d'un projet commun entre les pôles 1-6 et 4-5 (qui concerne le pavillon Tosquelles) avec le regroupement de certains patients « chroniques » au sein du bâtiment "l'Orée" ;

- le pôle 3-7 a partagé ses unités par secteur, le 7 en haut et le 3 en bas. L'unité polaire d'accueil de ce pôle se trouve dans un pavillon plus ancien, "Les Tamaris".

4.2.2.2 Les parties communes et les zones médico-administratives

Deux couloirs traversent le bâtiment dans toute sa longueur : l'un au rez-de-chaussée, l'autre à l'étage. Ces couloirs donnent accès aux unités de soins, toutes repérées par un affichage complet qui fait apparaître les noms et les qualités du chef de pôle, du cadre supérieur de santé, des chefs de services et des cadres de santé des équipes soignantes.

Deux ascenseurs et quatre cages d'escalier permettent d'accéder à l'étage. Les cages d'escalier ont été sécurisées par des contremarches en caoutchouc anti-glisse, des mains courantes intérieures et des filets métalliques de protection contre les rampes intérieures.



"Lantéri-Laura" : cage d'escalier

Comme pour tout ce qui a été précédemment décrit, les entrées des parties gauche et droite sont symétriques et situées de chaque côté du bâtiment.



“Lantéri-Laura” : entrée droite côté pôle 1-6

“Lantéri-Laura” : entrée gauche côté pôle 3-7

Les deux entrées des rez-de-chaussée, comme leurs équivalents à l'étage, donnent accès à un hall d'accueil de 24 m². De ce hall on a accès au salon d'accueil des familles, pièce de 13,2 m².

Une porte permet d'accéder à un long couloir qui dessert onze bureaux à gauche pour le pôle 3-7 et autant à droite pour le pôle 1-6.

La même configuration, et les mêmes bureaux sont reproduits à l'étage. Ces bureaux sont utilisés par les secrétaires médicaux, les médecins et les cadres supérieurs de santé.

4.2.2.3 Les unités de soins

Chaque unité de soins a été conçue de façon à pouvoir adopter un mode de fonctionnement autonome ouvert ou fermé ; aussi, les unités accolées deux par deux sont-elles toujours séparées par des doubles portes coupe-feu.

Comme indiqué *supra*, les unités sont de deux types presque symétriques, dénommés pour la simplification A et B.

Chaque unité A dispose, avec l'unité B qui lui est accolée, des parties techniques communes, constituées de pièces en enfilade possédant chacune une porte s'ouvrant côté A et une porte s'ouvrant côté B.

Ces pièces communes sont :

- une salle destinée au rangement des affaires de ménage ;
- une salle de rangement de matériel ;
- le local réservé aux agents de service hospitalier ;
- l'office.



Lantéri-Laura : photo de nuit

Dans chaque unité, la porte d'accès depuis le couloir extérieur donne directement sur le bureau infirmier, largement vitré.

Le bureau infirmier est adjacent aux salles de désinfection du matériel et de préparation des soins. Il est doté de deux ouvertures latérales, chacune donnant accès à un couloir qui se prolonge au fond du bâtiment ; un couloir dessert la tisanerie, le bureau du cadre de santé et une salle d'activités, puis la salle à manger ; l'autre couloir donne accès à un salon et aux chambres individuelles accolées à la paroi vitrée du patio.

Si les unités du rez-de-chaussée ont accès à l'ensemble des quelques 100 m² de chaque patio, il n'en est pas de même pour les unités du premier étage, dont les patients ne bénéficient, pour prendre l'air que d'une passerelle de 12 m sur 5 m surplombant le patio situé en dessous. Cette passerelle fait de plus l'objet d'installations de sécurisation telles que des parois anti chute en plexiglas ou des bancs vissés au sol. Le seuil des portes ouvrant sur la passerelle en rend l'accès très difficile aux personnes à mobilité réduite.



Un patio au rez-de-chaussée



Une passerelle à l'étage

Chaque unité de soins possède des pièces destinées à la vie commune :

- une salle à manger de 51,46 m² ;
- un salon de 20,70 m² ouvert sur deux côtés;
- une salle d'activités de 15,49 m² contre la salle à manger ;
- un salon télévision de 14,27 m² ;
- une salle de bains de 10,38 m² avec baignoire ;
- des toilettes réservées aux patients.



Une salle à manger



Un couloir dans une unité de soins

Les couloirs des unités sont dans un état de propreté et d'entretien remarquables. Pour des motifs tenant aussi bien à la sécurité contre les incendies qu'à la prévention d'accidents domestiques avec les patients, aucune décoration n'est acceptée aux murs des parties communes. Ceci relèverait également d'un choix assumé par la direction de l'établissement « *d'offrir un cadre d'hospitalisation le plus neutre possible aux patients sans leur imposer des décorations et ce d'autant que ces unités n'ont pas vocation à être des lieux de vie mais bien des lieux de soins pour une durée limitée* ».

4.2.2.4 Les chambres individuelles

Chaque unité possède, en comptabilisant les chambres de soins intensifs (CSI), dix-neuf chambres individuelles. Celles du type A, soit les unités 1, 1.1, 4 et 1.4, disposent de deux CSI et donc dix-sept chambres classiques ; celles du type B, soit les unités 2, 1.2, 3 et 1.3, comprennent une CSI et donc dix-huit chambres classiques.

Les chambres individuelles ne sont pas toutes identiques puisque l'on relève des surfaces de 11,36 m² au minimum et de 12,76 m² au maximum. Elles sont toutes pourvues d'une salle d'eau individuelle de 2,60 m² pour les plus petites et 3,10 m² pour les plus grandes.

Certaines sont dites « aménagées » car les installations ont été protégées d'éventuels gestes inconsidérés de patients déficitaires ou en phase aigüe de leur pathologie.

Chaque chambre est meublée d'un lit médicalisé, d'un chevet, d'une petite table et d'un fauteuil. La salle d'eau est munie d'un lavabo avec tablettes, d'un miroir, d'un cabinet de toilettes, d'une douche, de distributeurs de savon-shampooing liquide et d'une balayette. Des niches incrustées dans la cloison au-dessus du cabinet de toilettes permettent de ranger quelques affaires.

Chaque chambre est équipée d'un placard, d'un bouton d'appel, de fils électriques à torsades, de quatre prises électriques et de deux prises électroniques.



Une chambre individuelle



Une salle d'eau individuelle

4.2.2.5 Les chambres de soins intensifs

Les chambres de soins intensifs (CSI) du bâtiment "Lantéri-Laura" ne diffèrent guère dans l'apparence et l'ameublement de celle de l'unité intersectorielle d'accueil et d'admission (UIA, cf. *infra*). Toutes sont climatisées. Aucune ne dispose de caméra de vidéosurveillance.

Dans les unités où se trouvent deux CSI

Il a été conçu un espace avec, en son centre, un petit couloir de 9 m² desservant de part et d'autre les deux CSI de chacune 13,50 m². La porte de chaque chambre est munie d'un fenestron sans tain permettant au personnel infirmier d'entrer dans ce couloir pour observer les deux patients isolés.

Chaque chambre est munie d'une fenêtre sécurisée, qui ne s'ouvre que de quelques centimètres et qui donne sur l'extérieur du bâtiment. Une horloge électrique est positionnée au-dessus de la porte.

Le mobilier se réduit à un lit spécifique (lit Cumbria® en mousse avec un revêtement résistant, d'entretien aisé) pouvant être muni de sangles pour la contention et à un chevet cylindrique en matière souple. Chaque CSI dispose d'un WC intérieur en inox muni d'un bouton poussoir, isolé de la chambre et positionné hors de la vue du personnel soignant par une paroi située à mi-hauteur.

Chaque chambre possède, en plus de la porte donnant sur le couloir central, une deuxième porte, également munie d'un fenestron sans tain donnant sur un couloir latéral de 5,26 m², et la salle de douche de 4,35 m². La douche étant équipée d'un tuyau et non d'un bouton poussoir, le personnel soignant reste à proximité du patient durant sa toilette. Chaque couloir latéral débouche, comme le couloir central, sur le couloir de circulation de l'unité.

Dans les unités où ne se trouve qu'une CSI

La chambre, plus vaste, 16,67 m², est également munie de deux portes avec fenestron sans tain, l'une donnant dans un sas d'accès au couloir de circulation générale via une porte et l'autre dans l'espace de douche et un autre sas d'accès.

Les fenêtres de ces chambres uniques ne s'ouvrent, comme les autres, que sur quelques centimètres, mais n'offrent comme vue qu'un petit patio interne très bétonné. L'équipement global, lit, chevet, toilettes, est en tout point identique à celui des autres unités.

4.2.3 Le pôle 1-6

Le pôle 1-6 a vocation à répondre aux besoins de la population du Sud-Est de la Sarthe, dont une partie de la ville du Mans, avec notamment le canton de Saint-Calais pour le secteur 1 et celui de Château du Loir pour le secteur 6 (Cf. carte au chapitre 2.2).

Au moment de la visite, il disposait de 9,4 ETPR de médecins ; sept d'entre eux étaient praticiens hospitaliers, dont un assumait la fonction de président de CME.

Selon les témoignages du corps médical, « l'effectif médical est insuffisant et n'offre pas la possibilité de mener une réflexion approfondie sur le travail clinique ».

Un contrat de pôle, signé en décembre 2014, fixe, outre la contribution du pôle au fonctionnement de l'UIA et au service de psychiatrie de la personne âgée, plusieurs objectifs dont notamment :

- renforcer la formation des équipes soignantes et des internes de psychiatrie ;
- améliorer la collaboration avec les médecins généralistes du secteur ;
- développer une cellule de psychiatrie médico-socio-judiciaire à partir de laquelle se réalise notamment un travail de groupe, une fois par an, sur la question des soins sous contrainte, avec la participation, outre de professionnels de l'établissement, de l'ARS, du médecin du SAU, du procureur de la République, du cabinet du préfet et du juge des libertés et de la détention. De plus, il a été annoncé aux contrôleurs le démarrage prochain d'un travail destiné à analyser, avec le responsable du pôle transversal externe (qui intègre notamment les soins psychiatriques à la maison d'arrêt et le département d'informations médicales DIM), les dossiers des détenus hospitalisés au CHS en raison de l'accroissement récent de leur nombre depuis le début du mois de janvier ce qui tranche avec l'évolution à la baisse notée en 2014 ;
- développer l'hôpital de jour polaire et l'ambulatorio ainsi que les articulations entre ces différentes activités et de celles-ci avec l'hospitalisation complète ;
- faire évoluer l'organisation de l'hospitalisation complète.

Ainsi le pôle prévoit de conserver deux unités d'admissions sectorielles implantées à l'étage : les unités 1.3 et 1.4.

L'unité 4, qui était l'unité de réhabilitation du secteur 6, devient l'unité « fermable » pour l'ensemble du pôle, destinée à l'accueil des patients en soins sans consentement et de ceux dont l'état clinique nécessite une vigilance particulière ; « *cette unité devrait*

permettre de limiter les restrictions à la liberté d'aller et venir au sein des autres unités du pôle ».

L'unité 3, initialement unité de réhabilitation pour le secteur 1, dont l'équipe actuelle travaille sur un projet d'équipe ambulatoire de réhabilitation sociale et de soutien des partenaires médico-sociaux et familiaux, va devenir l'unité de réhabilitation pour l'ensemble du pôle.

Le pavillon des Acacias, qui, dans le cadre du projet de pôle initial, était un pavillon polaire pour les patients en SPDRE et des patients hospitalisés au long cours qui présentent des problèmes importants d'autonomie, devrait être fermé au printemps 2015 ; les patients pourraient majoritairement bénéficier d'une orientation vers une structure médico-sociale avec un suivi psychiatrique par le secteur ou intégrer l'unité de réhabilitation polaire ou l'unité qui va prochainement s'implanter à "l'Orée" après la fermeture du pavillon "Tosquelles" (Cf. chapitre 4.2.4.6).

4.2.3.1 Les unités sectorielles 1.3 et 1.4

Les unités 1.3 du secteur 1 et 1.4 du secteur 6 sont des unités d'admission accueillant principalement des patients nécessitant d'être stabilisés dans leur pathologie ou des patients admis dans le cadre d'un réajustement de leur traitement. La durée moyenne de séjour (DMS) des patients est de douze jours environ.

Ces deux unités ouvertes ont adopté un mode de fonctionnement identique. Les patients en soins libres peuvent aller et venir librement. Pour des raisons de sécurité et notamment pour éviter toute intrusion de l'extérieur, elles sont fermées de 20h30 à 8h.

4.2.3.1.1 Présentation générale

Les locaux

Les deux unités sont situées au premier étage du pavillon "Lantéri-Laura" comme indiqué au paragraphe 4.2.1 *supra*.

Les personnels

Lors de la visite des contrôleurs, le cadre de l'unité 1.4 avait pris ses fonctions au mois de septembre 2014 ; il assurait également l'intérim pour l'unité 1.3 depuis le mois de janvier 2015. Auparavant, il avait assuré cet intérim à mi-temps durant quatre mois.

La composition de l'équipe médicale pour l'ensemble du secteur 1 est la suivante:

- 3,8 ETP de médecins psychiatres dont un chef de service;
- 1 ETP d'interne ;
- 1 ETP de médecin généraliste.

En principe, deux médecins psychiatres interviennent le matin au sein des trois unités du secteur 1. Selon les propos recueillis, l'effectif est en nombre insuffisant. Les médecins rencontrés souhaiteraient que le secteur bénéficie d'un effectif de 5 ETP de médecins.

L'équipe paramédicale de l'unité 1.3 est composée de :

- 1 ETP de cadre de santé dont l'intérim est assuré par le cadre de l'unité 1.4;
- 15,6 ETP d'infirmiers ;
- 1 ETP d'aides-soignants ;
- 5 ETP d'agents sanitaires hospitaliers (ASH).

En principe, trois soignants sont en poste le matin et autant l'après-midi. Le service de nuit est assuré par trois soignants pour les deux unités ; un soignant étant donc seul sur une unité, la porte communiquant entre les deux unités reste ouverte en permanence durant la nuit afin de permettre aux soignants de se prêter main forte le cas échéant.

Lors de la visite des contrôleurs, une infirmière était en congé maladie depuis une semaine. Par ailleurs, seuls deux infirmiers étaient présents le matin car un troisième infirmier avait dû quitter momentanément le service pour accompagner un patient au centre hospitalier du Mans.

Les praticiens hospitaliers se relaient du lundi au vendredi, par demi-journée, afin d'assurer la présence quotidienne d'un médecin dans l'unité. L'autre partie de leur temps est dédiée aux consultations externes se déroulant au centre médicopsychologique (CMP). Un des praticiens hospitaliers consulte également une matinée par semaine à la maison d'arrêt du Mans. Les patients rencontrés ont confirmé qu'ils étaient vus par leur médecin psychiatre environ une à deux fois par semaine. Le jour du contrôle, le chef de service était en congé maladie depuis trois jours et un patient se plaignait de ne pas avoir pu bénéficier d'une consultation psychiatrique durant toute la semaine.

Le médecin généraliste se rend disponible les lundis, mardis, jeudis et vendredis de 9h à 17h.

L'équipe paramédicale de l'unité 1.4 est composée de :

- 1 ETP de cadre de santé qui assurait également l'intérim pour l'unité 1.3 au moment de la visite des contrôleurs ;
- 13,6 ETP d'infirmier ;
- 2 ETP d'aides-soignants ;
- 5 ETP d'ASH.

Trois congés maternité sont prévus durant la période printemps - été. Or aucun remplacement n'est planifié, seuls les congés de maladie longue durée sont remplacés.

Lors de la visite des contrôleurs, deux personnels infirmiers étaient en congé maladie depuis dix jours et un ASH depuis un mois. Aucun de ces postes n'était remplacé.

Les patients

Au jour de la visite, l'unité 1.3 comptait dix-neuf patients présents (six hommes et treize femmes) :

- treize personnes étaient en soins libres ;
- deux personnes étaient en SPDT ;
- une personne détenue était en SPDRE depuis trois jours. Elle était placée en CSI.

L'unité 1.4 comptait dix-neuf patients présents (huit hommes et onze femmes) :

- dix-sept personnes étaient en soins libres dont un patient était hébergé en hôpital de nuit ;
- une personne était en SPDT ;

- une personne détenue était en SPDRE depuis neuf jours. Elle était placée en CSI.

Faute de place dans l'unité, une des deux CSI avait été aménagée en chambre d'hébergement pour le patient hospitalisé uniquement la nuit.

4.2.3.1.2 L'admission dans le bâtiment

Le patient est pris en charge par un infirmier, qui procède à une première évaluation de son état thymique¹³. Il peut être éventuellement placé en CSI dès lors qu'il présente un état d'agitation élevé. Un infirmier a tenu les propos suivants : « *lorsque l'état du patient l'exige, on prend la décision de le sécuriser puis on fait appel au médecin. Le placement en CSI à l'admission n'est pas systématique ; cela dépend de la situation et de notre évaluation* ».

Lors de leur passage à l'unité 1.3, les contrôleurs ont assisté à l'admission d'un patient en soins libres adressé par l'hôpital de jour (HDJ). Le médecin psychiatre de l'HDJ avait préconisé, le cas échéant, un placement en CSI. Après avoir procédé à une première évaluation, l'infirmier a installé le patient en chambre d'hébergement, indiquant que son état psychique ne nécessitait pas le recours à l'isolement. Il a toutefois précisé aux contrôleurs qu'il réaliserait une évaluation régulière de l'état thymique du patient. Toujours selon les propos de cet infirmier, « *la prise en charge des patients a évolué dans le bon sens. Auparavant, chaque patient admis en soins sans consentement était mis en pyjama et placé en CSI* ».

Lors de la visite des contrôleurs, deux patients en soins libres portaient un bas de pyjama ; l'un le portait par choix tandis que le second, admis récemment, ne disposait plus de linge propre. Les contrôleurs se sont entretenus avec le cadre de santé et les médecins, qui ont indiqué que le port du pyjama pouvait être utilisé afin d'éviter les fugues. Par ailleurs pour certains patients en phase aiguë de leur pathologie, « *le port du pyjama peut offrir un repère dans le processus d'hospitalisation et permet de rassurer le patient* ».

Lorsque l'état psychique du patient le permet, le personnel infirmier lui présente l'unité et les règles de fonctionnement ; les unités ne disposent pas d'un document explicitant les règles de vie. Il est procédé également à un inventaire contradictoire, signé par le patient dans la mesure où il est en capacité de le faire. Certains patients sont éventuellement autorisés à conserver leur briquet et parfois leur ceinture. Cela est évalué au cas par cas, selon la pathologie du patient. Concernant une patiente en soins libres souffrant de troubles compulsifs alimentaires, ses denrées personnelles étaient conservées dans son casier.

S'agissant de la désignation d'une personne de confiance, il a été indiqué que les explications fournies n'étaient pas toujours comprises des patients. Par ailleurs, les infirmiers nouvellement diplômés ainsi que les étudiants en soins infirmiers seraient mieux formés que « *les anciens* » pour expliciter aux patients.

4.2.3.1.3 La période initiale de soins et d'observation

La notification des droits et l'explication du statut juridique au patient hospitalisé sans consentement **ne font pas l'objet d'une pratique harmonisée**. En principe, un

13 Thymique : relatif à la « thymie » ou « humeur » en psychologie

médecin et/ou le cadre de l'unité explicitent le statut juridique et les voies de recours au patient. S'agissant du personnel infirmier, il a été précisé que « *cela dépendait du niveau de connaissance de chacun* ». Ainsi les contrôleurs se sont entretenus avec deux infirmiers d'une même unité et ils ont pu constater que le contenu des informations transmises au patient n'était pas identique. Une infirmière a indiqué « *qu'elle n'avait pas bénéficié d'une formation spécifique et qu'elle prenait exemple sur ses collègues plus expérimentés* ».

Un personnel du bureau des admissions se rend systématiquement dans le service afin de remettre au patient sa notification de soins sous contrainte et de lui indiquer la date d'audience devant le JLD.

Les contrôleurs ont constaté que les coordonnées du JLD et du TGI ainsi que le tableau de l'ordre des avocats n'étaient pas affichés. Dans sa réponse, le directeur indique : « *Les coordonnées du JLD et du TGI sont transmises individuellement à chaque patient au moment de la notification du placement et des droits. Bien sûr, elles peuvent aussi être affichées. Aucun affichage des avocats car il n'y a pas de raison de privilégier plus le barreau du Mans ou un avocat qu'un autre (patients hors département). En revanche, individuellement, il a été déjà fourni la liste des avocats d'un barreau* ».

D'après les propos recueillis, toute personne en soins sans consentement, comme tout arrivant, est systématiquement vue par le médecin psychiatre et le médecin généraliste dans les 24 heures qui suivent son admission. Il existe un tour de rôle médical parmi les médecins psychiatres afin de répartir les admissions de façon équitable. S'agissant du renouvellement des certificats, un des médecins psychiatres a indiqué que bien souvent il effectuait un « *copié /collé du fait du nombre important d'admissions dans l'unité.*»

4.2.3.1.4 Le fonctionnement

Les unités disposent de réserves de produits d'**hygiène corporelle** comprenant dentifrice, brosses à dent, shampoing et savon. Certains patients ont la possibilité d'utiliser leur propre rasoir qui est conservé dans le bureau des soignants. Les autres reçoivent des rasoirs jetables ; certains d'entre eux se rasent en présence d'un personnel soignant.

Les patients ont la possibilité de se rendre à la **buanderie** du CHS pour l'entretien de leur linge. Pour ceux n'étant pas autorisés à sortir de l'unité, une aide-soignante se charge de remettre le linge à la buanderie. Certains peuvent se rendre à la buanderie, accompagnés du personnel soignant ; selon les propos recueillis « *l'entretien du linge peut, pour certains, faire partie du contrat de soin* ».

Les unités ne disposent pas de **réserve de vêtements** pour les plus démunis. Les contrôleurs ont constaté que le personnel soignant ne faisait pas usage du stock de vêtements disponibles à la buanderie car « *la durée d'hospitalisation des patients est trop courte* ».

L'entretien des locaux est assuré par les ASH. Les contrôleurs ont pu constater que les lieux étaient entretenus correctement.

Les sommes importantes d'**argent**, les chèques, les cartes bleues ainsi que les objets de valeur sont en principe déposés à la régie centrale. Toutefois si le patient le souhaite et si son état psychique le permet, il a la possibilité de conserver le tout dans le placard, de sa

chambre fermé à clefs. Dès lors qu'un patient est placé sous tutelle ou curatelle, le personnel soignant se met en relation avec le mandataire judiciaire.

Les **repas** sont pris de façon collective à moins que l'état de certains patients nécessite que le repas soit consommé dans leur chambre. Le jour de la visite des contrôleurs, les patients détenus de chaque unité prenaient leurs repas dans leurs chambres. Cependant, il avait été proposé à l'un d'entre eux admis dans l'unité 1.4, souffrant d'un handicap physique, de venir se restaurer au réfectoire ; ce dernier a refusé du fait de son état psychique. Le placement est libre et le service est assuré par le personnel soignant. Une infirmière a indiqué que la configuration architecturale du réfectoire (espace ouvert) ne permettait pas de préserver la confidentialité notamment lorsqu'il se produisait un incident ; le personnel soignant doit alors gérer la situation au vu et au su de tous.

Tous les patients sont autorisés à **fumer** à l'extérieur. Chaque unité dispose d'une **passerelle extérieure**. La passerelle de l'unité 1.3 n'est pas équipée de parasol permettant de se protéger en cas d'intempérie ou de forte chaleur. La passerelle est accessible à toute heure du jour et de la nuit bien que la priorité soit de stabiliser le sommeil des patients. Lors de leur visite de nuit, les contrôleurs ont pu constater que les patients avaient accès à la passerelle après 22h. La majorité des patients sont autorisés à conserver leurs cigarettes. Un patient, admis à l'unité 1.3 et placé sous tutelle, était soumis à une restriction journalière (dix cigarettes par jour) du fait de son incapacité à gérer sa consommation de tabac et du peu de moyens financiers dont il disposait. Ce patient sollicitait le personnel tous les quart d'heure en vue d'obtenir une cigarette. Les contrôleurs ont noté que le personnel soignant lui expliquait patiemment et inlassablement qu'il était autorisé à fumer une cigarette toutes les heures afin de ne pas être soumis à une rupture de stock. Certains patients peuvent également conserver leur briquet ; il a été indiqué que « *cela était vu au cas par cas* ».

Concernant les **relations sexuelles**, l'objectif premier du cadre de l'unité est de s'assurer qu'elles sont consenties et de protéger les personnes vulnérables ou celles dont l'état psychique du moment est incompatible pour démarrer une relation intime. D'après ses propos, aucun membre du personnel soignant n'interdit formellement aux patients d'avoir des relations sexuelles : « *l'hôpital est un lieu de rencontre où on peut faire vivre sa sexualité comme on l'entend* ». Il a été relaté aux contrôleurs l'épisode suivant : lors de son service de nuit, un personnel soignant a surpris deux patients dans une même chambre ; il a aussitôt refermé la porte puis il est revenu plus tard et a demandé à l'un des deux patients de regagner sa chambre.

D'après les propos recueillis, aucun **incident** majeur ne s'est produit récemment au sein des deux unités. La majeure partie des incidents est liée à l'introduction ou à la consommation de produits stupéfiants et d'alcool au sein des unités. Les produits sont confisqués et les substances illicites sont remises au bureau des admissions. L'identité du patient n'est pas révélée. Ces incidents sont repris systématiquement avec les patients en entretien infirmier.

S'agissant de la protection des **mineurs** de seize ans et des **personnes vulnérables**, le personnel reste vigilant. Ainsi, concernant un mineur hospitalisé récemment à l'unité 1.4, le médecin psychiatre a fait transférer vers l'unité 4 un patient présentant une personnalité psychopathologique accompagnée de troubles d'ordre sexuel. Par ailleurs, lors de leur

visite de nuit, les contrôleurs ont constaté que le personnel infirmier fermait à clef la chambre d'une personne déficitaire et alitée afin qu'elle soit protégée des autres patients ; il a été précisé que la porte serait de nouveau ouverte une fois les patients couchés.

Chaque unité dispose d'un salon équipé d'un **téléviseur** et d'une dizaine de fauteuils. En principe, les patients sont autorisés à y rester jusqu'à la fin du premier film de la soirée. Les patients s'organisent entre eux pour la sélection du programme. Selon les témoignages, cela ne donne pas lieu à des conflits. Les contrôleurs ont rencontré des patients qui ont déploré le manque de places dans le salon. Ils ont également indiqué que les traitements du soir ne leur permettaient pas de rester éveillés pour visionner le film. Lors de la visite de nuit dans l'unité 1.4, deux patientes étaient présentes dans le salon. Il était 22h20 et l'infirmière leur a proposé de rester jusqu'à 23h00.

Les **visites** ont lieu de 13h30 à 20h ; elles sont autorisées après avis médical. Elles peuvent se dérouler dans les chambres ou dans les salons des familles prévus à cet effet. Dès lors qu'un enfant vient rendre visite à un parent hospitalisé, la visite se déroule dans le salon des familles. Selon les propos recueillis par les contrôleurs, il est très rare que les visites soient proscrites par les médecins hormis pour les patients dont l'état psychique ne le permet pas ou ceux dont la relation avec les proches est conflictuelle, voire contre thérapeutique. « En tant qu'infirmier, on essaie d'expliquer aux familles les symptômes de la pathologie dont souffre leur proche tout en respectant la notion de confidentialité. Ça n'est pas simple ».

Le jour du contrôle, seuls les **patients détenus** n'étaient pas autorisés à recevoir de visite. Les contrôleurs ont pu s'entretenir avec l'un d'eux, admis dans l'unité 1.3 depuis trois jours. Ce dernier, bénéficiait d'un permis de visite dans son établissement d'origine ; il déplorait de ne pas pouvoir recevoir sa femme : « *je me sens complètement isolé ici. Je n'ai pas reçu le courrier de ma femme et mon paquetage n'a pas suivi. Je n'ai pas la télévision, je n'ai accès qu'aux journaux* ».

Le personnel soignant avait mis une bouteille d'eau à sa disposition et l'autorisait à fumer sur la passerelle lorsque l'équipe était en nombre suffisant. Cependant, le jour de la visite des contrôleurs ce patient ne disposait plus de cigarettes. Selon les témoignages, il est fréquent que les personnes détenues ne disposent pas d'un stock suffisant de cigarettes ; le personnel soignant est amené à devoir prendre sur sa réserve personnelle.

Les activités

Les unités disposent d'une petite salle où sont conservés quelques livres, peu récents, et des jeux de société.

Aucune activité n'est organisée au sein des deux unités. Le personnel soignant invoquant la brièveté de la durée des séjours et le taux de rotation relativement important au sein de l'unité : « *c'est usant, on ne fait que des entrées et des sorties. On doit sans cesse gérer les lits* ».

Lors de la visite des contrôleurs, des patients déambulaient dans le couloir. Les contrôleurs se sont entretenus avec les patients hospitalisés en SPDT. Le premier patient rencontré ne souhaitait participer à aucune des activités. Une autre patiente bénéficiait de sorties, accompagnée d'un personnel soignant, à raison de trois quarts d'heure le matin et autant l'après-midi. Le jour de la visite des contrôleurs, elle n'avait pas pu bénéficier de sa

sortie par manque de disponibilité du personnel ; pourtant, trois soignants étaient en poste ce jour là. Elle a également évoqué l'offre relativement restreinte de livres et de magazines mis à leur disposition. Le jour du contrôle, seule la revue « *Notre Temps* » était disponible. D'autres patients ont déploré l'impossibilité d'avoir accès à une salle de sport.

Les médecins, interrogés sur l'accès au sport et aux activités, ont également invoqué la durée de séjour trop courte pour envisager d'inscrire les patients au CTM. Un médecin a indiqué que « *cela était lourd à mettre en place* » car les patients devaient être accompagnés par un ou deux personnels soignants pour se rendre au centre. Ce médecin a également précisé qu'il prescrivait systématiquement un accompagnement à deux soignants pour les patients en SPDRE, invoquant sa responsabilité en cas de fugue.

Des sorties à l'extérieur sont parfois organisées dans le cadre du projet de sortie des patients. Il s'agit de les accompagner à leur domicile afin qu'ils puissent organiser leur retour dans les meilleures conditions.

4.2.3.1.5 Les soins

Comme indiqué *supra*, les patients sont tous vus par les médecins psychiatres au moins une fois par semaine. Il a été précisé que le médecin chef de pôle remplaçait ses confrères en congés.

D'après les propos recueillis auprès du personnel infirmier, le personnel médical fait preuve de souplesse ; les patients peuvent demander à changer de médecin notamment quand la relation thérapeutique ne fonctionne plus. En principe, la demande est acceptée à moins que l'état psychique du patient (état délirant ou maniaque) ne le permette pas.

Les médecins ont indiqué qu'ils avaient très peu recours au programme de soins, « *trop contraignants et peu réalisables* », privilégiant la levée de la mesure tout en poursuivant l'hospitalisation en soins libres.

Les unités n'ont pas mis en place un système d'infirmier référent pour le suivi des patients, la durée moyenne de séjour étant trop courte. En principe, lorsque le personnel soignant est en nombre suffisant (présence de trois soignants dans l'unité), les infirmiers assistent aux consultations menées par les médecins psychiatres à moins que le patient n'oppose un refus. Il a été précisé que l'accord du patient était toujours recherché.

Une synthèse pluridisciplinaire réunissant l'ensemble des professionnels de santé se déroule chaque vendredi matin. Elle a pour objectif d'apporter un éclairage et de décrypter les cas complexes de certains patients.

Les traitements par voie orale sont systématiquement dispensés au moment des repas hormis les hypnotiques qui sont en principe donnés vers 21h30. Lors de leur visite de nuit, les contrôleurs ont constaté que l'infirmière recherchait avant tout l'adhésion du patient pour dispenser les hypnotiques. Ainsi un patient en phase d'endormissement n'a pas souhaité en bénéficier, l'infirmière a tenu compte de la requête du patient indiquant aux contrôleurs « *qu'elle évaluait chaque situation au cas par cas* ». D'autres patients ont également demandé à recevoir leur traitement ultérieurement afin de pouvoir profiter de la soirée.

Le recours à l'isolement

Les contrôleurs se sont entretenus avec un médecin, qui a indiqué être en faveur de

l'isolement : « *Je prescris l'isolement dès lors que le patient est en proie à des hallucinations et qu'il est dispersé. Cela permet de le contenir mais également de protéger les autres patients. Ce sont des temps très courts, d'une durée de 24 à 48 heures. Cette mesure relève de soins intensifs et requiert une surveillance constante de la part du personnel soignant* ».

D'après les propos recueillis auprès du personnel soignant, le placement en CSI est toujours justifié et n'est jamais concomitant avec une pénurie de personnel soignant. Cependant, il a été indiqué que les infirmiers de soins généraux ne possédaient pas tous une culture de la psychiatrie et que par conséquent certains pouvaient adopter une approche peu adaptée face à un patient psychotique agressif. Un infirmier a signalé que lorsque la mise en CSI était prescrite par le médecin de garde, la durée de la prescription était toujours 24 heures alors même que l'état du patient ne le nécessitait pas toujours.

D'après les témoignages, il arrive que certains psychotiques se connaissant particulièrement bien demandent à être isolé durant un temps afin de pouvoir se recentrer sur eux même.

La contention

Selon les propos recueillis auprès des médecins des deux secteurs, il est fait usage de la contention uniquement lorsque le patient adopte un comportement auto ou hétéro agressif. Ces propos ont été corroborés par le personnel soignant. Chacun s'accordait à dire que le procédé demeurerait violent et qu'un traitement médicamenteux adapté devait être mis à la disposition du patient, « *l'un ne pouvant pas aller sans l'autre* ». Toutes les mesures de contention se déroulent systématiquement en CSI ; le patient est alors en pyjama.

Lors du passage des contrôleurs, aucun patient n'était sous contention.

4.2.3.2 Les unités polaires

4.2.3.2.1 L'unité 3

L'unité 3 est une unité de réhabilitation sociale à moyen terme ; la majorité des patients proviennent de l'hôpital de jour. Il s'agit d'une unité ouverte ; les patients en hospitalisation libre peuvent aller et venir librement. Tout comme les autres unités du pavillon, l'unité 3 est fermée de 20h30 à 8h.

4.2.3.2.1.1 Présentation générale

L'unité est située au rez-de-chaussée du pavillon "Lantéri-Laura". La configuration architecturale des locaux est identique à celle décrite pour les unités des secteurs 3 et 7 (Cf. *supra* chapitre 4.2.2). Elle dispose de dix-huit chambres individuelles et d'une CSI, qui n'était pas opérationnelle le jour du contrôle ; le personnel soignant était en attente de la livraison d'un matelas adapté.

Les personnels

Lors de la visite des contrôleurs, le cadre de l'unité assurait également l'intérim en tant que cadre supérieur du pôle 1.6 depuis le début du mois de novembre 2014.

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

- 1 ETP de cadre de santé ;
- 14,8 ETP d'infirmiers ;
- 3 ETP d'aides-soignants ;
- 5 ETP d'agents des services hospitaliers.

Parmi le personnel infirmier, trois infirmiers sont titulaires du diplôme de soins psychiatriques.

Les patients

Au jour de la visite, l'unité comptait dix-huit patients présents (quatorze hommes et quatre femmes) :

- dix-sept personnes étaient en hospitalisation libre ;
- une personne était en SPDT.

4.2.3.2.1.2 L'admission dans le bâtiment

L'unité 3 accueille très peu de patients en soins sans consentement.

En principe, les patients n'ont pas l'obligation de revêtir un pyjama lors de leur admission. Pour un patient admis la veille en soins libre, le port du pyjama lui avait été imposé afin de le dissuader de quitter le service. L'infirmière a néanmoins indiqué aux contrôleurs que ce patient était libre de quitter le service dès qu'il le souhaitait. Selon les propos recueillis, le pyjama peut être un repère pour le patient dont l'état psychique n'est pas stabilisé.

Lorsque l'état psychique du patient le permet, le personnel infirmier lui présente l'unité et les règles de fonctionnement ; l'unité ne dispose pas d'un document explicitant les règles de vie. Il est procédé également à un inventaire contradictoire, signé par le patient dans la mesure où il est en capacité de le faire. Tous les biens personnels et les petites sommes d'argent sont répertoriés dans une fiche individuelle. Le patient est autorisé à conserver des sommes d'argent, sa carte bleue et ses objets de valeur. Il doit alors signer un document dégageant l'établissement de toute responsabilité en cas de perte ou de vol. Il conserve alors la clef du placard de sa chambre. Les biens personnels et les objets considérés comme dangereux (objets tranchants tels que rasoir, coupe ongle, cordon de portable) ainsi que le parfum et les produits d'hygiène contenant de l'alcool sont conservés dans des casiers numérotés situés dans le poste infirmier.

4.2.3.2.1.3 La période initiale de soins et d'observation

La notification des droits et l'explication du statut juridique au patient hospitalisé sans consentement ne font pas l'objet d'une pratique harmonisée. D'après les propos recueillis par le personnel soignant, il appartient au personnel administratif du bureau des admissions de faire signer au patient la notification des droits et de lui fournir les explications nécessaires concernant son statut juridique et les voies de recours.

Les contrôleurs ont constaté que les coordonnées du JLD et du TGI ainsi que le

tableau de l'ordre des avocats n'étaient pas affichés.

En principe, les médecins psychiatres reçoivent les nouveaux patients dans les 24 heures qui suivent leur admission.

4.2.3.2.1.4 Le fonctionnement

Une notice indiquant les jours et les horaires auxquels se déroulent les séances de réveil musculaire au CTM est affichée sur la paroi vitrée du poste infirmier.

La vie quotidienne

Concernant l'hygiène et la restauration, le fonctionnement de l'unité est identique à celui des autres unités du pôle.

Le jour de la visite des contrôleurs, l'ensemble des patients était placé sous tutelle ou curatelle. Le personnel soignant est amené à travailler en étroite collaboration avec les mandataires judiciaires concernant la **gestion de l'argent** et la mise en œuvre du projet de réinsertion.

Tous les patients sont autorisés à **fumer** à l'extérieur. L'unité dispose d'une cour intérieure. Le patient en SPDT était également autorisé à fumer et à conserver ses cigarettes et son briquet. Souffrant d'insomnies, il a indiqué qu'il avait accès à la cour durant la nuit.

Concernant les **relations sexuelles**, un personnel infirmier a indiqué que chaque situation « *était revue au cas par cas* », rappelant que « *l'hôpital était avant tout un lieu public* ». Les patients seraient donc uniquement autorisés à se promener main dans la main et à visionner ensemble un film sur l'ordinateur dans la chambre. D'après les propos recueillis, le personnel soignant a vu des couples de patients se former qui, par la suite, ont emménagé ensemble. Dès lors qu'il s'établit une relation intime entre deux patients, les informations sont transmises au médecin qui va aborder la question de la contraception et de la prévention en matière des maladies sexuellement transmissibles.

Aucun évènement majeur ne s'est produit récemment. La majorité des **incidents** est liée à l'introduction ou à la consommation de produits stupéfiants. L'unité étant située au rez-de-chaussée, les stupéfiants seraient introduits par les fenêtres. Les produits sont confisqués et les substances illicites sont remises au bureau des admissions. L'identité du patient n'est pas révélée.

S'agissant de la protection des **mineurs** de seize ans et des **personnes vulnérables**, le personnel a indiqué qu'il était vigilant mais « *qu'il ne pouvait pas avoir les yeux partout* ». Les patients ont également la possibilité de fermer à clef la porte de leur chambre.

4.2.3.2.1.5 Les communications avec l'extérieur

Le jour du contrôle, le patient en SPDT était autorisé à faire usage de son **téléphone** tout comme l'ensemble des patients et visionnait un film sur son ordinateur. L'accès à internet est soumis à accord médical ; les patients doivent faire la demande auprès du médecin.

L'unité dispose de deux salons équipés d'un **téléviseur**. Les patients sont autorisés à rester jusqu'à la fin du premier film de la soirée. Ils s'organisent entre eux pour la sélection du programme.

Les **visites** ont lieu de 13h30 à 20h ; elles sont autorisées après avis médical. Elles peuvent se dérouler dans les chambres ou dans le salon réservé aux visiteurs. Le jour du contrôle, le patient en SPDT était autorisé à recevoir de la visite.

4.2.3.2.1.6 **Les activités**

Le personnel soignant a déploré l'absence de salle dédiée aux ateliers thérapeutiques. Par ailleurs, l'effectif en personnel serait insuffisant pour conduire des activités. Le jour du contrôle, deux infirmières étaient en poste ; la troisième accompagnait trois patients à l'extérieur dans le cadre d'un projet de logement en appartement communautaire. Hormis l'activité esthétique organisée par l'aide soignante selon ses disponibilités, aucune autre activité n'est organisée au sein de l'unité. Auparavant, le personnel animait un atelier cuisine qui n'a pas pu se pérenniser car la cuisine de l'unité n'était pas aux normes. Dans sa réponse, le directeur indique : « *Une pièce dédiée à cette activité n'a pas été prévue dans les nouveaux locaux et l'office ne peut être utilisé pour cette fonction* ».

Les contrôleurs se sont entretenus avec le patient hospitalisé en SPDT. Ce patient bénéficiait de cours d'informatique se déroulant le vendredi au CTM. Il était autorisé à se rendre à la cafétéria et aux séances de réveil musculaire également organisées par le CTM. Cependant, il a indiqué aux contrôleurs qu'il n'arrivait pas à se lever suffisamment tôt pour s'y rendre et préférait visionner des films sur son ordinateur, qu'il était autorisé à conserver avec lui jusqu'à 23h.

4.2.3.2.1.7 **Les soins**

En principe, les patients sont tous vus par les médecins psychiatres au moins une fois par semaine. Il a été précisé que les patients déficitaires qui n'en faisaient pas la demande pouvaient ne pas être vus par leur médecin durant plusieurs semaines. Le patient en SPDT a précisé qu'il était régulièrement reçu par son médecin psychiatre, soit une à trois fois par semaine.

Tous les patients sont suivis par un infirmier référent, qui les accompagne dans la définition et la mise en œuvre de leur projet d'insertion.

Comme indiqué *supra*, la CSI n'étant pas fonctionnelle, les patients nécessitant un placement en CSI sont transférés dans les autres unités du pôle.

4.2.3.2.2 **L'unité 4**

4.2.3.2.2.1 **Présentation générale**

L'unité 4 est implantée au rez-de-chaussée du bâtiment "Lantéri-Laura". Le projet de cette unité est en évolution depuis octobre 2014 : d'unité de réhabilitation du seul secteur 6, elle est devenue l'unité fermée ou « fermable » du pôle pour accueillir les patients relevant d'une mesure judiciaire ainsi que les patients dont la clinique nécessite un temps dans une structure fermée, afin que le recours aux chambres d'isolement soit limité dans le cas de velléités de fugues notamment.

L'unité dispose de dix-sept chambres et deux chambres de soins intensifs.

Un règlement de fonctionnement spécifique à cette unité est prévu mais non encore

effectif.

4.2.3.2.2.2 **Les patients**

Dix-huit patients dont deux femmes étaient hospitalisés lors de la visite des contrôleurs. Parmi eux, quatre étaient en soins libres, sept en SPDT et sept en SPDRE dont quatre jugés pénalement irresponsables.

Un patient hospitalisé en SPDRE depuis plus de dix ans était en chambre de soins intensifs au moment du contrôle et ce depuis octobre, avec depuis peu un isolement séquentiel et le développement concomitant de sa participation à des activités au CTM, dans le cadre d'un contrat de soins régulièrement révisé dont l'objectif premier est le retour vers des conditions « normales » d'hospitalisation ; ce patient prend ses repas à la salle à manger. La deuxième chambre de soins intensifs n'était pas utilisée.

Au moment du contrôle, la durée la plus longue d'hospitalisation en soins libre s'établissait à 25 jours et à 14 ans en SPDRE. Le patient le plus âgé avait 66 ans, le plus jeune avait 18 ans. La date de sortie la plus récente était le 29 janvier 2015.

4.2.3.2.2.3 **Le personnel**

L'effectif de l'unité est de quinze infirmiers, trois aides-soignants et trois agents de service hospitaliers. Le jour du passage des contrôleurs, l'équipe de travail était organisée avec :

- le matin de 6h30 à 14h30 : trois infirmiers et un aide-soignant (dont un travaillait de 8h à 16h) ;
- l'après-midi de 13h30 à 21h : deux infirmiers et un aide-soignant ;
- la nuit de 20h45 à 6h45 : un infirmier et un aide-soignant.

La nuit, la porte de communication entre l'unité 3 et l'unité 4 est ouverte avec globalement deux infirmiers et un aide-soignant sur ces deux unités.

Une psychologue intervient sur demande médicale, au cas par cas, et la psychologue du secteur 6 participe régulièrement au temps de transmissions.

Une assistante sociale est présente régulièrement le vendredi après-midi ; elle peut venir à la demande si besoin.

4.2.3.2.2.4 **Le fonctionnement**

A l'arrivée d'un patient, une rapide présentation des locaux et du fonctionnement de l'unité est faite, ainsi qu'une présentation de la chambre avec les éléments explicatifs sur le lit, les volets, la lumière, la salle de bains. Un infirmier procède rapidement à un premier entretien avec le patient et à l'inventaire contradictoire concernant ses effets même en cas de transfert d'une autre unité de soins. Le psychiatre et le somaticien passent systématiquement voir l'arrivant dans la journée.

Pour les patients en soins sous contrainte, les informations spécifiques sont données par les « admissionnistes » et l'équipe de l'unité est disponible pour répondre à toute sollicitation du patient sur ce sujet. La liste des avocats n'est pas affichée dans l'unité.

Il est fait état de difficultés parfois avec des avocats commis d'office qui n'ont que très peu d'échanges avec le patient juste avant l'audition du juge des libertés, ainsi que, sur

la base d'une expérience récente avec un patient tchétchène, des difficultés liées à l'absence d'interprétariat pour des patients étrangers ne parlant que très peu le français. Dans sa réponse, le directeur indique : « *La DLA supervise les recours aux prestations d'interprétariat. Leur nombre ne cesse de croître. La seule contrainte est d'organiser à l'avance la séance d'interprétariat (engagement de dépense et programmation afin de permettre au contrat de travail d'être valide avant le début de la séance)* ». Aucune activité (ni thérapeutique, ni occupationnelle) n'a été formellement organisée durant les trente derniers jours au sein de l'unité ; d'après les soignants rencontrés, la charge de travail et la multiplicité des intervenants médicaux dans l'unité amènent les soignants à être relativement peu disponibles dans la journée mais des initiatives sont parfois prises, plutôt le dimanche, avec des activités de scrabble, de puzzle ou de peinture. Des patients peuvent disposer des jeux de société ou de *mandalas* qui sont disponibles dans la salle dite d'activités.

Deux patients disposaient de leurs ordinateurs personnels, dont l'un avait accès à la wifi mise à disposition par l'hôpital.

Tous les patients de l'unité ont des visites régulières.

Deux téléphones sans fil sont à disposition des personnes hospitalisées sur demande auprès des soignants.

4.2.3.2.2.5 Les soins

Le suivi médical psychiatrique des patients est assuré par les différents médecins du pôle, le suivi somatique est assuré par un médecin généraliste affecté fonctionnellement sur le pôle ; il n'y a pas de formalisation d'un infirmier référent pour chaque personne hospitalisée.

Au moment de la visite, cinq patients, dont trois en SPDRE – systématiquement accompagnés –, allaient au CTM pour des activités thérapeutiques (réveil musculaire, relaxation, musculation, piscine, informatique).

Un travail se développe avec la clinique addictologique pour des synthèses cliniques au profit des patients hospitalisés pour sevrage notamment ; il est prévu que ce travail s'amplifie pour élaborer des stratégies adaptées face à la problématique de la circulation et la consommation de substances addictives en particulier de cannabis à laquelle l'équipe de l'unité de soins est fortement confrontée. Cette difficulté a été également signalée lors d'échanges informels avec des patients hospitalisés dans l'unité, qui s'étonnaient de la « *tolérance* » institutionnelle face à cette problématique et alors même qu'ils pouvaient être hospitalisés pour des pathologies qui n'étaient pas sans lien avec cette consommation de cannabis, demandant d'une certaine façon un cadre thérapeutique plus « *ferme* » comme ils avaient pu « *le connaître en UMD* ».

Les contrôleurs ont pu constater le jour de la visite que cinq patients avaient une prescription médicale de porter le pyjama et ne pouvaient sortir de l'unité sans être accompagnés par du personnel soignant.

Plusieurs patients ont fait état aux contrôleurs d'un manque d'activité et de l'ennui qui règne dans un « *univers où l'on tourne en rond* ».

Une attention particulière est portée sur la santé buccale pour un repérage précoce

et faciliter l'accès aux soins dentaires.

En 2014, la durée moyenne d'hospitalisation des patients hospitalisés dans cette unité a été de 37 jours pour les 91 patients en soins libres, de 34 jours pour les 15 patients en SPDT et de 209 jours pour les 6 patients en SPDRE. Parmi les patients admis en SPDRE, un seul détenu a été hospitalisé 22 jours, ce qui est notablement plus long que les moyennes constatées dans les autres unités de soins, sans qu'il ne soit possible d'en tirer la moindre conclusion au vu du caractère unique du patient.

4.2.3.2.3 L'unité "Acacias"

L'unité "Acacias" est une unité de « réhabilitation » accueillant des patients polyhandicapés vieillissants et poly-pathologiques. Les patients, dans leur majorité, sont déficitaires. L'unité est fermée afin de protéger les patients et de leur éviter de se blesser. Cependant, la partie arrière, ouverte en permanence, donne accès à un grand espace vert leur permettant de sortir et de fumer dès qu'ils le désirent. Depuis le mois de septembre 2014, l'unité n'accueille que des patients en soins libres, mais un patient y est toujours hospitalisé en SPDRE.

4.2.3.2.3.1 Présentation générale

Selon les propos recueillis, cette unité est appelée à fermer définitivement au cours du mois d'avril 2015. Il est prévu de créer un projet d'unité intermédiaire en collaboration avec le pôle 4-5. Pour ce faire, certains des patients de l'unité Acacias seront pris en charge dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou dans des maisons d'accueil spécialisées (MAS) ; les autres patients seront transférés au pavillon "l'Orée" ou seront pris en charge ultérieurement dans l'unité 3 après évolution du projet de pôle.

L'unité "Acacias" est située à proximité de l'unité "Tosquelles". Le bâtiment de plain-pied est vétuste ; cependant les locaux sont bien entretenus. Il dispose de treize chambres individuelles, deux chambres doubles et deux salles de séjour vastes et lumineuses. Les douches et les sanitaires sont communs.

L'unité est également équipée de trois CSI. Le jour du contrôle, trois patients en soins libres étaient placés en CSI de façon séquentielle. Selon les témoignages, la nouvelle unité ne comportera pas de CSI.

4.2.3.2.3.2 Les personnels

La composition de l'équipe médicale est la suivante:

- un médecin psychiatre référent du secteur 1;
- trois médecins psychiatre référents du secteur 6;
- les deux médecins généralistes intervenant sur le pôle interviennent dans l'unité.

Selon les témoignages, les médecins psychiatres interviennent à raison d'une fois par semaine et laissent beaucoup d'autonomie au personnel soignant. Il a été indiqué que les médecins généralistes étaient présents tous les jours dans le service.

L'équipe paramédicale est composée de :

- 1 ETP de cadre de santé en poste depuis septembre 2013 ;
- 12,4 ETP d'infirmiers ;

- 5,6 ETP d'aides-soignants ;
- 4,5 ETP d'ASH.

Les équipes du matin et de l'après-midi sont composées de quatre personnels soignants au minimum. Deux personnels soignants assurent la nuit.

4.2.3.2.3.3 Les patients

Au jour de la visite, l'unité comptait seize patients présents (douze hommes et quatre femmes) dont quinze étaient en soins libres.

Un patient était en SPDRE. Hospitalisé depuis le mois de septembre 2013, ce patient était en attente d'un placement en EHPAD. Il a été décidé de le maintenir dans cette unité, le transfert dans un autre service pouvant s'avérer contre-thérapeutique. Lors de la visite des contrôleurs, ce patient pouvait se rendre seul à la cafétéria et à la régie centrale. Il était également autorisé à conserver son argent dans son armoire dont il avait la clef. Il refusait de participer à toute activité proposée par le CTM, privilégiant les moments de solitude et les sorties à la cafétéria. Les contrôleurs ont noté que le personnel soignant respectait les choix et le mode de fonctionnement de ce patient afin que ce dernier vive au mieux son hospitalisation.

Comme indiqué *supra*, cette unité étant destinée à fermer définitivement au mois d'avril prochain, les contrôleurs se sont intéressés plus particulièrement aux pratiques du personnel soignant concernant le placement en CSI et l'usage de la contention.

En principe, le recours à l'isolement est décidé en équipe. Une réflexion est alors engagée sur la démarche thérapeutique adoptée, la durée de la mesure et la stratégie à mettre en place pour accompagner le patient vers la sortie de la CSI. Selon les propos recueillis, « *le placement en CSI est utilisé comme un temps de repli dans un environnement sécurisé et moins dispersant que la chambre d'hébergement.* ».

S'agissant des patients placés en CSI de façon séquentielle au moment de la visite des contrôleurs, deux placements avaient été décidés dans un souci de protection du patient. Ainsi, pour un patient déficitaire ayant subi une intervention chirurgicale, le placement en CSI et la mise sous contention avaient pour objectif d'éviter que le patient n'arrache ses pansements. Ce patient était en CSI principalement la nuit et durant les temps de repos. Selon les propos du cadre de l'unité, les poly-pathologies dont souffrent les patients amènent le personnel à devoir aborder la problématique médicale dans sa transversalité et non pas uniquement sur le plan psychiatrique.

Un second patient tombant régulièrement de son lit et de son fauteuil était également placé en CSI et mis sous contention durant la nuit et les temps de repos.

Le troisième patient présentait des troubles du comportement d'ordre sexuel avec des risques d'attouchement sur autrui. Selon son comportement et son état psychique, ce patient pouvait être placé en CSI de façon continue ou séquentielle. Ainsi, au cours de la dernière semaine de janvier, les durées et les fréquences de placement en CSI ont été les suivantes :

- 22 janvier : de 0h à 6h45 et de 21h au lendemain à 6h45 ;
- 23 janvier : de 21h au lendemain à 6h45 ;
- 24 janvier : de 13h30 à 18h45 et de 19h15 au lendemain à 8h20 ;
- 25 janvier : de 10h à 18h et de 19h au lendemain à 8h20 ;

- 26 janvier : de 10h à 18h et de 19h au lendemain à 8h ;
- 27 janvier : de 10h à 18h et de 19h au lendemain à 8h30 ;
- 28 janvier : de 10h à 18h et de 19h30 à minuit.

Il a également été précisé que ce patient était soumis au port du pyjama la majeure partie du temps. L'équipe soignante avait néanmoins effectué plusieurs essais en proposant au patient de revêtir ses vêtements de ville mais cela induisait chez lui des comportements inadaptés : « *je m'habille donc tout est permis* ».

Le jour de la visite des contrôleurs, un patient déficitaire était contenu dans son lit afin qu'il évite d'arracher la perfusion qui lui avait été posée. Les contrôleurs se sont rendus à nouveau dans l'unité quatre jours plus tard et ils ont pu constater que ce patient était installé dans son fauteuil électrique et qu'il prenait son repas dans la salle de séjour.

Tous les patients placés en CSI et/ou mis sous contention conservent leur statut d'hospitalisation en soins libres : cette pratique est vécue de façon moins traumatisante pour les membres de la famille ; en principe, ces derniers sont associés au processus d'accompagnement et de prise en charge de la personne.

Les contrôleurs ont assisté au repas de midi. Ils ont noté que le personnel soignant était empreint de douceur et de patience vis à vis des personnes dont ils avaient la charge.

4.2.4 Le pôle 3-7

Le pôle 3-7 a vocation à répondre aux besoins de la population du Nord du département (Cf. carte chapitre 2.2), soit plus de 180 000 habitants dont une partie de la ville du Mans avec, pour le secteur 3, la zone rurale jusqu'à Mamers et, pour le secteur 7, celle qui va vers la Ferté-Bernard. L'attention des contrôleurs a été attirée sur le fait que le territoire est particulièrement marqué par une faible densité médicale rendant difficile le travail avec les médecins généralistes. De plus, les indicateurs épidémiologiques ne sont pas favorables avec notamment le canton de Ballon où la surmortalité par suicide est la plus élevée de la région. Les activités de centre médicopsychologique du secteur 7 se déroulent exclusivement au Mans et à la Ferté-Bernard.

En matière d'hospitalisation, ces deux secteurs fonctionnent de façon plutôt autonome, partageant comme seule unité dite polaire, les « Tamaris », unité d'admission pour les séjours d'une durée prévue de l'ordre de trois semaines.

Le pôle 3-7 n'a pas signé de contrat de pôle, ce qui accentue pour le personnel la faible visibilité sur les objectifs du pôle et les moyens mis en œuvre pour les atteindre.

Ce pôle dispose de 7,9 ETPR de médecins dont sept praticiens hospitaliers ; c'est le pôle qui a le moins de ressources médicales effectives. Ce déficit est aggravé par des congés maladies. Ceci rend difficile la couverture médicale des besoins du territoire et des services hospitaliers.

4.2.4.1 L'unité 1 "Daumezon"

4.2.4.1.1 Présentation générale

Implantée au rez-de-chaussée du bâtiment "Lantéri-Laura", l'unité 1, ou unité "Georges Daumezon¹⁴", est présentée dans le fascicule officiel du CHS de la Sarthe, comme l'unité de soins au long cours du secteur 3.

Elle a donc vocation à prendre en charge les pathologies les plus lourdes.

Au moment de la visite des contrôleurs, elle était fermée 24 heures sur 24 en raison, a-t-il été expliqué, de l'hospitalisation d'une patiente nécessitant une surveillance étroite de tous les instants et d'un patient âgé désorienté et déambulant sans arrêt.

Cette situation de fermeture permanente de l'unité dure depuis plus de 6 mois ; auparavant, l'unité était traditionnellement ouverte sauf pendant les temps de repos en chambre.

Les locaux

L'unité Daumezon possède dix-neuf chambres individuelles dont deux chambres de soins intensifs.

Les personnels

Sous la direction d'un cadre de santé, les effectifs de cette unité sont :

- quinze infirmiers pour 12,10 ETP ;
- trois aides-soignants pour 3 ETP ;
- trois agents de service hospitalier qualifiés pour 4,8 ETP (en raison d'indisponibilités).

La continuité du service de soins est assurée par l'emploi posté du personnel en trois vacations :

- le matin de 6h30 à 14h30 ;
- l'après-midi de 13h30 à 21h ;
- la nuit de 20h45 à 6h45.

Il n'y a pas de personnel employé uniquement de nuit ; des rotations sont instaurées pour que chacun assure des vacations nocturnes.

Les patients

Lors de la visite des contrôleurs les dix-neuf chambres, donc inclus les deux chambres de soins intensifs étaient occupées par dix-neuf patients : quatorze hommes et cinq femmes. Parmi eux, deux seulement étaient en SPDRE dont l'un depuis le 25 septembre 2000.

La durée la plus longue d'hospitalisation libre s'établissait à 1 991 jours soit plus de cinq ans. Le patient le plus âgé était né le 8 décembre 1945 (soixante-dix ans) ; le plus jeune était né le 12 août 1992 (vingt-trois ans). La date d'admission la plus récente était le 31 janvier 2015 ; la date de sortie la plus récente était le 29 janvier 2015.

14 Psychiatre français 1912-1979

4.2.4.1.2 Le fonctionnement

4.2.4.1.2.1 La vie quotidienne

Les repas sont servis collectivement dans la salle à manger commune, pour tous les patients sauf ceux placés en isolement thérapeutique. Les horaires sont de 8h à 8h30 pour le petit déjeuner, 12h30 pour le déjeuner et 18h30 pour le souper ; une collation est servie à 16h.

Il est demandé aux patients d'observer un temps de repos dans leur chambre de 10h30 à 11h30 et 13h30 à 14h30. Ce temps de repos est obligatoire en cas de prescription médicale, ce qui concernait dix-sept patients le jour du contrôle. Ces prescriptions sont réexaminées au moins une fois par trimestre.

Le port de pyjama dans la journée n'est obligatoire que sur prescription médicale. Les contrôleurs n'ont pas rencontré de patients en pyjama dans cette unité pendant leur visite.

Pour ceux des patients qui sont capables de gérer leur consommation tabagique, il n'est procédé à aucune restriction ; pour les autres, le tabac est distribué à intervalle de temps régulier ou par petite quantité – deux à trois cigarettes. L'accès au patio est ouvert en permanence. Les cendriers regorgent de mégots, le sol en est aussi jonché, d'autant qu'à ceux du rez-de-chaussée s'ajoutent les mégots jetés par les patients de l'unité 1.1 depuis leur passerelle suspendue au dessus du patio.

Le sujet du tabac rend les contacts avec les éventuels tuteurs quasiment hebdomadaires. Ces contacts se font, à l'initiative des soignants de l'unité, en fonction des besoins des patients notamment à propos du linge ou des sorties à l'extérieur. Il n'y a pas de rencontre formalisée régulière et programmée avec les tuteurs sur la base de projets de soins individualisés.

Il n'y a qu'un téléviseur pour toute l'unité, dans le salon. Le cadre de santé a indiqué que le choix des programmes pouvait parfois faire l'objet de polémiques ; en témoignaient trois télécommandes détruites en quelques mois.

Les relations sexuelles ne font l'objet d'aucun interdit explicite mais le personnel reste vigilant pour prévenir tout abus lié à des consentements usurpés. Certaines patientes ont bénéficié de prescriptions d'implants à des fins contraceptives, ce suivi étant assuré par le médecin généraliste de l'unité.

L'hygiène corporelle peut poser des problèmes aigus avec certains patients qui refusent de faire leur toilette, malgré les installations individuelles en excellent état de fonctionnement et d'entretien. La solution de force ne serait jamais privilégiée.

Les patients qui peuvent sortir dans l'enceinte du CHS doivent, en raison de la fermeture des locaux, solliciter le personnel soignant. L'implantation au rez-de-chaussée évite un accompagnement systématique, comme c'est souvent le cas au premier étage.

Si la règle est le vouvoiement et l'utilisation du nom de famille, les pratiques des professionnels sont variables, en fonction des malades et des situations. Les contrôleurs ont pu constater dans certains cas la pratique du tutoiement et l'utilisation du prénom. Il leur a été indiqué qu'il s'agissait d'interagir avec certains patients pris en charge depuis de très nombreuses années, voire connus depuis leur petite enfance.

4.2.4.1.2.2 Les activités

L'unité "Daumezon" est l'une des seules du pôle 3-7 où les contrôleurs ont effectivement constaté que des activités étaient proposées aux patients par le personnel soignant, principalement dans la salle dédiée.

Coloriage, pâtisserie avec confection de crêpes, fabrication de colliers ou de broches en perles ont été effectués et les résultats les plus décoratifs ont été affichés aux murs de la salle d'activités.

Ceux des patients qui le peuvent sont inscrits aux activités organisées par le centre de thérapies à médiation (CTM) :

- mardi : gymnastique douce ;
- mercredi après-midi : jardin ;
- lundi, jeudi, vendredi : réveil musculaire ;
- lundi : jeux d'adresse ;
- vendredi : poterie.

4.2.4.1.3 Les soins

La responsabilité médicale de l'unité et le suivi psychiatrique de la quasi-totalité des patients sont assurés par un praticien hospitalier. Au moment de la visite, en raison de son absence pour congé de maladie depuis mi-décembre, le suivi était assuré minimalement par les autres praticiens du secteur, en fonction de leurs disponibilités.

Cette unité est orientée vers la prise en charge des patients qui nécessitent des suivis au long cours avec des réalités cliniques très diverses.

Cinq patients sont inscrits à des activités thérapeutiques au CTM sur la base de prescriptions médicales dans des approches psychocorporelles ou de d'expression et de médiation cognitive.

Pour quelques patients, le secteur peine à inscrire leur projet de vie en dehors de l'hôpital alors même que la prolongation de l'hospitalisation n'est peut-être pas toujours justifiée dans la durée.

La réduction du nombre de médecins présents sur le secteur ainsi que la difficulté de mise en œuvre de ces projets complexes peuvent expliquer pour partie la durée moyenne des hospitalisations en 2014 :

- 135 jours tous statuts d'hospitalisation confondus ;
- 96 jours pour les huit patients hospitalisés en SPDRE (aucun n'était détenu) ;
- 18 jours pour les sept hospitalisés en SPDT ;
- 147 jours pour les hospitalisations libres.

Le taux d'occupation à 106,9 % témoigne de l'occupation très fréquente des chambres d'isolement comme chambre d'hospitalisation.

La prise en charge des problèmes somatiques est assurée par un médecin généraliste dépendant du département de médecine générale et en charge des unités d'hospitalisation du secteur 3.

4.2.4.2 L'unité 2 "Henri-Claude"

4.2.4.2.1 Présentation générale

Implantée au rez-de-chaussée, contre l'unité 1 dont elle partage les locaux techniques, l'unité 2, ou "Henri-Claude¹⁵", est présentée dans le fascicule officiel du CHS de la Sarthe, comme l'unité d'admissions du secteur 3.

L'unité était fermée 24 heures sur 24 pendant la visite des contrôleurs en raison, a-t-il été expliqué, de l'hospitalisation d'un ou plusieurs patients « *susceptibles de s'égarer* ».

Si, dans la démarche qualité, l'objectif annoncé est d'avoir une unité porte ouverte en permanence, cela n'est pas le cas et l'unité "Henri-Claude" n'a connu aucune journée d'ouverture en 2014. Aussi, l'indicateur « taux de journée avec liberté d'aller et venir » est resté à 0 %.

Les locaux

Il s'agit d'une unité de dix-neuf chambres individuelles dont une seule de soins intensifs.

Les personnels

Sous la direction d'un cadre de santé, les effectifs engagés dans cette unité sont :

- quinze infirmiers pour 14,2 ETP ;
- un aide-soignant à plein temps ;
- cinq agents de service hospitalier qualifiés pour 4,8 ETP.

L'emploi des effectifs est en tout point semblable à celui de l'unité 1, qui relève du même secteur 3, les deux cadres travaillant de façon conjointe pour garantir la présence minimale, sur les deux unités, de cinq soignants le jour et trois la nuit.

Une assistante sociale est présente dans l'unité :

- le mardi matin ;
- le mercredi après-midi ;
- le jeudi matin ;
- le vendredi après-midi ;
- à la réunion de synthèse du lundi après-midi.

Les patients

Lors de la visite des contrôleurs, les dix-neuf chambres étaient occupées par dix-neuf patients : dix hommes et neuf femmes.

Parmi eux, quatre hommes étaient en soin sur décision du représentant de l'état.

Le patient le plus jeune avait vingt-trois ans ; le plus âgé avait soixante-six ans.

La date d'admission la plus récente était le 2 février 2015 ; la date de sortie la plus récente était le 2 février 2015.

15 Neurologue et psychiatre français 1869-1945

4.2.4.2.2 Le fonctionnement

4.2.4.2.2.1 La vie quotidienne

Les repas sont servis collectivement dans la salle à manger commune, pour tous les patients. Les horaires sont de 8h à 8h30 pour le petit déjeuner, 12h30 pour le déjeuner et 18h30 pour le souper ; une collation est servie à 16h.

Le port de pyjama dans la journée n'est obligatoire que sur prescription médicale. Dans ce cas le pyjama est celui fourni par l'hôpital. Les contrôleurs n'ont pas rencontré de patients en pyjama dans cette unité pendant leur visite.

Le personnel soignant procède à des distributions de tabac pour les fumeurs, en matinée et l'après-midi. La limitation est nécessaire, tant pour la consommation, qui peut s'avérer excessive, que pour éviter les larcins ou échanges plus ou moins volontaires.

Pour l'achat du tabac, les relations avec les tuteurs ne sont pas toujours faciles, en raison des sommes engagées. Si les tuteurs institutionnels s'en tiennent à une gestion purement comptable des achats en fonction des ressources, il est fait état devant les contrôleurs du fait que les tuteurs familiaux ont parfois des attitudes de refus qui entraînent des difficultés de gestion pour les personnels soignants.

La cigarette n'est autorisée qu'à l'extérieur et donc principalement dans le patio, qui a paru aux contrôleurs moins souillé de mégots que celui de l'unité 1 voisine.

Il n'y a qu'un téléviseur pour toute l'unité, dans le salon prévu à cet effet.

Les relations sexuelles sont considérées comme interdites dans les chambres, que ce soit entre patients ou avec les conjoints en visite. Au-delà de cette interdiction de principe, pas toujours facile à mettre en application, le personnel reste vigilant pour éviter tout abus, grâce à une bonne connaissance des patients et de leur comportement.

L'hygiène corporelle ne pose de problème qu'en raison de certains comportements souvent pathologiques de patients par rapport à l'eau. Les installations individuelles permettent en effet à tous ceux qui le désirent de se laver dans les meilleures conditions. La règle appliquée dans l'unité est d'intervenir à ce niveau dès lors que la situation devient inacceptable pour les autres. Dans ces cas, le dialogue et la persuasion l'emportent sur la contrainte.

Pour sortir des locaux, les patients qui y sont autorisés doivent demander au personnel soignant que la porte de l'unité leur soit ouverte.

La pratique du tutoiement semble régulière dans l'unité.

4.2.4.2.2.2 Les activités

Les activités au sein de cette unité ont été qualifiées par le personnel « *d'informelles* ». Effectivement, la salle dédiée ne présentait pas les caractéristiques que laissent des activités régulières et organisées. Aucune trace de jeu récent, aucune réalisation exposée au mur, aucun objet en instance de finition n'était visible.

Les patients ont suivi les activités suivantes au sein du CTM :

- le 3 février : tennis de table et poterie ;

- le 4 février : dessin ;
- le 30 janvier : musculation ;
- le 29 janvier : piscine.

4.2.4.2.3 Les soins

Cette unité est une unité d'admission du secteur 3, comme l'unité "Tamaris". De ce fait, au moment de l'arrivée d'un patient, les critères de choix de l'unité sont pluriels ; sont pris en compte : la durée prévisible de l'hospitalisation, le médecin psychiatre habituel qui suit le patient déjà connu, mais aussi les disponibilités en lits ou le statut juridique de l'hospitalisation.

Comme pour les autres pôles, les admissions se font directement quand il s'agit d'une hospitalisation programmée, d'un SPDRE ou d'un SPDT, sinon, via l'UIA. Dans ce dernier cas, la durée moyenne du séjour préalable à l'UIA est de 3,1 jours, ce qui témoigne des difficultés de ce secteur à assurer la fluidité des hospitalisations avec, à nombre égal de lits, un nombre plus élevé de patients hospitalisés au long cours que dans d'autres secteurs.

Pour 2014, la durée moyenne d'hospitalisation des patients de l'unité 2 est de :

- 30 jours pour l'ensemble des patients ;
- 16 jours pour les 178 patients qui étaient en soins psychiatriques libres ;
- 26 jours pour les 63 patients en SPDT ;
- 85 jours pour les 18 patients SPDRE.

Parmi les patients en SPDRE, deux détenus ont été hospitalisés (en chambre de soins intensifs) pour une durée moyenne de trois jours et cinq patients sur décision judiciaire avec une durée moyenne d'hospitalisation en 2014 de 162 jours.

En pratique cette unité accueille donc des patients pour des phases aiguës et des patients qui ont une prévision d'hospitalisation beaucoup plus longue avec une « promiscuité » des pathologies qui peut rendre l'acceptabilité de l'hospitalisation problématique pour certains patients.

La responsabilité médicale de l'unité est assurée principalement par un praticien hospitalier qui est présent à mi-temps sur le site hospitalier (et à mi-temps sur des activités extrahospitalières).

L'effectif actuel conduit les psychiatres, quand ils sont à l'hôpital, à multiplier les lieux d'intervention (à l'UIA, dans les trois unités où peuvent être hospitalisés des patients qu'ils suivent, ainsi que pour certaines consultations qui ont lieu dans les locaux hospitaliers) avec une faible prévisibilité des moments de passages dans les unités d'hospitalisations.

L'organisation médicale du secteur vise à garantir une consultation :

- dans la journée pour tout arrivant (à l'UIA puis dans l'unité sectorielle) ;
- à la demande pour les patients signalés par l'équipe soignante ;
- quotidienne pour les patients en chambre d'isolement ;
- plusieurs fois par semaine le cas échéant en début d'hospitalisation.

Une fois ces impératifs effectués, la disponibilité médicale est forcément faible pour répondre aux sollicitations des autres patients ou pour travailler sur les projets de soins et de sortie des patients chroniques. Il en est forcément de même pour répondre aux sollicitations des familles.

Il a pu être constaté que des soignants étaient parfois en difficulté pour accompagner dans de bonnes conditions des patients difficiles ou qui avaient une adhésion faible aux prescriptions médicales notamment de temps de repos ou au regard de la consommation de cannabis.

Le jour du contrôle, un patient hospitalisé en soins libres était en chambre d'isolement avec une prescription qui datait de quinze jours selon des modalités particulières prévoyant une fermeture toute la nuit et un mode séquentiel la journée ; au regard de troubles du comportement avec des troubles du sommeil, l'objectif était de garantir une isolation sonore nocturne. Il ne disposait pas d'une chambre ; le médecin a indiqué qu'en cas de besoin d'isolement pour un autre patient, il pourrait suspendre la prescription pour le premier.

Le médecin généraliste voit les arrivants au plus tard dans la journée suivant leur admission ; il voit également les patients qui lui sont signalés par l'équipe infirmière.

Un suivi très attentif des troubles nutritionnels et du périmètre abdominal est réalisé dans le cadre de la démarche qualité.

4.2.4.3 L'unité 1.1 "Paumelle"

4.2.4.3.1 Présentation générale

Implantée au premier étage, à l'extrémité gauche du bâtiment "Lantéri-Laura", au-dessus de l'unité 1, contre l'unité 1.2 dont elle partage les locaux techniques, l'unité 1.1, ou "Paumelle¹⁶", est présentée dans le fascicule officiel du CHS de la Sarthe, comme l'unité de soins au long cours du secteur 7.

L'unité était fermée 24 heures sur 24 pendant la visite des contrôleurs, en raison, a-t-il été expliqué, de l'hospitalisation d'un ou plusieurs patients susceptibles de s'égarer.

4.2.4.3.1.1 Les locaux

Les locaux de cette unité sont parfaitement identiques à ceux des unités du même type décrites *supra*, soit dix-neuf chambres individuelles dont deux chambres de soins intensifs.

Cependant, sur décision de l'autorité médicale du secteur, quatre chambres implantées au sein de cette unité, les numéros 16 à 19, ont été attribuées à l'unité voisine 1.2. Cette décision médicale n'a pas entraîné une modification quelconque des lieux. Ces autres chambres occupées par des patients de l'unité 1.2 sont au fond du couloir, sur la façade nord.

La capacité de l'unité est donc de quinze lits dont deux chambres de soins intensifs.

16 Psychiatre français 1923-1974

4.2.4.3.1.2 Les personnels

Sous la direction d'un cadre de santé, les effectifs dans cette unité sont :

- quinze infirmiers pour 14,9 ETP ;
- quatre aides-soignants pour 3,60 ETP ;
- six agents de service hospitalier qualifiés pour 4,8 ETP.

La continuité du service de soins est assurée par l'emploi posté du personnel en trois vacations :

- le matin de 6h30 à 14h30 ;
- l'après-midi de 13h30 à 21h00 ;
- la nuit de 20h45 à 6h45.

4.2.4.3.1.3 Les patients

Lors de la visite des contrôleurs les quinze chambres étaient occupées par quinze patients : onze hommes et quatre femmes.

Aucun patient ne faisait l'objet de soins sous contrainte.

Le patient le plus jeune avait vingt-trois ans ; le plus âgé avait soixante-quatorze ans.

La date de sortie la plus récente était le 2 février 2015.

Les deux chambres de soins intensifs étaient donc occupées à plein temps par deux patients en hospitalisation libre.

Pour l'un d'eux, hospitalisé depuis douze ans, il a été indiqué aux contrôleurs que sa présence dans cette chambre s'expliquait par l'absence de chambre aménagée pour garantir sa sécurité et celle des autres patients, du fait de son impulsivité et de passages à l'acte violent. Il n'est pas possible en effet de poser des fenestrons sur les portes des chambres, tant pour des raisons de sécurité incendie que de confidentialité. Ce patient ne se retrouve cependant enfermé dans sa chambre que la nuit ou, en cas de violence, dans la journée. Pour des motifs évidents de confort, le matelas Cumbria® a été remplacé par un matelas classique. Sa famille aurait été associée à cette solution.

Le second patient, présent dans l'unité depuis dix jours, commençait à évoluer vers des phases séquentielles de sortie de sa chambre.

A la demande des contrôleurs, un infirmier a procédé à une vérification des consignes de contention sur le logiciel Cariatides ; il a été constaté qu'au moins une consigne de cette nature n'avait pas été actualisée et apparaissait toujours depuis le 1^{er} avril 2011 ; dans les faits elle n'était pas appliquée en raison de l'évolution clinique du patient.

4.2.4.3.2 Le fonctionnement

4.2.4.3.2.1 La vie quotidienne

Les repas sont servis collectivement dans la salle à manger commune, pour tous les patients. Les horaires sont de 8h à 8h30 pour le petit déjeuner, 12h30 pour le déjeuner et 18h30 pour le souper ; une collation est servie à 16h.

Le port de pyjama dans la journée n'est obligatoire que sur prescription médicale. Un patient de l'unité était en pyjama pendant la visite des contrôleurs.

Le personnel soignant procède à des distributions de tabac pour les fumeurs ; pour certains, cette distribution se fait par cigarette et par heure. La limitation est nécessaire tant pour la consommation qui peut s'avérer excessive que pour éviter les larcins ou échanges plus ou moins volontaires.

La cigarette n'est autorisée qu'à l'extérieur et donc principalement sur la passerelle située au-dessus du patio du rez-de-chaussée. Cette passerelle n'est que très difficilement accessible pour les personnes à mobilité réduite.

Il n'y a qu'un téléviseur pour toute l'unité, dans le salon prévu à cet effet. L'accès à ce téléviseur est soumis à des règles médicales d'horaires sans qu'il soit tenu compte des programmes proposés.

L'hygiène corporelle dans une unité de soins au long cours comme celle ci pose des problèmes récurrents en raison d'un nombre important de patients opposants. La stimulation par la discussion est privilégiée.

Pour sortir des locaux, les patients qui y sont autorisés doivent d'abord demander au personnel soignant que la porte de l'unité leur soit ouverte. Par ailleurs, l'implantation à l'étage peut obliger les personnels à accompagner le patient incapable de s'orienter jusqu'à la sortie de l'immeuble.

4.2.4.3.2.2 Les activités

Les activités au sein de cette unité ont été qualifiées par le personnel « d'informelles » avec notamment des jeux de société.

Durant la présence des contrôleurs, ont été organisées par le personnel soignant :

- le 1 février : une sortie « bric à brac » (vide-grenier) ;
- le 4 février : un goûter « crêpes » ;
- le 6 et le 8 février : des soins esthétiques.

Six patients ont suivi les activités suivantes au sein du CTM :

- le 1 février : mosaïque ;
- le 4 février : jeux d'adresse, et jeux de société
- le 6 février : tennis de table ;
- le 8 février : « pleine nature jardin ».

Aucune information particulière n'est directement accessible aux patients pour les informer de l'existence du CTM et de la possibilité de discuter d'une prescription d'activités dans ce cadre.

4.2.4.3.3 Les soins

Le projet de cette unité de soins est plus spécifiquement d'accueillir des personnes pour lesquelles un projet de vie doit s'élaborer dans une structure médicosociale ou pour des patients ayant des pathologies complexes avec des troubles aigus. De fait, il apparaît difficile de trouver des modalités de prise en charge dans le secteur médicosocial.

Cette unité, qui n'accueille que des patients hospitalisés en soins libres, est fermée de façon permanente « *afin d'assurer la sécurité des patients et d'éviter toute chute dans l'escalier, notamment celle d'un patient en fauteuil* » et ce, « *en raison de la difficulté d'avoir une présence soignante suffisante* ».

La durée moyenne d'hospitalisation (DMH) est pour 2014 de :

- 102 jours pour les 50 patients hospitalisés dans cette unité tous modes confondus ;
- 5 jours pour les 5 d'entre eux qui ont été placés en SPDRE ;
- 22 jours pour les 15 patients placés en SPDT.

Des admissions directes peuvent intervenir dans cette unité pour des patients en SPDT ou en SPDRE notamment des détenus ; c'est beaucoup plus rare pour des patients en soins libres.

Une synthèse clinique multidisciplinaire est réalisée dans l'unité tous les quinze jours avec la présence des médecins, du psychologue, de l'assistante sociale.

Le suivi somatique ainsi que le sujet des prescriptions d'anticonceptionnels sont assurés par un médecin généraliste relevant du département de médecine générale plus spécifiquement attaché au secteur 7. Ses passages presque quotidiens dans cette unité ne font pas l'objet d'une organisation programmée et il n'y a pas d'information formelle de ces jours d'indisponibilité. Les patients sont examinés en fonction des sollicitations des infirmiers.

La présence dans les locaux de l'unité Paumelle de quatre patients de l'unité voisine des Aloès pose une série de problèmes.

Le personnel soignant de "Paumelle" n'est pas, ou peu, au fait des pathologies de ces quatre patients, qui ne font donc pas forcément l'objet d'une surveillance adaptée.

Si, la nuit, les portes coupe-feu séparant les deux unités restent ouvertes, elles sont fermées le jour. Il en résulte que les quatre patients concernés doivent en permanence solliciter le personnel soignant de l'une ou l'autre unité, selon qu'ils désirent se rendre dans leur chambre ou dans l'unité dont ils dépendent.

Le samedi 9 novembre 2013 à 17h30, un patient de l'unité 1.2 « logé » dans l'unité 1.1 a fait une tentative de suicide. Cet événement indésirable grave a fait l'objet d'un rapport d'identification des causes profondes selon la méthode Alarm. Le rapport daté de janvier 2014 décrit : « *Un seul facteur identifié comme ayant pu favoriser la survenue de cet événement : l'organisation de l'U1.2 avec 19 lits côté U1.2 et 4 côté U1.1 et une séparation physique (porte fermée) entre les deux engendre des difficultés d'organisation au quotidien (gestion des lits : pas d'admission directe sur les quatre lits côté U1.1) et de surveillance (non optimale)* ».

Il a été préconisé dans le même rapport d'obtenir une réponse institutionnelle sur d'éventuels travaux d'aménagements pour intégrer physiquement par des cloisons les quatre chambres dans l'unité voisine 1.2. Une réponse négative a été rapidement émise.

Le rapport conclut par la nécessité « *d'informer les professionnels des responsabilités en cas de suicide dans un contexte similaire* ». Questionnés à ce sujet par les contrôleurs, les médecins responsables du secteur ont reconnu les difficultés inhérentes à cette situation mais ont dit avoir estimé que les inconvénients seraient encore supérieurs s'il fallait hospitaliser dans l'unité de soins au long cours des patients présentant des pathologies telles que celles prises en compte dans l'unité 1.2.

Les personnels soignants de l'une et l'autre unité ne se cachent pour souhaiter quant à eux la disparition complète de cette organisation qui ne les satisfait pas.

4.2.4.4 L'unité 1.2 "Les Aloès"

4.2.4.4.1 Présentation générale

Implantée à l'étage du bâtiment "Lantéri-Laura", contre l'unité 1.1, l'unité 1.2 ou unité "Les Aloès" est présentée dans le fascicule officiel du CHS de la Sarthe, comme l'unité d'admission du secteur 7.

L'unité était ouverte lors de visite des contrôleurs. Elle est régulièrement ouverte depuis juin 2014 avec un travail en cours, au titre de la démarche qualité et de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Il s'agit en l'occurrence de justifier médicalement au jour le jour l'éventuelle fermeture de l'unité. Du fait de la présence d'un patient présentant des risques spécifiques, l'unité avait été fermée une semaine en janvier 2015.

4.2.4.4.1.1 Les locaux

L'unité "Les Aloès" possède dix-neuf chambres individuelles dont une chambre de soins intensifs, auxquelles se rajoutent les quatre chambres de l'unité 1.1, "Paumelle", attribuées par les responsables médicaux du secteur 7 à l'unité 1.2 (Cf. *supra*).

La capacité d'accueil est donc de vingt-trois lits.

4.2.4.4.1.2 Les personnels

Le cadre de santé de l'unité 1.2, parti à la retraite, n'a pas encore été remplacé. Sa collègue de l'unité 1.1 assure l'intérim.

Les effectifs engagés dans cette unité sont :

- douze infirmiers pour 10,60 ETP ;
- trois aides-soignants pour 3 ETP ;
- quatre agents de service hospitalier qualifié pour 4 ETP.

La continuité du service de soins est assurée par l'emploi posté du personnel en trois vacations :

- le matin de 6h30 à 14h30 ;
- l'après-midi de 13h30 à 21h00 ;
- la nuit de 20h45 à 6h45.

Il n'y a pas de personnel employé uniquement de nuit ; des rotations sont instaurées

pour que chacun assure des vacances nocturnes.

Une assistante sociale est présente dans l'unité :

- le mardi après-midi
- le mercredi matin ;
- le jeudi après-midi ;
- le vendredi matin.

Un psychologue intervient dans l'unité :

- le lundi toute la journée ;
- le mardi matin ;
- le vendredi après-midi.

4.2.4.4.1.3 Les patients

Lors de la visite des contrôleurs, vingt-deux chambres, dont la chambre de soins intensifs et les quatre chambres de l'unité 1.1, étaient occupées par vingt-deux patients : dont onze hommes et onze femmes.

Parmi eux, quatre étaient en SPDT : trois hommes et une femme.

Aucun n'était en SPDRE.

Le patient le plus âgé avait soixante-quinze ans ; le plus jeune avait vingt ans.

La date d'admission la plus récente était le 2 février 2015 ; la date de sortie la plus récente était le 2 février 2015.

Lors de la visite des contrôleurs, la chambre de soins intensifs était occupée par un patient placé en SPDT. Aucun dialogue n'a pu être amorcé avec lui en raison de son état. Il portait le pyjama fourni par le centre hospitalier. Il disposait d'une bouteille d'eau dans sa chambre, dont la porte restait continuellement fermée. Si le dossier du patient permet de tracer les quatre consultations médicales (psychiatre et généraliste) dont ce patient a bénéficié entre le 3 et le 5 février, la traçabilité de la surveillance infirmière est moins systématique.

La durée moyenne de séjour dans cette unité est globalement de 32 jours avec 27 jours pour les 222 patients en soins psychiatriques libres, 17 jours pour les 59 patients en SDT et 51 jours pour les 15 patients en SDRE dont deux détenus hospitalisés en moyenne 4.5 jours.

4.2.4.4.2 Le fonctionnement

4.2.4.4.2.1 La vie quotidienne

Du fait de l'ouverture permanente de l'unité, la consommation de tabac est beaucoup moins surveillée que dans d'autres unités. Les fumeurs se rendent sur la passerelle ou sortent de l'immeuble pour fumer.

Il y a deux téléviseurs dans l'unité : un dans la salle prévue à cet effet et l'autre dans un salon ouvert dans lequel des périodiques sont aussi proposés.

Les relations sexuelles ne font l'objet d'aucun interdit mais le personnel reste vigilant pour prévenir tout abus lié à des consentements usurpés.

L'hygiène corporelle dans une unité d'accueil pose moins de problème que dans les unités au long cours, tant à cause de la durée d'hospitalisation qu'en raison des pathologies prises en compte où les patients opposants sont moins nombreux.

4.2.4.4.2 Les activités

L'unité "Les Aloès" propose peu d'activités, même si une sortie « théâtre » est prévue. Les patients bénéficient plutôt des activités du CTM : randonnée, musculation, tennis de table.

4.2.4.4.3 Les soins

La principale problématique de soins dans l'unité 1.2 est celle, évoquée *supra*, de l'attribution de quatre chambres de l'unité 1.1 à l'unité 1.2. Vue par le personnel soignant, l'absence d'accès libre des patients à ces quatre chambres est parfois considérée comme une atteinte à la liberté d'aller et venir, et, médicalement, comme une source de frustration. Ainsi, il a été indiqué aux contrôleurs que, si les patients choisis pour occuper ces chambres à part étaient souvent ceux dont la sortie était programmée, il n'était pas rare que la coupure avec l'unité entraînaient des complications retardant leur départ.

Une synthèse pluridisciplinaire hebdomadaire est organisée pour les patients aigus ; la situation des patients avec des durées de séjour plus longue est examinée une fois par mois.

La prescription de pyjama est faite au regard de critères médicaux comme le risque suicidaire ou les états d'agitation. Les contrôleurs n'ont pas rencontré de patients en pyjama dans cette unité pendant leur visite, en dehors de celui placé en isolement.

Selon les personnels rencontrés, l'amélioration de leur formation (OMEGA) a permis d'améliorer leur réponse aux situations de violence.

4.2.4.5 L'unité polaire "Lucien Bonnafé"

4.2.4.5.1 Présentation générale

Le pôle 3-7 n'a qu'une seule unité polaire intra hospitalière, l'unité "Lucien Bonnafé¹⁷", dont la vocation thérapeutique est l'hospitalisation de courte durée, soit les séjours dont la durée évaluée au moment de l'admission est de trois semaines ou moins.

Cette unité est souvent dénommée par le pavillon où elle se trouve : "Les Tamaris". Lors de la visite des contrôleurs, son devenir faisait l'objet de nombreuses interrogations, certains n'hésitant pas à annoncer une dissolution probable avant l'été 2015, ce qui, en l'absence d'information précise, participait d'un climat de travail et d'investissement professionnel plus difficile pour l'équipe.

17 Psychiatre désaliéniste 1912-2003

4.2.4.5.1.1 Les locaux

Le pavillon "Les Tamaris" date de 1968, construit alors selon le principe du « village psychiatrique ». Il se trouve à l'écart, près des parties boisées (Cf. plan masse chapitre 2.2).

C'est une construction sur un seul niveau, de 1 193 m² d'emprise au sol, qui possède trois ailes : l'aile centrale, où se trouvent les locaux de soins, les salles communes, les bureaux, et, de part et d'autre, deux ailes, la Nord et la Sud, perpendiculaires à l'aile centrale.

Le bâtiment a ainsi la forme de deux lettres T, l'une droite et l'autre renversée, la barre du T étant commune aux deux.

Les ailes Nord et Sud contiennent les chambres des patients et les sanitaires.

Chaque aile est traversée par un couloir central desservant des pièces à droite et à gauche.

L'entrée, autour d'un perron bétonné, se situe au milieu de l'aile centrale côté Sud.

Cette bâtisse avait été conçue pour recevoir deux unités distinctes. Aménagée maintenant pour une seule entité, elle se révèle très spacieuse et son implantation générale dans une partie boisée la rend très agréable pour le visiteur.

Les locaux, bien qu'anciens, ont été réhabilités et entretenus et ne donnent guère l'impression qu'il s'agit de lieux destinés à être abandonnés voire détruits à courte ou moyenne échéance.

A l'inverse des bâtiments récents, les chambres ne sont pas toutes à un lit et n'ont pas de salle d'eau individuelle.



Le bâtiment "Les Tamaris", unité "Lucien Bonnafé"

L'unité compte au total vingt lits :

- quinze chambres à un lit ;
- deux chambres à deux lits ;
- une chambre de soins intensifs.

Les sanitaires sont ainsi répartis :

- trois salles de douche de 5,80 m² dans chaque aile (hommes, femmes et personnes à mobilité réduite) ;
- un local sanitaire de 11,36 m² avec deux wc dont un accessible aux personnes à mobilité réduite dans chaque aile ;
- une salle de bain de 12,11 m² avec baignoire au fond de l'aile Nord.

Ces pièces étaient en excellent état d'entretien et de propreté.

Le pavillon comporte trois pièces de vie commune :

- un salon largement vitré, de 91 m², implanté à un bout de l'aile centrale avec une table de tennis, et des fauteuils ;
- un salon télévision, de 18 m², dont l'entrée se situe dans le précédent ;
- la salle à manger, de 97 m², à l'autre bout de l'aile centrale ;

La partie médico-administrative comporte dans l'aile centrale :

- à droite en entrant dans le hall principal le bureau du cadre de santé, 12,60 m² ;
- à gauche dans le même hall principal, le bureau médical, de 16,27 m² ;
- dans le hall immédiatement en face : la salle de soins, de 23,13 m², et le local soignants, de 16 m² ;
- le bureau infirmier, de 12,11 m², vitré et situé face au couloir qui traverse l'aile Nord ;
- la tisanerie, de 15,24 m², vitrée également et située face au couloir qui traverse l'aile Sud.

L'unité possède également une salle réservée aux visites, de 15,24 m², donnant dans le couloir traversant l'aile centrale, et un deuxième bureau médical, de 18 m², à l'entrée de l'aile Nord, accolé à l'espace « isolement ».



“Les Tamaris” : douches « PMR »



“Les Tamaris” : le salon

Les chambres individuelles sont de plusieurs types différents, avec des surfaces de 12,11 m² pour les plus petites, et 28,20 m² pour la plus grande.

Les deux chambres à deux lits ont une surface de 28 m².

La chambre numéro 12 était à l'origine une chambre de soins intensifs ; elle a été reconfigurée comme chambre aménagée pour personne à mobilité réduite (PMR).

Chaque chambre est équipée d'un lit, d'une armoire, d'un chevet à tiroirs, d'une petite table et de un ou deux fauteuils. Toutes les chambres sont largement éclairées par des fenêtres donnant sur le parc et à ouverture réduite.



"Les Tamaris" : chambre à deux lits

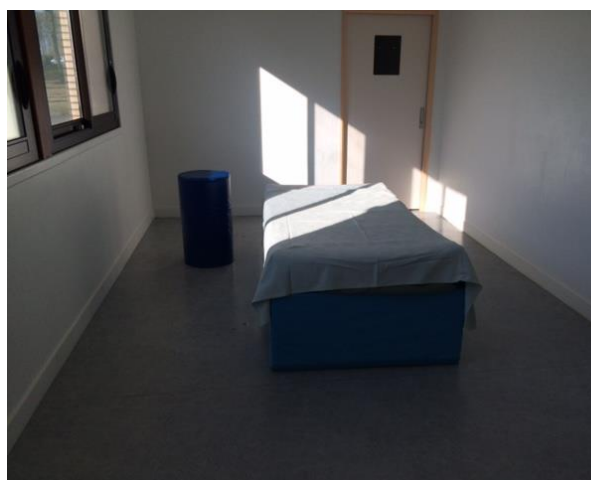


"Les Tamaris" : chambre N°12 individuelle PMR

La chambre de soins intensifs (CSI) se trouve au début du couloir de l'aile Nord sur la partie gauche. Sa superficie est de 17,46 m². Cette chambre a deux issues : une porte, avec fenestron sans tain, qui donne sur un sas de 7 m² donnant accès à la salle d'eau réservée à la personne isolée, et une porte, également avec fenestron sans tain, qui donne dans un petit couloir tenant lieu de sas.

Elle est meublée d'un lit haut doté d'un matelas monobloc en mousse (Cumbria®), qui peut recevoir des sangles de contention, et d'un chevet cylindrique en matière souple.

La fenêtre ne s'ouvre pas mais permet une vue sur le parc boisé. La pièce est climatisée.



"Les Tamaris" : chambre de soin intensif



"Les Tamaris" : le salon télévision

4.2.4.5.1.2 Les personnels

Sont affectés à l'unité :

- quatorze infirmiers pour 14 ETP ;
- cinq agents des services hospitaliers qualifiés pour 4,8 ETP.

La continuité du service de soins est assurée par l'emploi posté du personnel en trois vacations :

- le matin de 6h30 à 14h30 ;
- l'après-midi de 13h30 à 21h00 ;
- la nuit de 20h45 à 6h45.

L'effectif minimal requis est de trois infirmiers le matin, deux l'après-midi, et deux la nuit.

Un psychologue vient le mardi voir les patients du secteur 7 ; un psychologue vient le jeudi voir les patients du secteur 3.

Une assistante sociale intervient régulièrement et participe à la réunion de synthèse de l'unité le jeudi après-midi.

4.2.4.5.1.3 Les patients

Lors de la visite, quinze patients étaient hospitalisés dans l'unité "Lucien Bonnafé" : huit hommes et sept femmes ; onze étaient suivis par le secteur 3 et quatre par le secteur 7. Parmi eux, trois – deux femmes et un homme – étaient en SPDT et les autres étaient en hospitalisation libre.

Le patient le plus âgé avait soixante-seize ans et le plus jeune avait dix-sept ans.

La date d'admission la plus récente était le 1 février 2015 ; la date de sortie la plus récente était le 2 février 2015.

4.2.4.5.2 Le fonctionnement

4.2.4.5.2.1 La vie quotidienne

L'unité Lucien Bonnafé est une unité dont la porte est constamment ouverte, malgré l'hospitalisation de trois patients en SPDT au moment de la visite des contrôleurs, même s'il a été signalé que l'unité avait été fermée quelques jours en 2014 du fait de difficultés temporaires avec un patient.

Les repas sont servis collectivement dans la salle à manger commune, pour tous les patients. Les horaires sont de 8h à 8h30 pour le petit déjeuner, 12h30 pour le déjeuner et 18h30 pour le souper ; une collation est servie à 16h.

Selon les déclarations faites aux contrôleurs, le port de pyjama dans la journée n'est obligatoire que sur prescription médicale. Lors de leur visite, un patient était en pyjama, non pour des raisons thérapeutiques mais pour éviter un départ intempestif hors de l'enceinte.

Le personnel soignant contrôle la consommation de tabac pour ceux des patients incapables de se limiter ou trop fragiles pour n'être pas les victimes de larcins. Ce contrôle s'effectue par des distributions régulières.

Les patients fument en général leurs cigarettes sur le perron de l'entrée.

Il n'y a qu'un téléviseur pour toute l'unité dans le salon prévu à cet effet.

Comme dans les autres unités, les relations sexuelles font l'objet d'une attention particulière pour éviter tout abus ou consentement obtenu auprès de patients déficitaires.

4.2.4.5.2.2 Les relations avec l'extérieur

Contrairement aux unités du bâtiment "Lantéri-Laura", cette unité ne dispose pas de deux téléphones sans fil, mais d'un téléphone fixe. Cependant, le personnel soignant met aussi à disposition des patients le téléphone de service pour recevoir ou envoyer des appels. Certains d'entre eux ont obtenu une autorisation médicale pour conserver leurs téléphones portables.

Bâtiment plus ancien, "Les Tamaris" ne bénéficie pas d'installation de wifi.

Sauf prescription médicale, les visites sont acceptées, en principe de 13h à 20h.

Le courrier est distribué tous les matins. Une boîte aux lettres installée dans l'unité permet aux patients de déposer le leur.

4.2.4.5.2.3 Les activités

Aucune activité n'est organisée au sein de l'unité.

Une seule activité est suivie au sein du CTM par un patient : l'atelier mosaïque.

4.2.4.5.3 Les soins

Cette unité est destinée à recevoir des patients pour des courts séjours (trois semaines environ) ; de fait, la durée moyenne d'hospitalisation en 2014, est de :

- 23 jours pour l'ensemble des patients tout mode d'hospitalisation confondu ;
- 37 jours pour les 13 patients en SPDRE ;
- 49 jours pour les 4 patients SPDRE sous décision judiciaire ;
- 29 jours pour les patients en SPDT ;
- 17 jours pour les 285 patients en soins libres.

L'affectation effective dans cette unité, si elle est principalement dépendante de la durée prévisible d'hospitalisation, est soumise aussi en partie au choix du médecin référent qui suit le patient sur le secteur, ce qui peut expliquer que quelques patients aient des durées d'hospitalisation prolongées.

Le taux d'occupation de 104,6 % pour cette unité témoigne notamment d'une occupation importante de la CSI.

Il n'y a pas de psychiatre affecté en propre à cette unité polaire. Les patients relèvent de l'équipe médicale psychiatrique du secteur dont ils dépendent et le suivi somatique relève du médecin généraliste affecté au département de médecine générale plus spécifiquement chargé du suivi des patients de cette unité.

Une réunion de synthèse est programmée chaque jeudi après-midi avec les psychiatres concernés du secteur 3 en début de réunion et le psychiatre concerné du secteur 7 en fin de réunion.

De l'avis général et de celui des psychiatres eux-mêmes, le temps de présence des

praticiens hospitaliers dans cette unité n'est pas satisfaisant. Surtout, l'absence de prévisibilité, qui ne permet pas aux soignants de répondre utilement aux demandes légitimes des patients ou de leur famille, est particulièrement regrettée.

Les familles doivent prendre rendez vous auprès du secrétariat médical du secteur concerné.

Les discours actuels sur l'éventuelle prochaine fermeture de cette unité, l'absence d'information précise et l'absence de travail formel sur ce projet, si il existe, ou de démenti, si il n'est pas confirmé, participent d'un climat de travail et d'investissement professionnel plus difficile pour l'équipe.

4.2.5 Le pôle 4-5

4.2.5.1 Données générales au pôle

Des moyens largement mutualisés entre les deux secteurs du pôle

Le pôle de psychiatrie adulte des secteurs 4 et 5 couvre la partie ouest du département de la Sarthe. Comme pour les deux autres pôles du CHS, celui-ci comprend une partie de la ville du Mans et un secteur rural. Deux villes de plus de 10 000 habitants (Sablé sur Sarthe et Allonnes) sont également situées dans son ressort géographique. Le canton de Sillé-le-Guillaume lui a été rattaché lors du redécoupage des secteurs en 2010.

Les lieux des consultations et de soins où interviennent les équipes soignantes sont soit affectés exclusivement à chacun des secteurs du pôle soit utilisés par les deux secteurs (unités « polaires »).

Lieux d'hospitalisation complète des secteurs 4 et 5

Secteur 4	Secteur 5	Unités polaires
Unité 5 "Falret" (admissions) 19 lits + 2 CSI	Unité 8 "Jean Oury" (admissions) 19 lits + 2 CSI	- Unité 6 "Janet" (court séjour) 18 lits + 1 CSI * - Unité 7 "JP Pussin" (réhabilitation) 19 lits + 1 CSI - Pavillon "F.Tosquelles" (patients complexes et déficitaires) 18 lits

Les places d'hospitalisation obéissent à cette logique : parmi les cinq unités d'hospitalisation du pôle, les unités d'admission 5 "Falret" et 8 "Jean Oury" sont réservées aux patients de chacun des secteurs du pôle afin de favoriser, à la sortie, le suivi extrahospitalier par l'équipe médicale. Les trois autres unités sont mutualisées, accueillant indistinctement les patients des secteurs 4 et 5; il s'agit de

- l'unité 6 "Janet", de court séjour, d'où les patients intègrent souvent ensuite les unités spécifiques de chacun des secteurs ;
- l'unité 7 "JP Pussin", pour des patients qui ne pourront sortir qu'après un travail de réhabilitation ;
- le pavillon "F. Tosquelles" qui reçoit des patients au long cours.

Au-delà des lits eux-mêmes, le pôle a mis en place une politique d'entraide en

matière de personnel soignant dans les unités d'hospitalisation.

La présence des infirmiers dans les unités d'hospitalisation est normée (Cf. chapitre 2.4.3). Le cadre infirmier d'une unité spécifique à un secteur peut « couvrir » une autre unité en cas d'absences ou de difficultés et les personnels soignants peuvent y aller en renfort ; l'implantation sur un même site autorise et favorise ces pratiques. Dans les situations de crise d'un des patients et grâce à un bip d'alerte, les équipes de proximité viennent au secours de celle concernée par la violence d'une situation, avant l'arrivée des personnels de prévention. De jour comme de nuit, l'aide-soignant est « mutualisé » entre les unités 5 et 6 et entre les unités 7 et 8

L'équipe du pavillon "F.Tosquelles" est renforcée avec un aide-soignant en plus le jour et le soir en raison de la moindre autonomie des patients qui s'y trouvent. Les personnels sont majoritairement féminins : 88 % environ pour les infirmiers, 17 % pour les aides-soignants.

Les médecins psychiatres affectés à chacun des secteurs du pôle, assurent à la fois le suivi hospitalier et extra hospitalier des patients. Au moment de la visite, le secteur 4 ne disposait que de deux psychiatres sur les trois affectés en l'absence, depuis deux mois, de l'un d'entre eux pour pallier cette longue absence, un interne a été affecté à ce secteur. Au total, le pôle disposait, au 31 janvier 2015, de 8,6 ETPR de médecins dont 4,8 ETPR de praticiens hospitaliers.

Cependant, en dépit de ces logiques communes, le fonctionnement des cinq unités peut varier assez largement, notamment en raison de leurs vocations différentes, des profils de patients qu'ils reçoivent ainsi que des projets de soins.

Des locaux d'hospitalisation modernisés et identiques pour l'ensemble des unités du pôle 4-5, hors le pavillon Tosquelles

Depuis 2013, le nouveau bâtiment "Simone Weil" rassemble quatre unités du pôle 4-5 : les unités 5, 6, 7 et 8 ; c'est le dernier bâtiment ouvert du programme de reconstruction.

Construit en forme d'arc de cercle, il comprend, outre les quatre unités hospitalières, des locaux affectés aux médecins, à leur secrétariat et des salles de réunions. Un couloir dessert à la fois la partie administrative et la partie de soins.

Les portes d'accès aux unités sont pleines et aveugles; les personnels de l'unité ne voient donc pas les visiteurs qui se présentent.

Les quatre unités d'hospitalisation sont édifiées selon le même plan, avec les mêmes normes d'accessibilité, de confort, de surface en ce qui concerne les unités 5 et 8 (admission) d'une part, et les unités 6 (court séjour) et 7 (réhabilitation) d'autre part. Elles comportent un ameublement identique sauf cas particuliers qui seront détaillés plus loin. Elles seront donc décrites une seule fois ici, hors des spécificités d'aménagement ou de fonctionnement.

Dans chaque unité, les portes d'accès ouvrent sur le hall d'accueil où se trouve le bureau des infirmiers. Hormis dans l'unité 7, ce bureau est décalé par rapport à la porte d'entrée et ne permet pas l'observation des entrées et sorties. Selon les explications données aux contrôleurs, c'est la raison pour laquelle ces trois unités sont fermées; les

patients qui peuvent et veulent sortir doivent le demander aux infirmiers et sonner au retour pour se faire ouvrir.

Dans chaque unité, un couloir circulaire dessert les bureaux et salles de repos de l'équipe soignante, les locaux techniques (lingerie, cuisine, stockage des produits ménagers, salle de préparation des soins), les lieux collectifs des patients (salle d'activité, salle à manger et salle de télévision, salle de bain avec baignoire, sanitaires patients) ainsi que les dix-neuf chambres. Eclairé par de grandes baies vitrées, il circule autour d'un patio central ouvert à l'air libre où les patients peuvent se rendre. Ce patio structure l'espace intérieur. Un panneau d'affichage normalisé par la direction est fixé sur le mur de la salle à manger ; une affichette annonçant la visite du CGLPL y était placée. Ce panneau, qui est le seul endroit où sont affichées des informations, ne comporte pas l'ordre des avocats du barreau du Mans.

Les chambres

Les dix-neuf chambres de chaque unité ont une vue sur l'extérieur grâce à une fenêtre dont une partie est fixe et une autre coulissante avec un « limiteur » d'ouverture (12 cm). D'une surface totale comprise entre 11,54 m² pour les plus petites et 13,60 m² pour les plus grandes, elles disposent d'une salle d'eau privative (2,60 à 3,10 m²) comportant WC, douche à l'italienne, lavabo, miroir. Les chambres disposent de mobilier neuf : lit médicalisé à roulette, table de chevet, table roulante, chaise et placard qui peut être fermé à clé.

Les éléments d'aménagement ont été pensés afin de protéger à la fois les patients et le personnel soignant: colonne de douche avec flexible décrochable par les soignants dans chaque salle de bain, sécurité incendie fiabilisée, système anti-pendaison et recours à des matériaux spécifiques.

Chaque unité comprend une (unités 6 et 7) ou deux **chambres d'isolement** (unités 5 et 8), situées devant le bureau des infirmiers. D'une surface variable (14,36 m² dans les unités 5 et 8; 18,26 m² dans les unités 6 et 7), disposant d'une climatisation réversible, elles offrent un double accès afin de permettre à deux équipes d'y pénétrer en cas d'agitation du patient. Une des entrées s'opère par un sas, disposant d'une lucarne sur les deux portes qui le ferment.

Dans la mesure où il n'existe pas de réglementation pour les chambres d'isolement, il a été opté pour une série de choix sécuritaires :

- miroir d'angle au plafond permettant une large vue de la chambre depuis la porte ;
- revêtement au sol en caoutchouc résistant à l'urine et aux coups ;
- interphonie anti-vandale fixée au mur ;
- sonorisation contrôlée au niveau du bureau infirmier permettant de diffuser de la musique ;
- éclairage et horloge en hauteur au mur;
- large fenêtre éclairant naturellement la pièce mais renforcée extérieurement avec une grille latérale multi-perforée : le système est supposé laisser la possibilité au patient d'une vue extérieure, tout en évitant le risque d'une transmission d'objets depuis l'extérieur.

Hormis les éléments décrits plus haut, le mobilier standard (les aménagements qui ont été apportés dans certaines unités sont décrits plus loin) comporte un lit monobloc sur

lequel peuvent être fixées des sangles de contention, un oreiller triangulaire en mousse ainsi que deux cylindres (un haut et un bas) dans la même matière, faisant office l'un de table, l'autre de siège.

Chacune des chambres dispose d'un wc intérieur, isolé de la chambre et situé hors de la vue du surveillant par une cloison. Une salle d'eau (douche, lavabo, miroir incassable) est accessible depuis le sas, ce qui permet au personnel soignant d'en interdire ou autoriser l'accès au patient.

Les locaux collectifs des patients (salle à manger, salle d'activité) sont spacieux (49,22 m² et 23,67 m²) et clairs car donnant sur le patio par de grandes baies vitrées. Chaque unité dispose d'une salle de télévision. Les espaces réservés au personnel sont le bureau d'examen du médecin, un bureau polyvalent, celui des agents des services hospitaliers, du cadre de santé. Une tisanerie (selon les cas 10,95 m² ou 11,50 m²), utilisée comme salle de repos, apparaît exiguë au regard du nombre de personnes qui l'utilisent et se croisent, notamment lors des changements d'équipe (au moins six).

Le bâtiment comporte un salon destiné aux visites de familles.

Tout patient admis dans une des quatre unités situées dans le bâtiment "Simone Weil" est reçu par une secrétaire administrative qui, en principe, lui remet un livret d'accueil et le renouvelle tous les six mois.

4.2.5.2 L'unité 5

L'équipe soignante de l'unité 5 est composée de quatorze infirmiers, dont deux hommes et dont quatre sont à 0,86 ETP, et quatre aides-soignantes dont une à 0,86 ETP, soit un total de 17,30 ETP et deux hommes.

4.2.5.2.1 Les patients hospitalisés et la nature juridique des hospitalisations

Au jour de la visite, les dix-neuf chambres de l'unité étaient occupées.

Le 29 janvier 2015, sur dix-huit patients présents, le plus âgé avait 78 ans et le plus jeune 21.

Profil des patients le 29 janvier 2014 (dix-huit patients) hospitalisés dans l'unité 5¹⁸

Profils des patients	SPDRE	SPDT	HL
Nombre	6	6	6
Sexe	5H ; 1F	6H	NR
Durée d'hospitalisation la plus longue	2 337 J	389 J	357 J

Source : questionnaire mission

En théorie, « l'unité d'admission » 5 accueille les patients après un passage à l'unité intersectorielle d'admission ou dans l'unité 6 dite « de court séjour ». Cependant, en raison de la nouvelle sectorisation intervenue en 2010, un certain nombre de patients au long cours du secteur 2 supprimé ont été répartis dans les différentes unités d'admission, dont l'unité 5, contribuant à une durée de séjour moyenne de l'unité relativement longue.

¹⁸ Date du questionnaire de la mission qui a précédé la visite.

Les patients en hospitalisation sans consentement y sont plus nombreux que dans l'ensemble du pôle (en 2014, 7,6 % des patients accueillis contre 5,9 % dans l'ensemble du pôle).

Le taux d'occupation y est particulièrement élevé (111,3 % contre 99,8 % dans le pôle 4-5) ce qui signifie concrètement que les patients de l'unité 5 sont accueillis temporairement dans d'autres unités avant d'y être admis ou que la chambre d'isolement est parfois utilisée comme chambre d'hébergement en attente de place. Dans cette situation, les portes demeurent alors ouvertes.

4.2.5.2.2 Les droits des patients hospitalisés sans leur consentement

Lorsqu'un patient est admis dans l'unité pour des soins sans consentement, ce sont les admissionnistes de la gestion administrative des patients « cellule admissions » qui procèdent à la notification de la nature juridique de son hospitalisation et des droits y afférents.

Le personnel soignant de l'unité n'intervient pas dans ce processus.

L'information sur les différentes instances susceptibles d'intervenir au profit des patients hospitalisés, normalisée par la direction, est affichée sur le panneau de la salle à manger.

4.2.5.2.3 Les programmes de soins

Ils sont adaptés et individualisés et ne sont pas dépendants du statut du patient, hormis pour les détenus, qui sont placés systématiquement en chambre d'isolement et sans visite selon les consignes générales. Pour les patients en SPDRE, l'évolution du programme de soins est soumis au préfet lorsqu'il conduit à alléger l'hospitalisation et à prévoir des sorties. Dans ce dernier cas, l'autorisation préfectorale est en général accordée, le médecin préconisant le plus souvent un accompagnement du patient par deux infirmiers.

La mise en chambre d'isolement – « continue », « discontinue » (avec des temps de levée) ou « séquentielle » (temps dans la journée, la nuit) – et la contention font l'objet d'une prescription médicale individualisée et sont qualifiées de soins intensifs.

La contention n'est utilisée que pour les patients placés en chambre d'isolement.

Pour certains patients, compte tenu de l'urgence de certaines situations, la prescription de contention est dite « conditionnelle » : sa mise en œuvre peut être effectuée sans délai par l'équipe soignante mais est soumise à la validation du médecin dans l'heure qui suit puis réévaluée régulièrement par le psychiatre.

Le jour de la visite, une seule chambre d'isolement était occupée et aucune contention n'y était pratiquée.

Les contrôleurs ont pu cependant observer la mise en œuvre de l'utilisation des chambres d'isolement et de la contention à travers **trois situations récentes** que l'équipe infirmière leur a détaillées. Les situations des patients en SPDRE font l'objet d'un suivi médical conforme à la réglementation ; celle du patient en SPDT reçoit une attention moins resserrée.

Mise en chambre d'isolement et en contention d'un patient en SPDT :

- 16 décembre 2014 : agression d'un soignant ; mise en chambre d'isolement et contention ;
- 26 décembre : contentions levées progressivement ;
- 29 janvier : contentions levées définitivement ; sortie de la chambre pour trois repas et le goûter ;
- 31 janvier : aucune notation du médecin ;
- 1^{er} février : ouverture de la chambre d'isolement par le médecin de garde ;
- 4 février : patient toujours placé en chambre d'isolement.

Mise en chambre en chambre d'isolement d'un patient en SPDRE :

- 22 janvier 2015 : arrivée à 19h ; patient connu déjà hospitalisé en hospitalisation libre et amené par la police ; vu par médecin généraliste ; mis en chambre d'isolement, sédation, contention, pyjama ;
- 23 janvier : certificat de 24h du médecin et rapport de visite ; refus du traitement par injection (le patient est persuadé qu'on l'empoisonne) ; le médecin traite avec médicament oral ;
- 25 janvier : certificat du médecin 72h ; reconduction du placement en chambre isolement ;
- 26 -27 janvier : certificat de poursuite du placement en chambre d'isolement ;
- 28 Janvier : après visite du médecin, décision d'ouverture de la chambre au petit déjeuner, et au diner si tout se passe bien ;
- 29 janvier : vu par le médecin mais pas de notation dans le dossier ;
- 30 janvier : élargissement du temps de sortie à 1 heure l'après-midi et 1 heure le soir ;
- 31 janvier : aucune notation du médecin ;
- 3 février : audience devant le juge des libertés.

Mise en chambre d'isolement d'un patient détenu

- 20 janvier 2015 : arrivée à 23h à l'UIA et placé en chambre d'isolement ;
- 21 janvier : arrivée 12h dans l'unité 5 non menotté ; certificat de 24h ;
- 22-23 janvier : certificats de 48h puis de 72h ; repart menotté par la police.

4.2.5.2.4 La vie quotidienne

L'unité 5 est une **unité fermée** : pour en sortir ou y entrer, les patients dont le programme de soins accorde cette liberté de mouvement doivent demander à l'équipe soignante d'ouvrir la porte.

Propres et très bien tenus, **les locaux** (collectifs et chambres) sont spacieux et lumineux. Les murs sont sans décoration.

Selon l'équipe infirmière, les **chambres** d'isolement n'interdisent pas le passage de petits objets à travers le grillage protecteur.

Les **toilettes** sont effectuées par les patients lorsqu'ils sont autonomes, ce qui est le cas majoritaire dans cette unité. En tant que de besoin, les patients sont aidés par les aides soignants.

Le **pyjama est toujours prescrit par le médecin**. Le jour de la visite, une patiente était en pyjama et n'appréciait pas cet état. Des pyjamas anti-suicide (en papier) peuvent être utilisés.

Préparés dans la cuisine centrale de l'hôpital (neuf menus), **les repas** sont réchauffés dans la cuisine de l'unité et sont pris soit en commun dans la salle à manger (8h30, 12h, 16h pour le goûter, 18h) soit dans la chambre du patient selon les programmes de soins.

Des **activités** sont proposées dans la salle d'activité de l'unité (belote, memory, uno, coloriage, ping-pong).

Six patients sur les dix-neuf étaient inscrits sur prescription médicale aux activités thérapeutiques du CTM (cuisine, jardin, jeux de société, jeux d'expression, musculation informatique).

Les patients peuvent **fumer** dans le patio ouvert.

Les relations sexuelles existent mais « *se passeraient dans les bois* ». Une réflexion serait engagée sur ce sujet.

Les horaires de **visite** sont souples : en principe autorisées l'après-midi, les visites peuvent aussi se dérouler le matin en cas de besoin.

Les sorties sont inscrites dans les programmes de soins et formalisées pour les patients en SPDRE. Elles peuvent nécessiter l'accompagnement d'infirmiers de l'unité ; les personnes en SPDRE sont systématiquement accompagnées par deux infirmiers.

4.2.5.3 L'unité 6

L'unité 6 comporte dix-neuf chambres individuelles dont une chambre de soins intensifs.

Cette unité est fermée en raison de l'absence de visibilité de la porte d'entrée depuis le bureau des infirmiers.

En septembre 2014, un ancien patient venu rendre visite à une amie qui était hospitalisée dans l'unité a agressé une infirmière à coups de couteau ; il a été maîtrisé par six infirmiers. Depuis cet incident, une caméra a été installée devant la porte d'entrée, permettant de contrôler l'identité d'une personne qui demande à entrer ; l'écran de contrôle est placé au-dessus de la porte, au vu et su de tous, incitant les patients à venir le consulter, notamment lorsqu'ils attendent une visite.

L'équipe soignante est composée de quatorze infirmiers, dont quatre hommes et dont cinq à 0,86 ETP, et 3 aides-soignants à temps plein dont un homme, soit un total de 16,30 ETP et cinq hommes. Les contrôleurs ont examiné les plannings d'activités du dernier trimestre 2014 : sur 92 jours, soit 184 demi-journées, les équipes ont été composées de deux personnes à deux occasions, trois personnes à vingt-huit occasions ; le reste du temps, soit 84 % du temps, elles étaient quatre (64 % du temps), cinq (16 %), six (3 %), voire sept (1 %) personnes présentes.

Les locaux ne présentent aucune spécificité par rapport à la description générale déjà faite. Cependant, il a été indiqué aux contrôleurs que l'alarme sonore ne fonctionnait pas ; en cas d'appel depuis la chambre d'un patient, seul le signal lumineux placé au-dessus de la porte fonctionne.

4.2.5.3.1 Les patients hospitalisés et la nature juridique des hospitalisations

Cette unité reçoit essentiellement des patients en soins libres pour des séjours courts. Si leur hospitalisation doit se prolonger, ils sont généralement transférés dans une des deux unités sectorisées : 5 et 8.

Au moment de la visite des contrôleurs, les dix-neuf chambres étaient occupées par neuf hommes et dix femmes dont quatre patients en soins sous contrainte : un homme et une femme en SPDT pour péril imminent, un homme en SPDT en urgence et un homme en SPDRE. Le patient en SPDT en urgence occupait la chambre de soins intensifs.

La durée d'hospitalisation la plus longue était de 118 jours en soins libres, 52 jours en SPDRE et 17 jours en SPDT.

Le patient le plus âgé avait 74 ans ; le plus jeune avait 16 ans.

L'admission la plus récente datait du 29 janvier 2015 ; la sortie la plus récente datait du 28 janvier 2015.

4.2.5.3.2 Les droits des patients hospitalisés sans leur consentement

Chaque mois, environ un à deux patients admis en soins sans consentement sont placés directement dans cette unité. Ce sont les admissionnistes de la gestion administrative des patients « cellule admissions » qui procèdent à la notification de la nature juridique de leur hospitalisation et des droits y afférents. Au bout de quelques jours, une fois que le patient s'est accoutumé à son nouvel environnement, le personnel soignant vient lui expliquer sa situation et ses droits. Il n'existe aucun support écrit qui pourrait lui être remis ; quelques explications sont affichées dans la salle à manger.

Les patients en soins sans consentement qui sont placés dans cette unité présentent un état de santé relativement stable qui permet de ne pas leur imposer systématiquement de règles spécifiques différentes des autres patients. Chaque cas est traité individuellement, avec d'éventuelles restrictions, notamment en termes de relations avec l'extérieur.

Au moment de la visite des contrôleurs, aucun des patients en soins sans consentement n'était soumis à une restriction de l'emploi du téléphone.

4.2.5.3.3 Les programmes de soins

Au moment de la visite des contrôleurs, trois patients étaient en pyjama, « *en raison de vellétés suicidaires* ». Il a été expliqué aux contrôleurs que certains patients avaient besoin d'être « médicalisés », de se considérer comme malades.

Le placement dans la chambre d'isolement peut être, selon le cas :

- « strict » : le patient prend ses repas dans sa chambre et n'a accès à la salle d'eau que durant des créneaux précis ;
- « partiel » : la salle d'eau est accessible tout le temps, le patient peut éventuellement disposer de créneaux de sortie de la chambre, voire prendre ses repas avec les autres.

Les contentions sont possibles « *presque exclusivement* » en chambre d'isolement.

4.2.5.3.4 La vie quotidienne

L'argent et les objets de valeur font l'objet d'un inventaire contradictoire puis le patient est invité à les mettre dans le placard de sa chambre, qui peut être fermé à clé. Il a été signalé aux contrôleurs que les vols étaient fréquents, de l'ordre d'un par semaine.

Une fois que l'équipe soignante du matin a pris son service, un tour des chambres est réalisé entre 7h et 7h30 ; les patients sont invités à se lever pour être prêts pour le petit-déjeuner qui est servi entre 8h et 9h ; chacun se sert seul. Si un patient ne vient pas, un infirmier va dans sa chambre pour s'enquérir de son état.

Lors des repas de midi et du soir, les patients se placent librement à l'une des tables à quatre places qui sont disposées dans la salle à manger. Avant d'aller s'asseoir, chaque patient se fait remettre par un infirmier ses médicaments qui sont disposés sur une table de la salle à manger ; il peut être amené à évoquer sa situation personnelle en présence d'autres patients.

Des repas partagés avec le personnel soignant ont lieu exceptionnellement à Noël et au jour de l'An.

La salle de bain est à la disposition des patients ; elle est peu utilisée : de l'ordre d'une fois par semaine. Lorsqu'un patient prend son bain, il est seul ; aucun infirmier ne reste dans la pièce.

Les draps et serviettes de toilette sont changés à la demande du patient ou sur les conseils, voire parfois à l'initiative, du personnel soignant.

Aucune activité thérapeutique ou occupationnelle n'est programmée à l'avance ; *« elles sont proposées à la demande, selon les besoins et les disponibilités de l'équipe soignante »*. L'unité dispose d'un budget annuel de 200 euros pour se procurer des jeux de société, qui sont mis à la disposition des patients dans la salle d'activités. Parfois, les jeux sont animés par un stagiaire, étudiant en soins infirmier ou en médecine. En principe, la salle d'activités est ouverte de 9h à 17h ; en réalité, les jeux « disparaissant » régulièrement, elle n'est ouverte qu'à la demande, dès qu'une activité est organisée. Au moment de la visite des contrôleurs, il n'y avait plus aucun jeu dans l'armoire. Deux patients étaient programmés pour participer à une activité au CTM le jour de la visite des contrôleurs.

L'unité ne dispose d'aucun appareil ou équipement permettant une activité occupationnelle comme, par exemple, une table de ping-pong ou un babyfoot. Il a été expliqué aux contrôleurs que la faible durée d'hospitalisation ne justifiait pas l'acquisition de tels équipements ; pour la même raison, il n'existe pas de bibliothèque.

L'accès du patient dans sa chambre est libre toute la journée ; il peut s'y enfermer.

Au moment de la visite, trois patients avaient leurs ordinateurs.

Les visites peuvent se dérouler dans un petit salon particulier ou dans la salle d'activités lorsqu'elle n'est pas utilisée ; en général, les familles préfèrent aller dans la chambre du patient, ce qui leur est vivement conseillé lorsqu'elles sont accompagnées d'un enfant.

Il est interdit de fumer à l'intérieur ; les fumeurs vont dans le patio. La nuit, ils ne

peuvent y accéder « car les substances chimiques contenues dans le tabac désactivent les somnifères » ; son accès reste cependant possible exceptionnellement, en cas de nécessité absolue estimée par l'équipe de nuit.

Il n'existe pas de directive particulière concernant les relations sexuelles. Celles-ci se pratiqueraient parfois autour de la cafétéria dans le cadre « d'échanges de services », certains patients n'ayant pas les moyens d'y faire des achats.

4.2.5.4 L'unité 7

L'équipe soignante est composée de treize infirmiers, dont trois hommes et dont cinq à 0,86 ETP, et quatre aides-soignants à temps plein dont trois hommes, soit un total de 16,30 ETP et six hommes.

4.2.5.4.1 Les patients hospitalisés et la nature juridique des hospitalisations

Au jour de la visite, les vingt chambres de l'unité 7 étaient occupées y compris la chambre d'isolement, qui hébergeait un patient en hospitalisation libre et sous tutelle.

Le 29 janvier, la « photographie » des dix-neuf personnes présentes indiquait que le plus jeune patient avait 21 ans et le plus âgé, 77 ans. Deux patients SPDRE étaient en SPDRE et une patiente était en SPDT. Quasiment tous les hospitalisés avaient un régime de protection (curatelle ou tutelle).

Profil des patients le 29 janvier 2014 hospitalisés dans l'unité 7¹⁹ :

Statut d'hospitalisation	SPDRE	SPDT	HL
Nombre	2	1	16
Sexe	1H ; 1F	1F	NR
Durée d'hospitalisation la plus longue	2 231 jours	561 jours	9 385 jours

Source : questionnaire mission

Les données recueillies sur l'année 2014 témoignent de durées d'hospitalisation et de séjours plus longues que dans l'ensemble du pôle (193 jours contre 48 pour l'ensemble du pôle), confirmant la mission de réhabilitation de l'unité. Par ailleurs les durées de séjour des patients en hospitalisation libre, en majorité sous tutelle, sont plus longues que celles des hospitalisés sans leur consentement²⁰ (190 jours pour les uns contre 183 pour les autres).

Comme pour l'unité 5, les taux d'occupation sont élevés (102% contre 99,8% pour l'ensemble du pôle 4-5).

19 Date du questionnaire de la mission qui a précédé la visite.

20 S'agissant de petits chiffres, cette remarque doit être prise avec précaution.

4.2.5.4.2 Les droits des patients hospitalisés sans leur consentement

Outre les différents documents rappelant les droits des personnes et dont le contenu est « standardisé » par la direction, une affiche informant sur l'action de l'UNAFAM figure dans le hall d'accueil de l'unité.

4.2.5.4.3 Les programmes de soins

Comme dans l'unité 5, les programmes de soins sont individualisés et indépendants du statut de la personne hospitalisée, hormis les « détenus » hospitalisés.

Les soins médicaux

Lorsqu'ils sont transférés d'une autre unité, les patients conservent, le temps d'une adaptation, le régime de soins de leur unité antérieure avant d'être vus par le médecin psychiatre de l'unité.

Du fait du suivi médical exigé par la loi les patients hospitalisés sans leur consentement rencontrent régulièrement leurs médecins. Les autres sont dépendants de la disponibilité médicale. Le jour du passage de la mission, le médecin chef du secteur 4 assurait seul la consultation des patients de l'unité une demi-journée par semaine, en l'absence depuis deux mois de l'autre psychiatre qui, en outre, occupait la fonction de médecin généraliste. Au moment de la visite, un médecin généraliste et un interne venaient d'être affectés à l'unité pour pallier partiellement ce déficit.

Le rythme et la fréquence des consultations des patients par le médecin psychiatre ne peuvent être tracés, les données figurant individuellement dans chaque dossier patient. Cependant, l'insuffisance de présence médicale dans l'unité pour des « patients au long cours », aggravée récemment par l'absence d'un médecin psychiatre, a été déplorée par l'équipe soignante, la conduisant parfois, selon les informations recueillies, à inscrire certains patients au planning de consultation du seul médecin psychiatre du secteur.

Au moment de la visite, la **chambre d'isolement** était occupée par un patient au long cours en hospitalisation libre et sous prescription médicale; un régime de sortie de la chambre avait été fixé.

Comme dans l'unité 5, la **contention** n'est utilisée qu'exceptionnellement en cas de mise en danger du patient lui-même et/ou des autres patients/soignants : sur prescription médicale ou, en cas d'urgence, sur validation médicale sans délai. La revue de certaines situations, faite par les contrôleurs avec l'équipe infirmière, témoigne globalement du suivi de cette règle mais aussi d'exceptions : l'absence continue de réponse du médecin (psychiatre de l'unité ou de garde) peut conduire l'équipe infirmière à la levée de la contention sans validation médicale. Tel était le cas récent d'un patient, contenu le matin sur prescription, et dont l'équipe a « pris » sur elle de lever la contention à 17h. Aucun des patients de l'unité n'était sous contention le jour de la visite.

Aucun patient n'était en pyjama les jours de la visite de la mission.

Les projets de vie

Au-delà des soins médicaux, une synthèse hebdomadaire réunit tous les jeudis matin tous les interlocuteurs du patient – médecins, infirmiers, secrétaire médicale du psychiatre, assistante sociale, psychologue et éventuellement tutelle – afin de réévaluer collégalement la situation de chaque patient ; c'est l'occasion d'évoquer non seulement le projet de soins mais également le projet de vie : recherche d'une tutelle, point sur les droits sociaux, régime de vie quotidienne, les sorties, puis ultérieurement et si le patient est jugé prêt, recherche de solutions de résidence à l'extérieur de l'établissement (résidences sociales, familles d'accueil). Afin d'évaluer l'autonomie des patients qui pourrait bénéficier d'une résidence autonome, l'unité peut faire appel à des équipes d'évaluation extérieure.

Selon les informations recueillies, dix-huit patients ont pu sortir du régime de l'hospitalisation depuis deux ans. Leur suivi à l'extérieur est assuré par l'équipe soignante pendant quatre mois après leur sortie afin de permettre la continuité de la relation nouée pendant l'hospitalisation et d'assurer dans de bonnes conditions le relais avec l'équipe extrahospitalière du secteur.

Selon leurs profils, les patients peuvent faire l'objet de synthèses répétées. Cela a été le cas du patient en hospitalisation libre qui occupait la chambre d'isolement : le projet de soin a été révisé en 2013, après un accès de violence contre un autre patient ; puis quatre réunions de synthèse successives ont conduit à modifier sensiblement l'organisation des soins et à mettre en place d'autres repères. Cela a eu pour effet de faire baisser considérablement les accès de violence du patient et de le faire progresser dans son autonomie. Depuis la mise en place du nouveau protocole de soins, il sortait de sa chambre pour le petit déjeuner et le goûter et pouvait regarder la télévision une demi-heure l'après-midi. La chambre restait fermée que le patient y soit ou non.

Pour ce qui est des patients hospitalisés en SPDRE, certaines de ces évolutions (régime de sorties notamment) sont soumises au préfet conformément à la réglementation. L'un des deux patients en SPDRE, mis sous tutelle à la demande de l'équipe soignante, bénéficiait de sorties accompagnés de deux infirmiers ; l'autre, qui était passée par une UMD, avait connu une évolution notable : grâce à une argumentation précise des soignants auprès du préfet, elle pouvait désormais se déplacer seule deux fois par semaine dans la ville d'Allonnes.

Dans le local infirmier, est affiché le planning d'activité de chaque patient, ses besoins (retrait d'argent ou cigarettes, besoin d'examen médical..), son régime d'hospitalisation et des observations afin de faciliter la transmission entre les équipes.

4.2.5.4.4 La vie quotidienne

Les locaux (spécificités)

L'unité est dite ouverte (accès aux espaces extérieurs du CHS) sauf pour les patients qui font l'objet d'une restriction médicale. Elle peut être fermée ponctuellement pendant des temps particuliers, par exemple au moment de la relève des équipes. En outre, certains patients peuvent faire l'objet d'un régime de sortie de leur chambre spécifique et révisé régulièrement.

Les locaux et les chambres sont clairs, propres et bien entretenus.

Au moment de la visite, le hall d'accueil de l'unité était décoré par des photos de la récente fête de Noël et les piliers de la salle à manger peints à la peinture à doigts : cette dernière opération a été réalisée grâce à l'action d'un bénévole présent les mardis matin.

Sur la porte de chacune des chambres, est inscrit le nom du patient qui l'occupe.

La chambre d'isolement qui est occupée en permanence par un malade sous tutelle et en hospitalisation libre est équipée d'un matelas posé sur le lit monobloc de sureté. En dépit d'un film protecteur qui protège des regards extérieurs, la silhouette du patient est visible la nuit d'un couloir situé en face de la chambre d'isolement.

Deux chambres « ordinaires » ont été aménagées pour prendre en compte les spécificités de deux patients. La première est occupée par un patient sous tutelle et en hospitalisation libre; la poignée intérieure a été retirée pour éviter que le patient ne s'enferme ; le bandeau lumineux fixé au mur a été protégé pour éviter sa destruction ; le miroir de la salle de bain a été retiré ; le lit a été fixé au mur. La seconde ne peut se fermer de l'intérieur; les soignants ouvrent la chambre pendant des temps déterminés.

Toilettes et ménage

Selon les cas, les patients effectuent leur toilette avec l'aide de soignants puis, éventuellement, après une évaluation de leur autonomie, seuls. Les rasoirs, les produits de toilette et les parfums sont conservés dans le local des infirmiers dans des bacs marqués au nom des patients.

L'installation de l'unité 7 dans les nouveaux locaux comportant des chambres individuelles a permis de développer l'autonomie dans la vie quotidienne des patients. Chacun d'entre eux dispose d'un planning personnalisé qui prévoit la participation au ménage de sa chambre (lit et nettoyage) et à l'entretien des locaux collectifs (balayage de la salle à manger, mise des couverts et débarrassage). Ce planning est affiché dans chaque chambre et dans la salle à manger.

Le ménage des locaux collectifs et des chambres, hors l'activité des patients, est fait par les agents de service de l'unité.

Le linge

Les patients ont leurs propres vêtements. En cas de besoin, il existe un stock de vêtements pour les patients démunis. Le linge est envoyé chaque jour à la laverie centrale du CHS ; les patients ont aussi la possibilité de les porter directement.

Les serviettes de toilette de l'hôpital sont changées tous les jours. Les draps, qui peuvent être la propriété des patients, le sont soit par celui-ci soit par l'équipe. L'équipe

n'a pas fixé de règle spécifique sur la fréquence de changement, qui pourrait être intégrée dans le programme individualisé de soins et d'accompagnement visant l'autonomie du patient.

Les repas

Hormis la participation des patients à l'installation des tables et à leur nettoyage, ils ne présentent pas de spécificités par rapport à l'unité 5.

Des fêtes peuvent être organisées (Noël notamment), avec l'aide des patients.

Objets personnels, tabac et gestion de l'argent

Le projet de l'unité est de renforcer l'autonomie des patients par une action réfléchie, évolutive et individualisée et d'éviter une « docilisation » des patients par une gestion trop prégnante de l'équipe soignante

Il n'est pas permis de fumer à l'intérieur des locaux, sauf pour le patient placé en chambre d'isolement ; le patio est l'espace des fumeurs. La gestion des cigarettes peut être faite par le patient lui-même, qui peut les garder dans sa chambre, ou par l'équipe soignante, à qui le patient vient alors faire la demande. Si un patient fume dans sa chambre et déclenche l'alarme incendie, le problème est géré par l'équipe et est l'occasion d'une explication.

En ce qui concerne la gestion de l'argent, les soignants ne gardent pas de valeurs dans les bureaux. Pour les patients les plus autonomes, après accord avec leur tutelle, une carte bancaire, limitée dans le montant des retraits, peut être autorisée, permettant des achats en ville ou à la cafeteria. Pour d'autres, des bons d'achat, « consommables » en ville, seront dispensés. Pour d'autres enfin, de l'argent liquide peut être conservé dans les chambres sous réserve d'une décharge.

Activités internes et externes

Des activités occupationnelles peuvent être proposées dans la salle d'activité : jeux de société, dessin, chant, musique une matinée par semaine avec un bénévole. L'unité dispose de deux téléviseurs, dont l'un est placé dans la grande salle d'activité.

Les jours de la visite des contrôleurs, il n'y avait personne dans ces lieux dédiés. En fin d'après-midi, les patients s'étaient réunis dans le hall d'accueil, près du bureau des infirmiers, espace vivant où existe toujours un « mouvement ».

Dans la journée, certains patients peuvent se rendre à la cafeteria ou à la bibliothèque.

Les activités extérieures sont privilégiées afin d'accroître l'autonomie des patients. Selon un planning tenu par l'équipe soignante, la moitié des personnes ont des activités extérieures, soit au CTM du CHS soit en ville, jardins ouvriers par exemple).

Les relations sexuelles

Elles sont évoquées mais non admises dans l'unité. L'équipe répond aux demandes lorsqu'elles s'expriment ; ainsi, il est arrivé qu'elle accompagne la demande d'un couple formé dans l'hôpital, en l'aidant à procéder à la location d'une chambre d'hôtel à proximité.

Les sorties

Parties intégrantes du projet d'autonomie des patients, elles sont solidement argumentées pour les patients hospitalisés en SPDRE et en général autorisées, sous réserve, la plupart du temps, de l'accompagnement par deux infirmiers, prescrit par le médecin. L'unité a obtenu également un budget pour des sorties plus longues à l'extérieur.

Evènements indésirables

Le projet thérapeutique et social de l'unité, qui a accompagné son installation dans les nouveaux locaux, peut être mis en relation avec la diminution des évènements indésirables signalés et enregistrés.

4.2.5.5 L'unité 8

Cette unité comporte dix-neuf chambres individuelles dont deux chambres de soins intensifs.

L'équipe est composée de quatorze infirmiers dont quatre hommes et dont deux à 0,86 ETP et un à 0,76 ETP, et trois aides-soignants dont un homme et dont un à 0,86 ETP, soit un total de 16,34 ETP et cinq hommes. Au cours du dernier trimestre 2014, soit sur une période de 92 jours ou 184 demi-journées, l'équipe présente était composée de deux personnes à trois occasions, trois personnes à vingt et une occasion ; le reste du temps, soit 87 % du temps, quatre (57 % du temps), cinq (20 %), six (8 %), voire sept (2 %) personnes étaient présentes.

Au moment de la visite, les dix-neuf chambres étaient occupées par douze hommes et sept femmes dont sept patients en SPDT. Les chambres de soins intensifs étaient occupées par un patient en soins libres et un patient en SPDT.

La durée d'hospitalisation la plus longue était de 99 jours en soins libres et 115 jours en SPDT. Le patient le plus âgé avait 73 ans ; le plus jeune avait 23 ans. L'admission la plus récente datait du 28 janvier 2015 ; la sortie la plus récente datait du 27 janvier 2015.

Un infirmier a justifié auprès des contrôleurs le port du pyjama par certains patients dans la journée par le fait que parfois ils arrivaient sans vêtement de rechange et que l'unité disposait de joggings « *qui manquaient de dignité* » ; ce même infirmier ne connaissait pas l'existence d'un stock de vêtements disponibles à la laverie de l'hôpital.

Deux patients, tous deux en soins libres, étaient programmés pour une activité au CTM le jour de la visite des contrôleurs.

4.2.5.6 Le pavillon "Tosquelles"

L'équipe soignante est composée de treize infirmiers, dont quatre hommes et dont deux à 0,86 ETP, un à 0,80 ETP et un à 0,50 ETP, et six aides-soignants dont un homme et dont un à 0,20 ETP, soit un total de 17,22 ETP dont cinq hommes.

Les contrôleurs ont examiné les plannings d'activité du personnel. Au cours des quatre derniers mois, soit sur 123 jours ou 246 demi-journées, l'équipe présente était composée de deux personnes à deux occasions et trois personnes à quinze occasions ; le reste du temps, soit 93 % du temps, elles étaient quatre (31 % du temps), cinq (32 %), six (20 %), sept (8 %), huit (1 %) voire neuf (1 %) personnes présentes.

4.2.5.6.1 Les patients hospitalisés et la nature juridique des hospitalisations

Les treize patients hospitalisés au pavillon "Tosquelles" – huit hommes et cinq femmes – présentent tous des troubles graves et complexes de la personnalité, certains depuis l'enfance. Ils ont une autonomie psychique ou physique réduite. Trois sont en fauteuil roulant ; un seul est capable de sortir seul. Certains d'entre eux ont une orientation vers une maison d'accueil spécialisés ou un foyer occupationnel ; pour d'autres une famille thérapeutique d'accueil sera recherchée. Quelques-uns pourront rejoindre l'unité 7 du bâtiment "Simone Weil" déjà décrite.

A l'exception de l'un d'entre eux, ils sont tous en hospitalisation libre et sous tutelle. La plupart sont en hospitalisation complète mais, quand cela est possible, l'hospitalisation peut être partielle : hospitalisation la nuit et accueil en foyer le jour, hospitalisation le week-end.

Les visites des familles sont relativement fréquentes. Seuls trois patients n'ont plus de famille.

Le plus jeune patient a 19 ans, le plus âgé a 63 ans.

Profil des 19 patients hospitalisés le 29 janvier 2014 dans le pavillon "Tosquelles"²¹ :

Statut d'hospitalisation	SPDRE	SPDT	HL
Nombre	1	0	12
Sexe	8H ; 5F		NR
Durée d'hospitalisation la plus longue	1 225 jours		5 053 jours

Source : questionnaire mission

En raison de la spécificité de leurs profils, les patients ont des durées d'hospitalisation très longues : 117 jours en moyenne pour les 26 patients.

Le taux d'occupation du pavillon est de 78%.

4.2.5.6.2 L'arrivée des patients et les droits des patients hospitalisés sans leur consentement

L'arrivée des patients, qui viennent en général d'une autre structure ou de leur famille, est programmée. Les règles de vie de l'unité sont présentées à l'arrivée (respect des autres, pas d'agression, habillage dans la journée sauf exception), souvent en présence de la famille (80 % des patients ont des relations familiales) ; à cette occasion, une visite des locaux est effectuée. Si le patient a été pris en charge par une autre institution, celle-ci est rencontrée avant son installation dans l'unité.

Un seul patient est hospitalisé en SPDRE. Hospitalisé sous ce régime depuis 1987 pour irresponsabilité pénale, il est dans l'unité depuis 2011. Il est en outre placé sous tutelle.

²¹ Date du questionnaire de la mission qui a précédé la visite.

4.2.5.6.3 Les programmes de soins

Le médecin psychiatre de l'unité conduit un entretien avec chaque patient au moins une fois par semaine. Depuis le mois de juin 2015, une synthèse a été mise en place une fois par mois avec l'ensemble de l'équipe, autour de la situation des patients « *qui est ainsi réévaluée globalement au moins une fois par an* ».

Il n'existe pas de chambre d'isolement au sens propre dans cette unité.

Le patient en SPDRE fait l'objet d'un isolement thérapeutique : sa chambre est fermée ; il y prend ses repas ; il n'en sort qu'une fois par jour pour chercher un coca et quand les autres patients sont dans leur chambre. Les personnels soignants pénètrent toujours à deux dans la chambre.

Une contention séquentielle – selon les cas, ventrale, chevilles et/ou mains – est prescrite pour un autre patient au moment de la sieste et au début de la nuit « *car il a tendance à déambuler* ». Elle peut être défaite durant la nuit, auquel cas, selon le protocole, le soignant reste au chevet du patient 15 mn puis repasse régulièrement.

Un autre patient peut être enfermé dans sa chambre en cas d'agitation. Au moment de la visite, il ne l'était pas.

Le médecin généraliste de l'unité, présent tous les jours du lundi au vendredi, assure une consultation hebdomadaire de chaque patient.

4.2.5.6.4 Les locaux et l'aménagement des chambres

Unité fermée, le pavillon "Tosquelles" (Cf. plan de masse, chapitre 2.2) fait partie des unités construites sur le site d'Allonnes en 1968. Rénové en 2006, il doit être abandonné au mois d'avril 2015. L'unité devrait alors intégrer le deuxième étage du bâtiment moderne (chambres et sanitaires individuels), "l'Orée", dont les autres étages sont occupés par la gérontopsychiatrie. Des aménagements seront apportés à l'ensemble notamment pour le patient placé en chambre d'isolement.

Ce pavillon très vaste, qui présente des conditions d'inconfort pour les patients et le personnel, sera décrit brièvement.

Les locaux collectifs – salon, salle à manger – permettent la déambulation des patients.

Les **chambres** sont individuelles sauf une chambre qui accueille deux patients. Elles ne disposent pas de wc ni de salle d'eau individuelle, à l'exception de deux d'entre elles dont celle qui est occupée par le patient en SPDRE. Les sanitaires sont donc majoritairement collectifs : six wc pour les patients, cinq salles de douche, une salle de bain avec baignoire. Les portes des chambres sont pleines sauf certaines d'entre elles, notamment celle du patient sous contrainte qui dispose d'un fenestron.

Le mobilier est minimal: lit, chaise, table, commode, placard. Le lit du patient en soins sous contrainte est fixé au sol.

Les objets personnels, inventoriés à l'arrivée dans l'unité, peuvent être rangés dans le placard de chaque chambre. Les patients peuvent détenir une minichaîne ou une radio.

Si l'ensemble est propre et bien tenu, les murs des chambres sont parfois dégradés

par les patients. Il arrive qu'en dépit des précautions prises des patients incontinents souillent les parties collectives, qui sont immédiatement nettoyées. L'équipe présente une grande tolérance pour ces accidents.

Le linge

Les vêtements sont ceux des patients. Certains pouvant se déshabiller et s'habiller plusieurs fois par jour, ou salir leurs habits, le pyjama peut être nécessaire pour pallier des difficultés temporaires liées à l'absence de vêtements propres.

Toilettes et ménage

Les toilettes des patients sont en général assistées, compte tenu de la faible autonomie de la plupart d'entre eux, et s'effectuent avant le petit déjeuner.

La baignoire est utilisée ; le bain peut être accompagné de musique.

Le ménage est fait par les agents de service.

Les repas

Une grande attention est portée au repas, qui est pris collectivement dans la salle à manger sauf pour le patient isolé en chambre. Les menus sont adaptés au régime de chacun ; des informations sur les goûts et les besoins des patients sont affichés dans l'office.

Certains patients sont assistés pour les repas.

Les **médicaments** sont délivrés avant les repas au bureau des soins devant lequel les patients se regroupent avant leur distribution.

La gestion de l'argent et des cigarettes

L'argent des patients est déposé à la régie du CHS, qui le garde si le service précise que le patient est au long cours (Cf. chapitre 1.4).

Les cigarettes pour les trois fumeurs de l'unité font l'objet de la commande groupée du CHS auprès d'un buraliste. Elles sont délivrées à la demande à raison de dix par jour et par fumeur. Le patient est accompagné pour fumer dehors.

Les familles

Les visites ont lieu l'après-midi mais avec une tolérance en cas de besoin. Lorsque les familles téléphonent pour obtenir des précisions sur le traitement du patient, elles sont en général invitées à se déplacer afin de ménager la confidentialité des informations.

Le médecin psychiatre est attentif à rencontrer chaque famille une fois par mois.

Les activités internes et externes

L'unité organise ponctuellement des activités : atelier conte, atelier d'esthétique, coloriage, dessin. Un projet est en cours avec la bibliothèque d'Allonnes.

Deux patients ont des activités au CTM ; d'autres peuvent être accompagnées à la cafétéria.

Les sorties sont ponctuelles avec les personnels soignants : restaurant, cinéma à l'extérieur.

Les évènements indésirables

Les épisodes de violence des patients entre eux ou avec le personnel peuvent être assez fréquents compte tenu des pathologies des patients ; ils sont analysés par l'équipe et le médecin. Ils ont fortement diminué en 2014.

4.2.6 L'unité pédopsychiatrique d'accueil et d'hospitalisation

Un contrat de pôle a été signé en septembre 2011 entre le directeur d'établissement et le chef du pôle de psychiatrie infanto-juvénile. Ce contrat fait état de l'inadaptation des locaux actuels de l'hospitalisation et du projet, dont l'échéance est alors prévue en 2012, de transfert de cette unité sur le site du centre hospitalier du Mans au sein du pôle femme-mère-enfant tout en restant géré par le CHS. La visite de l'unité d'hospitalisation sur le site d'Allonnes rend compte du fait que ce projet, qui reste plus que jamais d'actualité, n'a pas encore abouti.

L'unité pédopsychiatrique d'accueil et d'hospitalisation (UPAH) dispose de neuf lits d'hospitalisation complète et d'un lit de soins intensifs (chambre d'isolement) pour les enfants et adolescents de moins de 16 ans; elle est située dans le pavillon « L'Orme », le plus proche de l'entrée de l'hôpital. Son déménagement est prévu depuis plusieurs années pour une implantation sur le terrain du centre hospitalier du Mans à proximité du service de pédiatrie, mais la concrétisation de ce projet tarde alors même que le bâtiment actuel est vétuste et ne répondrait pas aux exigences de la commission de sécurité. Il a été fait état d'un déménagement provisoire au cours de l'année au sein du bâtiment "François Tosquelles", « *qui devrait être libéré au printemps 2015* ».

4.2.6.1 Les locaux

On accède à cette unité par le hall du pavillon, par la salle dédiée aux visiteurs ou par la partie du bâtiment abritant les bureaux administratifs et médicaux.

Une plaque, sur laquelle figure la charte européenne de l'enfant hospitalisé, y est affichée.

Les locaux apparaissent vétustes, avec notamment des menuiseries anciennes et des infiltrations d'eau, mais bien entretenus en ce qui concerne l'hygiène. Ils sont organisés à partir d'un espace central composé d'un grand hall de 33 m², dont la porte sur l'extérieur est fermée et sur lequel donne le bureau des soignants, très largement vitré, à partir duquel se déploient trois ailes organisées avec un couloir latéral qui dessert des chambres et, au fond du couloir, des pièces d'activités ou d'intérêt commun.

Dans une aile se trouvent :

- la chambre d'isolement, de 13 m², mitoyenne du bureau du cadre et située à proximité du bureau des soignants. Elle ne dispose pas d'accès à l'eau ni de sanitaires et ne bénéficie d'aucune insonorisation. Les murs sont de couleur terne ; le plafond est marqué par des traces d'infiltration d'eau pluviale. La seule porte d'accès est munie d'un fenestron qui peut être recouvert d'un rideau. Elle est équipée d'un matelas Cumbria® ;
- une chambre de 12 m² ;
- une salle, dite d'apaisement, située au bout du couloir, créée il y a un an par

transformation d'une salle d'activité ; elle est équipée de tapis, d'une tente balançoire, de meubles en polystyrène et dispose de peluches dont certaines permettent à l'enfant de s'envelopper. Les enfants y vont accompagnés d'un ou de plusieurs soignants ; ils peuvent trouver dans cet « *espace contenant* » la réassurance et le calme, comme cela a pu être constaté lors du contrôle. D'après les informations données aux contrôleurs, l'existence de cet équipement aurait permis de réduire le recours à la chambre d'isolement. Un bloc sanitaire est contigu à cette salle pour l'ensemble de l'aile.



Salle d'apaisement

- la bibliothèque, qui est aussi la salle d'accueil parents-enfants, de 32 m², où se déroulent les visites et où les parents peuvent déjeuner avec l'enfant. Cette pièce donne sur une cour bétonnée close. Les fenêtres et les huisseries sont anciennes et les vitres en plexiglas sont opacifiées par la vétusté ;
- l'office, de 24 m², permettant de cuisiner sur place en particulier dans le cadre d'activités thérapeutiques ;
- la salle à manger commune, de 29 m², où se prennent tous les repas sauf si une prescription médicale précise la nécessité d'un repas en chambre.

Dans une aile perpendiculaire à la première, outre le bureau infirmier qui donne sur le hall, se répartissent :

- quatre chambres individuelles ;
- un bloc sanitaire dédié aux garçons, avec une salle de bain par laquelle on accède aux WC et aux douches ;
- trois pièces d'activités : une salle d'activités manuelles, une salle disposant d'une

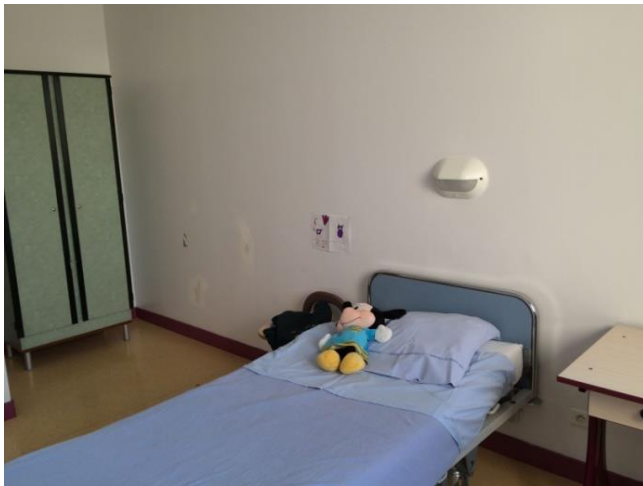
table de ping-pong, d'équipements en vue d'activités physiques et d'un punching-ball, et une salle « télévision », qui donnent dans une cour fermée donnant accès, par l'extérieur, à la salle de classe située dans la troisième aile située perpendiculairement.



Bloc sanitaire

La troisième aile abrite :

- quatre chambres individuelles, de 12 m²,
- un bloc sanitaire réservé aux filles, avec WC, douche et baignoire ; des moisissures au plafond révèlent une ventilation insuffisante ;
- la salle de classe et une salle de musique, respectivement de 23 m² et 30 m².



Chambre



Salle de bains

Une quatrième aile de ce bâtiment héberge les différents bureaux (médecins, secrétariat, cadre supérieur etc.) et vestiaires des personnels. Elle communique avec les locaux d'hospitalisation par une porte habituellement fermée à clef, qui est la voie d'accès des soignants pour rejoindre l'unité de soins.

Les neuf chambres sont individuelles, spacieuses mais ne disposent pas d'équipement sanitaire. Elles sont meublées sobrement d'un lit, d'une armoire fixée au

mur et fermée par le personnel (ouverte à la demande), d'une table et d'une chaise ; certaines disposent d'une table de nuit. Chacun des patients peut accéder à sa chambre toute la journée mais elle n'est théoriquement pas accessible aux autres enfants hospitalisés. Certaines sont décorées par le jeune qui y est hébergé.

4.2.6.2 Les personnels

Le pôle de psychiatrie infanto-juvénile regroupant trois secteurs, dispose d'un effectif théorique de treize praticiens hospitaliers pour répondre aux besoins de la population des moins de 16 ans du département de la Sarthe ; au moment de la visite des contrôleurs, seuls huit postes étaient pourvus. Le médecin responsable du pôle assume plus spécifiquement la responsabilité de l'unité d'hospitalisation.

L'équipe de l'unité se compose d'un cadre de santé, dix-sept infirmiers, deux éducateurs, six agents des services hospitaliers, un mi-temps de psychologue, une secrétaire médicale, un tiers temps d'enseignant et une assistante sociale qui intervient sur l'ensemble du pôle.

4.2.6.3 Les patients

En 2014 sur quatre-vingt-sept admissions, dix l'étaient du fait d'un placement sur décision du juge et concernaient dix enfants relevant de l'aide sociale à l'enfance (ASE). Six patients, dont une jeune fille de 16 ans qui allait prochainement être hospitalisée en psychiatrie adulte et trois enfants âgés de 9 à 15 ans relevant de l'ASE, étaient hospitalisés au moment de la visite des contrôleurs. Aucun ne faisait l'objet d'une mesure de placement judiciaire. Le matin du contrôle, quatre d'entre eux étaient à l'extérieur du fait d'une prise en charge conjointe, en institut médico-éducatif (IME) ou en hospitalisation de jour, ou d'un travail spécifique avec une assistante maternelle en vue d'une sortie prochaine. Un jeune de 15 ans était placé en chambre d'isolement, avec une contention en cinq points, la prescription médicale apparaissant sur la partie « journal » du dossier informatisé du patient.

Des difficultés spécifiques existent pour assurer le projet de soins et, plus largement, garantir le projet de vie des jeunes relevant de l'ASE. Un jeune de 14 ans, hospitalisé depuis 2011 n'a pas de famille d'accueil et, de fait, pas de lieu de vie autre que l'hôpital psychiatrique alors que son hospitalisation n'a pas vocation à se pérenniser. De même, une fratrie de deux jeunes de 15 et 9 ans, hospitalisés depuis près d'un an, dont l'état de santé ne nécessite plus une hospitalisation, ne bénéficient pas d'un accompagnement par un éducateur de l'ASE et se retrouve en situation de « quasi abandon » à l'hôpital, ce dernier n'ayant pas vocation à assumer l'autorité parentale.

4.2.6.4 Le fonctionnement

Le livret d'accueil spécifique précise les conditions de vie et de soins dans l'unité et explicite les relations entre patients, avec l'équipe et avec l'extérieur. Il y est notamment précisé que le téléphone personnel peut rester accessible en s'adressant au soignant et que les visites à un patient resté hospitalisé sont interdites après la sortie.

Une synthèse hebdomadaire permet d'adapter le projet de soins, de préciser les modalités de sa mise en œuvre et de préciser l'agenda de chaque enfant pour la semaine.

Différentes activités sont organisées de façon régulière (équithérapie, activités sportives au sein de l'association sportive d'Allonnes, cuisine, groupe de paroles hebdomadaire) ou ponctuelle (jeux de société, peinture, soins corporels, piscine, nature...).

Le travail est mené, au quotidien, en partenariat avec les autres acteurs du département ; les situations complexes des enfants, notamment ceux relevant de l'ASE, qui n'ont plus besoin d'être hospitalisés, font l'objet de réunions de travail en lien avec la délégation territoriale de l'ARS sans pour autant que des solutions aient pu voir le jour.

Un pédiatre contribue au suivi médical des enfants. Il peut être fait recours au département de médecine générale en cas d'urgence.

4.3 LES SOINS SOMATIQUES

4.3.1 L'accès au médecin généraliste

L'accès au médecin généraliste est assuré par le département de médecine générale, intégré au pôle transversal interne. Ce département assure les soins aigus et le suivi somatique des patients chroniques ; il développe progressivement une harmonisation des pratiques et une approche plus attentive aux besoins spécifiques de santé de ces patients (soins dentaires, effets secondaires des neuroleptiques etc.). Le sujet des addictions est travaillé avec l'équipe spécialisée de l'hôpital (équipe de liaison).

Huit médecins généralistes et, le cas échéant, un interne de médecine générale selon les semestres, sont présents dans l'établissement. Ainsi, deux médecins sont spécifiquement en charge du suivi médical des patients admis à l'UIA (cf. *supra* chapitre 4.2.6) et deux médecins généralistes sont fonctionnellement rattachés à chacun des pôles de psychiatrie adulte. Ces médecins assurent un passage quotidien en semaine dans chacune des unités d'hospitalisation.

Ceci permet de garantir que :

- chaque patient entrant soit systématiquement examiné au plus tard dans les 24 heures pour un bilan somatique incluant un électrocardiogramme et des analyses biologiques en fonction des données cliniques et des antécédents ;
- les patients placés en chambre d'isolement soient vus quotidiennement ;
- tout patient soit vu à la demande d'un infirmier, lors du passage au moins quotidien dans l'unité, ou dans des délais plus rapprochés si la situation clinique l'impose ;
- dans certains cas, une programmation du suivi médical soit assurée, ce qui ne semble pas systématiquement fait pour les patients avec une pathologie chronique.

Ce suivi médical somatique est le plus souvent réalisé dans la salle d'examen attenante au bureau médical dans chaque unité de soins. Il est tracé dans le dossier médical unique dans le logiciel Cariatides.

A la sortie du patient, un courrier au médecin traitant reprend les éléments psychiatriques et somatiques de son suivi hospitalier. Un contact avec ce médecin traitant peut intervenir si besoin pendant l'hospitalisation sans que ce soit systématique.

Dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), des protocoles ont été spécifiquement établis pour la prise en charge de la douleur et celle des troubles métaboliques, comme sur l'antibiothérapie. Un travail sur l'éducation thérapeutique est en cours de réflexion. De plus les médecins du département de médecine générale participent activement aux différentes instances de l'établissement en charge des actions en matière d'infections nosocomiales (CLIN), de lutte contre la douleur (CLUD), d'alimentation et de nutrition (CLAN), et de médicaments (COMED).

L'équipe du département de médecine générale prend en charge les urgences vitales au sein de l'hôpital, qu'elles concernent un malade, un membre du personnel ou un visiteur. A cette fin, le département de médecine générale dispose d'un sac à dos avec tout le matériel d'urgence, disponible dans une unité et assure chaque année un exercice de mise en situation de réponse à l'urgence vitale.

La permanence des soins repose sur deux médecins de garde, seniors ou internes :

- un pour la «petite garde» de 17h à 24h, en charge de la réponse sur tout l'établissement à l'exception de l'UIA ;
- un pour la «grande garde» de 18h à 9h tous les jours, ainsi que le samedi après-midi à compter de 12 h et le dimanche, toute la journée à partir de 9 heures. Ce médecin répond spécifiquement, de 18h à 24h, aux besoins des patients à l'UIA, et assure, à partir de minuit, la couverture de tout l'établissement.

4.3.2 Les consultations spécialisées

Les consultations médicales et paramédicales spécialisées sont organisées par le pôle transversal interne au sein du « bloc médical » sauf pour le neuropsychologue, qui consulte au CTM.

Ce service est implanté dans une partie du rez-de-chaussée du bâtiment "l'Orée", à proximité immédiate du service de médecine préventive. Les locaux sont organisés autour d'un hall d'accueil, qui permet d'accéder au secrétariat médical et au bureau pour les infirmiers, assez exigü, et d'un large couloir central le long duquel se distribuent outre une tisanerie, les différents bureaux et salles de consultations : le bureau du cadre de santé, un cabinet destiné aux consultations d'ORL et d'ophtalmologie, un cabinet partagé en deux par une demi-cloison pour les consultations de cardiologie et de gynécologie, une salle de soins infirmiers également utilisée par le pédicure podologue et le dermatologue, un cabinet dentaire, un local pour les électroencéphalogrammes (EEG), un bureau polyvalent utilisé par les diététiciennes, la consultation antidouleur et la consultation tabac, une salle de kinésithérapie équipée, une salle d'attente, des locaux d'archives et des sanitaires pour les patients et pour le personnel. Un local de radiologie est inutilisé : les radiographies sont faites dans un cabinet de ville deux fois par semaine.

Le personnel attaché au fonctionnement du bloc est composé d'un cadre de santé, quatre infirmiers (3,8 ETP), deux aides-soignants, un agent des services hospitaliers, deux secrétaires. Un kinésithérapeute et deux diététiciennes, à temps plein mais qui interviennent également sur la maison d'accueil spécialisée (MAS), complètent l'équipe. Différents spécialistes, libéraux ou hospitaliers, interviennent régulièrement au sein du bloc médical pour :

- deux vacations par semaine : pneumologue et chirurgien dentiste, pédicure-podologue ;
- une vacation hebdomadaire : cardiologue, gynécologue ;
- une vacation par quinzaine : dermatologue, ophtalmologiste, ORL, chirurgien orthopédiste, algologue (le médecin responsable du département de médecine générale), tabacologue de l'équipe de liaison.

Les demandes de consultations ou de soins font l'objet d'une prescription par le médecin qui suit le patient dans l'unité d'hospitalisation ; elles sont formalisées à travers le logiciel Cariatides. Le rendez vous est programmé dans des délais rapprochés notamment en fonction du calendrier des vacations des différents spécialistes. Le patient sera souvent accompagné par un aide-soignant pour se rendre au bloc médical et à l'issue de la consultation. Le compte rendu est introduit dans Cariatides. Le dentiste dispose d'équipement permettant de réaliser des soins dentaires sous sédation (utilisation du MEOPA). En règle générale, les patients, quel que soit leur régime d'hospitalisation (SL, SPDRE, SPDT), sont examinés au bloc médical à l'exception des malades détenus, qui sont examinés dans leur chambre d'hospitalisation.

Le kinésithérapeute intervient le cas échéant dans les unités notamment au profit des patients « déficitaires » qui ne se déplacent que très difficilement. Au-delà des rééducations locomotrices ou respiratoires, il peut s'agir aussi d'approches plus globales permettant de « réinvestir » son corps.

Le bloc médical assure aussi le suivi des consultations réalisées au centre hospitalier ou en ville en cas de besoin (urgence, plateau technique etc.).

4.3.3 La pharmacie

La pharmacie, intégrée au pôle transversal interne, fonctionne avec trois pharmaciens pour 2,5 ETP (plus 0,2 ETP sur le CLIN) qui assurent une ouverture de 8h30 à 16h30, une présence jusqu'à 18 heures et une astreinte 24 heures sur 24 avec le renfort de deux pharmaciens extérieurs.

L'équipe est complétée d'un cadre de santé, cinq préparateurs, quatre aides-préparateurs et 1,5 ETP de secrétariat.

La pharmacie répond aux besoins pharmaceutiques du CHS, mais aussi de la MAS et du service d'accueil familial thérapeutique gérés par l'établissement, soit environ 450 personnes prises en charge. Elle participe au groupement d'achat régional du Pays de Loire.

Elle dispose de locaux indépendants relativement spacieux dans un bâtiment de plain pied qu'elle partage avec les équipes du pôle transversal externe.

Les pharmaciens ont particulièrement travaillé sur la sécurisation du circuit du médicament et le développement de la qualité du suivi des prescriptions médicamenteuses. Grâce au logiciel Cariatides, les prescriptions sont systématiquement validées par un pharmacien, quasiment en temps réel, le cas échéant après contact avec le prescripteur, et font l'objet d'une délivrance nominative quotidienne pour les formes sèches. La clozapine et les neuroleptiques retard font l'objet d'un suivi nominatif particulier.

Une « livraison » hebdomadaire permet d'ajuster les délivrances de médicaments au vu des prescriptions faites pour les patients de l'unité sur le logiciel. Ce fonctionnement a quasiment supprimé les stocks disponibles dans chacune des unités.

Depuis juin 2012, l'équipe de la pharmacie a travaillé à une dispensation nominative automatisée des médicaments sous forme sèche grâce à un automate interfacé avec le logiciel Cariatides. Au moment de la visite des contrôleurs, la MAS et sept unités hospitalières, accueillant plus spécifiquement des patients au long cours (unités 1, 3, 4 et 1.1 du bâtiment "Lantéri-Laura", deux unités de psycho-gériatrie et la clinique d'addictologie), bénéficient de cette dispensation individuelle avec des traitements fournis quotidiennement aux services sous forme de bandes de petits sachets unitaires. Sur chaque sachet, sont précisés notamment le nom et le prénom du patient, sa date de naissance, la date et l'heure de prise, les spécialités médicamenteuses et le nombre de comprimés à prendre. Cette modalité de dispensation, qui réduit la charge de travail des infirmiers dans chacune des unités de soins, améliore la sécurité du circuit du médicament, mais cela au prix d'une augmentation du temps de préparateur en pharmacie. Sa généralisation pour tout l'établissement est programmée progressivement et conditionnée au recrutement de deux préparateurs supplémentaires.

Les pharmaciens participent activement à différentes instances au sein de l'établissement comme le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), le comité de lutte contre la douleur (CLUD) et le comité du médicament (COMED). De plus, dans le cadre de la démarche qualité, un travail mensuel (dix réunions par an) se fait au sein d'un comité d'analyse des erreurs médicamenteuses et des dysfonctionnements avec deux psychiatres, un médecin généraliste et un cadre de santé; un travail complémentaire se fait au sein d'un groupe associant deux médecins, deux cadres, deux infirmiers et des préparateurs, en charge d'améliorer la sécurisation du circuit du médicament (prescription, délivrance, administration, ... (par exemple prescription médicale mais gestion autonome par le patient de traitement spécifique type œstro-progestatif). De même, un travail est fait sur l'établissement dans une logique pharmaco-économique et un projet est en cours sur le suivi des antibiotiques.

4.4 LE RECOURS A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION

L'établissement est équipé de vingt-six chambres de soins intensifs (CSI), toutes équipées de matériel Cumbria®. Lors de la visite des contrôleurs, la CSI de l'unité 3 était hors d'usage et celle de l'unité Tosquelles était aménagée pour un patient déficitaire chronique qui l'occupait en permanence. Le nombre de CSI par unité varie d'une unité à l'autre (Cf. tableau *infra*).

Concernant le matériel utilisé dans le cadre de la contention, le CHS a recours à un matériel de contention harmonisé comprenant des sangles en tissu dotées de bandes velcro et de verrou pour les membres supérieurs et inférieurs ainsi qu'une ceinture abdominale. Les unités disposent également d'extensions pour les personnes souffrant d'obésité.

Les protocoles concernant « l'isolement thérapeutique » et « l'utilisation de la contention », signés en 2014, ont fait l'objet d'un document de référence validé. Il précise notamment les indications, les contre indications, les facteurs de risque et le déroulement du processus. Il est également indiqué que le programme spécifique de prévention et de surveillance doit être prescrit.

Le tableau retraçant les placements en CSI du 1^{er} janvier 2014 au 28 janvier 2015 ne contient aucune donnée concernant les mises sous contention. Il a été indiqué aux contrôleurs que le logiciel Cariatides ne permettait pas d'extraire de telles données. En outre, dans le but de mutualiser les ressources humaines financières et matérielles, le CHS a rejoint un groupement d'établissements partenaires du logiciel Cariatides. En conséquence, ce logiciel est en constante évolution et toute demande d'amélioration ou de modification émanant d'un établissement est traitée en fonction des priorités établies par le groupement.

A titre d'exemple, entre avril 2014 et janvier 2015, soit sur une période de dix mois, l'occupation des chambres de soins intensifs des unités du pôle 4/5 a été la suivante :

- unité 5 :
 - o une chambre a été inoccupée cinq jours, soit 1,7 % du temps ;
 - o une chambre a été inoccupée huit jours, soit 2,7 % du temps ;
- unité 6 :
 - la chambre a été inoccupée neuf jours, soit 3 % du temps ;
- unité 7 :
 - la chambre a été occupée tous les jours ;
- unité 8 :
 - o une chambre a été inoccupée onze jours, soit 3,7 % du temps ;
 - o une chambre a été inoccupée vingt-neuf jours, soit 9,7 % du temps.

Le recours à l'isolement thérapeutique dans les unités d'hospitalisation entre le 1^{er} janvier 2014 et le 28 janvier 2015 a été le suivant :

Secteur - Unité	Nombre Patients en Isolement	Nombre Jours Isolement	Nombre de séquences d'isolement	Nombre Chambres Isolement
S1 - Admissions - U1.3	43	140	171	1
S1 - Réhabilitation - U3	22	222	337	1
S6 - Admissions - U1.4	66	273	514	2
S6 - Réhabilitation - U4	40	450	810	2
S16 - Accueil patients complexes - ACACIAS	14	2 631	6 864	3
S3 - Admissions - U2	33	322	480	1
S3 - Soins prolongés - U1	19	327	510	2
S7 - Admissions - U1.2	17	58	65	1
S7 - Soins prolongés - U1.1	25	229	358	2
S37 - Admissions - TAMARIS	3	21	22	1
S45 - Admissions - BALLET- U5	5	9	12	2
S45 - Rehabilitation - JB PUSSIN- U7	3	5	5	1
S45 - Admissions - FALRET-J OURY-U8	8	30	33	2
S45 - Accueil patients au long cours - TOSQUELLES	3 *	8	8	2-0
S45 - Admissions - Pierre JANET-U6	7	12	30	1
PTI - UIA	9	25	25	1
PTI - Orée 2	2	4	5	0
UPAH - Orme	24	279	452	1
TOTAL	343	5 045	10 701	24

Source : DIM à la demande de la mission

* plus un patient en chambre aménagée

Les données indiquées dans le tableau semblent incohérentes avec les informations données par ailleurs aux contrôleurs (ex : unité 7) ; par ailleurs, elles montrent dans certains cas que le recours à l'isolement peut être plus important dans les unités disposant de deux CSI, « l'offre pouvant créer la demande ». Un cadre de santé interrogé sur ce point a tenu les propos suivants : « si nous n'étions dotés que d'une CSI dans notre unité, les équipes réfléchiraient autrement concernant la prise en charge des patients ». Cependant, d'après les propos recueillis par les contrôleurs, les unités équipées de deux CSI accueillent des patients en provenance des unités voisines. Ainsi, le jour du contrôle, un patient détenu admis dans l'unité 1.3 était placé dans la CSI de l'unité 1.4.

Au cours de l'année 2014, le CHS a accueilli quinze patients détenus qui ont tous été placés en CSI alors même que l'état psychique de certains d'entre eux ne relevait pas d'une telle mesure. Il a été également indiqué aux contrôleurs que la baisse d'effectifs en personnel infirmier contribuerait à un recours à l'isolement plus fréquent.

S'agissant de l'unité "Acacias" accueillant des patients chroniques, déficitaires et polyhandicapés, le recours à l'isolement concerne la majorité des patients. Il se traduit par des isolements séquentiels dans leurs chambres qui s'inscrivent dans une démarche thérapeutique différente de celle appliquée aux unités d'admission.

Selon les propos recueillis, ces données statistiques sont extraites deux fois par an. Ces résultats sont analysés par la directrice des soins infirmiers et les deux cadres d'unité « référents Cariatides ». En principe, ils sont également communiqués aux cadres supérieurs de pôle, qui doivent les transmettre aux cadres des unités. Selon les unités

visitées par les contrôleurs, certains cadres de santé n'avaient pas connaissance de ces données. Par ailleurs, il s'avère que ces statistiques ne sont jamais transmises au personnel infirmier. Ainsi, il n'existe aucun travail d'analyse et de réflexion sur les pratiques au sein même d'une unité et plus largement au sein même d'un pôle. D'après les différents interlocuteurs rencontrés par les contrôleurs, « *il n'existe pas une vraie politique menée par le corps médical pour réduire le recours à l'isolement* ». Cependant, le protocole inclut une recommandation d'évaluation des pratiques.

En 2013, l'établissement a conduit un audit interne sur deux jours. Concernant le placement en CSI, les conclusions de l'évaluation indiquaient qu'il n'existait pas de prescription d'isolement pour des raisons non thérapeutiques et que 76 % des patients avaient bénéficié d'une visite médicale moins de deux heures après leur placement en CSI. Les points à améliorer portaient notamment sur l'importance de systématiser l'examen de la conformité de la modalité d'hospitalisation et la trace de la réflexion éthique à ce sujet. En effet, parmi les vingt-neuf cas de patients analysés, onze relevaient d'une hospitalisation libre. Sept de ces patients ont été soumis à un isolement d'une durée supérieure à 24 heures et seul l'un d'entre eux a fait l'objet d'un placement en soins sans consentement.

S'agissant du recours à la contention physique, les conclusions de l'audit interne indiquaient que la contention était systématiquement réalisée à l'issue d'une prescription médicale dont les indications étaient conformes aux recommandations. En revanche, la mise en place tracée d'un programme de surveillance et prévention des risques identifiés n'était pas réalisée systématiquement. Par ailleurs parmi les trente cas examinés, le recours à la contention concernait vingt-huit patients en soins libres dont dix-neuf hospitalisés en psycho-gériatrie et onze dans des pôles bi-sectoriels. L'indication principale était la prévention de la chute chez la personne âgée et/ou handicapée.

Dans aucune unité, l'utilisation de la CSI et les placements sous contention ne font l'objet d'une traçabilité sur registre. La mesure ne figure que dans le dossier informatisé du patient. L'instauration d'une traçabilité par la tenue d'un registre ne semble pas être à l'ordre du jour. Pour autant, cette pratique avait été établie pendant un temps par le précédent cadre supérieur du pôle 1.6. Il a été indiqué que « *cet objectif était fort louable et intéressant mais qu'il engageait une charge de travail importante au détriment du soin* ».

L'établissement a instauré des sessions de formation visant à prévenir et à gérer la gestion de la violence. Cette formation, appelée « Omega », a pour objectif de limiter au maximum la nécessité de contrôle physique du patient notamment lorsqu'une contention non consentie doit être réalisée. Depuis 2007, 681 agents ont été formés.

4.5 L'ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES DES PERSONNES DETENUES

Contrairement aux termes du code de la santé publique²², l'établissement ne dispose pas d'une « unité adaptée » pour recevoir les personnes détenues hospitalisées sans leur consentement, **ce qui conduit à un hébergement systématique de ces patients en chambre des soins intensifs.**

Deux protocoles entre le CHS et la maison d'arrêt Le Mans-Les Croisettes, l'un sur les conditions d'hospitalisation des patients détenus et l'autre sur les modalités de transfert entre les deux établissements, sont en voie d'achèvement.

Par ailleurs, une note de service interne au CHS, datée du 26 novembre 2013, énumère les conditions d'hospitalisation des détenus. Il est rappelé en préambule que le régime d'hospitalisation des détenus est obligatoirement celui des « soins sur décision du représentant de l'Etat ». Au côté des conditions purement juridiques ou administratives, les conditions matérielles de transfert, d'hospitalisation, puis de départ sont précisées.

Les modalités d'hospitalisation des détenus ne sont pas toujours justifiables sur le plan médical mais sont liées à une demande des autorités administratives. La durée moyenne de séjour limitée s'expliquerait par le fait que l'hospitalisation ne dure que pendant la phase la plus aigüe.

4.5.1 Choix de l'unité d'accueil

Le service des admissions ou le cadre de permanence détermine l'unité d'accueil par sectorisation géographique ou, en cas de domicile hors département, selon les mêmes critères que pour les autres patients.

La règle ensuite énoncée, et appliquée systématiquement, est l'hospitalisation en chambre d'isolement aux normes HAS. La note rappelle nommément la liste des chambres agréées.

La deuxième condition l'emportant sur tout autre critère, c'est donc souvent la disponibilité des chambres d'isolement qui sera l'élément déterminant dans le choix.

Etant placé systématiquement en chambre d'isolement pendant toute la durée de l'hospitalisation, le patient détenu peut fumer dans sa chambre ; souvent, il accepte un traitement avec pose de patch anti-tabac.

4.5.2 Le transfert du détenu

Le transfert du détenu depuis la maison d'arrêt est assuré en ambulance privée par le concessionnaire du centre hospitalier. La procédure employée est identique à celle des autres patients en SPDRE pour le choix du nombre d'infirmiers du CHS présents et le matériel embarqué.

Par contre, il est rappelé dans la note de service interne que :

- les fonctionnaires de l'administration pénitentiaire escortent l'ambulance jusqu'à la chambre d'isolement ;
- à la demande de l'encadrement de la maison d'arrêt, les services de police

²² CSP Art L3214-1

peuvent être présents lors du transfert pour une sécurisation supplémentaire, jugée nécessaire par le caractère « *particulièrement signalé* » du détenu ;

- l'usage des menottes ou entraves est prévu, en cas de risques d'évasion.

Une fois le détenu en chambre d'isolement, le personnel hospitalier se retrouve seul avec lui. Certains personnels n'ont pas caché aux contrôleurs qu'après un tel déploiement de forces et d'uniformes, la situation leur paraissait particulièrement déstabilisante.

4.5.3 Le séjour du patient détenu

Le chapitre de la note de service interne, consacré à l'hospitalisation rappelle les restrictions auxquelles sont soumis les patients détenus :

- visite réservée aux détenteurs d'un permis de visite ;
- courrier départ ou arrivée soumis à un passage par la maison d'arrêt ;
- interdiction d'user du téléphone ;
- les sorties du patient hors de sa chambre sont soumises à avis médical et font l'objet d'une surveillance permanente de la part du personnel soignant.

En dehors de cela, il est rappelé que le détenu est « *un patient comme les autres* », et un « *usager du système de santé* ». Ses droits sont explicitement rappelés.

Les infirmiers se sont insurgés de ce régime spécifique attribué à la population pénale : « *à notre époque, les détenus avaient le droit de circuler librement. Maintenant on est dans le tout sécuritaire, cela se fait au détriment des soins* ».

Le personnel infirmier récemment diplômé a tenu des propos différents, mentionnant la dangerosité présumée des patients détenus : « *on ne connaît pas la nature de l'infraction ou du crime commis. On ne sait donc pas à qui on a à faire, c'est compliqué d'établir une relation thérapeutique dans ces conditions. Il faut d'abord connaître la personne avant de déverrouiller quoi que se soit* ». Dans sa réponse, le directeur précise : « *A chaque entrée de détenu, est adressée la fiche pénale pour justement avoir cette information. Cette fiche est transmise par le cellule des soins sans consentement auprès du secrétariat médical de l'unité de soins d'accueil* ».

Un des médecins interrogés sur ce point a indiqué ne vouloir prendre aucun risque afin de ne pas devoir s'expliquer auprès du préfet en cas de fugue.

Un des deux patients détenus, souffrant d'un handicap physique, était autorisé à déambuler dans le couloir et à fumer sur la passerelle en compagnie d'un personnel soignant à raison de quatre fois par jour. Cependant, hospitalisé depuis neuf jours, il n'avait pas pu sortir durant deux jours, le personnel soignant étant en effectif insuffisant.

Lorsqu'une personne détenue est admise au CHS, une demande du directeur de la maison d'arrêt au préfet est jointe à son dossier ; ce courrier comporte un paragraphe intitulé « *Comportement en détention* » qui est censé apporter quelques précisions sur les risques et la dangerosité que représente le patient. Les contrôleurs ont constaté que, dans certains courriers, le texte permettait de détecter les patients nécessitant une surveillance particulière.

Les contrôleurs ont noté des disparités conséquentes dans les durées moyennes de séjour et d'hospitalisation des personnes détenues comparés à l'ensemble des patients

admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat.²³

	Nombre de mesures	Nombre de patients	Nombre de journées	Durée moyenne de séjour	Durée moyenne d'hospitalisation
SPDRE total	116	97	10120	87	104
Urgence	32	23	2724	85	118
Maire	49	43	2955	60	69
Détenus	16	14	87	5	6
Décision judiciaire	17	16	3623	213	226
Transformation SPDT → SPDRE	3	3	731	244	244

La durée moyenne de séjour des détenus est donc de dix-sept fois inférieure à celle de l'ensemble des patients admis en SPDRE.

Les contrôleurs ont recueilli plusieurs confidences de personnels soignants, qui ne cachaient pas que les conditions de vie plus dures en chambre d'isolement (absence de tabac et de télévision) qu'en détention incitaient les détenus à demander, eux mêmes et rapidement, leur retour en maison d'arrêt.

Il a été constaté également une absence d'exercice du droit de visite des personnes détenues, certes difficile règlementairement à mettre en application pour des patients qui ne restent hospitalisés en moyenne que cinq jours.

Enfin, les relations entre praticiens de l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) et ceux du centre hospitalier spécialisé d'Allonnes méritaient d'être développées.

4.5.4 Le retour en détention

Le détenu réintègre la maison d'arrêt sans accompagnement médical, dans le véhicule de l'administration pénitentiaire.

²³ Ces chiffres sont extraits du tableau global des hospitalisations chapitre 2.6

Glossaire

AMP	: aide médicopsychologique
ARS	: agence régionale de santé
ASH	: agent des services hospitaliers
CATTP(I)	: centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (intersectoriel)
CDSP	: commission départementale des soins psychiatriques
CHS(S)	: centre hospitalier spécialisé (de la Sarthe)
CHSCT	: comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CLAN	: comité de liaison en alimentation et nutrition
CLIN	: comité de lutte contre les infections nosocomiales
CLUD	: comité de lutte contre la douleur
CME	: commission médicale de l'établissement
CMP	: centre médicopsychologique
COMED	: comité du médicament
CPOM	: contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CREX	: cellule de retour d'expérience
CRUQPC	: commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
CSI	: chambre de soins intensifs
CSIRMT	: commission des soins infirmiers et de rééducation médico-technique
CTM	: centre de thérapie à médiation
DAMQRU	: directeur/direction des affaires médicales, de la qualité et des relations avec les usagers
DDPP	: direction départementale de la protection des populations
EEG	: électroencéphalogramme
ELSA	: équipe de liaison et de soins en addictologie
EMPP	: équipe mobile psychiatrie précarité
EPAUL	: équipe psychiatrique d'accueil, d'urgence et de liaison
ETP(R)	: équivalent temps plein (rémunéré)
DIM	: département d'information médicale
DMS	: durée moyenne de séjour
EHPAD	: établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPP	: évaluation des pratiques professionnelles
HAS	: haute autorité de santé
HDJ	: hôpital de jour
IFSI	: institut de formation en soins infirmiers
INSEE	: institut national de la statistique et des études économiques
JLD	: juge des libertés et de la détention
LMD	: licence maîtrise doctorat
MAS	: maison d'accueil spécialisée
PASSpsy	: permanence d'accès aux soins de santé en psychiatrie
PNM	: personnel non médical
SPDRE	: soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat
SPDT(U)	: soins psychiatriques à la demande d'un tiers (selon la procédure d'urgence)
SSIAP	: service de sécurité incendie et assistance à personne
SST	: sauveteur secouriste du travail
TGI	: tribunal de grande instance
UDAF	: union départementale des associations familiales
UIA	: unité intersectorielle d'accueil et d'admission
UMD	: unité pour malades difficiles
UNAFAM	: union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
UPAH	: unité pédopsychiatrique d'accueil et d'hospitalisation