



**Centre hospitalier
Saint Jean de Dieu
Dinan et Saint-Brieuc
(Côtes-d'Armor)**

Du 13 au 17 mai 2013

Contrôleurs :

- *Betty Brahmy, chef de mission,*
- *Bertrand Lory,*
- *Alain Marcault-Derouard,*
- *Caroline Viguier.*

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, quatre contrôleurs ont effectué une visite inopinée du centre hospitalier Saint Jean de Dieu à Dinan (Côtes-d'Armor) du 13 mai au 17 mai 2013.

1- CONDITIONS GÉNÉRALES DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés au centre hospitalier situé avenue Saint Jean de Dieu à Dinan le lundi 13 mai 2013 à 14h. Ils ont quitté l'établissement le vendredi 17 mai à 14h30.

Une visite de nuit a eu lieu le mercredi 15 mai, de 21h à 23h20, dans les locaux des urgences du centre hospitalier Yves Le Foll de Saint-Brieuc.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par l'adjoint au directeur des soins, administrateur de garde et par l'attachée de direction, responsable des affaires générales, de la communication, des relations avec les usagers et du suivi de la loi du 5 juillet 2011. La présentation générale faite aux contrôleurs a permis d'établir que l'établissement comportait, pour les admissions des patients en soins sans consentement et en soins libres, deux sites : l'un à Dinan et le second à Saint-Brieuc.

Un contact téléphonique a été pris avec la direction de l'agence régionale de santé (ARS) de Bretagne, avec le directeur de cabinet du préfet des Côtes-d'Armor, avec les chefs des juridictions de Saint-Malo et Saint-Brieuc. Des contacts téléphoniques ont également eu lieu avec plusieurs juges des libertés et de la détention (JLD), le bâtonnier de l'ordre des avocats du barreau de Saint-Brieuc et un ancien bâtonnier du barreau de Saint-Malo.

Une visite de l'ensemble des unités de soins situées sur le site de Dinan a été effectuée dès le lundi 13 mai après-midi.

Une réunion de début de visite a pu être organisée le mardi 14 mai 2013, à 9h30, avec les trois personnes ci-dessus mentionnées, ainsi que :

- la directrice des ressources humaines, directrice par intérim depuis le départ du directeur du centre hospitalier en janvier 2013 et jusqu'à l'arrivée du nouveau directeur prévue le 15 juillet 2013 ;
- le responsable du service des soins infirmiers ;
- le responsable de la logistique et des services économiques ;
- la responsable de la qualité et de la gestion des risques ;
- la responsable de l'accueil et des admissions ;
- la psychiatre assurant par intérim la responsabilité du pôle de Saint-Brieuc ainsi que le cadre supérieur de santé de ce pôle ;

- un psychiatre exerçant au sein du pôle de Dinan ;
- le pharmacien ;
- huit cadres de santé représentant des unités de soins de Dinan et de Saint-Brieuc (secteur adultes et pédopsychiatrie) ;
- un représentant des usagers ;
- l'aumônière catholique.

Les contrôleurs ont rencontré :

- la directrice des ressources humaines assurant la direction de l'établissement depuis le départ du directeur de l'établissement de santé ;
- à la préfecture, le directeur de cabinet du préfet des Côtes-d'Armor ainsi que son chef de cabinet et une inspectrice de la direction territoriale de l'agence régionale de santé ;
- le président de la conférence médicale de l'établissement (CME) ;
- le psychiatre responsable du pôle de psychiatrie de Dinan ;
- la psychiatre assurant la responsabilité par intérim du pôle de Saint-Brieuc ;
- le responsable du service de soins infirmiers ainsi que son adjoint ;
- le pharmacien ;
- un des médecins généralistes exerçant sur le site de Dinan ;
- le responsable des services logistiques et économiques ;
- l'attachée responsable de la qualité ;
- des représentants de l'union nationale des amis et familles des malades psychiques (UNAFAM) ;
- l'aumônière catholique ;
- un frère de l'Ordre Saint Jean de Dieu, élu au conseil d'administration (CA) de la fondation Saint Jean de Dieu ;
- les représentants d'une des organisations professionnelles du personnel ;
- le juge des libertés et de la détention ayant effectué l'audience dans le cadre de la loi du 5 juillet 2011 au tribunal de grande instance (TGI) de Saint-Brieuc durant la visite des contrôleurs.

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

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

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

Les contrôleurs ont également disposé d'un local.

Les quatre organisations professionnelles représentatives du personnel présentes sur le site ont été avisées de la présence des contrôleurs.

Une réunion de restitution a eu lieu le vendredi 17 mai, à 13h30, en présence de la directrice par intérim, de l'attachée de direction, du responsable du service de soins et de son adjoint et du frère de l'ordre de Saint Jean de Dieu élu au CA.

Un rapport de constat a été adressé au chef d'établissement le 24 septembre 2013. Celui-ci a fait connaître ses observations par un courrier en date du 22 novembre 2013. Elles ont été prises en considération pour la rédaction du présent rapport.

2- PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE L'ÉTABLISSEMENT

2.1 L'historique et la compétence

Le centre hospitalier Saint Jean de Dieu a été fondé par les frères de l'Ordre hospitalier de Saint Jean de Dieu – toujours présents aujourd'hui – en 1836. L'établissement a longtemps porté le nom « les bas-foins » du nom de la prairie où il est implanté. Il n'a accueilli que des hommes en son sein jusqu'à l'époque de la sectorisation. Les femmes étaient hospitalisées au centre hospitalier de Bégard (Côtes-d'Armor).

Il s'agit d'un établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC), régi par la loi du 5 juillet 2011. Il participe au service public hospitalier dans le domaine de la santé mentale depuis le 1^{er} janvier 1977.

Jusqu'au 1^{er} janvier 1986, il était administré par l'association de gestion de l'hôpital Saint Jean de Dieu, dont le siège social était à Dinan. Depuis le 1^{er} octobre 2012, les six établissements¹, préalablement autonomes ont été regroupés au sein de la Fondation Saint Jean de Dieu dont le siège social est situé à Paris 7^{ème} arrondissement.

Les **valeurs de l'Ordre** – hospitalité, qualité, respect, responsabilité, spiritualité – sont intégrées dans le quotidien de la vie de l'établissement.

L'établissement fait partie de la carte sanitaire de la région Bretagne et peut accueillir en priorité des patients d'une zone géographique représentant approximativement la moitié Est du département des Côtes-d'Armor, y compris la ville de Saint-Brieuc. Cette zone est répartie en trois secteurs psychiatriques (22 G 04, 22 G 05 et 22 G 06) définis globalement autour des bassins de Dinan, Lamballe et Saint-Brieuc ; le secteur de pédopsychiatrie recouvre l'ensemble de ce territoire.

¹ Les six institutions sont les suivantes : le centre chirurgical Saint Jean de Dieu de Paris 7^{ème}, un centre d'accueil de nuit et un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) à Marseille (Bouches-du-Rhône), un centre pour enfants à Paris 15^{ème}, une institution pour adultes handicapés au Croisic (Loire-Atlantique) et le CH de Dinan. 1300 salariés et une trentaine de frères de l'ordre concourent à leur fonctionnement.

Le centre hospitalier Saint Jean de Dieu exerce son activité sur vingt-quatre sites (intra et extrahospitaliers) répartis sur l'ensemble de la zone géographique dont il a la responsabilité en matière de santé mentale.

2.2 La psychiatrie dans le département des Côtes-d'Armor

En 2010, la population du département des Côtes-d'Armor s'élevait à 591 641 habitants.

Les soins psychiatriques pour les adultes sont assurés par trois établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) participant au service public hospitalier :

- le centre hospitalier du Bon Sauveur de Begard qui comporte trois secteurs regroupés en deux pôles ;
- l'association hospitalière de Bretagne de Plouguernevel qui assure les soins pour un secteur et qui est dotée d'une unité pour malades difficiles ;
- le centre hospitalier Saint Jean de Dieu qui comprend trois secteurs de psychiatrie adulte regroupés en deux pôles de psychiatrie adulte ainsi qu'un pôle de pédopsychiatrie.

Il existe deux cliniques psychiatriques privées : l'une est située à Trégueux, non loin de Saint-Brieuc, et la seconde, à Yffiniac.

L'offre de soins par des psychiatres libéraux est limitée dans tout le département et en particulier à Dinan.

2.3 Le bâtimentaire

Le centre hospitalier occupe aujourd'hui un domaine de 43 hectares, situé sur les communes de Dinan et de Léhon. Au cœur du parc, des biches disposent d'un vaste espace.

Le centre hospitalier se trouve à 1,3 km du centre ville et n'est pas desservi par un transport en commun.

Les visiteurs s'y rendant avec leur véhicule personnel disposent de parkings.

Les contrôleurs ont constaté que, durant leur visite, des bâtiments faisaient l'objet de démolitions. Selon les informations recueillies, 70 % des locaux ne sont plus occupés actuellement. Fin 2014, l'ensemble des unités de soins aura bénéficié d'une réfection.

Aujourd'hui, les unités de soins sont regroupées autour d'un cloître qui forme un rectangle dont une partie est occupée par la chapelle.



Cloître

En face de la chapelle, un dispositif moderne en forme de « bulle » a été ajouté à la structure du 19^{ème} siècle et constitue le hall d'accueil où se tient un agent assurant le standard. Derrière le standard, est installé le bureau des admissions. Un couloir, mène à l'unité Argoat, située au rez-de-chaussée ; un ascenseur conduit aux deux unités Emmanuel 13 et 27, situées au premier étage et un second ascenseur, à l'unité Saint-Roch, au second étage.



Structure moderne ajoutée au cloître

Dans le prolongement, on accède, par l'extérieur, aux secrétariats médicaux, au bureau des assistantes sociales et à la consultation de psychogériatrie.

Dans un autre espace, sont installés, le restaurant d'entreprise, une salle de réunion, une petite salle pour des repas et la cafétéria des patients.

La psychogériatrie est située au rez-de-chaussée, à droite de la chapelle.

L'addictologie est la seule unité installée en dehors du cloître, à proximité immédiate de l'entrée de l'hôpital.

2.4 L'organisation de l'établissement

Depuis juin 2010, le centre hospitalier s'est organisé en trois pôles :

- le **pôle de Dinan** – correspondant à l'ancien secteur 22 G 06 – qui comprend :
 - l'unité fermée destinée aux patients admis sans leur consentement : Argoat ;

- l'unité ouverte pour les patients admis en soins libres : Saint-Roch ;
 - l'unité Emmanuel 27 et l'unité Emmanuel 13 dédiées aux patients psychotiques chroniques déficitaires ;
 - une unité de psychogériatrie ;
 - une unité d'addictologie ;
 - l'espace Saint-Joseph dédié aux activités ;
 - les urgences du centre hospitalier René Pleven de Dinan ;
 - deux centres médico-psychologiques (CMP), deux centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et deux hôpitaux de jour dont l'un situé dans la ville et l'autre sur le site du centre hospitalier à destination des personnes âgées.
- **le pôle de Saint-Brieuc** – correspondant aux anciens secteurs 22 G 04 et 22 G 05 – qui comprend :
 - l'unité fermée destinée aux patients admis sans leur consentement : Notre-Dame ;
 - deux unités ouvertes pour les patients admis en soins libres Emeraude et Penduick ;
 - le service psychiatrique d'accueil et de liaison situé au sein du centre hospitalier Yves Le Foll ;
 - trois CMP dont deux à Saint-Brieuc et un à Lamballe, trois CATTP, trois hôpitaux de jour ;
 - deux équipes mobiles de psychiatrie dont une dédiée à la psychiatrie du sujet âgé et la seconde à la précarité ;
 - le PASS psychiatrie : permanence d'accès aux soins en psychiatrie ;
 - des appartements protégés ;
 - un centre de thérapie familiale.
 - **le pôle de psychiatrie infanto-juvénile** qui comporte :
 - l'unité temps plein pour enfants et adolescents (UTPEA) « Terre et Mer » ;
 - cinq centres médico-psychologiques pour enfants et adolescents (CMPEA), deux CATTP ;
 - trois hôpitaux de jour dont un pour adolescents.

Les **projets des pôles** n'ont pas encore été rédigés.

Les contrôleurs ont fait le choix de ne pas visiter l'unité d'addictologie située à Dinan où les patients sont admis à leur demande dans le cadre d'un contrat de soins. Ils n'ont pas contrôlé non plus les unités Emeraude et Penduick qui ne reçoivent habituellement pas de patients admis sans leur consentement.

La capacité de l'hôpital, en tenant compte des deux sites et des lits situés au sein du CH Yves le Foll, est de 216 lits selon les documents fournis.

Le jour de l'arrivée des contrôleurs, le 13 mai 2013, 208 patients étaient présents dans l'établissement.

2.5 Le personnel

Tous les semestres est organisée par la direction de l'établissement une réunion pour accueillir les personnes ayant été recrutées par l'établissement de santé dans la période écoulée depuis la précédente réunion ; il s'agit de présenter l'établissement et ses principaux acteurs. Les valeurs de l'ordre de Saint Jean de Dieu sont présentées par l'un des frères.

2.5.1 Le personnel médical

En avril 2013, le personnel médical comprenait 25,83 équivalents temps plein (ETP) répartis selon le tableau suivant :

Pôles	Qualification	femmes	hommes	total
Dinan	Médecin chef de pôle		1	1
	Psychiatre		4	4
	Médecins généralistes	1,3	1,25	2,55
	Interne			1
TOTAL Dinan		1,3	6,25	8,55
Saint-Brieuc	Médecin chef de pôle		1	1
	Psychiatres	1	3	4
	Médecins généralistes faisant fonction de psychiatre	3	0	3
	Médecins généralistes	1,03	0,7	1,73
	Interne			0
TOTAL Saint-Brieuc		5,03	4,7	9,73

Pôles	Qualification	femmes	hommes	total
	Médecin généraliste faisant fonction de psychiatre	1		1
	Interne	1		1
TOTAL Pédopsychiatrie		3	5	8
Administration : médecin DIM ²	Médecins généralistes	0,5	0,05	0,55
TOTAL Administration		0,5	0,05	0,55
TOTAL		9,83	16	26,83

Selon les informations recueillies, tous les postes de psychiatres étaient pourvus dans le pôle de Dinan.

Sur le pôle de Saint-Brieuc, il a été rapporté aux contrôleurs qu'un important taux de renouvellement des médecins existait depuis l'ouverture. Quatre praticiens auraient quitté l'établissement depuis le 1^{er} janvier 2013. « Comme l'établissement est un ESPIC, les praticiens sont recrutés selon un contrat de droit privé ce qui favoriserait une certaine instabilité ».

Le jour de la visite, deux postes de médecins n'étaient pas pourvus ; le responsable du pôle était en congé de maladie.

Un audit réalisé par le centre national de l'expertise hospitalière (CNEH) indiquerait qu'il faudrait deux praticiens supplémentaires, en dehors des postes non pourvus, pour assurer le fonctionnement de ce pôle.

Un poste est vacant en pédopsychiatrie depuis trois ans.

Le directeur de l'établissement a saisi l'ARS pour l'alerter de la pénurie médicale au sein de l'établissement.

Un **psychiatre de permanence** est désigné pour la journée ou par demi-journée. Il est chargé de se rendre aux urgences du CH, d'accueillir les patients admis dans les unités et de répondre, le cas échéant, aux demandes des infirmiers dans l'ensemble des unités de soins en cas d'absence du psychiatre référent.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « un psychiatre passe à l'UHTCD et non aux urgences quotidiennement. Ce passage est assuré le weekend par le psychiatre de permanence. En outre, le médecin psychiatre référent du SPAL, assure la liaison dans les services du CH Yves Le Foll ».

² DIM : département d'informations médicales.

Une **astreinte à domicile** est organisée, en semaine, du lundi au vendredi de 18h30 à 8h30 ; durant le weekend, elle commence le samedi à 12h30 pour se terminer le lundi à 8h30.

2.5.2 Le personnel non médical

L'effectif du personnel soignant est indiqué dans les deux tableaux suivants qui distinguent les sites de Dinan et de Saint-Brieuc :

Site de Dinan	Infirmiers jour ETP budgétés/ Temps réel	Infirmiers nuit	Aides-soignants(AS) ou aides-médico-psychologiques (AMP) jour	AS ou AMP nuit	Agents des services logistiques (ASL) jour	ASL nuit
Argoat	13/10,7	3/3	3/3	4,75/4,75	5/5	0
Saint-Roch	11/10,3	3,80/3,80	3/2	2/2	4/4	0
Emmanuel 13	6/5,5	6 /5,75 ³	4/4	6/5,80	3/3	0
Emmanuel 27	6/5	Cf. note	12/11,75	Cf. note	4/3,5	0
psychogériatrie	9,65/9,65	3 /3	4/3,8	2 /2	5/5	0
addictologie	10/9,7	3/3	0	2/2	3/3	0
Urgences CH R. Pleven	5/4,1	2,80/2,80	0	0	0	0
Total	60,65/54,95	21,6/21,35	26/24,55	16,75/16,55	24/23,5	0

Site de Saint-Brieuc	Infirmiers jour ETP budgétés/ Temps réel	Infirmiers nuit	Aides-soignants(AS) ou aides-médico-psychologiques (AMP) jour	AS ou AMP nuit	Agents des services logistiques (ASL) jour	ASL nuit
Notre-Dame	17/17	6/6	0	0	6/6	2/2
Emeraude	10,5 / 9,3	3/2,8	3/3	2/1,8	4/4	0
Penduick	12/10,75	3/3	3/3	2/2	4/4	0
SPAL	11/10,5	5/5	0	0	3/3	0
Total	50,5/47,55	17/ 16,8	6/6	4/3,8	17/17	2/2

³ Les effectifs des soignants de nuit (Infirmiers et aides-soignants) sont communs aux deux unités Emmanuel 13 et 27.

Le jour de la visite des contrôleurs, un poste d'infirmier de nuit était vacant en psychogériatrie et deux postes d'ASL à Saint-Brieuc dont un, à l'unité Terre et Mer. Il est d'abord fait appel à des candidatures internes.

Le **recrutement** des soignants s'effectue par des contrats à durée déterminée (CDD) en remplacement de congés maternité ou de longue maladie. Dans ce cadre, trente-sept agents occupent actuellement un poste en CDD. Un poste d'aide-soignant en CDD est vacant à l'hôpital de jour pour personnes âgées de Saint-Brieuc.

Si un poste en CDI déclaré vacant n'est pas pris en interne, il est offert à l'un des agents occupant un poste en CDD.

Il existe trois instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) dans la région : à Dinan, Saint-Brieuc et Rennes (Ille-et-Vilaine). La sortie des étudiants des IFSI a lieu le 12 juillet ; la direction des soins a déjà reçu douze lettres de candidature pour des postes d'infirmiers. Il s'agit d'étudiants ayant fait des stages en troisième année au sein de l'établissement.

Il n'existe pas de difficulté pour recruter des infirmiers.

L'établissement a fait le choix de faire appel à deux infirmiers retraités (ayant exercé à Saint Jean de Dieu) pour assurer le travail de nuit : l'un sur le site de Dinan et le second à Saint-Brieuc ; trois retraités n'ayant pas travaillé antérieurement dans l'établissement peuvent assurer des remplacements ponctuels de nuit.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « parmi les personnels en CDD, l'établissement a parfois recours à des anciens salariés de l'hôpital actuellement en retraite ».

Pour faire face à l'« **absentéisme court** », chaque jour, deux infirmiers exerçant en psychogériatrie ou dans les unités Emmanuel 13 ou 27, sont désignés pour remplacer, le cas échéant, leurs collègues absents.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « pour faire face à l'absentéisme court l'établissement a mis en place une équipe volante composée de deux infirmiers dont l'unité de rattachement est pour l'un la psycho-gériatrie et pour l'autre Emmanuel 27 ».

S'agissant des congés de durée supérieure à un mois, il est fait appel à des remplacements par des agents recrutés en CDD (comme il a été indiqué *supra*).

Il est fait état d'une différence dans l'absentéisme des agents selon les sites :

- à Saint-Brieuc, le personnel est jeune : on observe davantage de congés maternité et de congés parentaux ;
- à Dinan, il s'agit d'absences liées à « l'usure des agents, qui s'exprime par des lombalgies, une tension physique et/ou psychique allant jusqu'au *burn out* ».

Par ailleurs l'absentéisme concerne davantage le personnel exerçant son activité la nuit.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « il n'est pas possible à l'établissement de valider les motifs de l'absentéisme évoqués dans le rapport. En effet, l'origine des pathologies n'est pas connue, le constat qui peut être fait que sur le site de Dinan la population est plus âgée, ce qui peut expliquer les arrêts de travail.

L'absentéisme ne concerne pas plus le personnel de nuit, ce n'est plus vrai aujourd'hui ; il concerne aussi bien les personnels de jour que de nuit ».

2.5.3 Les bénévoles

Des religieuses ayant une formation d'infirmière interviennent à titre bénévole dans les unités Argoat et Emmanuel.

2.6 L'activité

En 2012, 1 912 patients ont été admis en hospitalisation complète dans les deux sites. La répartition des patients selon leur mode d'hospitalisation a été la suivante :

- 1 593 en soins libres, soit 83,31 % ;
- 256 en soins à la demande d'un tiers, soit 13,39 % ;
- 63 sur décision du représentant de l'Etat, soit 3,29 %.

Le taux d'occupation et la durée moyenne de séjour dans chaque unité est indiquée dans le tableau suivant :

Unités	Taux d'occupation en %	Durée moyenne de séjour en jours
Argoat	99	74
Saint-Roch	97	32
Emmanuel	99	323
Psychogériatrie	93	27
Addictologie	71	20
Notre-Dame	97	33
Emeraude	89	25
Penduick	88	28
Terre et Mer	59	19
Unité médico-psychologique (Yves Le Foll)	76	4

3- HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT ET EXERCICE DES DROITS

3.1 L'arrivée des patients

Selon les informations recueillies, les patients arrivent de leur domicile, des urgences, de la maison d'arrêt de Saint-Brieuc, d'un centre médico-psychologique, orientés par un médecin généraliste ou conduits par les services de police ou de gendarmerie au CH Saint Jean de Dieu. La plupart de ceux qui viennent des urgences font l'objet d'une admission en soins

psychiatriques sur demande d'un tiers (il peut arriver exceptionnellement que viennent également des urgences des personnes admises sur décision du représentant de l'Etat, (cf. § 4.1.7.2). Lorsqu'il s'agit d'une admission sur décision du représentant de l'Etat, l'initiative ne serait jamais celle du préfet mais toujours celle d'un maire prenant alors un arrêté provisoire.

Avant leur admission effective, les services concernés appellent le standard⁴ aux fins de savoir s'il reste un lit disponible. Le tableau d'occupation des lits est renseigné au fur et à mesure par un agent du standard mais celui-ci n'a aucune compétence en matière de régulation des lits. Le psychiatre donne son accord pour l'admission ; l'administrateur de garde est averti systématiquement et peut intervenir en cas de difficulté. Selon les avis recueillis, « il serait utile qu'une personne soit spécialement désignée pour la régulation des lits ».

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « Le tableau d'occupation des lits n'est pas renseigné par un agent du standard. En effet les mouvements "entrées sorties" sont gérés par les unités de soins *via* le logiciel Hôpital manager. Le standard intervient pour ouvrir "informatiquement" les lits supplémentaires, à la demande de l'administrateur de garde. L'administrateur de garde n'est pas systématiquement averti d'une admission en soins sans consentement, il l'est en cas de difficulté ».

Le service des admissions du site de Dinan est composé de :

- un responsable ;
- une personne plus spécifiquement dédiée aux soins sans consentement ;
- une personne qui gère principalement le compte de dépôt (cf. § 3.1.3) et les prises en charge ; depuis le 15 mai 2012, une personne à mi-temps également affectée à la gestion des prises en charge et au compte de dépôt ;
- une autre personne à mi-temps au standard et à mi-temps au service des admissions chargée de la tenue du registre de la loi et du suivi des mesures de soins sans consentement.

Il est ouvert du lundi au vendredi, de 8h30 à 17h30 ; en dehors de ces horaires, un accueil est assuré de jour comme de nuit par le standard.

Sur le site de Saint-Brieuc, 2,5 ETP sont dédiés au standard et au service des admissions. Le service des admissions est ouvert le lundi, de 9h30 à 18h30, du mardi au vendredi de 10h à 18h30 et les week-ends et jours fériés, de 11h à 18h30.

Les contrôleurs ont pu prendre connaissance d'un protocole visant « à préciser les modalités d'admission des patients en hospitalisation complète à partir du CMP ou des urgences sur le pôle de Dinan », révisé et modifié le 7 juin 2012. Il s'agit en réalité d'un schéma décrivant le circuit du patient.

⁴ Le service du standard représente, sur le site de Dinan : en journée, 3,5 ETP, la nuit, 2,5 ETP ; sur le site de Saint-Brieuc, 2,5 ETP.

3.1.1 L'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat

Lorsqu'un patient fait l'objet d'une admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (ASPDRE), l'ensemble des documents requis est adressé par télécopie au standard du CH Saint Jean de Dieu, c'est-à-dire l'arrêté municipal provisoire et le certificat médical initial. Le personnel du service des admissions vérifie alors les informations portées sur ces documents, l'existence de signatures ainsi que l'horodatage du certificat.

Selon les informations recueillies, il est demandé aux services municipaux d'édicter un nouvel arrêté lorsque le premier n'est pas jugé conforme ; ainsi, dans le dossier d'un patient que les contrôleurs ont pu examiner, il est apparu que l'arrêté municipal initial avait dû être modifié parce que les articles visés du code de la santé publique ne correspondaient pas à la situation visée. De même, il a été expliqué que tant que ces documents n'étaient pas conformes – et sauf cas particulier – personne n'allait chercher le patient.

Dès que les documents ont été adressés au standard, l'unité fermée Argoat (pour le site de Dinan) ou l'unité fermée Notre-Dame (pour le site de Saint-Brieuc) est avertie téléphoniquement de l'arrivée imminente d'un patient ; en règle générale, c'est le cadre de santé qui est directement contacté. Il a été indiqué qu'aucune autre unité n'était susceptible d'accueillir un arrivant, sauf dans le cas des mineurs ou des personnes âgées⁵.

Tous les personnels concernés se retrouvent au standard. En effet, le patient n'est pas conduit jusqu'au CH Saint Jean de Dieu mais ce sont les personnels qui se déplacent pour aller le chercher. L'équipe est composée d'un ambulancier et deux personnels dont au moins un infirmier.

Chaque semaine, la direction des soins élabore, en effet, pour chacun des deux sites un planning prévoyant « la constitution prévisionnelle d'une équipe de nuit pour aller chercher une ADRE ». Il s'agit d'un binôme constitué par au moins : un infirmier, un homme et un agent du service qui accueillera le patient, c'est-à-dire Argoat ou Notre-Dame. Ces agents sont en poste et sont retirés du fonctionnement de l'unité où ils sont affectés pour aller chercher le patient admis sur décision du représentant de l'Etat dans la zone géographique de compétence de chaque pôle. Dans la journée cette tâche incombe au cadre de santé des unités accueillant les patients admis sans leur consentement.

Au standard, les agents récupèrent les copies des documents ci-dessus évoqués, la mallette d'intervention (avec, notamment, les sangles de contention, en cas de besoin) ainsi qu'un téléphone portable spécialement dédié aux transferts ou sorties en dehors de l'établissement.

Au retour, l'ambulance se stationne – pour le site de Dinan – directement à l'intérieur du cloître, sur l'emplacement en principe réservé au vaguemestre. Selon les informations recueillies, le patient est très souvent porté jusqu'à l'unité sur un brancard. Au passage, les agents déposent au standard les documents en original, puis se rendent dans l'unité. L'infirmier présent transmet également au standard ou au service des admissions – en

⁵ Dans le protocole susmentionné, il est indiqué : « concernant la psycho-gériatrie, les admissions peuvent être également organisées directement entre le médecin référent de la psychogériatrie et le médecin traitant du patient ou les responsables des structures ».

fonction de l'heure – toute information utile relative, le cas échéant, aux membres de la famille du patient, ce qui permettra, dans un second temps, de joindre ces derniers pour compléter le dossier administratif. Immédiatement, le service des admissions crée le dossier du patient dans la base informatique.

L'ensemble des documents est alors adressé par voie de télécopie à la préfecture des Côtes-d'Armor et à l'agence régionale de santé (ARS).

Les instructions de la préfecture sont notamment les suivantes : ses services doivent être avisés sans délai, par télécopie, de l'hospitalisation de tous les patients par arrêté provisoire d'un maire, sans attendre le certificat médical dit des 24 heures. De même, « dans le respect de l'article L.3213-2 du code de la santé publique, il ne doit pas être possible pour un patient de quitter l'établissement de santé avant l'expiration d'un délai de 48 heures ».

Un bureau dédié au sein de l'ARS reçoit ces informations relatives aux hospitalisations sans consentement. Ce dernier est composé de trois cadres, chacun étant le référent d'un établissement de santé, et de trois agents spécialisés.

L'ARS est ouverte en semaine de 8h30 à 17h (ou de 8h à 18h, les informations récupérées auprès de l'établissement de santé et de la préfecture n'étant pas exactement identiques sur ce point). Depuis fin avril 2013, du vendredi soir au lundi matin ainsi que les jours fériés et toutes les nuits, une astreinte bi-départementale a été organisée : un cadre est d'astreinte pour les départements des Côtes-d'Armor et d'Ille-et-Vilaine et un second, pour les deux autres départements de la région Bretagne (Morbihan et Finistère). Ces astreintes concernent « la prise en charge des situations urgentes. Toutes les autres situations doivent être anticipées et effectuées les jours ouvrés ». Une difficulté est apparue un week-end prolongé du mois de mai. En effet, le mercredi 8 et le jeudi 9 mai 2013 étaient fériés et la préfecture a fermé le vendredi 10 mai. La saisine du JLD n'a été possible que le lundi suivant pour une audience fixée au mardi. Le JLD concerné a considéré que la saisine avait été tardive et a levé la mesure.

En outre, la préfecture des Côtes-d'Armor, à la suite notamment d'une décision de la cour d'appel de Rennes du 1^{er} mars 2013 (cf. § 3.3.5.2), a décidé qu'une information préalable du patient était nécessaire avant même l'édition des décisions préfectorales suivantes : admissions en soins psychiatriques, maintien de la mesure, décision relative à la forme de la prise en charge (maintien ou modification).

Un formulaire d'information préalable, transmis par l'ARS, doit donc être signé par le patient, le médecin et la direction avant que ne soit pris l'arrêté. Ce formulaire est transmis par les secrétariats médicaux des unités aux médecins qui sont chargés de les faire signer. Sur ces formulaires, il est possible de mentionner l'incapacité du patient à être dûment informé (compte tenu de son état). Le formulaire est ensuite renvoyé à l'ARS en général en même temps que le certificat médical dit des 24 h ; sans formulaire préalable, le préfet n'édicterait pas d'arrêté. L'arrêté préfectoral est adressé au service des admissions par voie de télécopie.

Par ce formulaire, le médecin informe ainsi le patient, au préalable, qu'une décision d'admission en soins sans consentement va lui être notifiée. Ce document permet de recueillir ses observations et l'informe que les soins psychiatriques le concernant sont susceptibles de se poursuivre sous la forme d'une hospitalisation complète au CH Saint Jean de Dieu ou qu'ils prendront la forme d'un programme de soins. Il est indiqué que cette décision est motivée par

la nécessité des soins.

Le patient est également informé de l'ensemble de ses droits.

Il reconnaît avoir été informé et signe le formulaire. Ce dernier a été préalablement horodaté. En cas de refus ou d'impossibilité de signature, il est prévu qu'une personne puisse signer à sa place, attestant par là même que le patient a bien été informé du contenu du présent courrier.

L'arrêté préfectoral « portant admission en soins psychiatriques faisant suite à une mesure provisoire ordonnée par un maire » est transmis par télécopie au service des admissions qui l'adresse ensuite dans l'unité d'admission. Cet arrêté préfectoral est horodaté. Il est présenté au patient par le médecin ou le cadre de santé, en fonction de l'unité et du personnel disponible, sans qu'aucune règle ou procédure ne soit établie. Le patient doit apposer sa signature directement sur l'arrêté, dans les cases prévues à cet effet. Le tableau suivant est en effet ajouté à la fin de l'arrêté préfectoral :

Le patient (nom, prénom)	Le personnel hospitalier (nom, prénom, fonction)
Signature (indiquer date et heure) :	Signature (indiquer date et heure) :
Observations éventuelles :	Observations éventuelles (noter si le patient a refusé de signer) :

Il n'existe pas de cahier de suivi mais une pochette cartonnée contenant les arrêtés en attente de notification. Selon les informations recueillies, les arrêtés préfectoraux sont notifiés quasi-immédiatement : « c'est bien rentré dans les mœurs ».

Les originaux sont transmis ensuite assez rapidement, par lettre recommandée avec accusé de réception, directement au nom du patient avec l'adresse de l'établissement. Le vaguemestre va les chercher et fait remplir au patient un registre qui prouvera, si besoin était, qu'il a bien eu l'arrêté. Les lettres recommandées sont conservés aux dossiers des patients.

3.1.2 L'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers

Le circuit des patients admis en soins psychiatriques à la demande d'un tiers est équivalent. Deux différences existent néanmoins :

- le personnel soignant ne va pas chercher le patient mais c'est le centre hospitalier général compétent qui dépêche une ambulance. Le patient est accompagné par un ambulancier jusqu'au centre hospitalier Saint Jean de Dieu. Ce dernier s'arrête – à l'aller ou au retour en fonction de l'état du patient – au service des admissions pour

déposer les documents en sa possession : demande du tiers et certificats médicaux. Le service des admissions revoit aussi vite que possible le patient (le cas échéant, accompagné d'un personnel soignant) ou bien la famille pour compléter les données enregistrées initialement sur la base informatique ;

- dans cette hypothèse, l'information préalable du patient n'est pas exigée.

La décision d'admission est également notifiée au patient souvent par un infirmier ; comme précédemment, il n'existe pas de personnel dédié à la notification des décisions d'admission ou à la préparation de l'audience devant le juge des libertés et de la détention.

Les délais pour la notification des décisions d'ASPDRE seraient plus longs que ceux des ASPDRE mais raisonnables.

Cette notification est faite au moyen d'un formulaire, daté et signé par le patient sur lequel le directeur de l'établissement indique ainsi : « Je vous informe, en application de l'article L.3211-3 du code de la santé publique, que vous avez été admis(e) en soins psychiatriques à la demande d'un tiers au centre hospitalier Saint Jean de Dieu le.... Vous serez informé(e) le plus rapidement possible et d'une manière appropriée, de chacune des décisions ultérieures vous concernant ainsi que des raisons qui les motivent ». Le patient indique de son côté : « Je soussigné(e), Madame, Monsieur..... reconnais avoir été informé(e) de ma situation juridique et de mes droits ». Il date et appose sa signature.

Le jour du contrôle, la pochette regroupant les décisions en attente de notification (cf. § 3.1.1, avant dernier paragraphe) contenait seulement trois décisions (ASPDRE ou ASPDT), datant de surcroît toutes de la première quinzaine du mois de mai 2013.

Par ailleurs, pratique très rare, les dates de notification sont mentionnées de manière manuscrite dans le registre de la loi, pour la période la plus récente (depuis mars 2013, cf. § 3.5).

3.1.3 L'inventaire des effets personnels du patient.

Sur le site de Dinan, dans les heures ouvrables, l'inventaire des biens de valeur du patient –consignés au coffre de l'établissement – est effectué dans l'unité où il est hébergé par la personne du service des admissions chargée des comptes de dépôt, si possible avec le patient, en tout état de cause avec un infirmier. Est alors complété le « registre des dépôts » et ouvert un « compte-dépôt », dans la base informatique. Quatre feuillets du registre correspondent à un même patient :

- un « reçu de dépôt » (exemplaire remis au déposant), numéroté, sur lequel doivent figurer ses nom et prénom, son adresse, sa signature et la « signature de son représentant ou éventuellement de deux témoins » (dont il est précisé qu'il s'agit d'un agent de l'établissement et d'un accompagnant et, à défaut d'accompagnant, d'un deuxième agent de l'établissement), ainsi que les sommes d'argent déposés, les titres, valeurs, moyens de règlement et objets de valeur ou autres dépôts effectués. En pratique, il a été indiqué que cette fiche d'inventaire était signée par le patient s'il était en état ou bien par un personnel soignant. Pour autant, les contrôleurs ont pu consulter le dernier dépôt, daté du 15 mai 2013. Le reçu de dépôt était signé à la fois par le patient et l'infirmier. Les objets déposés étaient trois cartes bancaires ;
- un « reçu de dépôt » avec les mêmes mentions, conservé par le dépositaire ;

- une « quittance de restitution » (« exemplaire à remettre au déposant lors de sa sortie ») ;
- une « quittance de restitution (souche) ».

Les papiers, chéquiers, cartes bancaires sont rangés dans des enveloppes en papier kraft au nom des patients, elles-mêmes conservées dans un coffre situé au sein du service des admissions. Les liquidités sont triées et entreposées dans une caisse qui devrait être placée dans le coffre ; durant la journée, celle-ci se trouve en réalité dans le caisson du bureau de l'agent concerné, afin de répondre plus rapidement aux besoins des patients.

En dehors des heures où le service des admissions est ouvert, les biens sont conservés dans un autre coffre au standard (qui lui est ouvert 24 h sur 24, 7 jours sur 7). Est alors noté, sur un cahier, le service qui a procédé au dépôt et le ou les objets déposés. Le lendemain, un inventaire est effectué par une personne du service des admissions et un personnel soignant, dans les conditions ci-dessus exposées.

Si un patient souhaite faire un retrait d'argent, il doit venir avec un « bon de retrait », daté et signé par un soignant, précisant la somme demandée. L'agent du service des admissions consulte alors informatiquement le compte du patient, constitué à son entrée, grâce au logiciel appelé *CEGI*, aux fins de vérifier que le compte concerné est bien approvisionné. A ce stade, selon les informations recueillies, il n'y a aucun contact avec le service des tutelles éventuellement chargé de la protection juridique du patient.

Si le patient souhaite récupérer sa carte bancaire pour effectuer un retrait d'espèces à l'extérieur de l'établissement, l'agent du service des admissions demande alors que le patient soit accompagné d'un témoin (un personnel soignant) afin d'éviter toute contestation ultérieure en cas de perte.

Selon les informations recueillies, aucun patient n'a déposé, ces dernières années, d'objets de valeur (bijoux notamment).

Au jour du contrôle, quatre-vingt sept patients étaient titulaires d'un compte-dépôt. Le solde le plus important était de 1 656,08 euros et le moins important d'un euro (en moyenne 19 euros).

3.2 L'information du patient

3.2.1 Les informations données au patient à l'admission

Dans le formulaire d'information préalable du patient (cf. § 3.1.1), le directeur indique :

« Conformément au code de la santé publique, notamment à l'article L.3211-3, je vous informe que vous disposez du droit :

- de communiquer avec les autorités administratives ou judiciaires suivantes :
 - le représentant de l'Etat dans le département ;
 - le président du tribunal de grande instance du ressort de votre domicile ;
 - le procureur de la République ;
 - le maire de votre commune ;

- de saisir la commission départementale des soins psychiatriques [dont l'adresse postale est précisée] ;
- de saisir la commission des relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge ;
- de porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté, des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence ;
- de prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de votre choix ;
- d'émettre ou recevoir des courriers ;
- de consulter le règlement intérieur de l'établissement et de recevoir les explications qui s'y rapportent ;
- d'exercer votre droit de vote ;
- de vous livrer aux activités religieuses ou philosophiques de votre choix ».

Le formulaire de notification de la décision initiale d'ASPD mentionne également : « (...) si votre hospitalisation complète venait à se poursuivre au-delà des délais prévus à l'article L.3211-12-1, le directeur de l'établissement saisira le juge des libertés et de la détention conformément audit article. Cette information, conformément aux dispositions de l'article L.3212-5 du code de la santé publique, sera adressée au représentant de l'Etat du département des Côtes-d'Armor, aux procureurs de la République de Saint-Malo et Saint-Brieuc, à la commission départementale des soins psychiatriques, à la personne ayant demandé les soins ». Sont ensuite rappelés les droits ci-dessus exposés.

Enfin, **chacune des décisions ultérieures concernant le patient (mainlevée ou maintien d'une mesure)**, également notifiée directement à l'intéressé *via* des formulaires dédiés, fait état de la situation juridique du patient et rappelle une nouvelle fois les droits dont il dispose (les mêmes que ceux figurant déjà dans le formulaire d'information préalable).

Lorsque le patient est admis, la création de son dossier dans la base informatique génère automatiquement **un formulaire intitulé « information au sujet de vos droits »**, ainsi libellé : « Monsieur ou Madame..., vous êtes actuellement pris en charge au CH Saint Jean de Dieu et à ce titre, vous bénéficiez des dispositions prévues par la loi n° 2002-203 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Cette loi prévoit notamment, les dispositions suivantes à savoir :

- 1- le droit au respect de votre vie privée et du secret des informations vous concernant (article L. 11-4). De fait, vous avez la possibilité de refuser que votre présence soit divulguée, que des informations vous concernant soient transmises à vos proches, vos ayants droits ou à d'autres professionnels de santé ;
- 2- le droit d'être informé sur votre état de santé par tout professionnel de santé dans le champ de ses compétences ou au contraire, le droit de refuser d'être informé (article L. 11-2) ;
- 3- le droit d'exprimer votre volonté sur les soins qui vous sont proposés aucun acte médical, ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ;

- 4- le droit de désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou votre médecin traitant. Cette désignation se fait par écrit et est révocable à tout moment (art. L.11.6) ;
- 5- le droit d'accès à l'ensemble des informations vous concernant, à l'exception des informations recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers (art. L.11-7) ;
- 6- l'établissement accueille des étudiants stagiaires. Ceux-ci sont amenés à participer aux soins des personnes hospitalisées, sous la responsabilité du personnel soignant. Vous serez systématiquement sollicité pour donner votre accord/refus sur le fait qu'un stagiaire participe aux soins vous concernant.

Pour toute demande d'information ou de renseignement complémentaire concernant les dispositions de cette loi, vous pouvez vous adresser au médecin, au cadre de santé de l'unité ou à un personnel infirmier de l'équipe soignante. Toute expression de refus fera l'objet d'un recueil sur le document signé ».

Il est important d'indiquer, en outre, que les personnels du CH Saint Jean de Dieu ont été sensibilisés aux droits des patients : d'une part, au premier semestre 2009, un peu plus de cinquante professionnels ont bénéficié d'une formation sur ce thème, qui fait aujourd'hui l'objet d'un document synthétique susceptible d'être distribué ; d'autre part, le centre hospitalier a créé des fiches d'information sur plusieurs thèmes, comme la personne de confiance, le consentement éclairé, mais aussi la question des informations concernant le patient, qui peuvent être distribuées aux personnels.

3.2.2 Le recueil des observations des patients

A la différence de ce qui est fait dans d'autres établissements – où les observations des patients sont recueillies oralement et dont il est fait état dans les certificats médicaux au moyen d'une formule-type – le recueil des observations des patients est formalisé.

Dans le formulaire d'information préalable aux décisions préfectorales d'admission, maintien et modification de prise en charge, mis en place au CH Saint Jean de Dieu (cf. § 3.1.1 et 3.3.5.2), une case est réservée aux observations éventuelles du patient. Les contrôleurs – qui ont consulté des dossiers administratifs de patients – ont pu constater que certains utilisaient cette faculté. Ainsi, un patient a confirmé avoir été « informé du document ». Un autre a expliqué : « de toute façon, documents faits ou non, je suis toujours hospitalisé en SDRE ». Un troisième a ajouté : « rien ne va plus ! ».

De même, sur l'arrêté préfectoral d'ASPDRÉ, un tableau a été ajouté *in fine* pour permettre sa notification au patient (cf. § 3.1.1) : une case est réservée aux observations du patient, parfois renseignée. Un patient a ainsi indiqué : « on continue tous les quinze jours etc. Sommes conscient des aboutissants ».

3.2.3 Les informations données à l'arrivée dans l'unité – le livret d'accueil

La dernière version du livret d'accueil a été rédigée en novembre 2012.

Il s'agit d'un document broché intitulé « livret d'accueil patient » comportant trente-huit pages. Il est commun aux trois pôles (Dinan, Saint-Brieuc et pédopsychiatrie).

Le livret d'accueil comporte :

- un « mot du directeur » présentant notamment l'établissement de santé privé d'intérêt collectif et les trois pôles ;
- l'histoire de la fondation Saint Jean de Dieu ainsi que les cinq valeurs de l'ordre (cf. §2.1) ;
- la présentation du centre hospitalier ;
- la sectorisation psychiatrique avec la délimitation des secteurs 22 G 04, G 05 et G 06 ;
- l'offre de soins dans les trois pôles avec les coordonnées de chaque site et un plan pour y accéder ;
- les modes de prise en charge psychiatrique avec les voies de recours pour contester une mesure de soins sans consentement. Y figurent les coordonnées du juge des libertés concernant les patients du site de Dinan au TGI de Saint – Malo et celui compétent pour les patients admis à Saint-Brieuc, au TGI de cette ville. L'adresse de la commission départementale des soins psychiatriques est également indiquée ;
- des indications concrètes concernant le séjour du patient sur :
 - l'admission ;
 - les frais de séjour : y figure notamment le tarif des prestations : une journée d'hospitalisation complète d'un adulte coûte 397,95 euros, celle d'un enfant, 826,59 euros ;
 - les repas : il est précisé notamment que les horaires sont indiqués dans les règlements intérieurs des unités ;
 - la salle de télévision : son utilisation est précisée par le règlement intérieur de l'unité ;
 - les effets personnels, conservés par les patients qui ont la charge de leur entretien ;
 - le téléphone : des *points phone* sont à disposition dans la majorité des unités ; les téléphones portables peuvent être utilisés sauf restriction médicale ; l'atteinte à l'intimité de la vie d'autrui est punie. Photos, films, enregistrements... sont interdits ;
 - le courrier : une boîte à lettres est à disposition à l'accueil. Chaque jour, le courrier est relevé et distribué ;
 - les visites (sans en préciser les horaires) qui sont subordonnées à l'état de santé et à l'organisation du service ;
 - le culte : les coordonnées de l'aumônerie y figurent ;
 - les cafétérias avec les horaires d'ouverture ;
- les règles de vie collective sur :
 - l'hygiène ;

- les conseils en matière de dépôt des valeurs ;
- l'inventaire des effets personnels à l'arrivée ;
- le respect de la législation sur le tabac ;
- l'interdiction des boissons alcoolisées, les substances toxiques, les armes ;
- les consignes de sécurité ;
- la sortie : en fonction de l'état de santé et soumise à avis médical. En cas de nécessité, une prescription médicale sera effectuée pour un transport en véhicule sanitaire ;
- les droits et l'information du patient sont précisés dans les domaines suivants :
 - la charte de la personne hospitalisée ;
 - la personne de confiance ;
 - la confidentialité des informations ;
 - l'accès au dossier médical ;
 - la protection juridique ;
 - les plaintes et réclamations.

A la fin du livret, se trouvent la charte de la personne hospitalisée et la charte européenne de l'enfant hospitalisé indiquant les droits des enfants hospitalisés.

Au sein du livret sont insérés trois documents relatifs :

- à la commission des relations avec les usagers et de la prise en charge avec le nom des membres de la commission et l'adresse des groupes d'entraide mutuelle (cf. § 3.9) ;
- au comité de lutte contre la douleur ;
- aux résultats qualité de l'établissement avec les résultats de l'enquête de satisfaction de l'année 2011.

3.2.4 L'information sur la visite des autorités

Il n'a pas été fait état de difficultés particulières : les patients ont été correctement avisés de la visite de la commission départementale des soins psychiatriques lorsque ses membres se sont déplacés en 2012 (cf. § 3.4).

3.3 Le contrôle du juge des libertés et de la détention

3.3.1 L'avis préalable des médecins

3.3.1.1 L'avis conjoint

A l'examen des registres (cf. § 3.5), il est apparu que les avis conjoints étaient très souvent du « copier/coller » par rapport aux autres certificats médicaux rédigés pour un même patient. L'explication fournie est la suivante : cet avis est établi en même temps que le certificat de huitaine afin de ne pas l'oublier.

3.3.1.2 Le collège des professionnels de santé

Un protocole daté du mois d'août 2011 précise les hypothèses dans lesquelles le collège se réunit ainsi que ses modalités de fonctionnement.

Il est notamment précisé que le directeur de l'établissement ou son délégataire fixe pour chaque situation la formation du collège, en désignant nommément :

- le psychiatre responsable à titre principal du patient dont la situation est examinée ou, à défaut, un autre psychiatre participant à sa prise en charge ;
- un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient, après sollicitation du cadre supérieur de santé du pôle ou, à défaut, le responsable du service de soins infirmiers adjoint ;
- un psychiatre qui ne participe pas à la prise en charge du patient, après avis du président ou du vice-président de la CME.

En pratique, selon les informations recueillies, les médecins s'auto-désignent dans chaque unité et c'est le cadre de santé qui est présent au titre de l'équipe pluridisciplinaire.

Le directeur de l'établissement ou son délégataire adresse ensuite une convocation au collège – par tout moyen – indiquant le nom, prénom, qualité des trois membres désignés, l'ordre du jour et, pour chaque patient, la date avant laquelle l'avis doit être rendu (cinq jours au plus à compter de la date de la convocation du collège).

Selon les informations recueillies, sur le site de Saint-Brieuc, le collège rencontre systématiquement les patients ; sur le site de Dinan, ces entretiens sont aléatoires.

Le collège rend un avis – sous une forme préalablement établie – qui mentionne :

- le nom et la qualité des membres présents ;
- les dossiers traités au cours de la séance ;
- l'avis pris pour chacun des dossiers.

Cet avis est validé par le secrétaire de séance. Tout membre du collège peut demander qu'il soit fait mention de son désaccord avec l'avis rendu.

L'avis est ensuite transmis par tout moyen au directeur de l'établissement ou son délégataire qui lui-même transmet au préfet ou au JLD, selon les cas.

3.3.2 L'information dispensée aux personnels relative à la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

Selon les informations recueillies, dès avant l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011 précitée, des réunions préparatoires avaient été organisées. Une cellule appelée la cellule de suivi des mesures de soins psychiatriques a ainsi été créée. Elle a réuni la préfecture, l'ARS, les forces de l'ordre, les magistrats du siège (JLD) et du parquet du TGI de Saint-Brieuc. N'étaient pas présents en revanche les membres des deux barreaux concernés qui ne se seraient pas déplacés. De même, en interne, un travail conséquent – afin de mettre en place les trames des certificats, les procédures provisoires etc. – a été effectué par la direction et le service des admissions avec le président de la CME et le département d'information médicale (DIM).

Des sessions de formation ont été organisées à destination des infirmiers et des médecins. Des brochures explicatives ont été distribuées.

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'une seule réunion de la cellule de suivi avait eu lieu postérieurement à l'entrée en vigueur de ladite loi et que, si l'application de ce texte n'avait pas posé de réelles difficultés aux différents interlocuteurs rencontrés (« on n'a pas eu de dysfonctionnement majeur »), de nouveaux problèmes juridiques étaient apparus depuis, « parfois très lourds à régler » ; selon les informations recueillies, la cellule de suivi pourrait se réunir à nouveau.

Une conférence a néanmoins eu lieu en octobre 2012, réunissant notamment le président de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), des représentants du préfet, le président du TGI de Saint-Brieuc et un philosophe pour échanger sur les pratiques.

Au premier trimestre 2013, l'Ecole nationale de la magistrature a invité, à l'une de ses sessions de formation continue déconcentrée, les établissements de santé de la région Bretagne ; lors de cette réunion, les JLD ont tenu à préciser qu'ils seraient désormais « regardants » sur les vices de forme des arrêtés préfectoraux et des décisions d'admission, ce contentieux leur étant désormais dévolu.

3.3.3 Les modalités d'organisation des audiences

S'agissant du site de Dinan, le tribunal compétent est celui de Saint-Malo, distant d'une trentaine de kilomètres. Selon les informations recueillies, les magistrats seraient hostiles à la visioconférence et ne souhaiteraient pas se déplacer ; les patients sont donc conduits au tribunal. Compte tenu de la distance, ils sont tous convoqués à la même heure alors que les audiences auront lieu durant toute la demi-journée. Ainsi, le vendredi 17 mai 2013, trois patients étaient initialement convoqués à 15h au TGI de Saint-Malo ; ils devaient se rendre au tribunal avec un véhicule léger de neuf places.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « les magistrats ne sont pas hostiles à la visioconférence, en effet la mise en place est prévue lors du dernier trimestre 2013. Les agents des admissions ont été récemment assermentés pour mettre en place cette modalité d'audience. S'agissant des déplacements, les magistrats font valoir une contrainte temporelle et matérielle pour ce déplacement ».

Les patients peuvent aussi être escortés jusqu'au tribunal par les forces de l'ordre. Le préfet les requiert à la demande de l'hôpital et lorsqu'il l'estime opportun. Pour l'un des patients devant se rendre à l'audience du TGI de Saint-Malo le 17 mai 2013, le préfet avait souhaité une escorte. Pour autant, l'établissement n'en avait pas fait la demande. La préfecture a demandé à l'établissement de solliciter l'escorte, dans le but de justifier cette intervention auprès du groupement de gendarmerie compétent.

Sur le site de Saint-Brieuc, il a été expliqué que des crédits avaient été alloués pour la visioconférence mais qu'en l'état, il n'était pas question qu'elle soit utilisée pour les audiences devant le JLD. Au départ, le président de la juridiction – qui faisait office de JLD – se déplaçait d'ailleurs à l'hôpital. Remplacé à son départ en retraite par trois magistrats, ces derniers se déplacent ou bien siègent au tribunal en fonction des trois établissements de santé concernés. S'agissant des patients du CH Saint Jean de Dieu admis sur le site de Saint-Brieuc, les audiences ont lieu au TGI, notamment parce que celui-ci est situé très près de l'hôpital (cf.

infra). En outre, la position des médecins serait la suivante : la justice n'a pas à pénétrer à l'hôpital, ni directement ni par l'intermédiaire de la visioconférence ; « il y a un lieu pour toute chose ».

Dans un cas comme dans l'autre, le préfet avait souhaité, au début de l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011, être représenté à l'audience par l'agence régionale de santé ; selon les informations recueillies, « les décisions des JLD ne réservant pas de surprises », cette pratique n'est plus usitée. Les mémoires et pièces de la préfecture sont donc transmis par courriel à la juridiction de Saint-Malo et par télécopie à celle de Saint-Brieuc.

S'agissant des avocats, il est apparu que ces derniers étaient peu présents.

Par délibération du conseil de l'ordre des avocats au barreau de Saint-Brieuc en date du 6 septembre 2011, il a été décidé⁶ que les avocats n'interviendraient pas au titre de la commission d'office, d'une part, parce que leur mandat était délicat et que, dans un certain nombre de cas, ils ne rencontraient même pas le patient et d'autre part, parce que l'indemnisation dont ils pouvaient faire l'objet dans ce cadre ne comprenait pas les frais de déplacement. C'est pourquoi, en pratique, les avocats du barreau de Saint-Brieuc ne seraient désignés que lorsque les audiences ont lieu au palais de justice ; dans cette hypothèse, ce seraient alors les membres du conseil de l'ordre qui défendraient les patients. Il a été indiqué que, jusqu'à très récemment, aucun avocat n'était spécialisé dans ce type de contentieux. Au cours du premier trimestre 2013, un avocat connaissant bien ce domaine se serait installé dans le ressort.

Un avocat du barreau de Saint-Malo/Dinan⁷ a pu être joint téléphoniquement par les contrôleurs. Il a expliqué que deux avocats sont de permanence sur le secteur de Saint-Malo du vendredi midi au vendredi de la semaine suivante, jour et nuit, un troisième sur le secteur de Dinan. Peu de demandes d'avocats commis d'office – et jamais d'avocats choisis – ne seraient présentées. Le ressenti des avocats serait le suivant : « on est un alibi. On est obligé de se ranger derrière un avis médical qui nous dépasse ».

En outre, l'information relative à l'assistance d'un avocat est donnée oralement au patient ; à la différence de ce qui existe dans d'autres établissements, aucun formulaire n'est rempli par le médecin ou le cadre de santé, qui préciserait, d'une part, la capacité ou non du patient à se rendre à l'audience ou à être entendu *via* un système de visioconférence, d'autre part, la volonté d'être assisté ou non par un avocat.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « Le médecin précise dans l'avis conjoint la capacité ou non du patient à se rendre à l'audience. A la date de la visite, la visioconférence n'étant pas mise en place, le formulaire spécifique n'était pas diffusé, bien que rédigé. La volonté d'être assisté ou non par un avocat n'est pas tracée dans un document spécifique. Néanmoins, cette information est systématiquement sollicitée par le

⁶ Dix voix pour « l'arrêt des désignations par le bâtonnier au titre de la commission d'office pour les procédures en matière d'hospitalisation d'office », deux voix contre et trois abstentions.

⁷ La fusion de l'ancienne juridiction de Dinan avec le TGI de Saint-Malo est effective depuis le 1^{er} janvier 2011. Un nouveau barreau issu de la fusion a été créé : le barreau de Saint-Malo/Dinan qui regroupe donc tous les avocats de Saint-Malo et Dinan. Il compte désormais soixante membres. Des permanences sont organisées avec, automatiquement, trois avocats d'astreinte par semaine.

service des admissions, auprès des soignants. Ainsi, le bordereau de saisine du Juge des Libertés et de la détention, fait mention de l'identité de l'avocat, dans l'hypothèse où le patient en ait choisi un. Si le patient ne se présente pas à l'audience, suite à une contre-indication médicale, un avocat commis d'office sera désigné par le TGI ».

3.3.4 Le déroulement de l'audience du 14 mai 2013 au tribunal de Saint-Brieuc

Le 14 mai 2013 dans l'après-midi, les contrôleurs ont accompagné un patient admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat, depuis son unité d'hospitalisation jusqu'au tribunal de grande instance de Saint-Brieuc. Ils ont assisté à l'audience prévue après six mois d'admission en hospitalisation complète.

Selon les informations recueillies, les patients (en général pas plus de trois) sont convoqués à la même heure mais l'ambulance vient les chercher l'un après l'autre, au fur et à mesure du déroulé des audiences, de telle sorte qu'ils n'attendent pas.

Les ambulanciers sont toujours les mêmes : cinq font ainsi régulièrement les trajets jusqu'au tribunal.

Outre l'ambulancier, le patient était accompagné par un infirmier de l'unité ; en principe, il s'agit d'un des infirmiers de journée, chacun à tour de rôle étant dès lors susceptible de se rendre au tribunal.

Ce jour-là, l'ambulance était stationnée devant l'unité Notre-Dame à 15h35. Elle est arrivée devant l'entrée réservée aux véhicules du palais de justice à 15h42. Cette entrée est bloquée par une barrière. Un interphone permet aux conducteurs de se présenter. « Ambulance pour le JLD » a-t-il été ainsi indiqué. La barrière s'est remontée et l'ambulance a pénétré dans le parc public qui entoure le palais de justice, appelé parc des promenades. Des personnes étaient assises sur les pelouses au soleil. L'ambulancier s'est garé là où il pouvait et non sur une place de stationnement ; de nombreux véhicules entouraient le palais de justice et aucune place n'était réservée notamment aux ambulances venant des établissements de santé.

L'ambulancier, l'infirmier et le patient ont pénétré dans le palais de justice par la porte principale, en évitant le portique de sécurité. Pour autant, l'ambulancier a expliqué aux contrôleurs qu'il passait en principe systématiquement sous le portique de sécurité et le patient également.

Arrivés dans la salle des pas-perdus de taille réduite, ils ont tout de suite obliqué à gauche et ont croisé, sur leur chemin, des gendarmes en tenue. Ils ont pris un escalier et sont arrivés au niveau 1, réservé à l'instruction et à la chambre du conseil équipée de matériel de visioconférence.

Ils ont attendu moins de deux minutes avant que le juge ne les appelle. L'ambulancier est resté à l'extérieur, assis sur des bancs en bois face à la salle, tandis que l'infirmier et le patient pénétraient dans le bureau 119, appelé « salle des délibérations » et effectivement équipé de matériel de visioconférence. Le juge des libertés et de la détention était en robe. La porte de la salle a été refermée derrière eux. Le patient s'est assis face au juge, l'infirmier à côté de lui, à sa droite. Le patient n'avait pas d'avocat ; à ce propos, l'infirmier présent a indiqué n'avoir jamais vu d'avocat, tout comme l'ambulancier. Le patient ne venait pas au tribunal pour la première fois. L'audience a débuté à 15h47 et s'est terminée à 16h05 ; elle a

donc duré 18 mn. Les questions posées par le JLD étaient simples : « si vous sortiez, vous iriez où ? » ; « si vous sortiez, vous prendriez vos médicaments ? » ; « vous êtes bien là où vous êtes ? ». Le patient a alors répondu : « ce qui me pose problème, c'est d'être enfermé dans ma chambre tous les jours ». Le JLD a continué : « vous n'avez rien d'autre à me dire ? ». « Si », a répondu le patient, « j'aimerais faire un stage de dessin ». Le JLD s'est alors tourné vers l'infirmier présent : « ça, ce n'est pas possible ? ». Puis, le juge a indiqué au patient qu'il allait réfléchir, rendre la décision en fin d'après-midi et l'envoyer directement à l'hôpital. Une poignée de mains a été échangée entre le juge et le patient.

En ressortant du tribunal, la salle des pas perdus était occupée par du public, des avocats en robe et des justiciables, parce qu'une audience était probablement en cours ou sur le point de commencer à proximité. Le patient a sauté plusieurs marches, devant les yeux étonnés des personnes présentes.

L'ambulance était de retour devant l'unité Notre-Dame à 16h17 (soit 42 mn au total, entre le trajet aller-retour et l'audience). « J'ai donné des nouvelles au juge » a expliqué le patient à ceux qui étaient présents dans le hall de l'unité.

3.3.5 La levée des mesures de contrainte

3.3.5.1 Les levées décidées par le préfet

Selon les informations recueillies dans les unités, lorsque les médecins demandent une mainlevée d'une mesure d'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat, le préfet refuse systématiquement, y compris lorsque cette personne est d'accord pour être admise en soins libres. La plupart du temps, le préfet « imposerait » un programme de soins. Seraient ainsi refusées les sorties dites sèches, c'est-à-dire sans accompagnement, notamment lorsqu'initialement l'ASPDRE a été décidée parce que le patient était en rupture de soins. Il arriverait néanmoins, pour ces situations, que des contacts directs aient lieu entre le directeur de cabinet du préfet et les médecins.

Il a également été expliqué que les décisions du préfet étaient fonction du contenu des certificats médicaux : lorsque les certificats sont très circonstanciés, le préfet ne pourrait que suivre l'avis des médecins ; à l'inverse, lorsque ces derniers sont peu motivés, le préfet aurait tendance, de fait, à se fonder sur les faits à l'origine de l'admission et à refuser la mainlevée de la mesure.

En tout état de cause, à la différence de ce qui a pu être observé dans d'autres départements par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, de véritables lettres de refus sont formalisées et adressées au directeur de l'établissement en vue de l'information du patient, avec copie à l'ARS.

Enfin, aucun désaccord entre un médecin psychiatre et le préfet n'a dû être tranché par le JLD dans le département des Côtes-d'Armor.

3.3.5.2 Les levées ordonnées par les juges des libertés et de la détention

Les contrôleurs ont examiné l'ensemble des dossiers des patients ayant fait l'objet d'une mesure de mainlevée ordonnée par le juge des libertés et de la détention, soit cinq dossiers.

Les mainlevées ont été ordonnées pour les raisons suivantes : non-respect des délais, motivation insuffisante de l'arrêté préfectoral et, dans les trois autres cas, le JLD a considéré,

sur le fond, que la poursuite de la mesure d'hospitalisation sans consentement n'était pas justifiée. Sauf dans un cas, la décision judiciaire prévoit que la mainlevée est différée de 24 heures afin de permettre, le cas échéant, à l'établissement de mettre en place un programme de soins⁸.

Ces différentes situations – exposées dans l'ordre chronologique – peuvent être ainsi résumées :

- 1) par une ordonnance du 12 octobre 2012, le juge des libertés et de la détention de Saint-Malo a ainsi motivé sa décision de mainlevée : « Il résulte de l'avis conjoint rendu le 5 octobre 2012 (...) qu'en raison d'une multiplication d'alcoolisations massives à son domicile, à base de produits alcooliques dangereux (alcool modifié acheté en pharmacie), Monsieur V... présente une impulsivité et un besoin impérieux à consommer et qu'étant non consentant aux soins, la poursuite de son hospitalisation psychiatrique complète est nécessaire. Lors de l'audience, Monsieur V... reconnaît ses alcoolisations répétées et massives, et souhaite avant tout être hospitalisé dans un centre d'alcoologie, qui convient mieux à ses problèmes. Il apparaît que Monsieur V... a pleinement pris conscience de ses problèmes d'alcoolisations massives et souhaite réellement se soigner, d'une part, et d'autre part, que son admission dans un centre spécialisé dans ce domaine, serait plus adapté. Il convient dès lors d'ordonner la mainlevée de la mesure d'hospitalisation psychiatrique complète dont fait l'objet Monsieur V... » ;
- 2) par une ordonnance du 23 octobre 2012, le JLD de Saint-Malo a considéré que : « il résulte de l'avis conjoint rendu le 17 octobre 2012 (...) que Madame Z... a été hospitalisée en raison d'une recrudescence délirante à tonalité de persécution mystique et paranoïaque, d'une conviction délirante d'être enceinte, et qu'en dépit d'un certain apaisement en institution, elle n'a aucune critique de son état, que l'adhésion aux soins n'est pas acquise, et donc que la poursuite de son hospitalisation psychiatrique complète est nécessaire. Lors de l'audience, Madame Z... estime son hospitalisation injustifiée et la ressent comme une "condamnation". Elle reconnaît qu'elle n'est pas et ne peut, en l'occurrence, absolument pas être enceinte, qu'elle a dû présenter les symptômes d'une grossesse nerveuse. Elle se sent mieux maintenant et trouve qu'elle n'a pas sa place à l'hôpital. Il apparaît que l'état de santé de Madame Z... s'est suffisamment amélioré depuis l'avis sus-évoqué qui date d'une semaine, pour que le maintien de son hospitalisation complète ne s'avère plus nécessaire. Il convient dès lors d'ordonner la mainlevée de la mesure d'hospitalisation psychiatrique complète dont fait l'objet Madame Z... ».

Dans ce dossier, le procureur de la République a fait un appel suspensif⁹. Le premier président de la cour d'appel de Rennes a considéré qu'il n'y avait pas lieu de donner à l'appel du procureur de la République un effet suspensif : s'il résultait des certificats médicaux, y compris de celui transmis par le directeur de l'établissement à

⁸ Comme le prévoit l'article L. 3211-2-1 du code de la santé publique.

⁹ Il a demandé que - jusqu'à ce que la cour d'appel se soit prononcée - l'effet du jugement rendu par le juge de première instance soit suspendu.

l'appui de ses observations en appel, ainsi que de l'avis conjoint des deux psychiatres, que l'état de santé de Madame Z... ne permettait pas l'expression de son consentement et nécessitait la poursuite de soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète, il n'existait pas de risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui, dès lors Madame Z... devait être remise en liberté. En revanche, statuant au fond, en l'absence de Madame Z... qui n'avait pas comparu, il infirmait l'ordonnance rendue en premier ressort, reprenant un à un le contenu des différents certificats produits mais constatant aussi que Madame Z... - qui n'avait pas comparu à l'audience - n'avait fourni aucun élément d'appréciation contradictoire.

Les deux médecins qui ont rédigé l'avis conjoint sont les mêmes que dans le dossier précédent, tout comme le JLD ;

- 3) par ordonnance du premier président de la cour d'appel de Rennes, en date du 1^{er} mars 2013, rendue sur appel de l'avocat du patient qui entendait contester le maintien de la mesure d'admission en soins psychiatriques sans consentement, il a été décidé la mainlevée d'une mesure d'ASPDRE aux motifs que :
 - a. « (...) les avis médicaux invoqués qui, pour justifier le défaut de présentation de Monsieur B... à l'audience du tribunal de grande instance de Saint-Malo, évoquaient les difficultés que pouvait représenter le transport de celui-ci compte tenu de ses troubles et d'un risque potentiel d'un raptus agressif, n'établissent pas en quoi son intérêt pouvait être compromis par son audition par le juge des libertés et de la détention » ;
 - b. « il ne ressort pas des pièces produites par le préfet au soutien de sa saisine du juge des libertés et de la détention, et pas davantage lors des débats en appel, que Monsieur B... a été avisé au préalable, aux fins de recueil de ses observations, du projet de décision préfectorale d'admission en hospitalisation complète en date du 11 février 2013. Il n'en ressort pas non plus, faute de récépissé daté et signé de l'intéressé, que Monsieur B... a été informé de cette décision et des raisons qui la motivaient alors que l'arrêté en cause se borne, quant à sa motivation, à indiquer qu'il s'approprie les termes du certificat médical initial (...), lequel ne faisait quant à lui que reproduire les termes de l'article L. 3213-1 du code de la santé publique sans préciser, malgré l'exigence expresse de ces dispositions, les circonstances de l'espèce qui rendaient l'admission en soins nécessaire. Il n'est pas davantage établi que Monsieur B... s'est vu notifier l'arrêté de maintien de la forme de prise en charge du 13 février 2013, ni encore qu'il a reçu, dans les deux cas, les informations requises quant à ses droits et aux règles de procédure applicables. Ces vices sont de nature à porter effectivement atteinte aux droits de Monsieur B..., de sorte que la procédure doit être considérée comme irrégulière et, dès lors, la mesure d'hospitalisation complète ne peut être maintenue sans le consentement de l'intéressé ;
 - c. l'arrêté municipal provisoire, daté du 9 février 2013, ne mentionne, ni aucun autre élément produit aux débats, l'heure à laquelle elle a été prise de sorte qu'il ne peut être vérifié que l'arrêté du préfet, daté lui-même du 11 février

2013, est intervenu dans les quarante-huit heures de la décision initiale comme prévu à l'article L. 3213-2 à peine de caducité de la mesure provisoire. « Ce vice de procédure est également de nature à porter effectivement atteinte aux droits de Monsieur B..., et la mesure d'hospitalisation complète ne peut, pour ce motif également, être maintenue contre la volonté de celui-ci ;

A la suite de cette décision, la mesure d'hospitalisation complète de Monsieur B... a donc pris fin le 2 mars 2013 à 15h30. Par arrêté du 2 mars 2013 à 16h12, le préfet des Côtes-d'Armor a ordonné l'admission en soins psychiatriques sous la forme initiale d'une hospitalisation complète en vertu d'un certificat médical en date du 1^{er} mars 2013, établi par le médecin généraliste de l'établissement.

Par ordonnance du 15 mars 2013, le juge des libertés et de la détention a considéré que le certificat médical initial ayant été rédigé par un médecin du centre hospitalier Saint Jean de Dieu, établissement dans lequel Monsieur B... était hospitalisé, la procédure d'admission en hospitalisation complète de l'intéressé était irrégulière en la forme et qu'il en était résulté une atteinte aux droits de l'intéressé. La mesure d'hospitalisation complète était levée et un programme de soins, mis en place.

Par ordonnance du premier président de la cour d'appel de Rennes, rendue le 22 mars 2013 sur appel du patient, il a été décidé que le préfet des Côtes-d'Armor pouvait, au vu du certificat médical du médecin généraliste qui concluait que les troubles mentaux de Monsieur B... compromettaient la sûreté des personnes ou portaient atteinte, de façon grave, à l'ordre public, prononcer l'admission de celui-ci en hospitalisation complète le 2 mars 2012. En outre, il n'était pas établi que le patient avait été indûment privé de sa liberté de quitter le centre hospitalier une fois le délai de vingt-quatre heures expiré. L'ordonnance du JLD en date du 15 mars 2013 était donc infirmée.

Une nouvelle mesure d'ASPDRE était prise le 24 avril 2013,

Le 7 mai 2013, le JLD de Saint-Malo était une nouvelle fois amené à statuer. Il indiquait que Monsieur B... avait été conduit et maintenu de force à l'hôpital et placé en chambre d'isolement, avant que la prise en charge le concernant ait été préalablement transformée en hospitalisation complète. Il convenait dès lors de constater que la procédure de réadmission en hospitalisation complète de l'intéressé par arrêté préfectoral du 24 avril 2013 était irrégulière. Ce vice de forme était, selon lui, de nature à porter atteinte aux droits de Monsieur B..., son hospitalisation complète ne pouvait dès lors être maintenue sans son consentement. La mainlevée de la mesure était une fois de plus ordonnée.

Le 7 mai, à 17h55, le préfet des Côtes-d'Armor mettait fin à la mesure de soins psychiatriques.

Le 7 mai à 17h55, le préfet ordonnait à nouveau l'admission en soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète de Monsieur B...

Le 17 mai 2013, dernier jour de la visite des contrôleurs, la situation de Monsieur B... devait être à nouveau examinée par le JLD de Saint-Malo ;

- 4) par une ordonnance du 16 avril 2013, le JLD de Saint-Brieuc a ordonné la mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète au motif que « si l'arrêté du préfet des Côtes-d'Armor en date du 5 avril 2013 fait état du risque d'atteinte à la sûreté des personnes ou, de façon grave, à l'ordre public, aucun élément de fait n'est développé ou justifié qui permettrait de connaître les motifs de cette décision, la référence faite au seul certificat (initial) dont l'arrêté reprend les termes mot à mot, étant insuffisante à connaître les éléments de fait nécessaires à juger le risque d'atteinte à la sûreté des personnes ou à l'ordre public ». L'arrêté mentionnait ainsi : « Madame Y... présente des troubles du comportement se manifestant par une paranoïa, voire une persécution vis-à-vis de son entourage avec une agressivité soutenue dans un contexte d'alcoolisation aiguë ; considérant qu'il résulte du contenu du certificat médical du docteur B, joint au présent arrêté et dont je m'approprie les termes, que les troubles mentaux présentés par Madame Y... nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public et rendent nécessaire son admission en soins psychiatriques » ;
- 5) par une ordonnance du 14 mai 2013, le JLD de Saint-Malo a « constaté » que la mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète était acquise. Un patient avait « été placé, sans son consentement, sous le régime de l'hospitalisation psychiatrique complète (...). La requête de Monsieur le Préfet des Côtes-d'Armor (était) en date du 13 mai 2013 et (...) parvenue au tribunal par le biais de la messagerie électronique le même jour, en début d'après-midi ; aucune circonstance exceptionnelle ne (justifiait) cette saisine tardive¹⁰ et le débat ne (pouvait) avoir lieu dans le respect des droits de la défense ».

3.4 La commission départementale des soins psychiatriques

La composition de l'actuelle commission départementale des soins psychiatriques (CSDP) des Côtes-d'Armor est fixée par un arrêté préfectoral du 30 septembre 2011.

Elle est constituée de cinq membres¹¹, désignés pour trois ans renouvelables :

- deux médecins psychiatres, l'un exerçant en libéral à Saint-Brieuc, l'autre au centre hospitalier de Plouguernével ;
- un vice-président du tribunal de grande instance de Saint-Brieuc, juge des libertés et de la détention ;
- un seul représentant d'associations agréées, au lieu de deux : la présidente de l'union nationale des amis et familles des malades psychiques (UNAFAM) des Côtes-d'Armor ;
- un médecin retraité, désigné par le préfet, ès-qualité de médecin généraliste.

¹⁰ C'est-à-dire la veille de l'audience.

¹¹ Selon les dispositions de l'article L.3223-2 du code de la santé publique, la CSDP est en principe composée de 6 membres.

Selon les informations recueillies, l'ensemble des établissements du département sont visités au moins une fois par an et si possible deux, sur chacun de leur site, par deux membres de la commission dont un médecin.

Le centre hospitalier Saint Jean de Dieu a été visité à deux reprises en 2012 : le 5 avril sur le site de Saint Benoît Menni à Saint-Brieuc et, le 22 juin, sur le site de Dinan.

Au jour du contrôle, le rapport d'activité pour l'année 2012 n'était pas achevé.

Il ressort, en revanche, du rapport d'activité pour 2011, constitué de données statistiques, que le nombre de visites était de deux pour l'ensemble des établissements du département.

L'activité de la CDSP pour le département des Côtes-d'Armor peut être ainsi résumée :

- le nombre d'hospitalisations d'office et d'admissions en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat a été de 105 ;
- le nombre d'hospitalisations à la demande d'un tiers et d'admissions en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (tous types de mesures confondues) a été de 657 ;
- le nombre total de levées d'hospitalisations ou d'admissions en soins psychiatriques sans consentement, de 734 ;
- le nombre de dossiers de patients qui ont pu être examinés, de 105.

Enfin, il a été indiqué aux contrôleurs que les rapports avec les établissements et l'agence régionale de santé étaient « très positifs » ; il n'y aurait aucune difficulté particulière.

3.5 Le registre de la loi

Les registres sont rangés dans le service des admissions du site de Dinan. Ils sont tous de couleur verte, référencés 530 155 B.

Les contrôleurs ont examiné quatre registres : deux relatifs aux admissions en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat, deux autres relatifs aux admissions à la demande d'un tiers.

S'agissant des registres relatifs aux ASPDRE, celui qui était en cours lors du contrôle était numéroté 099 et avait été ouvert par le maire de Léhon, le 14 juin 2012. Il avait été visé par un juge des libertés et de la détention et un vice-procureur du TGI de Saint-Malo, le 11 janvier 2013, qui n'avait émis aucune observation. La première mention (folio n° 1) concernait un patient hospitalisé le 17 septembre 2012. La dernière mention renseignée (folio n° 52) concernait un patient admis le 2 mars 2013.

Le second registre des ASPDRE examiné portait le numéro 098. Il avait été ouvert par le maire de Léhon, le 24 février 2011. Il avait été visé à plusieurs reprises par différentes autorités : le 8 février 2012 par le sous-préfet de Dinan, le 5 avril 2012 par deux membres de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), le 22 avril 2012 par un autre membre de la CDSP, le 5 novembre 2012 par le préfet, le 11 janvier 2013 par un juge des libertés et de la détention et un vice-procureur de Saint-Malo.

Leur examen a révélé que :

- les certificats médicaux sont systématiquement dactylographiés comme le prévoit la loi¹², réduits et collés proprement ;
- en revanche, contrairement à l'article L.3212-11 7° du code de la santé publique, le dispositif¹³ des décisions rendues par les JLD ne figurent pas dans le registre. Seule est apposée la mention manuscrite suivante : « ordonnance JLD le... Maintien HC¹⁴ », sans que le JLD compétent ne soit non plus désigné (autrement dit, à la lecture du registre, on ne peut savoir s'il s'agit de celui de Saint-Brieuc ou de celui de Saint-Malo). A titre d'exemple, pour une situation judiciairement complexe, il était indiqué : « saisine volontaire du 25/02/2013 par M. X... Convocation du 1^{er} mars 2013. Ordonnance cour d'appel Rennes. Mainlevée du 1^{er} mars 2013 à 15h30 » ; dans ce cas précis, le détail des décisions rendues n'étant pas reporté sur le registre, il était impossible de comprendre la situation de ce patient sans ce reporter à son dossier.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « Depuis juin 2013, les ordonnances des JLD et de la CA, sont retranscrites (réduites et collées) dans le registre de la loi ».

S'agissant des registres relatifs aux ASPDT, celui qui était en cours d'utilisation lors du contrôle portait le numéro 140 et avait été ouvert par le maire de Léhon le 22 mars 2013. Il n'avait pas été visé par une quelconque autorité. La première mention (folio n° 1) était relative à une admission du 5 avril 2013 et la dernière (folio n° 28) à une admission du 11 mai 2013 ; ces deux patients étaient toujours hospitalisés au moment du contrôle. Le registre précédent était numéroté 139 et avait été ouvert le 15 juin 2012 par le maire de Léhon. La première mention (folio n° 1) était relative à une ASPDT du 31 octobre 2012, levée le même jour. Ce registre avait été visé le 11 janvier 2013 par un juge des libertés et de la détention et un vice-procureur de Saint-Malo ; dans la case « observations », il était indiqué « RAS ».

A l'examen de ces registres, il est apparu que :

- la qualité du tiers – et notamment son lien de parenté avec le patient – était toujours rajoutée entre parenthèses après le prénom et le nom patronymique de l'intéressé. En revanche, la rubrique correspondant à la profession de ce tiers n'était pas complétée. Dans le registre en cours, vingt-cinq ASPDT l'étaient à la demande d'un membre de la famille. Dans le registre précédent, les contrôleurs ont constaté qu'à au moins six reprises, l'admission avait été demandé par le tuteur ou curateur ;
- aucun moyen ne permettait d'identifier rapidement les situations dites de péril imminent à une exception près dans le registre n° 139 : au folio 48, la rubrique « hospitalisation sur demande d'un tiers » est biffée et il est ajouté à la main « SPI » [pour soins en péril imminent]. Sur le registre en cours (140), aucun patient n'avait

¹² cf. l'article R.3213-3 du code de la santé publique.

¹³ Le "dispositif" est la partie d'un jugement ou d'un arrêt situé après la locution "Par ces motifs" qui contient la décision proprement dite.

¹⁴ Pour hospitalisation complète.

été ainsi admis en urgence. Sur le registre précédent (139), les contrôleurs ont dénombré quatorze situations de ce type.

Dans les registres en cours, pour les ASPDRE ou, le cas échéant, pour les ASPDT, depuis les mois de mars ou avril 2013, il est fait état – pas systématiquement mais de plus en plus souvent – de la date à laquelle l’information préalable a été donnée au patient et de la date et de l’heure à laquelle la notification de la décision d’admission a été effectuée, ce qui est remarquable par rapport aux autres établissements de santé contrôlés.

3.6 L’accès au dossier médical

Dans le livret d’accueil du patient, à la page 33, il est précisé qu’un dossier médical informatisé est constitué à l’établissement et qu’il est possible d’accéder aux informations qu’il contient en le demandant au médecin durant l’hospitalisation. Après celle-ci, une demande écrite doit être adressée au directeur de l’établissement.

Au service qualité, une notice est disponible pour décrire l’accès aux informations contenues dans le dossier médical, pour le majeur avec les différentes modalités d’admission, libre ou sans son consentement, pour le majeur sous tutelle et pour le mineur.

Un protocole (n° 2.6.2) a été rédigé par le service qualité également, et approuvé par le président de la CME et le directeur, le 17 août 2006. Des logigrammes décrivent avec précision les procédures d’accès au dossier d’un patient.

Dans la pratique, la direction reçoit les courriers des demandeurs ; elle les transmet au secrétariat de direction qui les enregistre dans un tableau de suivi informatisé et adresse un accusé de réception.

Trente-sept demandes ont été enregistrées en 2012, vingt-quatre émanaient des patients eux-mêmes et treize de personnes se prévalant de la qualité d’ayant droit.

Les contrôleurs ont pu consulter des dossiers de demande. Ainsi, le 23 février 2013, un courrier a été reçu. Il a été demandé au patient de fournir des documents justificatifs et le 18 mars, le dossier complet était constitué. Le secrétariat a adressé, le 18 mars, un courrier au médecin pour que les pièces soient envoyées au demandeur. Cet envoi a été réalisé avec la facture des photocopies le 25 avril 2013. Un autre dossier médical a été sollicité par le fils d’un patient avec un courrier daté du 24 mars 2013. Le 5 avril, la demande était transmise au médecin et le 12 avril la transmission était faite directement au fils du patient par le médecin ; une copie du courrier du médecin sans les pièces parvenant dans le même temps à la direction.

Toutefois, les statistiques fournies à la CRUQPC (commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge – cf. § 3.9) indiquent que les délais d’envoi des dossiers médicaux sont de quinze jours pour les dossiers de moins de cinq ans pour l’année 2012, alors que le délai légal est fixé à huit jours. Ce délai était de vingt et un jours en 2010 et dix-neuf jours en 2011, ce qui révèle un progrès régulier. Les difficultés proviennent essentiellement de l’éloignement des unités d’hospitalisation de Saint-Brieuc et des retards des médecins.

Concernant les dossiers de plus de cinq ans, la norme étant de trente jours, le délai était de vingt et un jours en 2012, de sept jours en 2011 et de quatorze jours en 2010.

3.7 L'accès à l'exercice d'un culte

Un service d'aumônerie, placé sous la responsabilité d'une religieuse catholique salariée à trois-quarts temps, propose aux patients qui le souhaitent de les mettre en relation avec les représentants de leur religion. Elle dispose à cet effet d'un document mis à jour le 6 mai 2010 qui indique les coordonnées des représentants des cultes israélite (domicilié à Rennes), musulman (domicilié à Saint-Brieuc), orthodoxe (domicilié à Léhon) et protestant (domicilié à Saint-Brieuc).

Sur le site de Dinan, les patients qui sont autorisés à sortir de leur unité peuvent se rendre à la chapelle située à l'entrée du cloître et ouverte tous les jours de 9h à 17h. Une messe, accessible à l'ensemble des paroissiens de la commune, y est célébrée tous les samedis après-midi. Entre six et quinze patients y assistent chaque semaine : après la messe, ils se rendent dans la salle d'accueil de l'aumônerie pour partager une collation.

L'aumônière dispose d'un passe-partout lui permettant d'accéder dans toutes les unités de l'hôpital où elle exerçait auparavant la profession d'infirmière.

Le site de Saint-Brieuc comporte une salle de culte d'une surface de 35 m², une sacristie de 9 m² et un bureau pour l'aumônerie catholique de 13 m², situés au 3^e étage du bâtiment Terre et Mer réservé à l'hospitalisation des mineurs. L'accès de l'escalier est constamment verrouillé et ses locaux ne sont pas accessibles aux patients sauf le mardi après-midi lorsque l'aumônière est présente.

Il est possible, pour les patients qui le souhaitent de bénéficier de repas sans porc. Les contrôleurs ont constaté qu'un patient disposait d'un tapis de prière dans sa chambre. Des pèlerinages sont organisés chaque année à Lourdes : le dernier a réuni six patients et trois soignants.

3.8 La communication avec l'extérieur

3.8.1 Les visites

A l'unité fermée Argoat, les visites sont autorisées de 14h30 à 18h30, sauf restriction médicale, dans l'une des deux salles de visite. Elles sont interdites dans les chambres. Au cours du mois de mai 2013, dix-huit patients sur vingt-cinq ont reçu des visites et les sept autres, aucune.

Quatre patients retournaient régulièrement dans leur famille à l'occasion de week-ends

A l'unité fermée Notre-Dame, il est précisé, dans le règlement intérieur de l'unité, que les visites ont lieu tous les jours, de 14h à 19h. Durant leur contrôle, les contrôleurs ont pu constater la présence de plusieurs familles.

A l'unité ouverte Saint-Roch, les visites sont autorisées de 14h à 18h30, sauf restriction médicale et en fonction de l'état de santé du patient. Lors de leur visite, les contrôleurs ont constaté que, sur vingt-six patients présents dans l'unité, cinq ne recevaient jamais de visites ; parmi ces cinq, deux se rendent dans leur famille.

Dans les unités de soins prolongés Emmanuel 13 et Emmanuel 27, les visites sont autorisées toute la journée, après le petit déjeuner et la toilette des patients : les visiteurs peuvent accéder aux chambres de leur proche.

3.8.2 Le téléphone

A l'unité fermée Argoat, les patients peuvent accéder librement à un téléphone à cartes situé dans un couloir de l'unité et partiellement insonorisé par une protection demi-circulaire. Ils peuvent s'y faire appeler entre 9h et 21h. Sauf restriction médicale exceptionnelle, les patients sont autorisés à utiliser leur téléphone portable dans le jardin de l'unité.

A l'unité fermée Notre-Dame, il a été expliqué aux contrôleurs que les patients devaient remettre leur téléphone portable à l'arrivée dans l'unité ; la crainte des personnels rencontrés est l'usage des fonctions "appareil photo" ou "caméra" susceptibles de porter atteinte, selon eux, à l'intimité et/ou à la dignité d'un autre patient. Dès lors, il est indiqué, dans le règlement intérieur, que l'utilisation des téléphones portables n'est pas autorisée ; ils sont conservés dans des boîtes rangées dans le bureau infirmier. Les patients sont en revanche autorisés à consulter leurs messages et à appeler en présence des soignants.

Une cabine téléphonique à cartes est installée dans le hall central. Dans le règlement intérieur, il est précisé que les communications téléphoniques peuvent se faire à partir de ce poste à cartes. Une carte téléphonique peut alors être mise à disposition de 10h à 11h30 et de 17h30 à 20h30.

Pour autant, selon les informations recueillies, les patients peuvent aussi appeler avec le téléphone du bureau infirmier, ce qu'un patient au moins a pu confirmer aux contrôleurs. Sur la porte de ce bureau, sont d'ailleurs affichées les horaires où il est possible de téléphoner : le matin, de 10h30 à 12h et l'après-midi, de 17h30 à 20h.

Les appels de l'extérieur sur le téléphone de l'unité ne sont pas limités.

Dans le règlement intérieur de l'unité ouverte Saint-Roch, il est indiqué que « sauf restriction médicale, vous pouvez utiliser votre téléphone portable dans le respect et la dignité de l'autre c'est-à-dire dans votre chambre ou à l'extérieur de l'unité, pas admis dans les lieux communs ». Il a été précisé aux contrôleurs que cela signifiait concrètement que les patients ne devaient pas utiliser leur appareil durant les repas ni la fonction « appareil photo ». Une cabine téléphonique à cartes est installée dans le hall de l'unité, en face du bureau des infirmières. La confidentialité des conversations n'y est pas assurée.

En psycho-gériatrie, les patients peuvent conserver leurs téléphones portables et les utiliser à leur guise.

Dans les unités de soins prolongés Emmanuel 13 et Emmanuel 27, les communications téléphoniques sont entièrement libres y compris par téléphones portables pour les patients qui en possèdent.

3.8.3 Le courrier

A l'unité fermée Argoat, les patients peuvent recevoir et expédier librement du courrier.

A l'unité fermée Notre-Dame, Le courrier n'est pas censuré, sauf lorsque les patients sont détenus.

En psycho-gériatrie, aucune restriction n'est apportée au courrier.

Dans les unités de soins prolongés Emmanuel 13 et Emmanuel 27, la réception et l'envoi de courrier sont entièrement libres.

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

A l'unité fermée Argoat, les patients ne sont pas autorisés à disposer d'un ordinateur.

A l'unité fermée Notre-Dame, l'accès à internet est interdit mais les soignants peuvent, avec autorisation médicale, donner un accès contrôlé.

Selon le règlement intérieur de l'unité ouverte Saint-Roch, les ordinateurs portables ne sont pas autorisés. L'accès à internet est pourtant souhaité par les soignants dans le cadre de la préparation à la sortie et de la réhabilitation sociale.

3.9 La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC)

Cette commission se réunit quatre fois par an. Quatre représentants des usagers y sont présents. Elle examine les plaintes reçues, y compris les plaintes orales, les demandes d'accès au dossier médical et traite des thèmes tels que le livret d'accueil, le site internet ou la bientraitance.

3.9.1 Les plaintes et réclamations

Les réclamations écrites reçues par l'établissement étaient au nombre de cinquante et un en 2012, de cinquante-deux en 2011 et trente-six en 2010. Compte tenu de la file active de 10 742 patients, les réclamations écrites auprès de la direction représentent 0,48 %.

Ces réclamations proviennent essentiellement des unités fermées et concernent majoritairement des demandes de changement de médecin référent. L'« hospitalisation abusive » est un motif de réclamation en augmentation alors que les problèmes relationnels entre patients et la promiscuité sont en diminution, malgré la saturation des lits.

Huit réclamations ont nécessité le recours à une médiation soit 17,7 %.

Treize réclamations ont été traitées directement par le directeur avec un délai de 1,53 jour.

Les autres ont nécessité la saisine d'une personne ressource pour apporter une réponse appropriée. Bien que le délai moyen de réponse, dans ce cas, soit de 11,61 jours, et donc en conformité avec la recommandation de la Haute autorité de santé (deux mois), 43 % de ces réclamations reçoivent une réponse dans un délai supérieur, allant jusqu'à 71 jours.

3.9.2 Les recours contentieux

Le centre hospitalier n'a pas enregistré de recours gracieux ou juridictionnel durant l'année 2012 concernant les relations avec les usagers.

3.9.3 La démarche Qualité

L'établissement dispose d'un service « qualité » tenu par un ingénieur qualité, une assistante et une secrétaire à mi-temps, depuis dix ans.

Ce service est en relation avec un réseau informel : « qualité psy Bretagne », et avec le réseau national ANRQP (association nationale des responsables qualité en psychiatrie).

Des « correspondants qualité » existent dans chaque unité.

Le système est complet et il est entièrement informatisé avec le logiciel ENNOV.

Son intitulé : « **organisation du management de la qualité et de la gestion des risques** » se décline dans une cartographie, avec des instances :

- un conseil exécutif ;
- un comité de pilotage, se réunissant deux fois par an, qui décide du « plan d'amélioration de la qualité » ;
- un comité de suivi de la démarche qualité se réunissant une fois par trimestre ;
- un comité d'évaluation des pratiques professionnelles, réuni une fois par trimestre ;
- un comité qualité de la prise en charge médicamenteuse, réuni une fois par trimestre ;
- un comité des vigilances et des risques, qui se réunit également une fois par trimestre et détermine « le plan global de prévention et de gestion des risques » ;
- une cellule de traitement des « événements indésirables », qui est réunie deux fois par mois ;
- un groupe pour les risques psychosociaux qui vient d'être mis en place.

La Haute autorité de santé (HAS) a délivré une première **certification en 2005**, n'exprimant que des recommandations qui ont ensuite été levées.

La deuxième certification, en 2008, a fait l'objet de réserves. Elles concernaient : la liberté d'aller et venir, la traçabilité des restrictions, le droit des patients (mise en pyjama systématique) et la coordination médicale à Dinan.

En 2010, les efforts présentés ont abouti à la levée de ces réserves.

Les axes de progrès relevés par le service qualité concernent les **EPP (évaluations de pratiques professionnelles)** qui, après de bons débuts en 2008, ont été ensuite désinvesties dans les unités. Avant le renouvellement de certification, cette dynamique a dû être reprise.

Lors de la visite des contrôleurs, dix programmes d'EPP étaient en cours, avec notamment des travaux en voie d'achèvement concernant la prise en charge de l'autisme, les chambres d'isolement (point de vue paramédical en pédopsychiatrie à Saint-Brieuc) et prise en charge des « suicidants » aux urgences du CH de Dinan.

Les « **événements indésirables** » sont saisis directement dans un système informatisé. 298 signalements ont été notés en 2012 ; les plus nombreux concernent les agressions physiques et verbales, les pannes et l'informatique. Une cellule de traitement se réunit un jeudi sur deux, entre 12h30 et 14h30, pour analyser les données inscrites et fournir des réponses. Le système est interactif.

Chaque patient hospitalisé se voit remettre un **questionnaire de satisfaction**.

Le taux de retour est de 19 % pour le pôle de Dinan et de 15 % pour le pôle de Saint-Brieuc. La satisfaction globale est de 96 % pour Dinan et 86 % pour Saint-Brieuc.

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

L'association locale comporte trois bénévoles à Dinan et un à Saint-Brieuc. L'un de ses membres représente les usagers à la CRUQPC. Précédemment l'association de gestion du CH et des établissements Saint Jean de Dieu comptait parmi ses membres un représentant de l'UNAFAM.

L'UNAFAM organise un groupe de parole, une fois par mois, animé par un psychologue extérieur à l'institution : sept à dix patients y participent en moyenne. Le dernier thème abordé a été « Comment accepter d'être hospitalisé ».

Les principales remarques relayées par l'association concernent :

- le manque d'activités dans les unités, parfois associé à une présence insuffisante des soignants ;
- des durées de séjour artificiellement allongées, faute de structures alternatives : appartements thérapeutiques et maison d'accueil spécialisée (MAS) notamment ;
- des interdictions de circulation dans l'hôpital, dans des unités où les patients sont soignés à leur demande (l'unité Saint-Roch aurait été ainsi fermée pendant plusieurs semaines) ;
- des conflits qui éclatent parfois entre patients, lorsqu'ils sont plusieurs par chambre.

3.11 Le groupe d'entraide mutuelle « Un Pas en Avant »

A la CRUQPC, les usagers sont aussi représentés par l'association « Un Pas en Avant ».

Reconnu groupe d'entraide mutuelle (GEM) pour le département, cette association, adhérente à la fédération nationale des patients en psychiatrie (FNAPSY), est financée par la caisse nationale pour la solidarité et l'autonomie (CNSA) sous l'égide de l'ARS. Elle est aussi subventionnée par la ville de Dinan et bénéficie d'une convention de parrainage avec le comité communal d'action sociale (CCAS).

Son but est de « favoriser l'épanouissement et la réadaptation psychologique, sociale et culturelle des personnes ayant connu des difficultés d'ordre physique, psychique et souffrant de solitude ou de mal être, en instaurant : dialogue, entraide et solidarité au sein de l'association ».

Les bénévoles sont composés d'anciens patients, de personnes isolées et de patients suivis par le CMP.

L'association dispose d'une maison avec jardin, en périphérie de la ville de Dinan, à partir de laquelle elle organise de nombreuses activités hebdomadaires : ateliers d'informatique, bricolage, cuisine, broderie, chants et dessins, notamment. Elle offre la possibilité à ses adhérents de se retrouver pour les anniversaires, les fêtes de fin d'année, un repas ou un goûter.

Le GEM ouvre ses portes pour les activités les lundis, mardis, mercredis, vendredis et les samedis, de 14h à 18h. Les matinées sont réservées au travail administratif réalisé par les administrateurs bénévoles et par l'animatrice, rémunérée par l'association. La fréquentation de ses locaux est élevée : 3 106 passages en 2012, soit 481 de plus qu'en 2011.

En 2013, elle accueille une stagiaire de l'institut régional de travail social de Rennes pour une durée d'un an.

4- LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION

4.1 Eléments communs à tous les secteurs

4.1.1 La sécurité

Sur le **site de Dinan**, la grille d'entrée de l'hôpital est ouverte à 6h et refermée en fin de journée, à 18h30, puis ré-ouverte de 20h à 20h45/21h pour l'entrée des agents de nuit et la sortie de ceux de journée. Au-dessus de la grille d'entrée, une caméra est reliée à un écran de contrôle situé dans le bureau d'accueil vitré où se trouve le standard, au rez-de-chaussée du cloître. Un interphone permet également de dialoguer avec l'agent présent dans ce bureau qui dispose des commandes d'ouverture et de fermeture de ces grilles d'entrée.

Deux autres grilles, situées sous les porches, permettent également de fermer le cloître, selon un système d'ouverture et de fermeture automatique ; les grilles sont ainsi fermées à 19h30 et s'ouvrent le matin à 6h. Pour le personnel de nuit ou pour une admission en urgence en dehors de ces horaires, des commandes – situées également au standard – permettent une ouverture en marche forcée. A l'entrée de chaque porche, se trouve un visiophone relié au standard.

Enfin, à l'entrée du bâtiment moderne accueillant les unités, se trouvent deux portes vitrées à commande automatique, avec un système de sas. Elles sont également contrôlées depuis le standard ; ces portes peuvent s'ouvrir et se fermer automatiquement à chaque passage ou bien être maintenues en position ouverte ou au contraire en position fermée.

Selon les témoignages recueillies, le site de Dinan est donc largement ouvert : « la privation de liberté est totalement relative ici » a-t-il été conclu.

Le **site de Saint-Brieuc** est vidéoprotégé. A, en effet, été rajouté, fin 2009-début 2010, juste avant l'entrée des différents bâtiments, un portillon métallique qui bloque l'accès des piétons comme celle des véhicules. Celui-ci est surveillé par deux caméras placées de part et d'autre. Les familles ou patients qui veulent entrer ou sortir doivent sonner et s'annoncer à l'interphone.

De manière générale, l'hôpital ne dispose pas de service de sécurité.

La sécurité des personnes est assurée par les soignants, dans chaque unité ; si un renfort est nécessaire à l'occasion d'une mise en chambre d'isolement, par exemple, un appel est adressé aux soignants d'autres unités par l'intermédiaire des appareils de protection du travailleur isolé (PTI).

Des formations concernant la gestion des phénomènes de violences et d'agressivité sont régulièrement organisées.

4.1.2 Le règlement intérieur

Il existe un « règlement intérieur du personnel » daté du 1^{er} juillet 2011.

4.1.3 La restauration

En 1990, 800 patients étaient hospitalisés au centre hospitalier Saint Jean de Dieu de Dinan. L'aménagement de la cuisine date de cette époque. Ces installations, quelque peu surdimensionnées maintenant, sont en bon état. Elles permettent à une équipe stable d'offrir aux patients une restauration dont la qualité a été mentionnée dans tous les services.

La production est réalisée sur cinq jours, à raison de 400 repas par jour ; 300 repas sont consommés chaque jour pour les patients hospitalisés, auxquels s'ajoutent ceux de l'hôpital de jour et les usagers d'un restaurant d'entreprise.

Une diététicienne est présente deux jours par semaine ; elle se rend dans les unités. Les menus sont établis par cycles de cinq semaines. Aucun choix de menu n'est proposé, mais les aversions sont recensées sur un logiciel et exploitées par la diététicienne.

Les achats sont effectués par le responsable de la cuisine qui privilégie les produits locaux. Ces achats sont effectués de gré à gré, le plus souvent, et une centrale d'achat est utilisée. Peu de produits surgelés entrent dans la fabrication des plats. Le coût journalier est de 5,40 euros par jour et par personne.

Le personnel comprend un responsable, trois cuisiniers, un agent second de restauration et trois agents polyvalents. Ils travaillent de 7h à 14h30 (15h pour le responsable). Afin de faire face à tout aléa, le service est organisé avec une personne en astreinte quotidienne de 14h30 à 20h ainsi que les samedis et dimanches.

La livraison est assurée avec un véhicule réfrigéré, par un chauffeur à mi-temps en semaine entre 7h et 10h. Le vendredi soir, les repas du week-end sont livrés dans les unités.

Chaque unité dispose d'une armoire froide et d'un four de remise en température. Les plats sont présentés en barquettes de six à dix parts, sauf pour les régimes.

Le pain est livré à 7h par une boulangerie industrielle de Rennes. Des viennoiseries, croissants et brioches, en alternance, sont réalisées sur place et distribuées le dimanche matin.

La cuisine se soumet aux contrôles bactériologiques conformes et l'agrément européen a été obtenu.

Les achats et distributions de produits pour le petit déjeuner sont effectués par la cuisine. Ils comprennent du café, du thé, du chocolat, de la confiture et du beurre. Gâteaux et boissons chaudes sont également donnés au goûter.

A titre d'exemple, le mercredi 15 mai 2013, le repas de midi comprenait : une tomate en salade, une cuisse de poulet, de la semoule et une crème à la vanille ; le soir, le repas était constitué d'un potage, d'un steak haché avec du chou-fleur, d'une part de fromage et d'un fruit.

Pour les unités situées à Saint-Brieuc, la restauration est fournie par la cuisine centrale de la ville.

4.1.4 La blanchisserie

Depuis 2004, la blanchisserie est confiée à un GIE (groupement d'intérêt économique), syndicat inter-hospitalier qui comprend huit structures, dont notamment l'hôpital général de Dinan, celui de Saint Malo et le centre hospitalier Saint Jean de Dieu. Ce GIE qui porte le nom de BPR (Blanchisserie du Pays de Rance), implanté à Taden (Côtes-d'Armor), cherche à se développer pour passer de dix tonnes de linge traité à douze tonnes par jour. Le centre hospitalier Saint Jean de Dieu représente 400 kg par jour. Le linge est enlevé et livré par la BPR, trois à cinq fois par semaine. Des dotations sont attribuées à chaque service.

Une lingère à plein temps et une couturière à mi-temps travaillent dans ce service. Elles prennent en charge les tenues professionnelles pour les unités de Dinan et Saint-Brieuc, le linge des résidents de Dinan avec leur marquage ; elles assurent le relais entre les unités et la BPR. Tous les lundis, un inventaire et un ajustement des quantités sont effectués.

Le local de la blanchisserie du centre de Dinan a fait l'objet d'une rénovation totale en 2012. Il occupe une grande pièce joliment peinte avec des couleurs originales, équipée d'étagères, sur lesquelles le linge neuf et propre est entreposé. Il est complété par un bureau. Un ordinateur avec une imprimante est utilisé pour le marquage du linge professionnel et du linge des patients. Une deuxième pièce, au fond du local, contient le stock de couches et le stock-tampon de linge.

Pour les unités de Saint-Brieuc, le linge est traité par le GCS (groupement de coopération sanitaire) mais le linge des résidents est lavé par les familles ou sur place, dans le cadre d'activités thérapeutiques avec les patients (cf. l'unité Notre-Dame, § 4.2.2.1).

4.1.5 Les activités communes

Sous la responsabilité d'un cadre supérieur de santé et d'un psychiatre de l'hôpital de jour, un cadre de santé pilote les activités. Ce dernier est aussi responsable d'un hôpital de jour et d'un CATTP. De ce fait, il estime sa présence à 0,10 ETP pour les activités.

Les activités, en plus de celles pratiquées par les soignants dans les unités, se répartissent entre la cafétéria et l'espace Saint Joseph qui constitue une unité intersectorielle.

4.1.5.1 La cafétéria

La cafétéria est ouverte les lundis, mercredis et jeudis de 13h30 à 17h, les vendredis de 14h à 16h30. Elle est fermée les mardis et les samedis mais ouverte les dimanches de 10h30 à 17h. L'accueil des familles en visite est toujours assuré durant les heures d'ouverture.

Elle occupe un local bien éclairé au rez-de-chaussée du bâtiment ancien, près de l'entrée principale, à gauche. Deux accès sont possibles, l'un, sous le cloître, et l'autre, par la façade extérieure. Entièrement refaite en 2012, elle présente un aspect moderne avec une décoration de très bon goût, des couleurs grises, beiges et orangées et une bonne insonorisation par dalles au plafond. Un comptoir – derrière lequel sont installés un lave-vaisselle, un réfrigérateur, un four à micro-ondes et un évier – fait face à l'entrée, côté cloître. Quatre chaises hautes sont placées devant le comptoir.

Une bibliothèque, dont le fonctionnement est mis en place en partenariat avec la BDIV (bibliothèque départementale d'Ille-et-Vilaine), dispose d'étagères de présentation.

Trois chauffeuses basses, deux banquettes et une table basse forment un coin salon. Un baby-foot, sept tables bistro en métal avec plateau en lattes de bois et dix-neuf chaises métalliques ainsi que quelques plantes complètent le mobilier.

Des expositions de photographes et peintres locaux agrémentent ce lieu agréable.

Du mobilier est disponible pour être installé à l'extérieur, sous le cloître ou devant le bâtiment. Il comprend deux tables bistro, quatre chaises avec décor fleuri et une table de ping-pong. A droite en entrant, un grand local toilettes, adapté pour les personnes à mobilité réduite, est en parfait état.

Tous les deux mois, des animations sont réalisées pour tous les patients avec des accompagnants : théâtre, thèmes divers (la pomme, les crêpes...) ou Fête de la musique.

Lors de la visite des contrôleurs, vingt-cinq patients étaient venus à la cafétéria dans l'après-midi ; les statistiques fournies indiquent de vingt-six à vingt-sept patients par après-midi, en moyenne, quatre à cinq familles en visite, par après-midi ou dimanche, et deux à trois membres du personnel qui viennent consommer.

Les produits en vente à la cafétéria comprennent :

- des boissons : verre de limonade ou jus de fruits (0,30 euro), canette de soda (0,50 euro), café, thé et infusion (0,30 euro), chocolat (0,50 euro) ;
- des friandises à 0,60 euro : barres chocolatées, bonbons, gâteaux... ;
- des articles de bazar : dentifrice, brosse à dents à 2,50 euros.

Trois agents (un aide médico-psychologique, un infirmier, un moniteur) assurent l'encadrement, par rotation. Ils ont en charge le fonctionnement et les achats de produits vendus à la cafétéria. Une association « L'Elan Demain », ancienne dans l'établissement, gère et organise l'animation. Son conseil d'administration est composé de soignants et de six soignés.

Les encadrants disposent d'un local, auquel on accède par une porte située derrière le comptoir, où se trouvent un bureau, avec ordinateur, ainsi que les réserves de produits.

4.1.5.2 L'espace intersectoriel Saint-Joseph

L'espace était installé dans des locaux aujourd'hui désaffectés.

Il a été transféré, provisoirement, dans un bungalow de type modulaire de 64 m² avec une partie bureau de 20 m². Il est équipé de tables, de chaises, d'un petit comptoir avec réfrigérateur, cafetière et évier. Il ne permet que le fonctionnement de deux ateliers au lieu de quatre, antérieurement.

Deux infirmiers (1,4 ETP), un moniteur éducateur et un aide médico-psychologique (AMP) à 0,50 ETP y sont affectés.

Des patients au long cours y sont notamment pris en charge, le matin, sur prescription médicale, en présence de personnel soignant.

Lorsque des locaux adéquats seront réinstallés, le service réorganisera son fonctionnement pour répondre à la forte demande des unités. Il a été dit aux contrôleurs que les activités de médiation thérapeutique devraient être implantées dans l'aile actuellement occupée par la psycho-gériatrie.

L'organisation provisoire comprend des activités variées : des sorties à vélo, de l'esthétique, des activités créatives, de l'art-thérapie, des jeux, du dessin, des activités manuelles, du graphisme, du travail sur le corps et de la relaxation, ainsi que l'utilisation de la salle Snoezelen¹⁵.

4.1.6 Les soins somatiques

Les soins somatiques sont prodigués par quatre médecins généralistes sur le site de Dinan et quatre sur celui de Saint-Brieuc.

La continuité des soins est assurée de 8h30 à 18h30, du lundi au vendredi, ainsi que le samedi matin. En dehors de ces horaires, il est fait appel au centre 15.

L'astreinte somatique qui était en place n'existe plus. Selon les informations recueillies, le dispositif actuel est satisfaisant grâce à un protocole de régulation par le centre 15 et la qualité des relations avec les CH de Dinan et de Saint-Brieuc.

Sur le site de Dinan, une répartition du temps médical a été ainsi opérée :

- un praticien est affecté pour 0,6 ETP en psycho-gériatrie ;
- le deuxième, qui exerce son activité à 0,7 ETP, intervient sur les deux unités Emmanuel (13 et 27) et l'hôpital de jour de psycho-gériatrie ;
- le troisième, qui est à temps plein dans l'établissement, répartit son temps pour moitié en addictologie et pour moitié à la maison d'accueil spécialisée (qui ne dépend pas du CH) ;
- le quatrième médecin exerce son activité dans les unités Argoat et Saint-Roch.

S'agissant des unités où sont admis les patients en soins libres et sans consentement, les arrivants sont systématiquement examinés par le médecin généraliste dans les 24 à 48 heures suivant leur admission.

L'examen inclut la recherche des antécédents personnels et familiaux, le bilan nutritionnel (avec la prise de la taille, du poids et le calcul de l'indice de masse corporelle), un électrocardiogramme et un bilan sanguin.

Le praticien prend contact avec le médecin traitant du patient dans le cas de problèmes difficiles ou d'interrogations. Il a été indiqué aux contrôleurs que, contrairement aux patients hébergés à Argoat, ceux de Saint-Roch ont généralement un médecin traitant référent.

Le médecin généraliste se rend dans les chambres d'isolement d'Argoat au moins deux fois par semaine pour réaliser l'examen somatique des patients placés en isolement.

Lorsqu'un patient a besoin d'une consultation spécialisée, la solution préconisée est de prendre rendez-vous chez son spécialiste habituel.

¹⁵ Lancée au centre Hartenberg à Ede au Pays-Bas, vers 1974, Le snoezelen est une pratique de stimulation multisensorielle contrôlée, visant à éveiller la sensorialité de la personne stimulée, dans une ambiance sécurisante. Le terme snoezelen est un néologisme résultant de la concaténation des mots néerlandais snuffen « sentir » et doezelen « somnoler ».

Dans le cas d'une première consultation, le rendez-vous est pris chez un spécialiste libéral à Dinan.

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'il était aisé d'obtenir des rendez-vous dans des délais rapides (à titre d'exemple, plus rapide en ophtalmologie que pour les habitants de la ville de Dinan). Il est à noter une difficulté, rapportée aux contrôleurs, en dermatologie où le délai est de trois mois.

Les examens d'imagerie sont réalisés à la polyclinique du pays de Rance qui a passé convention avec le CH René Pleven. A titre d'exemple, un scanner est obtenu (en dehors des urgences) dans un délai de dix à quinze jours, une IRM, dans un délai de trois mois.

Sur le site de Saint-Brieuc, quatre médecins généralistes assurent les soins somatiques :

- l'un assure 0,2 ETP (il exerce le reste de son activité en psycho-gériatrie) ;
- un deuxième est présent pour 0,5 ETP : le reste de son activité est réalisée au département d'informations médicales (DIM) ;
- les deux autres sont présents à mi-temps.

4.1.6.1 La pharmacie

L'équipe de la pharmacie comprend – pour les deux sites – un praticien hospitalier à temps plein et deux préparateurs en pharmacie. Depuis son départ à la retraite, la secrétaire n'a pas été remplacée ; les tâches qu'elle effectuait sont assumées par le pharmacien. Lors de ses absences, le pharmacien est remplacé par un de ses collègues qui n'effectue que des remplacements.

Dans le cadre du groupe de réflexion sur la « démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse », l'augmentation du personnel à la pharmacie et la présence d'une secrétaire ont été évoquées.

La pharmacie est installée sur le site de Dinan, au fond du cloître ; elle est ouverte du lundi au vendredi, de 8h à 12h et de 14h à 17h30.

Les unités sont livrées une fois par semaine selon la répartition suivante :

- le mardi : Emmanuel 13 et Emmanuel 27 ;
- le mercredi : Argoat, Saint-Roch et la psychogériatrie ;
- le jeudi : les unités de Saint-Brieuc et l'addictologie.

Une livraison complémentaire peut être effectuée, en cas de besoin.

Les prescriptions médicales sont rédigées sur le logiciel Cortexte et font l'objet d'une validation systématique quotidienne par le pharmacien. A titre d'exemple, le jour de la visite des contrôleurs, il a dû prendre contact avec un psychiatre pour l'informer d'une posologie excessive, prescrite pour un neuroleptique d'action prolongée.

Le logiciel « verrouille » les ordonnances au bout de vingt-huit jours, obligeant ainsi le praticien à les renouveler.

Le pharmacien est le président du comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles qui se réunit trois fois par an. Un psychiatre de chaque pôle et un médecin généraliste participent à ces réunions.

Le pharmacien assiste aux réunions du comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), du comité de lutte contre la douleur (CLUD) et du comité tabacologie.

Les substituts nicotiniques sont délivrés dans le cadre de consultations de tabacologie pour les patients et pour le personnel ainsi que, le cas échéant, pour les patients placés en chambre d'isolement.

Les médicaments de substitution aux opiacés sont prescrits : le Subutex®, surtout à Saint-Brieuc, environ 350 comprimés par an, et la méthadone, surtout à Dinan, de l'ordre de 200 prescriptions par an.

Selon les informations recueillies, aucune restriction budgétaire ne limite le fonctionnement de la pharmacie. Le pharmacien favorise la prescription de médicaments « génériques » s'ils ont une présentation unitaire.

Il est prévu, dès juin 2013, de procéder au reconditionnement unitaire des médicaments. Dès lors, la préparation des doses pourrait être réalisée par les équipes de nuit.

4.1.6.2 Le laboratoire

Les prélèvements sont effectués par les infirmiers du CH de Saint Jean de Dieu.

S'agissant du site de Dinan, le vaguemestre achemine les prélèvements au CH René Pleven. Ceux du site de Saint-Brieuc sont emmenés par le coursier du laboratoire privé où les analyses sont effectuées.

Les résultats sont transmis sous forme de document papier le même jour vers 17h. En cas d'urgence, les médecins généralistes peuvent prendre contact directement avec le laboratoire concerné.

4.1.6.3 Le comité de lutte contre la douleur (CLUD)

Le comité de lutte contre la douleur (CLUD) était présidé et animé par un psychiatre qui venait de quitter l'établissement au moment de la visite des contrôleurs. Aucun praticien ne souhaitait prendre cette responsabilité. Cette instance devrait faire l'objet d'une restructuration.

Il n'existe pas de « correspondant douleur » au sein des unités de soins.

Cependant les échelles d'évaluation de la douleur ont été distribuées et selon les informations recueillies, on constaterait, dans le logiciel Cortexte, un début d'utilisation.

Il existe des protocoles pour l'administration du paracétamol par les infirmières, un autre concernant l'utilisation du Neopa® et un autre sur l'utilisation des patchs anesthésiques.

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

Le comité de lutte contre les infections nosocomiales est présidé par un médecin généraliste qui intervient en psycho-gériatrie.

Il se réunit une fois par trimestre.

Des « référents hygiène » sont désignés dans chaque unité de soins.

4.1.6.5 Le comité d'éthique

Selon les informations recueillies, un comité d'éthique existe au niveau de la fondation.

Au niveau de l'établissement, un espace éthique serait ouvert à l'étage, au-dessus de la psycho-gériatrie, signalé par une plaque mais ne fonctionnant pas.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « Au moment de la visite, l'espace éthique était en cours de renouvellement. L'espace éthique a été créé en 2009, les membres de l'espace éthique se réunissent environ 6 fois par an et peuvent participer à un colloque éthique national une fois par an. Un travail de réflexion est effectué à partir de situations de terrain qui sont remontées par les équipes ou les membres de l'espace éthique. En 2012, l'espace éthique du centre hospitalier Dinan-Saint-Brieuc est rattaché à un Comité éthique, de la Fondation Saint Jean de Dieu. Consultatif, le Comité d'éthique analyse, à la demande des établissements ou sur auto-saisine, les situations délicates ou difficiles auxquelles ils peuvent être confrontés et il donne le résultat d'une réflexion collégiale en recommandant :

- Des orientations en vue d'éclairer les décisions ou les directives à prendre, en matière éthique dans des secteurs donnés,
- Des formations en éthique/bioéthique au profit des professionnels des établissements

La démarche éthique est présentée, lors de chaque journée d'accueil des nouveaux arrivants (soit deux fois par an). »

Peu d'informations ont pu être données aux contrôleurs.

4.1.6.6 Le comité de liaison alimentation (CLAN)

Le comité de liaison alimentation (CLAN) se réunit une fois par trimestre. Il comprend deux médecins généralistes, le référent de la cuisine, la diététicienne, une infirmière et une aide-soignante.

4.1.7 Les urgences psychiatriques

Le centre hospitalier Saint Jean de Dieu assure une présence aux urgences des centres hospitaliers de Dinan et de Saint-Brieuc.

4.1.7.1 Au centre hospitalier René Pleven de Dinan

Une infirmière du CH Saint Jean de Dieu est présente 24h sur 24 aux urgences du centre hospitalier général René Pleven de Dinan. En cas de besoin, elle fait appel au psychiatre d'astreinte du site de Dinan.

Chaque matin, le psychiatre de permanence du site de Dinan assure une consultation pour les patients ayant été admis dans les deux chambres des urgences placées sous la responsabilité de l'urgentiste de l'hôpital général.

A titre d'exemple, le 15 mai 2013, le médecin de permanence a rencontré deux patients ayant été admis dans la nuit à la suite de tentatives de suicide. Ils ont quitté le service avec pour l'un, l'adresse du CMP de son secteur, et pour le second, celle du centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

4.1.7.2 **Au centre hospitalier Yves Le Foll de Saint-Brieuc**

Les contrôleurs ont effectué une visite le mercredi 15 mai 2013 de 21h à 23h20 des urgences du centre hospitalier de Saint-Brieuc, situé au sein de l'hôpital Yves Le Foll.

Au sein de cet hôpital, le service psychiatrique d'accueil et de liaison (SPAL) remplit les missions suivantes :

- assurer une présence au service d'accueil des urgences (SAU) ;
- intervenir au sein de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) des urgences somatiques qui comprend douze lits ;
- effectuer les prestations de psychiatrie de liaison au sein de cet établissement ;
- assurer le fonctionnement d'une unité médico-psychologique (UMP) de huit lits.

Il a été indiqué aux contrôleurs que l'activité du service des urgences était importante : 70 000 consultations par an dont dix tentatives de suicide quotidiennes. Selon les éléments chiffrés obtenus sur le site internet du CH de Saint-Brieuc, la fréquentation du service des urgences est de 49 767 passages par an, soit 136 patients par jour. Parmi les patients admis, 17 067 nécessitent une hospitalisation après leur passage à l'accueil des urgences et 32 700 rentrent à domicile après une consultation. Le temps moyen d'une consultation est de deux heures. Le temps moyen pour une hospitalisation est de quatre jours.

a. Le personnel

L'équipe du SPAL comprend :

- un cadre de santé assurant également le fonctionnement du service d'addictologie ;
- onze infirmiers de jour ;
- cinq infirmiers de nuit ;
- trois agents des services logistiques (ASL) ;
- une secrétaire exerçant son activité à 0,30 %.

Les horaires des soignants sont les suivants : 6h30-13h30, 13h15-20h45, 20h45-6h45. Une infirmière exerce son activité de 8h30 à 16h.

Des transmissions sont organisées à chaque changement de service.

b. Les locaux de l'UMP

Les locaux de l'UMP sont mis à disposition de l'équipe par le CH Yves Le Foll. Ils sont situés à l'extrémité du service des urgences et comportent, avant l'entrée proprement dite :

- un bureau médical ;
- deux bureaux polyvalents ;

- le secrétariat du service ;
- un WC pour les visiteurs.

Ensuite, on pénètre dans les locaux qui comportent :

- une salle polyvalente qui sert de bureau infirmier du SPAL et une salle de pause ;
- une salle à manger/salle de vie équipée de deux tables pour quatre personnes, trois tables basses, huit fauteuils, deux fauteuils relax, quatre chaises, un poste de télévision, une bibliothèque contenant des jeux de société et une trentaine de livres ;
- un office ;
- un couloir desservant, sur un côté, toutes les chambres n° 2, 3, 4, 5, 6 et 7 et sur l'autre, la chambre n°1 ;
- ce couloir distribue également :
 - le bureau du cadre de santé ;
 - le bureau des infirmiers ;
 - la salle de soins avec la pharmacie ;
 - la lingerie ;
 - une pièce utilisée comme bagagerie et comme lieu de stockage des archives ;
 - le local pour les produits d'entretien ;
- à l'extrémité de ce couloir, se trouve l'accès au **fumoir extérieur**. Il s'agit d'un lieu accessible 24h sur 24, donnant sur l'extérieur, protégé par un muret de 0,90 m de haut, surmonté d'une paroi vitrée de 1,17 m de haut. A son extrémité, dans une partie plus large, est installé un « abribus » avec un banc en métal de 1,25 m sur 0,36 m et un cendrier.

L'équipement d'une chambre comporte un lit médicalisé doté d'un bouton d'appel, une chaise, un placard, une table adaptable, une table de chevet, une fenêtre qui s'ouvre sur une largeur de 0,10 m. Chaque chambre est dotée d'un local sanitaire séparé par une porte pleine. Il comprend une douche à l'italienne munie d'une rampe, un tabouret, un WC avec abattant, poubelle, papier hygiénique, et un bloc lavabo avec un porte-serviettes, un distributeur d'essuie-mains et une patère. Ce local est équipé d'un bouton d'appel. Trois gants de toilette et une serviette de bain sont mis à disposition du patient.

La porte de chaque chambre est munie d'une lucarne de 0,45 m sur 0,20 m.

Les chambres n° 3 et 4 sont dotées de lits électriques pour les personnes dépendantes.

Il n'existe pas de chambre d'isolement.

c. Les patients

Le soir de la visite des contrôleurs, le 15 mai 2013, quatre patients étaient présents à l'UMP :

- une femme de 61 ans avait été admise le 10 mai 2013, alors qu'elle était sortie de l'hôpital le 5 mai 2013. Elle était en attente d'un lit dans une des deux cliniques privées du département ;
- un homme de 74 ans avait été admis le 14 mai 2013, après un séjour à l'UHCD. Une évaluation de son état devait décider si une admission en psycho-gériatrie à Dinan devrait être nécessaire ou si un retour au domicile était possible ;
- une femme de 23 ans avait été admise directement à l'UMP à la suite d'un accident sur la voie publique, le 13 mai 2013. Avant cet événement, elle avait le projet d'intégrer un appartement thérapeutique ; une admission en soins libres était envisagée ;
- un homme de 48 ans avait été admis le 15 mai 2013 après un séjour à l'UHCD consécutif à une tentative de suicide. Il aurait souhaité une admission dans une clinique privée qui ne disposait pas de lits ; aucune décision n'avait encore été prise à son sujet.

d. Le fonctionnement des urgences

Tout patient qui arrive aux urgences dites centrales¹⁶ est en principe accueilli par l'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) qui se charge de l'enregistrement informatique du dossier (à partir de la carte vitale et d'une pièce d'identité) et de la première évaluation de l'état du patient.

Si l'IAO l'estime utile, le patient peut être vu dans un second temps par l'infirmier psychiatrique présent au sein des urgences.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « le patient peut être vu dans un second temps par l'infirmier psychiatrique présent au sein des urgences pour une évaluation clinique, mais en fonction de l'indication du médecin urgentiste du Centre Hospitalier d'Yves Le Foll ».

Au total, cinq infirmiers psychiatriques à temps plein, dont un homme, travaillent ainsi la nuit, soit aux urgences proprement dites, soit au sein de l'UMP, en fonction des plannings. Leurs jours de présence sont alors les lundis, mardis, vendredis, samedis et dimanches (pour la « grande semaine ») ou bien les mercredis et jeudis (pour la « petite semaine »). Chaque nuit, deux infirmiers sont en principe présents, l'un demeurant au sein de l'unité et le second assurant les consultations des patients qui se présentent aux urgences.

L'infirmier présent aux urgences recueille d'abord l'ensemble des informations nécessaires. Il peut alors utiliser le bureau des internes qui dispose de deux ordinateurs qui lui sont accessibles : l'un est directement relié au centre hospitalier Saint Jean de Dieu, ce qui lui permet de vérifier les antécédents ainsi que les précédentes consultations et admissions du patient ; l'autre est relié au logiciel de gestion des urgences, appelé ResUrgences ; sont ainsi mentionnés l'entretien mené par l'infirmier psychiatrique avec le patient ainsi que l'utilisation des sangles de contention. Dans ce bureau, se trouvent également un classeur où sont regroupés les différents modèles de certificats exigés par la loi du 5 juillet 2011 en cas

¹⁶ Par opposition aux urgences gynéco-obstétricales et aux urgences pédiatriques.

d'admission en soins psychiatriques sans consentement.

L'infirmier psychiatrique examine les patients dans l'un des cinq boxes du service des urgences. Il a été indiqué qu'en cas de réelle affluence, des patients pouvaient être amenés à patienter dans le couloir ; en cas d'agitation sévère et dès lors que des sangles de contention ont été posées, les patients pourraient néanmoins attendre dans le box de déshabillage préalable aux opérations de chirurgie.

Les boxes des urgences sont constitués de parois légères qui ne vont pas jusqu'au plafond ; il est apparu aux contrôleurs que la confidentialité des entretiens ne pouvait être correctement assurée. Selon les informations recueillies, les sangles de contention restent attachées aux brancards. Le jour de la visite des contrôleurs, une personne était ainsi attachée et sédaturée ; les sangles n'avaient pas été fixées par l'infirmier psychiatrique qui, en tout état de cause, peut rarement le faire seul mais a besoin de l'aide d'un personnel du service des urgences.

La personne se déshabille. Elle est invitée, le cas échéant, à souffler dans l'éthylomètre. Ses constantes sont prises. Peut également être effectuée une prise de sang.

L'infirmier remplit une fiche paramédicale dans le logiciel Cortexte.

Il présente ensuite le dossier à l'interne de garde. Selon les déclarations recueillies, cette présentation se veut la plus objective possible même si, dans un second temps, il donnera son avis.

Le médecin urgentiste en charge de la médecine examine le patient sur le plan somatique et décide de son orientation qui peut être la suivante :

- **retour au domicile** dans des cas rares, lorsque l'état le permet ; il est remis au patient l'adresse du CMP dont il dépend ou, le cas échéant, du centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), sachant que le délai pour obtenir un rendez-vous avec un psychologue au CMP est de neuf mois. Les adresses des psychiatres libéraux sont également communiquées ; le délai serait d'un mois pour être reçu en consultation ;
- **admission dans l'un des douze lits de l'UHCD** lorsqu'une surveillance somatique est nécessaire : à titre d'exemple, après une tentative de suicide par ingestion de médicaments ou une prise de toxiques, le patient reste sous la responsabilité de l'équipe des urgences somatiques. Un « bon de consultation psychiatrique » lui est remis : il sera vu en consultation par un psychiatre de Saint Jean de Dieu le lendemain matin ;
- **admission dans l'un des huit lits de l'UMP**, lorsque le problème psychiatrique est dominant : la responsabilité du patient passe alors à l'équipe de psychiatrie rattachée au CH Saint Jean de Dieu : il s'agit de patients consentant aux soins, admis en soins libres ;
- **décision d'admettre le patient en soins psychiatriques à la demande d'un tiers** dans l'hôpital dont il dépend en fonction de son domicile : l'unité fermée Notre-Dame de Saint-Brieuc ou Argoat de Dinan ou dans les centres hospitaliers de Bégard ou de Plouguernevel. S'agissant des admissions des patients à la demande d'un tiers, c'est le médecin urgentiste qui rédige le certificat médical

nécessaire. L'infirmier doit, dans la mesure du possible, trouver un tiers pour signer la demande d'admission. Si le patient est déjà connu, les coordonnées de ses proches figurent dans le dossier auquel l'infirmier peut se référer. Cette recherche fait l'objet d'une traçabilité pour éviter l'admission dans le cadre du « péril imminent, sans tiers » : l'infirmier note, sur la « fiche paramédicale d'accueil » qu'il renseigne à l'issue de l'entretien, les démarches qu'il a effectuées pour contacter un membre de la famille susceptible de faire office de tiers. Ce tiers, s'il se déplace, sera reçu à l'accueil du service des urgences, dans un bureau situé à proximité du comptoir où se trouve l'IAO. Lorsque la situation le permet, il arrive que, la nuit, le patient soit admis dans l'un des lits de l'UHCD dans l'attente de trouver un tiers. En cas d'ASPD, le transport est à la charge du CH de Saint-Brieuc qui dépêche une ambulance. La demande du tiers, le certificat médical initial, le dossier médical de l'hôpital Yves Le Foll, la fiche paramédicale d'accueil évoquée ci-dessus, les copies des pièces d'identité et le bon de transport sont rangés dans une enveloppe en papier kraft, scotchée, remise à l'ambulancier.

Les informations recueillies concernant les **admissions en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat** sont contradictoires : d'un côté, il a été indiqué aux contrôleurs qu'elles ne passaient jamais par les urgences du centre hospitalier ; de l'autre, il a été précisé qu'arrivaient parfois à l'hôpital des patients pour lesquels une ASPDRE avait été décidée, soit parce que ces patients présentaient des problèmes somatiques, soit parce qu'un médecin libéral les avait orientés vers les urgences et non l'établissement spécialisé. De même, les médecins du SAMU¹⁷ - qui sont intervenus pour un patient pour lequel une admission en soins psychiatriques sans consentement a finalement été décidée - préféreraient parfois conduire la personne aux urgences, afin que des examens somatiques complémentaires soient effectués, plutôt que directement au CH Saint Jean de Dieu. Il a été évoqué le cas d'un patient resté dans le véhicule du SAMU car le médecin des urgences ne voulait pas l'admettre parce que ce dernier faisait l'objet d'une ASPDRE et aurait dû, selon lui, être directement conduit au CH Saint Jean de Dieu. En cas d'ASPDRE, l'infirmier psychiatrique se borne à faire un contrôle de conformité des documents en sa possession. C'est le SAMU qui envoie une ambulance de garde mais des soignants du CH Saint Jean de Dieu sont présents pour procéder à l'accompagnement.

Il peut également arriver, à l'inverse, qu'il faille aller chercher sur le ressort un patient pour lequel une ASPDRE a été décidée. Deux infirmiers vont le chercher et procèdent à l'accompagnement jusqu'au CH Saint Jean de Dieu : un infirmier du SPAL et un autre de l'unité fermée Notre-Dame du CH Saint Jean de Dieu (cf. *infra*).

Lors de la visite des contrôleurs, trois patients se trouvaient dans les boxes en attente d'être vus par l'infirmier psychiatrique. Les patients ont été reçus en moyenne 10 mn en

¹⁷ Service d'aide médicale urgente.

entretien par l'infirmier psychiatrique. Ils ont attendus environ deux heures la visite du médecin de garde et sa décision ; il a été précisé néanmoins que, les samedis et dimanches, l'attente pouvait durer entre huit et dix heures. Un patient a été hospitalisé à l'UHCD, un autre est reparti chez lui, pour le troisième, la décision n'avait pas encore été prise au départ des contrôleurs.

Selon les informations recueillies, le psychiatre de garde est très rarement appelé : sept fois par an en moyenne.

Enfin, trois psychiatres assurent la prise en charge des patients de l'UMP et des consultations pour les patients de l'UHCD, de 9h à 12h.

Les repas sont fournis par le CH Yves Le Foll. Les éléments constitutifs du déjeuner et du dîner sont réchauffés au sein de l'UHCD. Si un patient est admis après 12h ou 19h, il est possible de lui fournir un repas à toute heure.

La lingerie contient notamment des pyjamas de toutes tailles. Il a été indiqué aux contrôleurs que, le cas échéant, des vêtements de rechange, en provenance d'une petite réserve de l'UHCD, pouvaient être fournis aux patients.

Il a été rapporté aux contrôleurs qu'il arrivait que des mesures de contention soient prises pour des patients admis à l'UHCD. Il s'agit autant de contention physique que de contention chimique, pour des patients agités.

Lorsqu'un patient doit être admis sans son consentement dans l'unité fermée Notre Dame, il a été indiqué aux contrôleurs qu'il n'y avait pas de difficulté pour l'y admettre. Il serait arrivé de mettre un lit supplémentaire dans la chambre double dédiée aux personnes à mobilité réduite durant une nuit, le temps que le lendemain matin un patient soit transféré dans l'une des deux unités ouvertes Penduick ou Emeraude.

Il a été précisé aux contrôleurs que « le placement dans une chambre d'isolement ne se faisait que si l'état du patient le nécessitait du fait de ses troubles du comportement, un risque suicidaire ou une sédation majeure ».

4.2 Analyse détaillée par secteur de psychiatrie adulte

4.2.1 Le pôle de Dinan

Le pôle de Dinan est dirigé par un psychiatre, responsable du pôle, et par un cadre supérieur de santé.

Il comporte :

- l'unité fermée Argoat pour les patients admis sans leur consentement, d'une capacité de vingt-cinq lits, avec deux chambres d'isolement ;
- l'unité Saint-Roch pour les patients admis en soins libres, comprenant vingt-quatre lits ;
- deux unités pour des soins prolongés pour des patients déficitaires : Emmanuel 27 : vingt-sept lits ; Emmanuel 13 : treize lits ;
- une unité de psycho-gériatrie de vingt lits ;
- une unité d'addictologie de quatorze lits que les contrôleurs n'ont pas visitée.

Le secrétariat des unités qui composent le pôle est mutualisé (à l'exception de l'addictologie). Il est effectué par trois secrétaires dont les bureaux sont situés au rez-de-chaussée du bâtiment d'hospitalisation. Un agent à temps plein a la responsabilité des unités Argoat et Saint-Roch et deux agents à mi-temps assurent le secrétariat des unités Emmanuel (13 et 27) et de la psycho-gériatrie.

4.2.1.1 L'unité fermée Argoat

a. Les locaux

Cette unité, située au rez-de-chaussée, est accessible depuis le hall d'accueil après passage sous un porche (photo ci-dessous). La porte d'entrée est fermée en permanence.



Porte d'accès à l'unité Argoat

Elle dispose de vingt-cinq lits : quinze en chambre individuelle avec douche et wc et cinq en chambre double avec sanitaire commun. Elle comporte aussi deux chambres de soins intensifs.

b. Les patients

Le 13 mai, vingt-cinq patients majeurs dont cinq femmes y étaient accueillis :

- quatorze admis en soins libres dont quatre femmes ;
- onze sous la forme de soins contraints :
 - sept sur décision du représentant de l'Etat dont une femme
 - quatre sur demande d'un tiers.

La porte de l'unité est constamment fermée : les treize patients en soins libres, sur les quatorze présents, sont autorisés à sortir seuls, à partir de 14h30, après avoir demandé l'ouverture à un infirmier. Tous les autres patients doivent être accompagnés pour sortir dans le parc, aller à la cafétéria, à l'espace Saint-Joseph ou à la chapelle.

Le plus jeune des patients avait 24 ans, le plus âgé 67. La plus longue hospitalisation en soins libres durait depuis 6 ans, celle en soins contraints depuis 7 ans. Il a été précisé que la moitié des patients étaient en soins au long cours et qu'il était difficile de trouver des structures d'accueil pour leur sortie.

L'unité connaît un taux d'occupation important : 99 % en moyenne pour l'année 2012, ce qui nécessite fréquemment de transformer l'un des deux salons d'accueil des visiteurs en chambre. La durée moyenne d'hospitalisation a été de 74 jours en 2012.

c. Le personnel

L'organigramme de la structure est affiché à l'extérieur de la porte d'entrée qui est fermée en permanence. Le psychiatre référent de l'unité est le chef de pôle de Dinan.

Les soignants exercent leur activité, le matin, selon les horaires suivants :

- deux infirmiers, de 6h15 à 13h45.
- une ou deux infirmiers, de 7h à 14h30 ;
- un aide-soignant, de 7h à 14h30 ;
- une ASL, de 6h30 à 14h ;
- une seconde ASL, de 7h à 14h30.

Une réunion de transmissions a lieu de 13h15 à 13h45.

L'après-midi, deux infirmiers et un ASL sont présents de 13h15 à 20h45. Une réunion de transmissions a lieu de 20h30 à 20h45.

Une religieuse, habillée en civil, infirmière de profession, intervient dans le service à titre bénévole : elle ne participe pas aux entretiens avec le médecin, n'administre pas les médicaments, ne pratique pas d'injection mais prodigue des soins d'hygiène et de confort et accompagne les patients à l'extérieur.

Une assistante sociale et une psychologue interviennent à hauteur de 0,40 ETP chacune.

Cinq agents de services logistiques (ASL) et une personne bénéficiaire d'un contrat d'aide à l'emploi assurent l'entretien de l'unité.

Le 13 mai, en journée, quatre infirmiers, une aide-soignante et deux ASL étaient présents ; la nuit, trois infirmiers et une aide-soignante.

Un cadre de santé et treize infirmiers, dont un à 0,70 ETP, dispensent les soins en collaboration avec trois aides-soignantes.

Le personnel médical comprend cinq médecins (A, B, C, D et E) dont un psychiatre référent de l'unité.

Leur emploi du temps est affiché par demi-journée, mais « pas toujours respecté ». « Ils sont toujours joignables par le standard ».

Le tableau suivant indique leur présence dans la semaine :

jour	Matin	Après-midi
Lundi	A, B, D	C
Mardi	B	
Mercredi	A, B	
Jeudi	A, B, C	C
vendredi	A, B, D	

Le dernier médecin (E) vient au cas par cas, le matin.

Les réunions institutionnelles sont programmées :

- deux fois par an, entre les médecins et l'équipe soignante ;
- chaque trimestre, pour le fonctionnement ;
- toutes les six semaines, entre soignants et soignés.

Chaque semaine, trois réunions de synthèse sont organisées car les médecins souhaitent que la situation de leurs patients soit examinée séparément :

- l'une a lieu le lundi à 9h30 ;
- la deuxième, le lundi à 14h ;
- la troisième organisée par deux médecins, le mercredi de 9h30 à 10h30.

Il a été rapporté aux contrôleurs qu'il était difficile à l'ensemble des acteurs de l'unité – notamment la psychologue et l'assistante sociale – d'assister à toutes ces réunions.

d. Le fonctionnement

L'accueil du patient est réalisé par un infirmier.

Lorsque le patient est agité, un renfort infirmier est demandé auprès des autres unités ; la personne est placée en chambre de soins intensifs (cf. § 6.2) et mise en pyjama. L'information du patient et la notification de ses droits sont réalisées ultérieurement dès son apaisement.

Lorsque le patient n'est pas ou plus agité, il est reçu par un infirmier qui :

- l'informe verbalement et par écrit de sa situation juridique et de ses droits et voies de recours ;
- lui propose de désigner une personne de confiance : dans l'unité, quinze personnes sur vingt-cinq ont ainsi désigné une personne digne de confiance et le quart des patients bénéficie de l'assistance d'un avocat ;
- lui remet le livret d'accueil du centre hospitalier et le règlement intérieur de l'unité dont la dernière version a été mise à jour le 12 septembre 2011 (ce règlement et la Charte du patient hospitalisé sont affichés dans le principal lieu de passage) ;

- l'invite à déposer tous ses bijoux, valeurs et argent en sa possession au coffre de l'établissement ;
- réalise un inventaire contradictoire de ses effets personnels ;
- lui fait visiter les locaux et l'accompagne dans sa chambre pour l'y installer.

Le patient sera reçu, dans l'heure qui suit son admission, par un psychiatre et, dans les 24 heures, par le médecin généraliste présent quotidiennement, sauf le dimanche.

Le patient ne peut choisir entre une chambre individuelle et une chambre à deux lits. Compte tenu de la sur-occupation fréquente de la structure, il peut même être hébergé provisoirement dans une des deux salles de réception des visiteurs transformée pour l'occasion en chambre à deux lits séparés par un paravent.

Quatre chambres doubles ont une surface de 19 m² et bénéficient d'un éclairage naturel par l'intermédiaire d'une fenêtre carrée de 1,50 m de côté pouvant être ouverte sur 17 cm. Elles sont accessibles aux personnes à mobilité réduite. Une cinquième chambre double, de 17 m², n'offre pas cette possibilité. Chaque chambre communique avec une salle d'eau d'environ 3 m² comportant douche et WC avec cuvette.

Chaque patient dispose d'un éclairage individuel au-dessus de son lit (2,05 m sur 0,90 m) et, sur le côté, d'une prise de courant et d'une sonnette pour alerter les infirmiers.

Les chambres sont équipées d'un bureau (0,75 m sur 0,75 m) avec une chaise et d'un placard pour chaque patient (2 m sur 2 m).

Les chambres individuelles, d'une surface de 15 m², disposent d'équipements identiques.

Les chambres ne sont pas dotées de loquet permettant d'être fermées de l'intérieur et ne sont pas accessibles aux patients de 9h à 11h, puis de 15h à 17h.

Les patients sont réveillés à partir de 7h30 et bénéficient d'un petit déjeuner à 8h30. Plusieurs patients ont précisé qu'ils étaient réveillés en douceur et qu'ils appréciaient le savoir-faire des infirmiers.

Le déjeuner a lieu à 12h et le dîner à 19h dans une vaste salle à manger demi-circulaire aux parois vitrées. Le plan de table (les patients mangent par trois ou quatre autour d'une table ronde), les menus de la semaine et l'origine géographique des viandes servies sont affichés à l'entrée. La majorité des patients présents ont indiqué apprécier la nourriture servie. Un goûter est proposé à 16h.

A partir de 5h30 jusqu'à 23h, ils peuvent accéder à un jardin paysager qui comporte cinq tables avec bancs et un kiosque permettant d'être à l'abri des intempéries et de fumer une cigarette.



Jardin de l'unité Argoat

Les activités se déroulent à l'extérieur du bâtiment dans le cadre des activités mutualisées de l'établissement à l'espace Saint-Joseph ou à l'intérieur de l'unité qui dispose d'une salle de billard et d'une salle de sport. Cette dernière comporte des appareils de musculation (vélos d'appartement, simulateurs de marches, haltères) et une table de ping-pong.

Le jeudi 16 mai 2013, cinq patients étaient en sorties thérapeutiques, de 9h à 17h, à l'extérieur de l'établissement et sept participaient à des activités organisées à l'espace Saint-Joseph. Le vendredi 17 mai, cinq patients devaient sortir de l'établissement pour la journée avec organisation d'un pique-nique.

Des patients ont indiqué qu'ils n'avaient participé à aucune activité la semaine précédente, compte tenu du nombre insuffisant d'infirmiers. Ils ont regretté la suppression des séances de cinéma depuis la mutation à Saint-Brieuc des professionnels qui les organisaient et souhaiteraient que des séances de gymnastique collective soient de nouveau mises en place par le kinésithérapeute.

De manière générale, ils souhaiteraient pouvoir participer plus fréquemment aux activités et notamment pouvoir descendre au moins deux fois par semaine dans les salles de sport et de billard.

La télévision est accessible dans deux salles jusqu'à la fin de la première partie du programme du soir. Le choix du programme est établi en tenant compte de l'avis de la majorité des patients.

Des soignants ont indiqué qu'ils regrettaient l'arrêt de l'organisation de séjours thérapeutiques depuis quelques années « compte tenu des amplitudes horaires nécessaires et des moyens à mettre en œuvre ». Pour eux ces séjours étaient bénéfiques aux soignés comme aux soignants.

4.2.1.2 L'unité ouverte Saint-Roch

a. Les locaux

L'unité Saint-Roch est située au deuxième étage du bâtiment où se trouvent l'unité Argoat, au rez-de-chaussée, et les unités Emmanuel 27 et 13, au premier étage.

On y accède par un ascenseur, distinct de celui qui mène aux unités Emmanuel, utilisé à la fois par les patients, les soignants et les visiteurs.

La porte de l'unité est ouverte à partir de 7h30 jusqu'à 20h, sauf pendant les repas.

L'unité comprend théoriquement cinq chambres doubles et quatorze chambres individuelles soit une **capacité** de vingt-quatre lits.

Les contrôleurs ont constaté que, dans trois chambres doubles, un lit supplémentaire avait été ajouté de manière durable, ce qui porte la capacité à vingt-sept lits sans pour autant que le nombre de soignants en soit augmenté.

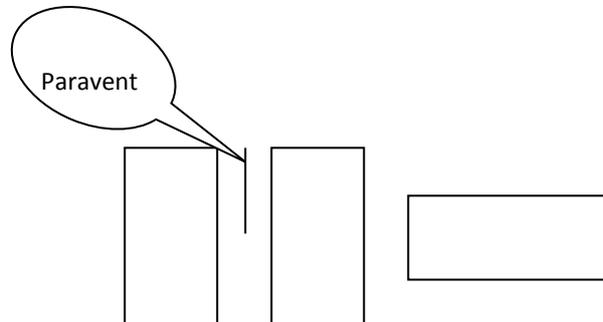
Il n'existe pas de chambre d'isolement.

Les locaux comportent :

- un bureau infirmier ;
- un bureau médical d'une surface de 15,84 m², particulièrement prisé par les psychiatres ;
- un salon de télévision ;
- un bureau pour le médecin généraliste, équipé d'une table d'examen, d'un lavabo et du matériel médical ;
- une salle à manger mesurant 9 m sur 4,5 m dont la surface (40,5 m²) s'avère restreinte, selon les informations recueillies lorsque les vingt-sept patients l'occupent. Elle est équipée de cinq tables rondes de 0,96 m de diamètre, de trente-deux chaises et d'une table hexagonale. Les patients s'installent à leur convenance. Les menus n'y sont pas affichés ;
- une salle de télévision équipée de huit fauteuils et d'un téléviseur doté d'un écran plat de 0,76 m ;
- une salle d'activités utilisée pour l'anglais, la peinture ..; elle est équipée d'une table recouverte d'une toile cirée aux couleurs pimpantes, de douze chaises, de deux armoires et d'une étagère contenant le matériel et de trois chevalets ;
- une salle dédiée aux soins esthétiques avec une table de soins, un lavabo, une chaîne hifi, une armoire. Les murs sont décorés par des affiches publicitaires de modèles de coiffures ;
- un « espace détente » comportant dix fauteuils, une chaise, des étagères, une chaîne hifi, des livres « *Sélection du reader's digest* » et une cinquantaine de livres de poche ;
- l'office du personnel ;
- un second « bureau polyvalent » pour les psychiatres, d'une surface de 13,2 m² ;

- quatorze chambres individuelles d'une surface de 11,5 m² ;
- cinq chambres doubles.

La **chambre double n° 201** est une chambre dédiée aux personnes à mobilité réduite. Elle mesure 6,4 m sur 4,6 m soit une surface de 29,44 m². Trois lits, dont deux sont séparés par un paravent, y ont été installés selon le schéma suivant :



La distance entre les deux lits parallèles est de 0,50 m et de 0,35 m avec celui qui est installé dans l'autre sens.

La pièce est équipée de trois placards et de trois porte-serviettes. Il n'existe que deux tables de chevet.

La **chambre double n° 217** mesure 4,6 m sur 4 m, soit une surface de 18,4 m². Elle comporte trois lits, deux tables de chevet, deux placards et deux porte-serviettes.

L'écart entre les lits est de 0,40 m et de 0,50 m.

La **chambre double n° 218** mesure 4,6 m sur 5,2 m, soit une surface de 23,92 m². Elle comporte trois lits, deux tables de chevet, deux placards et deux porte-serviettes. L'écart entre les lits est de 0,75 m.

b. Les patients

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

- les vingt-quatre lits étaient occupés et deux des trois lits supplémentaires installés étaient occupés ;
- tous les patients avaient été admis en soins libres : seize hommes et dix femmes ;
- le patient le plus âgé avait 78 ans, le plus jeune, 19 ans.

c. Le personnel

Le **personnel soignant** comprend :

- un cadre de santé ;
- douze infirmiers de jour effectuant au total 10,6 ETP :
 - un exerce à 0,30 ETP ; il effectue le reste de son activité aux urgences du CH René Pleven de Dinan ;
 - un à 0,50 ETP ;
 - un à 0,80 ETP ;

- la nuit : 4,8 ETP d'infirmiers et deux aides-soignants ;
- trois aide-médico-psychologiques ;
- cinq agents de services logistiques (ASL) dont un était en arrêt de maladie au moment de la visite et un était recruté sur un « emploi aidé » ;
- une assistante sociale exerçant à mi-temps dans l'unité et à mi-temps dans l'unité Argoat ;
- une psychologue présente trois demi-journées par semaine.

Selon les informations recueillies, pour assurer le fonctionnement de l'unité, il faut quatre soignants le matin, dont trois infirmiers, et trois soignants l'après-midi, dont deux infirmiers. La nuit, le service fonctionne avec un infirmier et un aide-soignant.

Le **personnel médical** comprend cinq médecins dont un psychiatre référent de l'unité.

Il existe un planning de l'organisation des cinq médecins précisant, par demi-journée, leur lieu d'activité : CMP, CHS¹⁸, lieu d'exercice de leurs « deux demi-journées d'intérêt général¹⁹ ».

Selon les informations recueillies, ce planning n'est pas respecté et il n'est pas rare de constater les faits suivants :

- les psychiatres ne préviennent ni les patients, ni les soignants de la date et/ou de l'heure de leur présence dans l'unité ;
- les patients ont sollicité les contrôleurs afin que ceux-ci interviennent auprès des psychiatres pour obtenir un rendez-vous ;
- certains patients n'ont pas de suivi régulier ;
- quatre médecins se présentent le lundi matin alors que deux bureaux d'entretien sont à leur disposition ;
- un psychiatre arrive dans l'unité sans prévenir et demande à voir un patient qui est intégré dans une activité.

Par ailleurs, chaque psychiatre est référent de ses propres patients et, de ce fait, a souhaité organiser une **réunion de synthèse** spécifique :

- une synthèse pour les patients de deux médecins a lieu le jeudi matin, de 10h30 à 12h, en présence de la psychologue et de l'assistante sociale ;
- une synthèse pour les patients d'un troisième praticien est organisée le vendredi matin, vers 10h30-11h ; la psychologue n'est pas présente ce jour-là et l'assistante sociale doit assister à la synthèse de l'unité Argoat qui a lieu à 11h ;

¹⁸ CHS : il n'est pas précisé si le médecin se trouve à Argoat, en addictologie, à Emmanuel ou au secrétariat.

¹⁹ Il est prévu dans le statut des praticiens hospitaliers la possibilité d'exercer dans un autre établissement pendant deux demi-journées.

- les deux autres médecins n'organisent pas de synthèse et ne participent pas aux synthèses évoquées *supra*.

Une première **réunion institutionnelle** a été organisée en février 2013 en présence de deux des trois médecins. La date de la prochaine n'est pas programmée. Il a été évoqué la difficulté du travail des équipes soignantes par rapport aux médecins.

Chaque mois est organisée une **réunion de fonctionnement** dont le jour est fixé en fonction des effectifs : la prochaine était programmée le 6 juin 2013.

La deuxième **réunion soignants/soignés** a eu lieu le 22 mai 2013 avec le cadre de santé, la psychologue, un infirmier, un aide-soignant et un ASL. Une réflexion est en cours pour en déterminer la participation obligatoire pour les patients.

d. Le fonctionnement

L'admission à l'unité Saint-Roch se fait par les urgences du centre hospitalier René Pleven de Dinan ou à la suite d'une consultation au CMP. Il est exceptionnel qu'un patient ayant été soigné à l'unité Argoat continue sa prise en charge à l'unité Saint-Roch.²⁰ Le psychiatre de permanence, sur la demande de l'infirmière des urgences, examine le patient et décide d'une admission en soins libres.

L'arrivée des patients se fait généralement en début d'après-midi. Le cadre de santé appelle le psychiatre de permanence, - parfois le même que celui qui a vu le patient aux urgences si la permanence n'est pas coupée en deux demi-journées - pour réaliser l'entretien d'accueil dans l'unité et prescrire le traitement.

Selon les informations recueillies, la désignation d'une personne de confiance est proposée ; peu de patients veulent faire cette démarche.

Tous les matins, vers 9h, les cinq médecins se réunissent pour se répartir les nouveaux patients et définir de manière définitive et exclusive qui sera le psychiatre référent du patient.

Selon les informations recueillies, il arrive cependant que certains malades ne se voient pas désigner de psychiatre. De ce fait, ils devront attendre pour être revus en entretien puisqu'aucun psychiatre ne sera leur référent...

Ensuite, le rythme des entretiens sera aléatoire comme décrit *supra*. Les patients étant attribués aux psychiatres, il arrive que des consignes soient établies pour qu'un autre psychiatre ne puisse modifier un traitement ou envisager la sortie du patient durant les congés du psychiatre référent, même si son état le justifierait.

Le médecin généraliste peut davantage s'impliquer dans une modification de traitement voire dans un renouvellement d'ordonnance pour un patient qui n'aurait pas été revu avant l'expiration de son ordonnance. Dans ce cas, elle prend le soin d'avertir son collègue de son intervention.

Les contrôleurs ont eu communication du **règlement intérieur** de l'unité Saint-Roch, qui n'avait pas encore été validé par le psychiatre référent au moment de la visite.

²⁰ Un patient était dans cette situation, lors de la visite des contrôleurs.

Ce document précise qu'un inventaire sera réalisé à l'admission et que les effets personnels peuvent être conservés, sauf contre-indication médicale. Les heures des repas sont indiquées : 8h, 12h, 16h, 18h45. La télévision est accessible « jusqu'à la fin de la première partie du programme du soir ».

La porte de l'unité est ouverte de 7h à 8h15 (heure du petit déjeuner), puis, après celui-ci, jusqu'à 12h, ensuite de 13h à 19h et de 19h30 à 20h. Les soignants de nuit emmènent les fumeurs dehors vers 21h30.

Il est apposé, dans l'unité, une affichette indiquant : « liberté d'aller et venir : les sorties en dehors du service sont autorisées sauf restriction médicale ou légale. Néanmoins, il vous est demandé de rester présent dans le service lors des temps de soins. Lorsque vous souhaitez sortir, merci d'en informer un infirmier du service ».

Il a été indiqué aux contrôleurs que, dans le cas où un patient admis en soins libres est confus, il peut être décidé de fermer la porte. Dans ce cas, « les soignants passent leur temps à ouvrir la porte pour les autres patients ».

Selon les informations recueillies, du fait de l'absence de places dans les structures médico-sociales du département, huit patients sur vingt-six ne devraient pas séjourner dans l'unité : ils sont en attente d'une place en foyer de vie.

Les activités proposées aux patients sont les suivantes :

- piscine, une fois par mois, le vendredi de 10h à 12h, au bénéfice de trois ou quatre patients²¹; la prochaine sortie était prévue le 6 juin 2013 ;
- sortie pour se rendre au marché de Dinan, le jeudi matin ; il est indiqué aux contrôleurs que l'effectif du personnel rend souvent impossible de mettre en œuvre cette activité ;
- anglais, le lundi de 10h30 à 12h, pour quatre à dix patients ;
- les activités manuelles qui avaient lieu le mardi matin n'ont plus été mises en place depuis le départ des deux agents qui l'animaient (l'une en mutation, la seconde en retraite) ;
- soins esthétiques, le mercredi matin.

Deux patients se rendent à l'espace Saint-Joseph plusieurs fois par semaine.

Plusieurs patients se sont plaints aux contrôleurs du manque d'activités. Il a été indiqué aux contrôleurs avec regret que les séjours thérapeutiques n'étaient plus organisés depuis plusieurs années.

S'agissant des sorties, le règlement intérieur indique qu'elles sont autorisées de 14h30 à 17h30, sauf restriction médicale. Les contrôleurs ont constaté que, dès que la porte est ouverte, les patients sortent de l'unité pour se rendre dans le parc ou, en fonction de ses heures d'ouverture, à la cafétéria.

²¹ Cette activité a été suspendue en mars et avril 2013 pendant la fermeture pour travaux de la piscine où se rendent habituellement les patients

4.2.1.3 L'unité de psycho-gériatrie

L'unité de psychogériatrie est située dans la partie ancienne du centre hospitalier, au rez-de-chaussée, à droite de la chapelle. Elle occupe deux ailes, l'une dans le bâtiment principal, le long du cloître, et l'autre, perpendiculaire, longe un petit jardin pour les patients. Depuis cette aile, on a vue sur le chantier du futur service en phase de terrassement.

En effet, l'unité de psycho-gériatrie est appelée à quitter les locaux qu'elle occupe actuellement pour être installée dans un bâtiment neuf, dont la mise en service est prévue pour juin 2014.

Ce nouveau service devra permettre un accroissement de la capacité d'accueil à vingt-cinq lits, pour prendre en charge les patients de Saint-Malo. Il comprendra deux ailes, une pour les patients psychotiques (dépressifs et mélancoliques) et une pour les déments. Ceux-ci peuvent parfois être « violents ou crieurs » ; une pièce d'isolement et une autre pièce insonorisée sont donc prévues. Une salle Snoezelen sera également installée pour répondre aux besoins d'apaisement de certains patients. Des rails au plafond permettront le déplacement des malades handicapés.

Lors de la visite des contrôleurs, **vingt lits** étaient disponibles dans ce service, sans chambre d'isolement. Dix-huit personnes étaient accueillies : six hommes et douze femmes.

Tous ces patients étaient admis en soins libres, le plus âgé avait 86 ans et le plus jeune, 54 ans. Il a été dit aux contrôleurs que le nombre d'entrées était de 300 par an, en moyenne, soit une durée moyenne de séjour de 27 jours.

Peu de patients décèdent dans le service, ils sont hospitalisés en soins palliatifs avant leur mort.

La porte d'entrée du service est fermée, pour la protection des patients.

Trois médecins sont attachés à l'unité de psycho-gériatrie : un gériatre à plein temps, un psychiatre à 0,05 ETP et un gériatre à 0,40 ETP. Les médecins somaticiens du centre hospitalier viennent dans le service selon les besoins, leurs compétences en gériatrie sont reconnues et le service n'évoque pas de manque de médecin.

Le personnel non médical comprend : quatre aides-soignants (3,80 ETP) ; cinq ASL dont un homme ; dix infirmiers pour 9,80 ETP (huit femmes et deux hommes). Les horaires peuvent être décalés en fonction des activités ou des réunions.

Une réunion de synthèse, d'une durée moyenne de deux heures, a lieu tous les mardis matin. Tout le personnel y participe et de nombreux étudiants y sont conviés, des apports théoriques sont prodigués.

Un dossier « projet psycho-gériatrie » a été rédigé. Il présente l'unité, le cadre de référence conceptuel, l'offre de soins avec l'analyse des thèmes de la bienveillance et le fonctionnement de l'unité ; il est précisé que ce texte est évolutif et que la mise en service de la nouvelle unité devrait induire des modifications.

Des groupes « Balint »²² fonctionnent dans ce service, animés par une psychologue (0,10 ETP). Il a été dit aux contrôleurs qu'il en résultait une ambiance de travail de qualité, malgré la pénibilité du travail.

L'augmentation considérable des personnes démentes conduit l'équipe de cette unité à une réflexion concernant à la fois la prise en charge avant et après l'hospitalisation (équipes mobiles, partenariats avec d'autres services extérieurs), et la notion de maltraitance, notamment avec la chimiothérapie.

S'agissant d'un service public, tous les patients peuvent être admis en provenance des urgences de l'hôpital général ou depuis des structures partenaires. Ils arrivent en véhicule sanitaire léger (VSL).

Le respect de la loi du 5 juillet 2011 présente des difficultés ; il a été dit aux contrôleurs que la judiciarisation pouvait être vécue comme une persécution pour les patients en ASPDT, notamment pour les personnes démentes. La mesure d'ASPDT est souvent levée au profit d'une admission en soins libres avec une acceptation des soins par les patients.

Dans cette unité, les visites sont nombreuses ; elles se déroulent soit dans les chambres, soit dans les salles communes, car aucune pièce n'est réservée.

Aucun patient n'est en pyjama.

Le tabac est géré sans difficulté par les soignants, puisqu'une cour avec jardin peut être utilisée.

Les chambres, dans ce bâtiment ancien, sont au nombre de dix-sept : douze individuelles, quatre doubles. Une chambre est conçue pour l'isolement des « septiques » mais elle est utilisée normalement. Cette dernière, réalisée récemment, comporte un sas destiné aux soignants et aux effets souillés. Seule cette chambre dispose d'une salle d'eau avec douche, WC avec cuvette, lavabo, miroir ; l'ensemble est carrelé et peint en jaune, l'état est parfait.

Les chambres, en raison de l'âge du bâtiment, présentent une hauteur sous plafond importante et, dans plusieurs d'entre elles, des colonnes de granit sont visibles. Les fenêtres, vétustes, sont équipées de barreaux. Les soignants sont gênés par la conception obsolète des locaux et, notamment, par l'impossibilité de faire passer les lits médicalisés par les portes des chambres.

²² Inventés par Michael Balint, psychanalyste hongrois (1896-1970), les premiers groupes Balint se sont déroulés dans le cadre de la Tavistock Clinic de Londres et étaient proposés, dès 1949, dans le cadre de la formation des médecins omnipraticiens. Le travail de groupe visait à aider le médecin à acquérir des qualités psychothérapeutiques, à partir de cas cliniques. Le groupe était composé de huit à douze médecins et animé par un psychanalyste et un ou deux observateurs. Ils étaient hebdomadaires. En France, ces groupes ont été introduits par des psychanalystes dans les années 60 sur le même modèle. Aujourd'hui le terme s'est généralisé pour désigner toute sorte de travail de supervision plus ou moins inspiré par Balint et la psychanalyse.

Chaque chambre est équipée d'un lit médicalisé électrique et deux d'entre elles sont équipées de lits bas, spécialement adaptés pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Dans toutes les chambres, un meuble servant de table de nuit et d'armoire est placé près du lit et un lavabo avec miroir est installé de l'autre côté. Les patients ne disposent pas de WC ni de boutons d'appel, mais des médaillons d'appel leur sont attribués.

Une salle de bains est accessible depuis le couloir central. Elle comprend une grande baignoire spécialisée, un lavabo, un WC avec cuvette et une douche à l'italienne. Une salle d'eau équipée d'un WC, d'un lavabo et d'une douche de plain-pied est installée au fond du service. Un défibrillateur est à disposition sur le chariot d'urgence.

Les peintures, récentes, sont en bon état et il en est de même pour les sols, parfois en beaux carrelages anciens, parfois, en linoléum.

Les patients, en général, ne sont pas dans leur chambre durant la journée sauf pendant la sieste de 13h30 à 15h. Ils séjournent dans deux pièces de vie. Certains, sur prescription médicale, sont placés sous contention sur leur siège. Un poste de télévision est installé dans une des salles. Des jeux, de la lecture (journaux, revues) sont utilisés et diverses activités, de préférence collectivement, sont pratiquées par les soignants. Un partenariat avec un hôpital de jour permet une activité de gymnastique douce une fois par mois.

Un jardin d'environ 150 m² est accessible depuis la salle à manger. On y trouve un dais avec du mobilier de jardin, des allées, des zones couvertes d'herbe et des arbustes. Un grillage l'entoure entièrement.

L'aile qui longe ce jardin est étroite, elle accueille des pièces refaites récemment et présentant une enfilade peu fonctionnelle : une cuisine exiguë, propre mais ne respectant pas les normes HACCP²³ ; un salon d'esthétique, bien équipé, utilisé par les soignants et par une coiffeuse privée, venant sur demande et payée par les patients ; des bureaux et les vestiaires du personnel.

4.2.1.4 Les unités de soins prolongés Emmanuel 13 et Emmanuel 27

Tous les patients de cette unité située au premier étage, au-dessus de l'unité Argoat, bénéficient de soins librement consentis. Cependant, la porte d'entrée demeure constamment fermée. Compte tenu du handicap physique souvent associé au handicap psychique de nombreux patients, cette mesure est essentiellement destinée à les protéger des risques de chute ou de les empêcher de se perdre dans le parc.

La situation de l'unité, en étage, ne favorise pas l'autonomie des patients qui ne disposent ni d'une cour ou d'un jardin ni même d'un fumoir.

Sur les quarante patients présents au moment du contrôle, vingt et un pouvaient sortir de la structure après demande auprès d'un infirmier.

²³ HACCP : Hazard analysis critical control point

L'unité ne dispose pas de chambre de soins intensifs mais des mesures d'isolement et de contention sont ponctuellement prescrites pour des durées inférieures à deux heures dans une chambre d'apaisement où le patient est attaché sur un lit. Il n'existe pas de registre d'enregistrement des présences dans cette chambre.

L'unité, qui dispose de quarante lits, est composée de deux sous-structures Emmanuel 27 et Emmanuel 13 dont les appellations correspondent au nombre de lits installés.

Le temps médical n'apparaît ni adapté, ni proportionnel au nombre de patients :

- à Emmanuel 27, le psychiatre référent est présent uniquement le mercredi, de 10h30 à 12h, et joignable, si besoin, le vendredi sur le site de l'hôpital ;
- à Emmanuel 13, le psychiatre référent est présent deux demi-journées par semaine et joignable par téléphone en cas d'urgence.

4.2.2 Le pôle de Saint-Brieuc

4.2.2.1 L'unité fermée Notre-Dame

L'unité Notre-Dame est la seconde unité fermée du CH Saint Jean de Dieu. Elle est située non pas à Dinan mais sur le site de Saint-Brieuc.

Selon les informations recueillies et les constatations effectuées sur place, elle fonctionne de manière « complètement autonome » et « indépendante » par rapport à l'unité fermée Argoat.

Selon ce qui a été indiqué aux contrôleurs, le point fort de l'unité serait la communication et l'articulation entre les unités d'hospitalisation complète et les autres services extrahospitaliers, entre l'unité dite fermée et les unités d'admissions en soins libres.

a. Les locaux

• Le site de Saint-Brieuc

Le site de Saint-Brieuc se trouve en pleine agglomération, entouré d'immeubles d'habitation. Deux lignes de bus le desservent : la ligne C (arrêt L'Ourme) et la ligne 10 (arrêt Aberystwyth). Les visiteurs peuvent garer leur véhicule dans la rue où se trouve le CH ; si, lors de leurs visites, les contrôleurs n'ont eu aucune difficulté pour stationner, selon les informations recueillies, l'absence de parking pour les usagers est un élément souvent relevé dans les questionnaires de satisfaction.

A l'origine, ce site ne comprenait qu'un seul bâtiment – qui était une ancienne clinique – à proximité duquel se trouvait un parking.

Acquis par la fondation Saint Jean de Dieu, il a fait l'objet de plusieurs transformations dans les années 2000 :

- le bâtiment principal, qui regroupe désormais les unités d'admissions en soins libres et la cafétéria, a été en partie rénové en 2003 ;
- un second bâtiment, abritant l'unité pour adolescents (Terre et Mer, cf. § 4.2.3), a été édifié en 2005 ;
- un troisième, propre à l'unité fermée Notre-Dame, a été achevé et inauguré en 2008 ;

- un champ, non construit, a été racheté à proximité du site et transformé en parking réservé aux personnels. L'ancien parking évoqué ci-dessus a été en partie aménagé en petit parc.

Le personnel présent sur place travaillait initialement sur le site de Dinan.

Comme indiqué supra (cf. § 4.1.1), des travaux de sécurisation du site ont été entrepris : a ainsi été rajouté, fin 2009-début 2010, juste avant l'entrée des différents bâtiments, un portillon métallique qui bloque l'entrée piétons comme celle des véhicules. Celui-ci est surveillé par deux caméras placées de part et d'autre du portillon. Les familles ou patients qui veulent entrer ou sortir doivent sonner et s'annoncer à l'interphone. Les personnels ont les clés.

• L'unité Notre-Dame

Les locaux de l'unité Notre-Dame ont été jugés « bien conçus » par les différents interlocuteurs rencontrés.

Les personnels ont été associés au projet architectural et consultés en amont, principalement pour les choix d'aménagement et de couleurs. Un comité de pilotage avait été créé, réunissant notamment les cadres supérieurs et les cadres de santé, les infirmiers et même certains patients. Une visite du CH de Nantes avait été organisée, notamment aux fins de voir sur place la réalisation des chambres d'isolement.

Les points positifs relevés au moment du contrôle sont le patio central, l'accès direct aux salons de visite et « l'espace assez grand, ainsi que les coins et recoins » permettant à des patients de s'isoler, s'ils le souhaitent, à d'autres d'être très près du personnel infirmier ; pour autant, certains patients ont dit avoir du mal à se repérer au rez-de-chaussée, à retrouver leur chambre ou le réfectoire.

L'unité est accessible depuis l'extérieur après avoir franchi un escalier comprenant quelques marches ou emprunté une rampe, spécialement conçue pour les personnes à mobilité réduite (PMR). Il faut sonner pour pouvoir pénétrer dans l'unité. Un soignant se déplace systématiquement pour ouvrir la porte d'entrée toujours fermée à clé.

Passée cette porte, le visiteur se retrouve dans un vaste sas. Sur la droite, sont installés deux fauteuils à destination de ceux qui doivent patienter. Sur la gauche, un escalier permet d'accéder directement au premier étage.

L'unité Notre-Dame est en effet composée de deux niveaux : un niveau réservé aux patients, un autre aux familles : « comme un service de réanimation, pourquoi serait-ce différent ? ». L'idée était aussi de structurer l'espace autour du patio central.

L'étage est accessible, comme indiqué, par les escaliers ou bien encore par un ascenseur mais qui se trouve de l'autre côté de la seconde porte du sas. Un autre escalier, en colimaçon, relie le bureau infirmier, au rez-de-chaussée, au bureau occupé par le secrétariat médical, au premier étage (équipé d'un photocopieur et d'un télécopieur).

L'étage, en forme de L, est composé de :

- deux salons de visite. Un grand salon disposant de quatre espaces séparés par des paravents et un plus petit, « plus intime et plus convivial », réservé aux familles avec enfants. Le grand salon est équipé d'un téléphone relié directement aux infirmiers

en service en cas de difficultés ou de besoin, d'un bouton d'appel d'urgence et de sanitaires (larges, accessibles aux PMR) ;

- les bureaux des personnels (médecins psychiatres et généralistes, cadre supérieur et cadre de santé, psychologues et assistantes sociales) ainsi qu'un vaste bureau médical, où se tiennent les entretiens avec les familles, et un bureau de travail, doté d'un poste informatique. Le choix de mettre ces bureaux à l'étage s'explique par la volonté de préserver la confidentialité des entretiens menés, même s'il peut arriver, à titre tout à fait exceptionnel – notamment lorsque le patient est en chambre d'isolement – que les entretiens aient lieu au lit du patient. Une pièce est appelée « bibliothèque du personnel » ; elle sert en réalité de salle de réunion et pourrait servir de salle de visioconférence, non pour les audiences avec le JLD (cf. *supra*) mais peut-être pour des communications avec le siège de la fondation Saint Jean de Dieu, situé à Paris ou encore avec le site de Dinan.
- une « salle d'activités physiques », principalement utilisée pour l'activité de culinothérapie et, dès lors, équipée d'une cuisine, sur la gauche, mais aussi d'un sac de frappe et d'un appareil de musculation, sur la droite. Il a été indiqué aux contrôleurs que les avis relatifs à l'utilisation de ce sac de frappe par les patients étaient partagés ;
- les vestiaires : d'une part, la « bagagerie », vestiaire réservé principalement aux patients au long cours ; s'y trouvaient principalement, lors de la visite des contrôleurs, les effets personnels d'un patient (nombreux livres et DVD notamment, rangés sur des étagères métalliques ou posés à même le sol) ; les vestiaires du personnel, hommes et femmes.

Le rez-de-chaussée, de forme carrée, comprend trois types d'espaces : des espaces pour la journée, d'autres pour la nuit et, enfin, des espaces collectifs soit :

- un hall d'entrée, avec un baby-foot et une cabine téléphonique ;
- à proximité immédiate de la porte d'entrée de l'unité, le bureau infirmier où se trouvent notamment : les dossiers des patients, des boîtes à leur nom contenant leurs effets personnels, des bannettes pour le courrier à destination des agents, les trois écrans de contrôle des caméras de vidéosurveillance (correspondant aux deux caméras installés de part et d'autre du portillon évoqué ci-dessus ainsi qu'un troisième écran qui s'allume lorsqu'un patient a activé son interphone) ;
- une salle de soins ;
- un « bureau polyvalent » équipé d'une table d'examen, utilisé en particulier par le médecin généraliste mais également par les infirmiers qui ont des éléments à porter dans le dossier du patient car cette pièce dispose d'un ordinateur (les enregistrements se font par voie informatique) ;
- vingt-trois chambres :
 - seize chambres individuelles classiques ;

Les chambres sont identiques (la chambre n° 18 a pu être visitée par les contrôleurs).

Elles ont une surface – salle d'eau comprise – de 16,50 m². Dans la chambre, une table de 1,20 m sur 0,50 m est fixée au mur de même qu'une petite tablette, près de la tête du lit. Celui-ci est médicalisé et électrique. L'éclairage est assuré par un plafonnier et par une applique à la tête du lit. La fenêtre comporte une partie centrale fixe et deux parties latérales de 0,10 m de large, ouvrantes. Un système de doubles clés en possession des soignants permet de contrôler les ouvertures. Un film réfléchissant interdit de voir à l'intérieur des chambres depuis l'extérieur. L'état des chambres est très satisfaisant.

La salle d'eau est équipée d'un lavabo d'angle surmonté d'un miroir, d'un cabinet d'aisance avec cuvette et d'une douche de plain-pied ;

- une chambre individuelle, dite de surveillance, avoisinant le bureau infirmier et comprenant une ouverture qui donne dans ce dernier.
 - deux chambres individuelles réservées aux PMR (n° 7 et n° 14) ;
 - deux chambres doubles (n° 15 et n° 16) ;
 - deux chambres d'isolement (n° 24 et n° 25 - cf. § 6.2) ;
- des WC collectifs fermés à clés ;
 - une salle de bains avec une baignoire ;
 - une buanderie équipé d'une machine à laver le linge et d'une autre à sécher ;
 - des pièces séparées, appelées « linge propre » et « linge sale », permettant de respecter les règles d'hygiène et de circulation du linge mais aussi d'entreposer des produits d'hygiène, d'entretien ou encore les rasoirs des patients. Le nettoyage de l'unité est effectué le matin par une ASH, après le petit déjeuner qui a lieu à 8h15 ;
 - la cuisine, de 21 m², comporte une partie « plonge », au fond, avec un lave-vaisselle professionnel, et une zone principale utilisée comme cuisine-relais équipée d'un four de réchauffage, de deux réfrigérateurs (le vendredi soir sont livrés tous les repas du week-end), d'un plan de travail en inox avec quatre plaques chauffantes et de trois bacs éviers en inox. L'état de cet équipement est parfait. Sur un tableau blanc, sont inscrits les régimes alimentaires particuliers ainsi que le plan de table ;
 - la salle à manger a une surface de 72,96 m². Elle comprend une partie « repas », meublées de douze tables de différentes formes, carrées, rectangulaires et rondes, individuelles ou collectives, et de vingt-cinq chaises. Les menus du mois sont affichés. La partie « salon », séparée par un paravent, dispose d'un poste de télévision installé dans un coffre protecteur, avec neuf chauffeuses en bois ; une salle sur laquelle est écrit « privé » : il s'agit en réalité de la salle de repos du personnel qui donne sur le patio. S'y trouvent aussi des boîtes d'archives aux noms des patients, dans lesquelles sont rangés des gâteaux et petites friandises achetés ou remis par les familles, ainsi qu'un petit réfrigérateur servant pour les canettes et bouteilles de jus de fruits ;

- une « salle de réunion » : il s'agit de la salle la plus vaste qui permet de faire les réunions de transmission de mi-journée avec les équipes du matin et de l'après-midi. S'y trouvaient, au jour de la visite des contrôleurs, des tables en bois classiques, rapprochées aux fins de constituer une table de ping-pong ;
- le patio, qui dispose de trois accès et d'un auvent permettant aux patients de s'abriter. Il est équipé de deux bancs en bois, dix chaises en bois, une poubelle et deux cendriers en ciment. Selon les informations recueillies, le patio est ouvert même la nuit.

Les couloirs du rez-de-chaussée sont relativement lumineux, éclairés pour certains grâce aux baies vitrées donnant sur le patio central, pour d'autres, grâce à des puits de lumière.

La circulation entre le rez-de-chaussée et l'étage n'est pas libre pour les patients : chaque niveau est fermé.

b. Les patients

Le pôle de Saint-Brieuc couvre une population jeune (attirée par les emplois de l'agroalimentaire et le campus universitaire), vivant dans des zones urbaines ou semi-urbaines.

L'unité Notre-Dame est équipée de vingt-cinq lits, toujours occupés. Néanmoins, selon les informations recueillies, il n'existe pas de suroccupation ou de problèmes de lits comme à l'unité Argoat (cf. § 4.2.1.1).

Les patients sont d'abord des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement mais aussi des personnes détenues.

Ils peuvent aussi avoir été admis librement ; il s'agit principalement de patients qui, ponctuellement, ont besoin d'un cadre fermé ou bien de situations particulières, comme des personnes qui sont en sevrage de toxiques.

Selon les informations recueillies, il arrive très rarement que l'unité accueille des mineurs : deux fois en deux ans mais toujours par manque de place dans les unités pour adolescents.

Le 14 mai 2013, à l'unité Notre-Dame, vingt-cinq patients étaient présents (quatorze hommes et onze femmes). Six hommes étaient hospitalisés en ASPRE, la plus longue hospitalisation en ASPRE datant du 30 juin 2012 (soit près d'un an). La plus longue admission en soins libres datait du 23 novembre 2012 (soit cinq mois et demi). Le patient le plus âgé avait 66 ans, le plus jeune, 24 ans.

c. Le personnel

Les médecins qui interviennent à l'unité Notre-Dame sont :

- un psychiatre, chef de pôle. Lors du contrôle, ce dernier était en congé de maladie. Ce congé avait débuté en janvier 2013. Le médecin était susceptible de reprendre début juillet, à mi-temps, mais sans aucune certitude ;
- un autre psychiatre faisant, de fait, fonction de médecin chef de pôle et intervenant, selon les informations recueillies, dans l'unité Notre-Dame selon le planning suivant :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin	Unité Notre-Dame	Unité Notre-Dame	Unité Notre-Dame	Hôpital de jour	Unité Notre-Dame
Après-midi	Maison d'arrêt de Saint-Brieuc	Centre médico-psychologique	Consultations	Consultations	Consultations

- deux médecins généralistes : l'un se déplace tous les matins à l'unité Notre-Dame et l'autre, tous les après-midis, dans toutes les unités du site de Saint-Brieuc pour répondre aux demandes.

Aucun interne n'est affecté à l'unité ; personne n'avait même postulé.

Parfois, en cas de besoin, un psychiatre du SPAL (cf. § 4.1.7.2) prend en charge le suivi de plusieurs patients (selon les informations recueillies, six ou sept). Pour l'établissement des différents certificats médicaux exigés par la loi du 5 juillet 2011, il est fait appel au médecin d'astreinte ou aux médecins travaillant dans les autres unités du site de Saint-Brieuc. Lors du contrôle, deux médecins généralistes étaient en cours de formation aux fins de devenir psychiatres. Enfin, pour l'été 2013, le recours à des intérimaires était envisagé.

La règle d'affectation des patients est la suivante : le médecin qui fait le premier entretien suit le patient.

Pour autant, malgré les solutions parfois trouvées, les différents personnels rencontrés par les contrôleurs ont évoqué le « manque de temps médical » qui serait la principale difficulté de fonctionnement de l'unité Notre-Dame. Plusieurs explications ont été avancées : certains indiquent que la ville même de Saint-Brieuc n'attire pas les médecins parce qu'elle est excentrée. D'autres évoquent l'ouverture d'une clinique à Trégueux qui aurait fait « un appel d'air ». La conséquence serait, notamment, celle d'une « urgentisation » des soins : les consultations en extrahospitalier diminueraient, les patients seraient de ce fait obligés de consulter en urgence, en situation de crise, à défaut d'avoir vu un médecin en temps utile.

Mais personne – personnel non médical comme patients – ne s'est plaint de la disponibilité des médecins présents.

En outre, les consultations à l'extérieur se déroulent, selon les informations recueillies, sans problème particulier, chez les médecins libéraux (chirurgiens dentistes, gynécologues etc.) comme celles ayant lieu au centre hospitalier de Saint-Brieuc (ainsi des radiographies pour lesquelles les patients n'attendent pas).

Par ailleurs, un neuropsychologue intervient (à hauteur de 0,50 ETP pour l'unité) ; certains patients sont vus régulièrement, d'autres le sont à la demande de l'équipe.

Le personnel non médical comprend un cadre de santé et vingt-deux infirmiers (sept femmes et neuf hommes en journée ; une femme et cinq hommes de nuit). L'unité n'a pas instauré d'infirmier référent par patient. Il a été indiqué que l'équilibre hommes/femmes était

respecté et que les agents étaient jeunes²⁴ mais en nombre suffisant²⁵. L'unité ne dispose d'aucun aide-soignant mais de huit ASH (trois hommes et trois femmes en journée et deux hommes de nuit).

L'équipe de nuit travaille de 20h30 à 6h30. En journée, une équipe est en place de 6h15 à 13h45 et une autre, de 13h15 à 20h45. Chaque changement d'équipe est l'occasion d'une réunion de transmission, de 6h15 à 6h30, de 13h15 à 13h45 et de 20h30 à 20h45.

L'équipe est complétée par deux assistantes sociales à 0,25 ETP chacune, et un psychologue, qui est présent le mardi matin et le jeudi toute la journée. Le secrétariat est assuré par une personne partagée avec le CMP, le SPAL et un autre service.

Chaque matin, à 9h30, une réunion d'une heure, encore appelée « *staff* », rassemble toute l'équipe, en présence des deux médecins intervenant dans l'unité et, si elles sont disponibles, des assistantes sociales.

Tous les jeudis, une réunion de synthèse se déroule de 11h30 à 12h45 avec les médecins, l'équipe des soignants, les assistantes sociales, le psychologue, de même qu'un infirmier du centre médico-psychologique situé sur le site de Saint-Brieuc avec lequel les équipes travaillent.

Les réunions de synthèse du pôle ont lieu le vendredi, de 15h à 16h : en principe sont présents les représentants de toutes les unités de soins de l'intra comme de l'extrahospitalier.

Des synthèses cliniques sont organisées également toutes les trois semaines environ, en fonction des besoins des soignants, des médecins ou des psychologues.

Tous les entretiens menés sont faits en présence d'un infirmier.

d. Le fonctionnement

Il a été remis aux contrôleurs une plaquette de présentation de l'« unité d'admission en soins sous contrainte ». Il y est fait référence à la loi du 5 juillet 2011. Sont définies l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers et l'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat. Sont précisées les différentes missions du CH Saint Jean de Dieu : l'accueil, le diagnostic, le travail thérapeutique et les objectifs (apaisement de la crise, réappropriation par le patient de son propre soin). Sont indiqués les membres de l'équipe (médecins, cadres, secrétaire médicale, psychologue, assistantes sociales) et mentionné le plan d'accès à l'établissement avec ses coordonnées.

En outre, l'unité dispose de son propre règlement intérieur dont les contrôleurs ont pu prendre connaissance. Ce règlement intérieur, non daté, est en revanche signé des psychiatres intervenant dans l'unité et du cadre de santé. Ce document de deux pages récapitule les règles relatives :

²⁴ Deux tuteurs, infirmiers de secteur psychiatrique (ISP), sont chargés d'encadrer les agents ayant moins de cinq ans d'expérience professionnelle mais au moins un an-un an et demi de fonction : un entretien individuel a alors lieu une fois par semaine, une réunion collective une fois par mois et trois par an, des séances de formation et d'approfondissement. Ce tutorat dure deux ans.

²⁵ Un institut de formation en soins infirmiers est situé à 300 mètres environ du site de Saint-Brieuc. Le cadre supérieur de santé du pôle de Saint-Brieuc y donne des cours.

- aux visites ;
- au téléphone ;
- aux effets personnels ;
- aux sorties ;
- aux repas ;
- à la consommation d'alcool, de tabac et d'excitants.

Un patient a reconnu avoir eu une brochure sur sa table de nuit, sans que les contrôleurs puissent identifier de quelle brochure il s'agissait.

Dans le même ordre d'idées, le cadre de santé de l'unité avait annoncé la visite des contrôleurs à l'heure du déjeuner à l'ensemble des patients, réunis dans la salle à manger. Il avait également expliqué ce qu'était le Contrôleur général des lieux de privation de liberté et que tous pouvaient être reçus s'ils le souhaitaient.

S'agissant des effets personnels, le règlement intérieur dispose : « à votre admission, la tenue vestimentaire est le pyjama jusqu'à nouvelle consigne définie par le médecin ». Les contrôleurs ont en effet constaté que certains patients étaient en pyjama mais d'autres pas. En outre, à l'admission aussi, est effectué un inventaire des biens. Enfin, il est possible de retirer l'argent dont le patient dispose, auprès du cadre de santé ou d'un soignant « entre 11h et 12h tous les jours de la semaine ».

S'agissant des repas, les horaires sont les suivants : « petit déjeuner à 8h15-8h30, déjeuner à 12h, un café à 16h, dîner à 19h. Le petit déjeuner du dimanche peut être pris entre 8h30 et 9h30 ». Il est aussi indiqué, *in fine*, dans le règlement intérieur : « afin d'éviter la consommation abusive d'excitants, le café est soumis à la réglementation et tout apport extérieur est interdit ».

Les activités sont diverses, notamment :

- possibilité d'aller à la cafétéria, située dans le bâtiment face à l'unité Notre-Dame. Celle-ci est tenue par une association, LA CIGOGNE²⁶, dont sont membres patients et soignants ;
- musique et chorale ;
- sport (piscine) à l'extérieur du CH, le mardi matin, pour deux ou trois personnes par semaine.

Un patient a dit jouer régulièrement à la belote avec d'autres patients et parfois, avec des membres du personnel.

Une petite bibliothèque, constituée d'une centaine de livres, revues et jeux récupérés de toutes parts, est installée dans la salle de réunion. Cette salle multifonctions sert aussi aux patients ; elle est équipée de cinq tables de 1,50 m sur 0,75 m et de deux tables trapézoïdales avec treize chaises.

²⁶ Association déclarée à la préfecture des Côtes-d'Armor le 7 juin 2012, dont l'objet est, d'après les statuts déposés, l' « animation socioculturelle et sportive du pôle de psychiatrie de Saint-Brieuc ».

Des sorties sont organisées (pêche, oxygénation...) et la cafétéria, située dans le bâtiment voisin (unités Emeraude et Penduick), est aussi utilisée avec certains patients.

Cette **cafétéria** est ouverte le lundi, le mercredi et le jeudi, de 14h à 16h, le vendredi, de 10h à 12h. Douze tables « bistro » avec décor de carrelage multicolore, vingt-trois chaises « bistro » vertes et quatre chauffeuses en plastique vert constituent le mobilier. Un comptoir bas en bois avec, derrière, des panneaux et des étagères également en bois procurent un décor rustique. Un réfrigérateur et une armoire, délimitant un coin cuisine, avec évier et cafetières, sont installés à côté du comptoir. L'équipement comprend aussi un appareil à musique, des plantes, un porte-manteau sur pied, un baby-foot, deux blocs d'étagères servant de bibliothèque avec une centaine de livres. Cinq fenêtres ouvrantes, de 1,20 m sur 1,35 m, rendent la pièce très lumineuse. L'ensemble est propre et en bon état. On y vend du café ou du thé à 0,40 euro, du chocolat à 0,50 euro, des canettes à 1 euro, du shampoing à 1 euro, des tablettes de lessive à 0,30 euro, du gel douche, dentifrice ou brosse à dents à 1 euro, des tablettes de chocolat à 0,40 euro et des crêpes à 0,30 euro.

Un accès est possible vers une terrasse bitumée, en partie couverte, où se trouvent deux tables avec bancs intégrés. Depuis cette terrasse, il est possible de rejoindre un petit parc arboré.

De manière générale, les relations entre les patients et le personnel sont apparues être de qualité. Les patients ont ainsi évoqué la gentillesse et la patience des agents. Une personne a précisé : « je ne m'attendais pas à ce que mes demandes soient prises en compte si rapidement par le service ».

S'agissant du tabac, l'interdiction de fumer dans les locaux de l'unité est rappelée mais, à l'inverse, il est indiqué la possibilité de le faire dans la cour. La consommation de tabac ne constitue pas un problème car le patio central est utilisé par les fumeurs.

Certains patients circulent dans le service en pyjama. Il a été dit aux contrôleurs qu'aucune règle n'était en place à ce sujet, alors que certains patients le demandaient.

4.2.2.2 L'unité ouverte Emeraude

L'unité comporte vingt-cinq lits répartis en dix-sept chambres individuelles et quatre chambres doubles. Toutes les chambres sont dotées de locaux sanitaires comportant une douche, un lavabo et un WC. Il n'existe pas de chambre d'isolement.

Le jour de la visite des contrôleurs, tous les lits étaient occupés par treize hommes et douze femmes.

Le jour de la visite, aucun patient n'était hébergé sans son consentement dans cette unité.

Les contrôleurs n'ont pas visité cette unité.

4.2.2.3 L'unité ouverte Penduick

L'unité comporte vingt-cinq lits répartis en dix-sept chambres individuelles et quatre chambres doubles. Toutes les chambres sont dotées de locaux sanitaires comportant une douche, un lavabo et un WC. Il n'existe pas de chambre d'isolement.

Le jour de la visite des contrôleurs, vingt-trois lits étaient occupés par douze hommes et onze femmes.

Le jour de la visite, aucun patient n'était hébergé sans son consentement dans cette unité.

Les contrôleurs n'ont pas visité cette unité.

4.2.3 Le pôle de pédopsychiatrie : l'unité temps plein pour enfants et adolescents (UTPEA) Terre et Mer

Le secteur de pédopsychiatrie (22 I 02) recouvre l'ensemble du territoire correspondant aux trois secteurs de psychiatrie adulte.

L'unité d'hospitalisation, créée en 2005, est implantée sur le site de Saint-Brieuc. Les portes ouvrant sur l'extérieur demeurent constamment fermées mais les jeunes patients y bénéficient de soins librement consentis sauf de très rares exceptions. En 2012, deux patients avaient été confiés à la structure par un juge des enfants sous la forme d'une ordonnance de placement provisoire et un autre, en janvier 2013, dans les mêmes conditions.

Depuis l'année 2006, l'unité n'a pas reçu de visite d'autorités : agence régionale de santé ou magistrat.

a. Les patients

L'unité dispose de **onze lits** qui étaient tous occupés pendant la semaine de contrôle par :

- sept filles dont la plus jeune avait 14 ans et la plus âgée, 17 ans ;
- trois garçons âgés de 12, 15 et 17 ans.
- un onzième lit était occupé par une jeune patiente hospitalisée la nuit mais scolarisée dans son lycée en journée.

b. Les chambres

La structure comporte sept chambres individuelles, d'une surface de 7,5 m², et de deux chambres doubles, de 15 m² ; toutes bénéficient d'une salle d'eau avec lavabo, douche à l'italienne et WC avec cuvette. Chaque patient dispose d'un bureau avec une chaise et d'un placard de 2 m de large, comportant quatre étagères et une penderie. Chaque chambre bénéficie d'un éclairage naturel par l'intermédiaire d'une fenêtre mesurant 1,40 m sur 1,15 m, avec une ouverture partielle sur 20 cm.

La personnalisation de la chambre est autorisée (photos, posters). Certaines sont ainsi décorées par les jeunes. Leur rangement et leur entretien doivent être faits quotidiennement, avant 9h30, avec l'accompagnement d'un soignant. Elles sont toutes en parfait état. Il est précisé, dans le règlement intérieur, que « la chambre est un espace personnel ou les regroupements ne sont pas autorisés. »

Les patients peuvent accéder à une salle de bains d'une surface de 15 m², équipée d'une baignoire multi-jets.

L'unité possède une chambre de soins intensifs (cf. § 6.2).

c. Le personnel

Deux psychiatres interviennent dans l'unité, chacun à mi-temps. Un pédiatre est présent un jour par semaine et effectue un bilan somatique pour chaque entrant. Pendant ses congés, c'est le médecin généraliste du centre qui le remplace. Un psychologue effectue un mi-temps pour l'unité.

L'équipe soignante, dont tous les agents sont à plein temps, est composée d'un cadre supérieur, de dix infirmiers de jour et de cinq infirmiers pour les nuits.

Un poste d'éducateur à temps plein n'est pas pourvu.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « Il y avait deux postes d'éducateurs à l'ouverture de l'unité, mais un choix de pôle a transformé l'un d'eux en un poste d'infirmier ».

Trois ASL effectuant 2,5 équivalents temps plein et une personne bénéficiaire d'un contrat d'aide à l'emploi assure l'entretien de l'unité.

Une secrétaire est présente le lundi, le jeudi et le vendredi après-midi.

d. Le processus d'admission

Un rendez-vous de pré-admission est programmé entre le médecin et la famille de l'enfant ou entre le médecin et l'éducateur lorsque le mineur bénéficie d'une mesure de protection judiciaire (ordonnance de placement provisoire). Il a été indiqué que les établissements scolaires et les foyers de la région connaissent bien l'unité et y proposaient des orientations, notamment pour les jeunes souffrant de phobies scolaires.

Les modes d'entrée et la provenance des patients sont :

- à partir de leur domicile (69,2 %) ;
- depuis une unité MCO²⁷ (16 %) ;
- depuis une unité de psychiatrie (6,8 %) ;
- depuis une structure médico-sociale (3,7 %) ;
- depuis le domicile, après passage au service des urgences (4,3 %).

L'enfant et ses parents visitent la structure et se voient expliquer les principales règles de fonctionnement. Pour parfaire la procédure, les parents doivent adresser une lettre manuscrite demandant l'hospitalisation de leur enfant en unité à temps plein au centre hospitalier Saint Jean de Dieu. L'admission est quasiment toujours programmée : exceptionnellement, une admission peut être réalisée en urgence pour un patient suivi au CMP ou admis au service des urgences de l'hôpital.

A l'arrivée, le pédopsychiatre revoit le jeune en présence d'une infirmière et lui explique le règlement intérieur dénommé aussi « contrat de soins » dont il reçoit un exemplaire.

Le patient doit signer ce document dont le dernier paragraphe constitue un engagement :

²⁷ MCO : médecine-chirurgie-obstétrique.

« Après décision de mon admission, je m'engage à participer au projet de soins par ma présence aux activités thérapeutiques, aux différents entretiens proposés et par la prise éventuelle de mon traitement médicamenteux. De même, après avoir pris connaissance du contrat de soins/règlement intérieur dans l'unité, je m'engage à y être attentif et à les respecter.

En cas de non-respect de ce contrat, une remise en cause de mon séjour dans le service pourra être envisagée. »

Le médecin et le soignant référent signent aussi ce contrat.

Un inventaire des affaires personnelles du patient est réalisé. L'argent et les objets de valeur peuvent être déposés dans le coffre de l'unité.

Les objets dangereux (ceinture, compas...) et interdits (téléphone portable, ordinateur personnel, consoles et jeux vidéos, lecteurs MP3 et MP4) doivent être déposés à l'entrée.

L'utilisation d'un lecteur CD est autorisée uniquement dans la chambre « tant qu'elle se fait dans le respect de l'entourage ».

Après ces formalités, une infirmière accompagne le patient dans sa chambre qui range ses affaires dans son placard individuel.

Pendant un temps d'accueil défini par le médecin (matinée ou journée), l'arrivant ne sera pas au contact des autres patients : des activités et des entretiens individuels seront programmés, les repas seront pris avec un soignant. A l'issue de cette période, le jeune patient sera présenté au groupe et sa participation aux activités commencera dès le lendemain.

e. Le fonctionnement de l'unité

Le lever et le coucher se font aux horaires suivants :

	Lever	Coucher
Semaine	7h30	21h30 (21h pour les moins de 12 ans)
Week-end	8h30	22h30 (22h pour les moins de 12 ans)
Vacances	8h00	22h (21h30 pour les moins de 12 ans)

Les traitements sont pris dans la salle de soins, quinze minutes avant les repas.

Les repas ont lieu dans les conditions ci-dessous énoncées :

Petit déjeuner	En robe de chambre ou en tenue de ville Jusque 8h30 en semaine Jusque 9h30 le week-end et les vacances
Déjeuner	12h
Goûter	16h à 16h30
Dîner	19h

Les adolescents doivent assurer le service de table (mise du couvert, desserte des tables et remise en état de la salle à manger). Un roulement hebdomadaire des tâches est établi par les soignants, en concertation avec les adolescents présents dans l'unité. Le planning est affiché dans la salle à manger.

Les activités sont effectuées individuellement ou en groupe, à l'intérieur ou à l'extérieur de l'unité mais toujours accompagnées par un soignant. Leur planning est établi une semaine à l'avance par les soignants et présenté le lundi matin lors du temps de parole. Les activités ont lieu de 10h15 à 11h45 puis de 14h15 à 15h55. Les patients sont inscrits d'office et leur présence est obligatoire. Si un patient refuse une activité, il devra rejoindre sa chambre.

Le planning des activités est affiché dans la salle à manger. Le mercredi 15 mai 2013, jour de présence inopinée des contrôleurs dans l'unité, une activité avait été réalisée par chaque patient le matin et l'après-midi (arts plastiques, expression culturelle, musique, cuisine, sport ou sortie à l'extérieur).

Après le goûter de 16h, les adolescents consacrent leur temps libre à des jeux de société, à la pratique du ping-pong ou à des recherches sur internet en présence ou à proximité d'un soignant. L'unité dispose d'une salle équipée de trois ordinateurs associés à une imprimante.



Salles d'activités de l'unité Terre et Mer

La prise en charge des patients se fait par étape.

Au cours de la première semaine, dénommée « semaine de séparation », les visites et les appels téléphoniques sont interdits.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « au cours de la 1^{ère} semaine d'hospitalisation, visites et appels téléphoniques ne sont plus systématiquement suspendus. Chaque situation est vue au cas par cas et il n'y a plus de règle systématique. Il s'agit d'une prescription de soins ».

A l'issue de la période d'observation qui dure entre sept et dix jours, une première réunion de synthèse est organisée avec l'ensemble des partenaires connaissant le patient.

Dans une deuxième phase, il est possible de donner et de recevoir un appel téléphonique : le mardi et le jeudi, de 18h à 21h, en dehors des heures de repas ainsi que le samedi et le dimanche, toujours en dehors des heures de repas.

Les visites sont autorisées le mercredi, samedi et dimanche pour la famille proche et les personnes référentes. Une sortie est possible avec les proches dans le jardin de l'hôpital.

Il n'existe pas de possibilité de sortie le premier week-end d'hospitalisation : le deuxième, une sortie est possible en journée. Ensuite, les retours en week-end dans la famille sont autorisés mais un bilan est toujours établi le dimanche soir, lors du retour.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « de même pour le temps de séparation initial de 12 à 24h, dans le service ; ce temps est limité en général à un temps d'accompagnement par l'équipe soignante et relève également de l'appréciation du médecin et non d'une règle préétablie ».

La durée de séjour est de trois semaines, en moyenne. Une réunion de synthèse est programmée pour préparer la sortie. L'hospitalisation est parfois prolongée à la demande du jeune.

Les modes de sortie de l'unité sont :

- le retour à domicile (dans 87 % des cas) ;
- une sortie vers une structure médico-sociale (11,2 %) ;
- un transfert vers une unité MCO (1,8 %).

En 2012, l'activité de l'unité est indiquée dans le tableau suivant :

	Nombre de patients	Nombre de journées ²⁸	Nombre d'entrées	Nombre de sorties	Durée moyenne d'hospitalisation en jours	Taux d'occupation
Prise en charge à temps complet	110	2054	147	146	19	60 %

4.3 L'hospitalisation des personnes détenues

Les personnes détenues à la maison d'arrêt de Saint-Brieuc sont en principe admises à l'unité fermée Notre-Dame du site de Saint-Brieuc du CH Saint Jean de Dieu. La maison d'arrêt est distante d'environ 1,250 km.

Leur accueil est facilité par le fait que le psychiatre de cette unité est aussi celui qui consulte tous les lundis à l'établissement pénitentiaire (cf. § 4.2.2.1). De même, interviennent à la maison d'arrêt un psychologue à hauteur de 0,25 ETP et un infirmier psychiatrique à hauteur de 0,50 ETP. Enfin, le cadre de santé de l'unité Notre-Dame est en relation directe avec le chef de détention de la maison d'arrêt de Saint-Brieuc : il dispose de l'adresse électronique du chef de détention et ce dernier, du numéro de téléphone portable du cadre de santé. En conclusion, « c'est très simple avec la maison d'arrêt » a-t-il été expliqué.

Une procédure d'accueil des personnes détenues a été formalisée, à destination des personnels. Il est d'abord précisé qu'une équipe doit aller chercher le patient, en ambulance, à la maison d'arrêt, après réception de l'arrêté préfectoral d'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat et du certificat médical initial. Sur place, il faut « penser à demander un peu d'argent pour le patient et s'il bénéficie de droits de visite limités ». L'ambulance est ensuite (systématiquement, selon les informations recueillies) accompagnée d'une escorte de police jusqu'à l'unité de soins.

Les personnes détenues sont directement mises en chambre d'isolement afin que soit effectuée une première évaluation de leur état. Elles peuvent ensuite y être maintenues ou, au contraire, regagner une chambre ordinaire, selon les conclusions du médecin qui les aura vues.

Il est rappelé dans ce protocole, s'agissant des visites, que s'il existe des restrictions, il conviendra de vérifier l'identité des visiteurs grâce aux cartes nationales d'identité produites. Il est rappelé qu'à l'inverse de la prison (trois parloirs de 45 mn par semaine au maximum), « il n'y a pas de restriction de temps pour les visites ».

²⁸ Le service ferme pendant certaines périodes de l'année : vacances de Noël et grandes vacances.

S'agissant du courrier, il est indiqué qu'il est normalement soumis à contrôle, sauf indications contraires, autrement dit « tous les courriers sont lus sauf ceux en rapport au droit de la défense du "détenu patient" (avocat, instance administrative) mais que « si le courrier arrive directement dans l'unité Notre-Dame, sans être passé par la maison d'arrêt, retour de celui-ci sur la prison ».

Concernant le téléphone, deux hypothèses sont envisagées : « si le détenu est condamné, pas de restriction pour les appels téléphoniques ; si le détenu est prévenu (en attente de jugement), pas de communication téléphonique possible ».

Enfin, concernant la fin de l'hospitalisation, « le patient réintègre la prison après l'arrêté pris au niveau des services administratifs (préfecture, ARS) (...). Les services pénitentiaires sont tenus informés comme nous et viennent rapidement récupérer en toute discrétion le détenu pour un retour sur la maison d'arrêt ».

Il arrive que les personnes détenues soient admises dans l'unité fermée Argoat, sur le site de Dinan du CH Saint Jean de Dieu. Il peut aussi arriver qu'elles soient hospitalisées au centre hospitalier Guillaume Régnier à Rennes.

Selon les informations recueillies, une à deux personnes détenues en moyenne seraient admises en psychiatrie tous les mois.

5- LA SUROCCUPATION ET LES TRANSFERTS

Il a été communiqué aux contrôleurs un protocole intitulé « conduite à tenir en cas de saturation des lits », enregistré par le service qualité, le 14 février 2011. Il a été rédigé par l'attachée de direction et le responsable du service de soins infirmiers, vérifié par les deux médecins responsables des pôles de Dinan et de Saint-Brieuc et approuvé par le directeur de l'établissement et le président de la CME.

« Cette procédure s'applique lorsque le seuil de saturation des lits est atteint, à savoir lorsque sur l'ensemble de l'établissement ne subsiste que :

- en semaine : 2 places en HO/HDT et 2 places en HL (hors addictologie/Emmanuel et Terre et Mer)
- le vendredi, le week-end et jours fériés ; 4 places en HO/HDT et 4 places en HL (hors addictologie/Emmanuel et Terre et Mer) ».

Une surveillance constante est assurée par le responsable adjoint des soins ou, en cas d'absence, par le responsable du service des soins.

Un outil « disponibilité des lits » a été mis en place.

En cas de saturation des lits, il est prévu d'installer des lits supplémentaires dans les unités suivantes :

- Saint-Roch : trois ;
- Emeraude : trois ;
- Penduick : trois ;

- Argoat : deux ;
- Notre Dame : trois.

Un arbre décisionnel indique, à chaque étape de la décision de mise à disposition de lits supplémentaires, l'acteur concerné, les actions mises en œuvre avec les indications des modes de transmission des informations pratiques.

Depuis cette note, deux lits supplémentaires ont été installés au sein de l'unité Argoat (cf. § 4.2.1.1) et trois lits supplémentaires ont été installés à Saint-Roch (cf. § 4.2.1.2).

A l'unité Saint-Roch, les contrôleurs ont constaté que l'installation des trois lits supplémentaires posait les difficultés suivantes :

- les patients concernés se plaignent de leurs conditions d'hospitalisation ;
- Il arrive que les médecins déplacent les patients d'une chambre individuelle pour les affecter dans une chambre double à trois lits, lors d'une admission non programmée ;
- il arriverait que les patients écourtent leur séjour du fait des conditions d'hospitalisation ;
- le nombre de soignants n'ayant pas été augmenté, la prise en charge des patients est plus difficile.

Par ailleurs, selon les informations recueillies, du fait du manque de lits, il arrive qu'on demande à un patient de sortir de l'hôpital, notamment le vendredi matin, parce qu'une admission est prévue, alors même que ce patient manifeste son anxiété à l'idée de rentrer chez lui de manière anticipée et de passer le weekend seul à son domicile.

Lorsqu'un patient est reçu en consultation au CMP et qu'une hospitalisation est indiquée et peut être différée, le psychiatre peut l'informer qu'il sera affecté dans une chambre à trois lits. Le patient a alors le choix d'accepter ces conditions et de venir à l'unité en toute connaissance de cause ou de refuser et de préférer être inscrit sur la liste d'attente ; il sera alors contacté dès qu'un lit sera libéré.

Le taux d'occupation de l'unité Saint-Roch a été en moyenne de 96 % en 2011 et de 98 % en 2012 ; le taux de dépassement de la capacité de l'unité a été de 25 % en 2011 et de 34 % en 2012.

6- LA CONTENTION

6.1 La procédure d'isolement

Il a été remis aux contrôleurs un protocole intitulé « mise en chambre d'isolement (MCI) », enregistré le 11 juin 2008 par le service qualité. Il a été rédigé par le responsable du service de soins infirmiers, le cadre de santé de l'unité Notre-Dame et un infirmier de l'unité Argoat, vérifié par le responsable du service de soins infirmiers et la responsable qualité et approuvé par le directeur et le président de la CME.

Le domaine d'application précise :

- les indications de mise en chambre d'isolement :
 - « prévention d'une violence imminente du patient envers lui-même alors que les autres moyens de contrôle ne sont ni efficaces ou ni appropriés ;
 - prévention d'un risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé impose les soins ;
 - isolement intégré dans un programme thérapeutique ;
 - isolement en vue d'une diminution des stimulations reçues ;
 - utilisation à la demande du patient ».
- les utilisations non thérapeutiques :
 - « utilisation à titre de punition ;
 - état clinique ne nécessitant pas un isolement ;
 - utilisation uniquement pour réduire l'anxiété de l'équipe de soins ou pour un confort ;
 - utilisation uniquement liée au manque de personnel ;
 - utilisation pour une admission en cas d'absence de lits disponibles dans l'établissement ».

« La décision peut être prise :

- de façon anticipée et en présence du médecin : MCI intégrée à un traitement ou à un programme de thérapeutique
- en urgence et en l'absence du médecin (en raison de comportements qui imposent de prendre rapidement des mesures pour assurer la sécurité du patient, des autres patients et du personnel) ».

Le document évoque l'ensemble des références de la Haute autorité de santé en la matière et aux textes réglementaires sur le sujet.

Il comprend un **arbre décisionnel** qui indique, à chaque étape de la MCI, l'acteur concerné, les actions mises en œuvre avec toutes les indications des pratiques. Il est notamment indiqué qu'en cas de mise en chambre d'isolement par l'équipe infirmière, le médecin doit venir la confirmer par « une prescription dans l'heure qui suit, (médecin généraliste et/ou psychiatre) pour une durée de 24 h maximum ».

L'ensemble des personnels responsables de la MCI y sont indiqués. Y figure également l'agent du standard qui doit disposer de l'information selon laquelle une personne a été placée en chambre d'isolement, le standard étant de surcroît ouvert 24 h sur 24.

En pratique, les contrôleurs ont constaté que l'information était effectivement donnée au standard sans que celle-ci ne soit utilisée ; il n'existe pas de tableau récapitulatif, de registre centralisé permettant de prendre la mesure du taux d'occupation des chambres d'isolement et de la durée que peut durer l'isolement dans telle ou telle unité.

Dans le dossier médical informatisé, il existe plusieurs documents d'enregistrements :

- une fiche de recueil de données lors d'une MCI ; sur ce document le statut du patient (SL, SPDT ou SPDRE n'est pas mentionné) ;
- une fiche de surveillance médicale en chambre d'isolement ;
- une fiche de surveillance journalière et de soins lors d'une MCI ; la surveillance est mentionnée à exécuter toutes les trente minutes ; le statut du patient est mentionné ;
- une feuille de prescription de soins particuliers.

Le rapport de certification de la Haute autorité de santé dans sa version V2010 indique : « à propos de la mise en chambre d'isolement, bien que le protocole prévoit une réévaluation quotidienne, les experts-visiteurs ont constaté que cette réévaluation n'était pas systématique et que la fin de l'isolement n'était pas toujours tracé. Pour les autres restrictions d'aller et de venir, la durée de la prescription n'est pas toujours tracée et la levée de la mesure ne l'est pas toujours. La périodicité de la réévaluation n'est pas toujours fixée »

Une **évaluation des pratiques professionnelles (EPP)** a concerné, en 2012, l'unité **Terre et Mer**. Il s'agissait d'y évaluer la mise en œuvre de l'isolement thérapeutique.

Les objectifs du projet étaient les suivants :

- évaluer et améliorer la qualité de la traçabilité au niveau du dossier informatique du patient ;
- évaluer et améliorer la qualité et les conditions d'accompagnement du patient en chambre d'isolement.

Un groupe de travail a été constitué ; cinq rencontres ont abouti, après analyse de l'existant, à un choix de l'enquête de pratique à mener auprès de l'équipe soignante. Quatorze questions relatives au protocole de mise en chambre d'isolement ont constitué le document d'enquête.

Vingt et un questionnaires ont été distribués, seize ont été retournés.

Dans les réponses, il apparaît notamment que :

- le formulaire de surveillance n'est pas adapté (50 %) ;
- la mise en pyjama pose des problèmes (37,5 %) ;
- le formulaire de mise en chambre d'isolement devrait être imprimé (56,25 %)
- le personnel rencontre des difficultés pour l'utilisation de la contention car les sangles sont trop grandes (50 %)
- l'utilisation des dispositifs d'alerte du travailleur isolé (DATI) paraît intéressante (93,75 %) mais le nombre de DATI, insuffisant (56,25 %).

A la suite des travaux de ce groupe EPP, des propositions ont été retenues :

- « les contentions sont préalablement installées (rangées si pas de nécessité) ;

- une recherche sur des contentions plus petites sera faite (pas de résultat à ce jour) ;
- des pyjamas de différentes tailles sont rangés dans le placard de la CSI ;
- favoriser la formation du plus grand nombre à la méthode *safe control* (avec support pédagogique) ;
- à la suite de cette formation, proposer des ateliers au sein même de l'unité ;
- favoriser le *débriefing* après une mise en chambre d'isolement.

A noter que l'ensemble du personnel aura été formé en janvier 2013 ».

Une évaluation devrait être menée à partir d'avril 2013.

6.2 Les chambres d'isolement

Il existe deux chambres d'isolement au sein de chaque unité fermée (Argoat et Notre-Dame) et une dans l'unité pour adolescents.

Le tableau suivant indique l'occupation des chambres d'isolement au moment de la visite des contrôleurs :

Unité	Chambre 1	Chambre 2
Argoat	0	0
Notre-Dame	Un patient en SDT	Un patient placé de manière séquentielle
Terre et Mer	0	Pas de 2 ^{ème} chambre

Même s'il n'existe pas de registre, le département d'informations médicales (DIM) a néanmoins communiqué aux contrôleurs les données suivantes concernant l'occupation des chambres d'isolement en 2012 et pour le mois de mars 2013 :

unités	Nombre de patients en 2012	Nombre de journées en 2012	Nombre de patients en mars 2013	Nombre de journées en mars 2013
Argoat	13	144	3	34
Notre-Dame	57	256	10	22
Terre et Mer	1	3	1	0

Les deux chambres de soins intensifs (CSI) de l'unité Argoat ont une surface chacune de 11 m² et communiquent avec une salle d'eau de 5 m² équipée d'un lavabo, d'une douche à l'italienne et d'un WC avec cuvette en émail. La première bénéficie pour tout équipement d'un lit fixé au sol disposant de quatre points d'attache pour des sangles de contention ainsi que les sangles prêtes à l'usage. La deuxième est équipée d'un sommier-matelas en mousse sans structure métallique afin d'éviter que le patient puisse se blesser. Ce dernier dispose d'une table de nuit en mousse.

Les CSI ne sont pas équipées d'un système de vidéosurveillance : un infirmier vient visiter le patient toutes les trente minutes. Il n'existe pas de registre permettant de tracer les périodes d'occupation de ces chambres.



Chambre de soins intensifs n°22 de l'unité Argoat

S'agissant des deux chambres de soins intensifs de l'unité Notre-Dame (n° 24 et n° 25), on peut accéder directement à chacune d'entre elle, soit par une porte qui donne directement dans le couloir du rez-de-chaussée, soit par la salle de soins qui fait sas et dans laquelle sont notamment rangés le matériel de contention et la valise d'intervention (utile en cas de déplacement, notamment à la maison d'arrêt de Saint-Brieuc). Des placards, numérotés 24 et 25, permettent de ranger les effets personnels des patients mais également les couvertures et tenues matelassées « haut risque », utilisées en cas de risque suicidaire. Selon les fiches produits, dont les contrôleurs ont pu prendre connaissance, il s'agit de tissus (nylon à l'extérieur et polyester « polaire » à l'intérieur) prévus « pour être confortable, durable et résistant aux tentatives de déchirures », assurant « une protection pour les personnes dangereuses pour elles-mêmes ». Dans ce sas, était également entreposé, lors du contrôle, un plot bleu en mousse épaisse, qui peut être déplacé et sert de table aux patients qui prennent ainsi leur repas.

La chambre n° 24 est équipée d'un lit composé d'un sommier avec des pieds, d'un matelas et d'une partie triangulaire et inclinée faisant office d'oreiller. Le tout est en mousse épaisse de couleur bleue. La chambre dispose également d'un bouton d'appel. La fenêtre est recouverte, jusqu'à mi-hauteur seulement, d'un film transparent ; il est possible de voir, par la partie non protégée, la chapelle située au dernier étage du bâtiment d'en face abritant les patients admis en soins libres. Enfin, dans cette chambre, les contrôleurs ont constaté, le jour de leur visite, la présence d'une bouteille d'eau par terre ainsi que d'un urinoir qui n'avait pas été vidé. Les sanitaires, installés à l'extérieur des chambres, sont composés d'un WC, d'une douche et d'un lavabo.

De manière générale, il a été expliqué aux contrôleurs que ces chambres ne devaient pas être assimilées à des chambres ordinaires et qu'elles ne devaient être utilisées que pour de très brefs séjours : « nous n'en faisons pas des chambres hôtelières mais des chambres de soins intensifs, c'est d'ailleurs pour cette raison qu'elles sont situées à côté de la salle de soins ».

Lors de la visite des contrôleurs, un patient se trouvait en chambre d'isolement : ce dernier était âgé de 49 ans, admis en soins psychiatriques à la demande d'un tiers depuis le 7 avril 2013 et en chambre d'isolement, depuis le 8 mai 2013. Un deuxième patient n'y venait que partiellement, à sa demande en journée, et toutes les nuits.

Enfin, à l'inverse de ce que les contrôleurs ont pu constater dans d'autres établissements, les patients ont des couverts pour prendre leur repas en chambre : cuillère mais aussi fourchette et couteau. L'établissement achète à un partenaire privé des couverts sécurisés, souples qui peuvent se tordre et ne blessent pas. Ils sont en polypropylène et élastomère thermoplastique.

A l'unité pour adolescents Terre et Mer, la chambre de soins intensifs a une surface de 12 m². Elle dispose d'une fenêtre mesurant 1,45 m sur 1,10 m. Un lit y est fixé au sol : il est équipé de quatre sangles de contention. Le patient peut utiliser un bouton d'appel relié au bureau des infirmiers. Au plafond, un détecteur de fumée et une bouche d'aération complètent l'équipement. Une salle d'eau, d'une surface de 4 m², avec douche à l'italienne, lavabo et WC avec cuvette, est contiguë à la chambre.

Il n'existe pas de registre permettant de tracer l'occupation de cette chambre et la durée des placements. Le département d'informations médicales recense le passage de cinquante-sept patients pour l'année 2012 et de dix patients pour le mois de mars 2013.



Couverts souples pour les patients en chambre de soins intensifs (unité Notre-Dame)



6.3 La procédure de contention

Il a été remis aux contrôleurs un protocole intitulé « **mise en place d'une contention sur l'unité Emmanuel** » enregistré le 28 juin 2010 dans le système qualité. Il a été rédigé par le médecin référent de l'unité Emmanuel 27 et par un cadre supérieur de santé, vérifié par le médecin chef du pôle de Dinan et approuvé par le président de la CME et le directeur de l'hôpital.

Il s'agit d'un arbre décisionnel concernant la mise en place d'une contention avec les différents temps :

- prescription médicale ;
- réalisation de la contention par l'infirmier conformément à la prescription ;
- information du médecin référent ou à défaut du médecin de permanence ou d'astreinte ;
- désignation d'un infirmier chargé de la mise en place et de la surveillance ;
- information du patient ;
- mise en place d'une fiche de surveillance dans le logiciel Cortexte ;
- levée de la contention et entretien sur le vécu du patient pendant la contention.

Le document ne précise pas le rôle du médecin généraliste dans la surveillance du patient sur le plan somatique, notamment dans le cas des contentions prolongées.

6.4 Le recours à la contention

Selon les informations recueillies, les mesures de contention ne sont mises en place que lorsque les patients sont en chambre d'isolement et pour des durées limitées. Le médecin généraliste n'est pas informé de ces mesures de contention limitées.

Il n'existe pas de registre permettant de tracer la durée de ces mesures de contention.

Au sein de l'unité Notre-Dame, il a été indiqué que le personnel essayait de limiter le recours à la contention.

7- LES CONDITIONS DE VIE AU TRAVAIL

Depuis le regroupement des établissements au sein de la Fondation Saint Jean de Dieu, les précédents accords d'entreprise ont été dénoncés et des négociations mensuelles avec les organisations professionnelles sont menées concernant les salaires, la durée du travail, la pénibilité, la politique du handicap, l'exercice du droit syndical, la prévoyance ... Tous ces sujets doivent faire l'objet d'un accord avant la date butoir du 31 décembre 2013.

Selon les informations recueillies, les organisations professionnelles redouteraient de perdre des avantages, notamment sur l'exercice du droit syndical, le jour de carence et l'octroi de jours fériés supplémentaires pour la fête de Saint Jean de Dieu et le Sacré-Cœur.

Le budget consacré à la **formation professionnelle** constitue chaque année 2,30 % de la masse salariale, soit 442 689 euros en 2012.

En 2012, 385 agents ont bénéficié d'une formation (329 en 2010 et 409 en 2011).

Il existe également un montant consacré aux budgets décentralisés (à destination des médecins, des cadres, des psychologues et des secteurs). Pour l'année 2012, ce montant s'est élevé à 50 478 euros ; il a concerné 204 agents.

Tous les ans, au mois de juin, chaque pôle fait remonter ses besoins de formation à la direction des soins et à celle des ressources humaines. Le choix se fait en fonction du projet d'établissement et du projet de pôle. Le plan de formation est arrêté en automne.

Cependant l'accent est mis sur la bientraitance, les droits et l'information du patient et, pour les agents exerçant à Saint-Brieuc, sur la mutualisation de l'offre de soins, sur le travail en CMP, en CATTP et en hôpital de jour et sur la réhabilitation sociale tandis qu'à Dinan, les thèmes de formation privilégiés sont l'addictologie et la réhabilitation sociale.

La loi du 5 juillet 2011 a fait l'objet d'une formation durant l'été 2011 mais pas d'une actualisation depuis lors (cf. § 3.3.2).

Le **plan de formation 2013** comprend notamment plusieurs actions de « *safe control* » sur la prévention et la prise en charge des situations d'agressivité et de violence, une formation sur la prise en charge médicamenteuse pour tous les infirmiers en CDI de toutes les unités, une formation sur le travail de nuit à destination de toutes les infirmières de nuit.

Aucune action n'est prévue sur les droits des patients.

Le pôle de Dinan organise, cinq fois par an, des rencontres thématiques : à titre d'exemple, en novembre 2012, sur la sexualité en institution et, en février 2013, sur l'art-thérapie. Elles rassemblent une quarantaine de personnes.

Depuis 2007, une journée du soin est organisée en octobre pour les infirmiers et les aides-soignants. En octobre 2012, le thème retenu était « la famille dans le soin ; le 17 octobre 2013, est déjà prévue une rencontre à Saint-Jacut-de-la-Mer (Côtes-d'Armor), ayant pour thème « le soin prolongé ».

Une **supervision** des personnels existe en pédopsychiatrie.

Un « groupe Balint » est en place en psycho-gériatrie toutes les trois semaines.

Dans les autres unités, la supervision des personnels soignants est à développer en fonction des demandes du personnel ; dans l'unité Argoat, un psychologue extérieur devrait commencer cette activité en automne 2013.

CONCLUSION

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

1. Afin de faciliter le maintien des liens familiaux, il serait important que le centre hospitalier soit desservi par un transport en commun (cf. § 2.3).
2. Pour clarifier le fonctionnement de toutes les unités de soins les constituant, le projet des trois pôles, créés en 2010, devrait être rédigé (cf. § 2.4).
3. Il est à noter le faible taux des admissions des patients sur décision du représentant de l'Etat (3,29%) et sur demande d'un tiers ((13,39 %) (cf. § 2.6).
4. Il serait utile de désigner un agent en charge de la régulation des lits (cf. § 3.1).
5. La mise en place prévisionnelle d'une équipe de nuit pour aller chercher à son domicile un patient admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat apparaît constituer une bonne pratique (cf. § 3.1.1).
6. Les heures d'ouverture et d'astreinte de l'ARS et de la préfecture doivent tenir compte des contraintes liées à l'application des dispositions de la loi du 5 juillet 2011 (cf. § 3.1.1).
7. L'information du patient sur la mesure dont il fait l'objet est dispensée de manière exemplaire (cf. § 3.1.1, 3.1.2, 3.2.1 et 3.2.2) : en amont grâce au « formulaire d'information préalable » ; en aval, parce que les décisions lui sont systématiquement notifiées presque immédiatement, qu'il lui est remis un formulaire intitulé « information au sujet de vos droits et, à l'unité Notre-Dame, une plaquette de présentation de l'unité qui évoque aussi les dispositions de la loi du 5 juillet 2011 (cf. § 4.2.2.1).

De même, les observations du patient sont recueillies au moyen d'une rubrique spécifique, insérée dans les décisions elles-mêmes ou les différents formulaires ; contrairement à la pratique de nombreux établissements, ce recueil est effectif.

L'ensemble de ces pratiques ne peut qu'être validé et les autres établissements, encouragés à suivre la même voie.

8. Afin de garantir les droits des personnes hospitalisées sans leur consentement, l'avis conjoint exigé par la loi du 5 juillet 2011 ne peut pas être un « copier/coller des certificats médicaux précédents (cf. § 3.3.1.1)
9. Afin de garantir les droits des personnes hospitalisées sans leur consentement, les membres du collège prévu par la loi du 5 juillet 2011 doivent être désignés par le directeur de l'établissement et avoir systématiquement un entretien avec la personne concernée (cf. § 3.3.1.2).
10. Il serait utile que la cellule de suivi des mesures de soins psychiatriques continue de se réunir afin d'aborder les situations juridiques complexes apparues dans le cadre de la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 (cf. § 3.3.2)

11. S'agissant des audiences devant les juges des libertés et de la détention, les patients doivent pouvoir faire valoir leurs droits dans les meilleures conditions possibles. Il est en effet regrettable que les magistrats des deux tribunaux, Saint-Malo et Saint-Brieuc, ne se déplacent jamais au sein du CH Saint-Jean-de-Dieu pour tenir leurs audiences, que les patients ne soient avisés qu'oralement de leur droit à être assisté par un avocat (il serait nécessaire qu'un document puisse leur être remis) et que les conseils ne soient que très rarement présents (cf. § 3.3.3). S'agissant plus spécifiquement des audiences tenues au TGI de Saint-Brieuc, non seulement une place de stationnement pourrait être réservée aux ambulances mais les patients devraient pouvoir bénéficier d'un circuit de circulation spécifique et notamment ne pas être contraints de passer sous le portique de sécurité (cf. 3.3.4).
12. Il est remarquable de constater qu'à la différence de ce qui existe dans d'autres départements, les refus de mainlevée des décisions d'ASPDRE sont formalisés par le préfet et adressés au directeur du centre hospitalier, en vue de l'information du patient (cf. § 3.3.5.1). Pour autant, ces refus seraient systématiques, mal acceptés des professionnels de santé mais inévitables parfois, compte tenu de la manière dont les certificats médicaux sont rédigés. Des réunions ou des échanges réguliers entre les services de la préfecture et les personnels du centre hospitalier doivent intervenir aux fins d'échanger sur ces différentes pratiques, par exemple dans le cadre de la commission de suivi ci-dessus mentionnée.
13. Il serait souhaitable que les associations agréées délèguent comme prévu, deux représentants au sein de la commission départementale des soins psychiatriques. Par ailleurs le rapport de cette commission devrait être publié dans un délai plus rapide afin de garantir les droits des personnes hospitalisées sans leur consentement (cf. § 3.4).
14. Les registres de la loi sont tenus correctement : y figurent les visas des magistrats et les certificats médicaux. De plus la date à laquelle l'information préalable a été donnée au patient et la date et l'heure à laquelle la notification de la décision d'admission a été effectuée y sont notées, ce qui constitue une bonne pratique exceptionnellement appliquée (cf. § 3.5).
15. Du fait des possibilités de rencontre des patients, il serait souhaitable d'harmoniser les règles d'utilisation des téléphones portables afin qu'il n'existe pas de pressions sur ceux qui en ont en l'usage (cf. § 3.8.2).
16. Il serait indispensable que l'établissement offre aux patients la possibilité de s'initier à l'informatique dans le cadre d'activités permettant notamment de faciliter la réinsertion (cf. § 3.8.4).
17. Il conviendrait de raccourcir les délais de traitement des plaintes et réclamations auprès de la CRUQPC (cf. § 3.9.1).
18. Il est à noter la qualité des prestations offertes par le groupe d'entraide mutuelle (GEM) pour les anciens patients de l'établissement (cf. § 3.11).
19. La qualité de la restauration est à souligner (cf. § 4.1.3).

20. La cafétéria, notamment par la qualité du lieu et de ses animations, joue un rôle important dans la vie de l'établissement. Il serait important qu'elle soit également ouverte le samedi, jour où nombre de visiteurs se rendent à l'hôpital (cf. § 4.1.5.1).
21. Il serait nécessaire que le comité de lutte contre la douleur et le comité d'éthique soient remis en place dans les meilleurs délais (cf. § 4.1.6.3 et 4.1.6.5).
22. Il serait nécessaire de rédiger un protocole d'admission des patients admis sur décision du représentant de l'Etat, notamment dans le cas où ils présentent des problèmes somatiques à traiter avant leur admission en psychiatrie (cf. § 4.1.7.2 d).
23. La notion d'unité d'admission fermée devrait être interrogée lorsque des patients en soins libres y sont admis depuis sept ans. La liberté d'aller et venir pour ces patients n'est pas assurée (cf. § 4.2.1.1 b).
24. Le nombre important de psychiatres (cinq) exerçant au sein de l'unité d'admission et au sein de l'unité ouverte (cinq) du site de Dinan ne garantit pas leur bon fonctionnement puisqu'il n'existe ni réelle entente entre eux ni couverture sur l'ensemble de la semaine. L'accès aux soins n'est pas correctement assuré pour les patients de ces deux unités (cf. 4.2.1.1 c et 4.2.1.2 c et d).
25. L'augmentation du nombre de lits de l'unité ouverte du site de Dinan (Saint-Roch) crée des conditions d'hébergement indignes pour les patients qui occupent les chambres à trois lits. Cette augmentation s'est faite sans accroissement du nombre de soignants (cf. § 4.2.1.2.a et 5).
26. Les activités théoriquement proposées aux patients au sein des unités de soins ne sont pas réalisées, faute de personnel soignant. Comme l'a déjà souligné fréquemment le Contrôleur général, les patients s'ennuient (cf. § 4.2.1.2. d)
27. Malgré de mauvaises conditions d'hébergement (appelées à changer lors du transfert dans de nouveaux locaux), la prise en charge des patients de psycho-gériatrie est apparue satisfaisante (cf. § 4.2.1.3)
28. Les patients admis dans les deux unités de soins prolongés devraient avoir accès à des soins adaptés à leur état tant qualitativement que quantitativement (cf. § 4.2.1.4).
29. La conception des locaux et le fonctionnement de l'unité d'admission du pôle de Saint-Brieuc (Notre Dame) sont apparus satisfaisants, malgré la difficulté d'y recruter du personnel médical (cf. § 4.2.2.1).
30. L'accueil et la prise en charge des personnes détenues tiennent compte de leur état clinique. Contrairement à de nombreux établissements visités, leur séjour en chambre d'isolement n'est pas systématique (cf. § 4.3).
31. Il est à noter qu'un important travail de réflexion est conduit sur les chambres d'isolement. Il serait souhaitable que la traçabilité des mesures dans un registre spécifique, la suppression du recours à un seau hygiénique et l'installation d'un bouton d'appel fassent partie des nouvelles préconisations (cf. § 6.1 et 6.2).

32. Il conviendrait de préciser le rôle du médecin généraliste dans la surveillance des patients placés sous contention et de prévoir un registre spécifique permettant de retracer l'ensemble de ces mesures (cf. 6.3 et 6.4).
33. Une meilleure organisation médicale permettrait de régler la plupart des dysfonctionnements quotidiens et assurerait un accès permanent aux soins à tous les patients.

TABLE DES MATIERES

1- CONDITIONS GENERALES DE LA VISITE	2
2- PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT	4
2.1 L'HISTORIQUE ET LA COMPETENCE	4
2.2 LA PSYCHIATRIE DANS LE DEPARTEMENT DES COTES-D'ARMOR	5
2.3 LE BATIMENTAIRE	5
2.4 L'ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT	6
2.5 LE PERSONNEL.....	8
2.5.1 <i>Le personnel médical.....</i>	<i>8</i>
2.5.2 <i>Le personnel non médical.....</i>	<i>10</i>
2.5.3 <i>Les bénévoles.....</i>	<i>12</i>
2.6 L'ACTIVITE.....	12
3- HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT ET EXERCICE DES DROITS	12
3.1 L'ARRIVEE DES PATIENTS.....	12
3.1.1 <i>L'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat</i>	<i>14</i>
3.1.2 <i>L'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers</i>	<i>16</i>
3.1.3 <i>L'inventaire des effets personnels du patient.....</i>	<i>17</i>
3.2 L'INFORMATION DU PATIENT	18
3.2.1 <i>Les informations données au patient à l'admission</i>	<i>18</i>
3.2.2 <i>Le recueil des observations des patients</i>	<i>20</i>
3.2.3 <i>Les informations données à l'arrivée dans l'unité – le livret d'accueil</i>	<i>20</i>
3.2.4 <i>L'information sur la visite des autorités</i>	<i>22</i>
3.3 LE CONTROLE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION	22
3.3.1 <i>L'avis préalable des médecins</i>	<i>22</i>
3.3.1.1 <i>L'avis conjoint</i>	<i>22</i>
3.3.1.2 <i>Le collège des professionnels de santé.....</i>	<i>23</i>
3.3.2 <i>L'information dispensée aux personnels relative à la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge</i>	<i>23</i>
3.3.3 <i>Les modalités d'organisation des audiences</i>	<i>24</i>
3.3.4 <i>Le déroulement de l'audience du 14 mai 2013 au tribunal de Saint-Brieuc.....</i>	<i>26</i>
3.3.5 <i>La levée des mesures de contrainte.....</i>	<i>27</i>
3.3.5.1 <i>Les levées décidées par le préfet.....</i>	<i>27</i>
3.3.5.2 <i>Les levées ordonnées par les juges des libertés et de la détention.....</i>	<i>27</i>
3.4 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES.....	31
3.5 LE REGISTRE DE LA LOI.....	32
3.6 L'ACCES AU DOSSIER MEDICAL	34

3.7	L'ACCES A L'EXERCICE D'UN CULTE.....	35
3.8	LA COMMUNICATION AVEC L'EXTERIEUR.....	35
3.8.1	Les visites.....	35
3.8.2	Le téléphone.....	36
3.8.3	Le courrier.....	36
3.8.4	L'informatique et l'accès à l'internet.....	37
3.9	LA COMMISSION DES RELATIONS AVEC LES USAGERS ET DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE (CRUQPC).....	37
3.9.1	Les plaintes et réclamations.....	37
3.9.2	Les recours contentieux.....	37
3.9.3	La démarche Qualité.....	37
3.10	L'UNION NATIONALE DES AMIS ET FAMILLES DE MALADES PSYCHIQUES (UNAFAM).....	39
3.11	LE GROUPE D'ENTRAIDE MUTUELLE « UN PAS EN AVANT ».....	39
4-	LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION.....	40
4.1	ELEMENTS COMMUNS A TOUS LES SECTEURS.....	40
4.1.1	La sécurité.....	40
4.1.2	Le règlement intérieur.....	40
4.1.3	La restauration.....	41
4.1.4	La blanchisserie.....	42
4.1.5	Les activités communes.....	42
4.1.5.1	La cafétéria.....	42
4.1.5.2	L'espace intersectoriel Saint-Joseph.....	43
4.1.6	Les soins somatiques.....	44
4.1.6.1	La pharmacie.....	45
4.1.6.2	Le laboratoire.....	46
4.1.6.3	Le comité de lutte contre la douleur (CLUD).....	46
4.1.6.4	Le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN).....	46
4.1.6.5	Le comité d'éthique.....	47
4.1.6.6	Le comité de liaison alimentation (CLAN).....	47
4.1.7	Les urgences psychiatriques.....	47
4.1.7.1	Au centre hospitalier René Pleven de Dinan.....	47
4.1.7.2	Au centre hospitalier Yves Le Foll de Saint-Brieuc.....	48
a.	Le personnel.....	48
b.	Les locaux de l'UMP.....	48
c.	Les patients.....	49
d.	Le fonctionnement des urgences.....	50
4.2	ANALYSE DETAILLEE PAR SECTEUR DE PSYCHIATRIE ADULTE.....	53
4.2.1	Le pôle de Dinan.....	53
4.2.1.1	L'unité fermée Argoat.....	54
a.	Les locaux.....	54

b.	Les patients.....	54
c.	Le personnel	55
d.	Le fonctionnement	56
4.2.1.2	L'unité ouverte Saint-Roch	59
a.	Les locaux	59
b.	Les patients.....	60
c.	Le personnel	60
d.	Le fonctionnement	62
4.2.1.3	L'unité de psycho-gériatrie	64
4.2.1.4	Les unités de soins prolongés Emmanuel 13 et Emmanuel 27	66
4.2.2	<i>Le pôle de Saint-Brieuc</i>	67
4.2.2.1	L'unité fermée Notre-Dame.....	67
a.	Les locaux	67
b.	Les patients.....	71
c.	Le personnel	71
d.	Le fonctionnement	73
4.2.2.2	L'unité ouverte Emeraude	75
4.2.2.3	L'unité ouverte Penduick	75
4.2.3	<i>Le pôle de pédopsychiatrie : l'unité temps plein pour enfants et adolescents (UTPEA) Terre et Mer</i>	76
a.	Les patients.....	76
b.	Les chambres	76
c.	Le personnel	77
d.	Le processus d'admission	77
e.	Le fonctionnement de l'unité	78
4.3	L'HOSPITALISATION DES PERSONNES DETENUES.....	81
5-	LA SUROCCUPATION ET LES TRANSFERTS.....	82
6-	LA CONTENTION.....	83
6.1	LA PROCEDURE D'ISOLEMENT	83
6.2	LES CHAMBRES D'ISOLEMENT	86
6.3	LA PROCEDURE DE CONTENTION	89
6.4	LE RECOURS A LA CONTENTION	89
7-	LES CONDITIONS DE VIE AU TRAVAIL	89
CONCLUSION.....		91