



**Centre hospitalier de
Saint-Malo
(Ille-et-Vilaine)**

Du 5 au 9 octobre 2015

Deuxième visite

SYNTHÈSE

Six contrôleurs du contrôle général des lieux de privation de liberté ont effectué une visite du centre hospitalier de Saint-Malo (Ille-et-Vilaine) du 5 au 9 octobre 2015. Cet établissement avait déjà été visité les 27 et 28 janvier 2009. A l'issue de la deuxième visite, les contrôleurs ont rédigé un rapport de constat qui a été communiqué le 2 août 2016 à la direction de l'établissement, laquelle a fait connaître ses observations le 7 décembre 2016.

Le centre hospitalier de Saint-Malo est le siège de la communauté hospitalière de territoire Rance-Émeraude, composée en outre des centres hospitaliers de Dinan et Cancale. La psychiatrie, qui constitue deux des neuf pôles de l'établissement hospitalier général, présente une offre de soins diversifiée, en partie décentralisée.

Le pôle de psychiatrie adultes dispose de quatre-vingt-six lits d'hospitalisation répartis sur deux unités d'admission (psychiatrie 1 et 2) de vingt-deux lits – installés sur le site principal de l'hôpital général (Broussais) – et deux unités d'hospitalisation au long cours (psychiatrie 3 et 4), respectivement de vingt-deux lits (patients chroniques) et de vingt lits (réhabilitation pour patients déficitaires), placées sur le site extérieur du Rosais.

Il dispose en outre de vingt places en hôpitaux de jour, quatre CMP/CATTP (Saint-Malo, Dinard, Dol-de-Bretagne, Combourg), dix places d'appartements communautaires et sept de placement familial. Le pôle intervient par ailleurs dans d'autres services de l'hôpital (service des urgences, unité d'intervention médico psychologique dans les services aigus, UIMP) ou dans des structures extérieures (équipes mobiles post-urgence, précarité, psycho-gériatrique ; unité sanitaire de premier niveau de la maison d'arrêt de Saint-Malo).

Le pôle de pédopsychiatrie compte neuf lits d'hospitalisation complète pour adolescents (unité fonctionnelle pour adolescents, UFA) au siège du centre hospitalier, vingt-huit places d'hôpital de jour (Dinard, Combourg, Bagger-Pican, Saint-Malo) et plusieurs centres de consultations.

Sur les 202 médecins que comptait l'établissement en 2014, treize sont affectés aux pôles de psychiatrie (huit en psychiatrie adulte représentant 5,1 ETP, cinq en pédopsychiatrie). Au moment de la visite, deux postes demeuraient vacants en psychiatrie adulte dont l'un était en voie d'être pourvu. Une politique active de recrutement menée par la direction des affaires médicales de l'établissement avec l'ARS (postes prioritaires, construction de parcours pour les médecins étrangers, mesures d'attractivité pour les praticiens hospitaliers) a permis de « contenir » ces vacances dans un contexte défavorable de la démographie de la spécialité de psychiatrie. L'ensemble du personnel non médical (soignant, administratif, social) est de 146,75 ETP pour la psychiatrie adulte et de 62,78 ETP pour la pédopsychiatrie.

L'activité du pôle de psychiatrie adulte est en constante augmentation depuis 2010 tant en hospitalisation complète (+ 5 % de journées entre 2010-2014) qu'en hôpital de jour (+ 6,5 % sur la même période) qu'en ce qui concerne les actes ambulatoires. Les unités d'admission connaissent une sur occupation chronique. En 2014, 465 patients ont été hospitalisés au sein des quatre unités ; dont 243 à la demande d'un tiers et dix à la demande du représentant de l'État.

Un certain nombre d'évolutions positives par rapport aux constats effectués lors de la première visite en 2009 doivent être signalées.

En terme de management, d'importants changements sont intervenus : le pôle de psychiatrie est désormais bien intégré au sein de l'établissement ; le personnel médical est en place (même s'il restait toujours au moment du contrôle deux postes vacants) ; les médecins sont présents dans les unités et de nombreuses réunions sont organisées. L'élaboration d'un livret d'accueil spécifique à la psychiatrie caractérise l'attention constante portée par l'établissement au secteur psychiatrique. Un véritable projet médical a été mis en œuvre, qui semble avoir mis fin au cloisonnement entre les unités qui était souligné dans le précédent rapport ; les règles de vie des unités ont été harmonisées depuis la première visite. Enfin, le projet thérapeutique des unités d'hospitalisation est bien défini et offre des activités aux patients tout au long la journée.

Cependant, le centre hospitalier ne garantit pas dans l'ensemble de ses unités des conditions d'hébergement dignes, ni le respect de la liberté d'aller et venir des patients hospitalisés.

La suroccupation des unités d'admission entraîne des situations inacceptables, comme l'installation de trois patients dans une chambre prévue pour deux ; ce qui, en outre, affecte la prise en charge thérapeutique.

Les locaux sont vétustes et inadaptés : au sein des unités psy 1 et psy 2, l'état du mobilier, des peintures et des sanitaires est fortement délabré. L'accès à la cour intérieure des unités d'admission est dangereux ; l'escalier de dix-huit marches est raide, très difficile d'usage pour des personnes en souffrance physique ou mentale et inaccessible aux personnes à mobilité réduite. En avril 2015, un patient est décédé à la suite d'une chute dans cet escalier.

Les unités de psychiatrie 1, 2 et 3 sont fermées pour l'ensemble des patients, y compris pour ceux en soins libres ; ce qui constitue une atteinte grave à la liberté d'aller et venir. Une réflexion médicale semble avoir été menée sur l'ouverture des portes. Elle s'est heurtée notamment aux risques de fugues liés à la configuration architecturale du site du Broussais qui ne dispose pas de clôture.

En dépit de conditions matérielles d'hébergement parfois indignes, les contrôleurs ont ressenti une priorité donnée par l'ensemble du personnel à l'accueil, à l'écoute et au respect des patients. En outre, le service de psychiatrie est apparu particulièrement ouvert au questionnement sur ses pratiques ainsi que sur l'amélioration de la prise en charge des patients.

OBSERVATIONS

A – Bonnes pratiques

1. Les règles de vie des unités ont été harmonisées depuis la première visite.
2. La procédure d'admission est protocolisée et appliquée de manière satisfaisante. Les informations délivrées aux patients relativement aux modalités de leur séjour, via notamment la distribution d'un livret d'accueil *ad hoc* et l'accès à des règlements intérieurs unifiés sont claires et complètes.
3. Le projet thérapeutique des unités d'hospitalisation est bien défini et offre des activités aux patients durant la journée.
4. L'isolement et la contention font l'objet d'un protocole précis et sont retracés dans un registre qui devrait cependant être mieux harmonisé entre les deux unités d'admission. Il n'y a pas de recours à l'isolement ni à la contention au sein des unités de psychiatrie 3 et 4. L'établissement est en cours d'informatisation du registre traçant les isolements et les contentions.
5. L'élaboration d'un livret d'accueil spécifique à la psychiatrie caractérise l'attention constante portée par l'établissement au secteur psychiatrique (cf. § 3.3.5).
6. Les patients sont autorisés à conserver leurs téléphones portables personnels (cf. § 5.6.2).
7. Les patients des unités d'admission ont le choix des menus (cf. § 6.1.1).
8. L'admission au service d'accueil des urgences via un cheminement distinct pour les patients psychiatriques permet leur accueil dans des conditions de discrétion satisfaisantes (cf. § 3.1) ; il reste opportun de réfléchir à une réorganisation de l'espace permettant d'éviter d'avoir à hâter l'orientation ou prolonger le temps d'attente lorsque deux patients ou plus se présentent.
9. Le projet de relocalisation des services de psychiatrie s'accompagne d'un projet d'extension des urgences et de création d'un espace de prise en charge dédiée au secteur de psychiatrie (bureau, espace détente, chambre).

B - Recommandations

1. Les unités de psychiatrie 1, 2 et 3 sont fermées pour l'ensemble des patients, y compris pour ceux en soins libres, ce qui constitue une atteinte importante à la liberté d'aller et venir ; il convient d'y remédier.

L'établissement indique qu'une réflexion a été menée en 2014 sur la transformation d'une unité fermée en unité ouverte. Les conclusions n'ont pas été favorables pour des raisons de sécurité et de charge de travail s'expliquant principalement par l'architecture du bâtiment. Le projet de relocalisation des services de psychiatrie (2019) respecte le principe de libre circulation en créant une seule unité fermée destinée à accueillir les patients hospitalisés sous contrainte.

2. La sur-occupation des unités d'admission entraîne des situations inacceptables comme l'installation de trois patients dans une chambre prévue pour deux et affecte la prise en charge thérapeutique, il convient d'y remédier (cf. § 5.2.2.1).

L'établissement indique qu'il procède dès que cela est possible aux transferts de patients vers des structures extérieures (Rennes/Pontorson/Dinan). Cependant, les besoins de prise en charge et de protection sont importants et les capacités d'accueil parfois insuffisantes malgré le développement des prises en charge ambulatoires.

3. La fermeture des cours à 21h devrait être plus tardive et correspondre *a minima* à celle des salles de télévision qui ferment vers 23h (cf. § 4.3.6).
4. Les personnes détenues ne doivent pas, pour ce seul motif, être systématiquement placées à l'isolement au-delà d'une éventuelle période d'observation (cf. § 6).

L'établissement indique que, pour prévenir le risque de fugue, les patients arrivant de maison d'arrêt sont placés, pour observation et évaluation, en chambre d'isolement (cf. Protocole d'accueil des patient en détention). Ils ne sont pas placés en chambre d'isolement au regard de leur statut de détenu.

5. Les locaux sont vétustes. Au sein des unités psychiatrie 1 et psychiatrie 2 l'état du mobilier, des peintures et des sanitaires est fortement délabré. Une rénovation est nécessaire (cf. § 5.2.2.1 et 2).
6. En psychiatrie 3, les deux chambres d'apaisement ne doivent en aucun cas être utilisées comme chambre d'accueil permanent car cette pratique est contraire à la dignité des patients (cf. § 6.2.3.1).
7. La chambre d'isolement du service psy 1 démunie de toilettes accessibles au patient est tellement imprégnée d'odeur d'urine qu'un nettoyage même poussé est sans effet. Cette situation est totalement attentatoire à la dignité des personnes qui y séjournent. Il convient sans attendre l'ouverture du futur hôpital d'y mettre fin en procédant rapidement au changement du revêtement de sol plastique (cf. § 5.2.2.1).

L'établissement indique que la chambre d'isolement des services de psychiatrie 1 et 2 a été entièrement rénovée (peintures, sols et mobiliers) en mai 2016.

8. L'accès à la cour intérieure des unités d'admission est dangereux. Depuis le rez-de-chaussée (psy 1), les trois marches constituent un obstacle facilement contournable par la réalisation d'une pente bétonnée. Depuis l'étage (psy 2), l'escalier a déjà montré son

extrême dangerosité et aucun aménagement ne paraît satisfaisant. Il y a urgence pour le pôle psychiatrie à quitter ces lieux totalement inadaptés (cf. § 5.2.2).

L'établissement indique qu'une rampe d'accès pour personne à mobilité réduite a été installée en mai 2016 sécurisant et facilitant l'accès à la cour intérieur pour l'ensemble des patients.

9. Le bureau infirmier du service psy 2, démuné de surface vitrée, isole le personnel soignant des patients ; il convient d'y remédier (cf. § 5.2.2.2).

L'établissement indique que le bureau des infirmiers a été réaménagé suite à la venue du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (vitre posée et agencement différent de ce local).

10. Il convient de réfléchir aux modalités de notification de la décision d'admission et des voies de recours qui, confiées aux seuls personnels infirmiers, garantissent insuffisamment l'égalité des informations délivrées (cf. § 3.3.3).
11. Les décisions du JLD, qui sont majoritairement des maintiens de l'hospitalisation, devraient être rendues « sur le siège » en présence du patient et de l'avocat – et non après l'audience hors public – afin d'assurer une information complète des patients, tant sur les motifs de la décision que sur les délais et modalités d'appel, et d'éviter que la charge des notifications ne soit transférée sur les infirmiers qui ne disposent pas de la formation nécessaire (cf. § 3.6.3).
12. Les audiences JLD devraient se tenir tout au long de l'année dans la salle spécialement aménagée à l'hôpital ; les périodes dites de « vacances judiciaires » ne revêtant pas de caractère exceptionnel permettant de déroger aux dispositions de la loi n°2013-869 du 27 septembre 2013 (cf. § 3.6.3).
13. Les visites des autorités judiciaires dans l'établissement ne sont plus effectuées depuis décembre 2013 et celles des autorités administratives ne le sont que très irrégulièrement ; elles doivent être reprises (cf. § 3.9).
14. Il convient que le procureur général de la cour d'appel et le préfet procèdent rapidement à la désignation d'un psychiatre et d'un médecin généraliste en qualité de membre de la CDSP afin que cette commission puisse à nouveau remplir pleinement sa mission (cf. § 3.10).

TABLE DES MATIERES

SYNTHÈSE	2
OBSERVATIONS	4
Table des matières.....	7
1- Les conditions générales de la visite	9
2- La présentation générale de l'établissement	10
2.1 La psychiatrie dans le département	10
2.2 L'établissement de santé	10
2.3 L'activité et les patients.....	12
3.2 Le personnel des pôles de psychiatrie	15
3.3 Les données financières.....	16
4- L'hospitalisation sans consentement et l'exercice des droits.....	16
4.1 Le circuit d'admission	16
4.2 L'arrivée des patients admis sans consentement au sein des services de psychiatrie	20
4.3 Les modalités d'admission	22
4.4 Le recueil des observations des patients	30
4.5 La période initiale de soins et d'observation	30
4.6 La levée des mesures de contrainte	31
4.7 Les sorties de l'établissement	37
4.8 La circulation des patients hospitalisés au sein de l'établissement en fonction du statut d'admission ou de l'unité d'accueil	39
4.9 La visite des autorités (préfet, président, procureur, maire et parlementaires)	40
4.10 La commission départementale des soins psychiatriques	40
4.11 Le registre de la loi et son contrôle par les autorités.....	41
5- Les droits des patients hospitalisés	42
5.1 La protection juridique des majeurs.....	42
5.2 La désignation d'une personne de confiance	43
5.3 L'accès au dossier médical	44
5.4 L'accès à l'exercice d'un culte	45
5.5 Droit au libre choix du médecin	46
5.6 La communication avec l'extérieur.....	46
5.7 La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) 47	47
5.8 Le comité d'éthique.....	52
5.9 Les associations.....	52
6- Les conditions d'hospitalisation	53
6.1 Éléments « transversaux ».....	53
6.2 Le pôle de psychiatrie adulte	57
6.2 L'unité fonctionnelle pour adolescents du pôle de pédopsychiatrie	77
7- L'hospitalisation des personnes détenues	79
8- Le recours à l'isolement et à la contention	81

8.1 La procédure d'isolement81

8.2 La procédure de contention83

9- Éléments d'ambiance..... 84

Contrôleurs :

- Céline Delbauffe, chef de mission ;
- Maud Hoestlandt ;
- Hubert Isnard ;
- Annick Morel ;
- Philippe Nadal ;
- Bénédicte Piana.

En application de la loi du 30 octobre 2007 modifiée instituant le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, six contrôleurs ont effectué une visite annoncée du centre hospitalier de Saint-Malo (Ille-et-Vilaine) du 5 au 9 octobre 2015.

Une première visite de l'établissement, réalisée les 27 et 28 janvier 2009, a donné lieu à la rédaction d'un rapport de visite adressé le 3 juillet 2009 au ministre de la santé. Par courrier en date du 11 septembre 2009, ce dernier a répondu aux observations formulées dans le rapport.

Le rapport de constat de la deuxième visite a été adressé à la direction du centre hospitalier le 2 août 2016. Par courriel, en date du 7 décembre 2016, la directrice adjointe « clientèle et projets » a fait part d'un certain nombre d'observations relatives aux bonnes pratiques et recommandations formulées en début de rapport. Ces observations sont intégrées au présent rapport.

1- LES CONDITIONS GENERALES DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés au centre hospitalier de Saint-Malo, situé 1 rue de la Marne, le lundi 5 octobre 2015 à 14h. Ils ont quitté l'établissement le vendredi 9 octobre à 11h.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par la directrice adjointe de l'établissement. Une réunion de présentation de la mission s'est tenue devant une vingtaine d'auditeurs, dont le directeur de la communauté hospitalière de territoire Rance-Émeraude, la directrice déléguée du centre hospitalier, la présidente de la commission médicale de l'établissement (CME), des chefs de pôles, des cadres de santé et des représentants des usagers.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le cabinet du préfet d'Ille-et-Vilaine, le bâtonnier de l'ordre des avocats du barreau Saint-Malo-Dinan, le premier président de la cour d'appel de Rennes, le président du tribunal de grande instance (TGI) de Saint-Malo et le délégué territorial de l'agence régionale de santé (ARS). Les contrôleurs ont rencontré le maire de Saint-Malo – président du conseil de surveillance de l'établissement – ainsi que le juge des libertés et de la détention (JLD).

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

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

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

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

Une réunion de restitution a eu lieu le vendredi 9 octobre à 9h30 en présence du directeur de la communauté hospitalière de territoire Rance-Emeraude, de la directrice déléguée du centre hospitalier, de la directrice adjointe, de la présidente de la CME, des directeurs adjoints, des chefs de pôles et de la cadre supérieure de santé.

2- LA PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 La psychiatrie dans le département

La psychiatrie est organisée en Bretagne selon la logique réglementaire de secteurs ancrés sur huit territoires de santé, définis par l'agence régionale de santé (ARS) en fonction des besoins de bassins de population. **Le territoire de santé 6** Saint-Malo-Dinan (255 133 habitants en 2009), à cheval sur les départements des Côtes-d'Armor et d'Ille-et-Vilaine, comprend cinq secteurs de psychiatrie adulte et deux intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Les secteurs 1 et 2 de psychiatrie adulte et l'intersecteur 1 de pédopsychiatrie, couvrant une partie de l'Ille-et-Vilaine et à l'ouest, certaines communes des Côtes-d'Armor, sont gérées par le centre hospitalier de Saint-Malo. Les autres secteurs et intersecteurs du territoire de santé 6 sont rattachés au centre hospitalier Saint Jean de Dieu (établissement de santé privé d'intérêt collectif -ESPIC-) implanté à Saint-Brieuc dans les Côtes-d'Armor tandis que ceux de l'Ille-et-Vilaine, en territoire de santé 8, ressortent du centre hospitalier spécialisé Guillaume Régnier de Rennes.

Au-delà de l'offre publique et parapublique, l'offre privée d'hospitalisation en psychiatrie est inexistante sur le territoire 6 dont les capacités en lits et places en psychiatrie générale étaient en 2009 les plus faibles du département d'Ille-et-Vilaine et inférieures aux moyennes nationales (1,04 lits pour 1000 habitants contre 1,56 pour la Bretagne et 1,10 pour la France entière ; 0,26 places pour 1000 habitants contre 0,54 sur la région et 0,43 sur la France entière). Par ailleurs, la densité de psychiatres libéraux était en 2010 inférieure en Bretagne à celle de la France entière.

2.2 L'établissement de santé

2.2.1 La présentation générale

Le centre hospitalier de Saint-Malo est le siège de la communauté hospitalière de territoire Rance-Emeraude composée en outre des centres hospitaliers de Dinan et Cancale.

Situé à 1 km de la ville *intra muros* et à 500 m de la gare, desservi par les transports en commun, il est composé de plusieurs bâtiments datant d'époques différentes. Les unités d'hospitalisation complète en psychiatrie sont réparties sur deux sites, à Broussais (site principal) et au Rosais situé à 2 km.



Bâtiments d'hospitalisation complète en psychiatrie adulte (Broussais)

2.2.2 La psychiatrie au sein du centre hospitalier de Saint-Malo

La psychiatrie qui constitue deux des neuf pôles de l'établissement hospitalier général présente une offre de soins diversifiée et en partie décentralisée sur le territoire :

- **la pédopsychiatrie** : 9 lits d'hospitalisation complète pour adolescents (unité fonctionnelle pour adolescents, UFA) au siège du centre hospitalier, 28 places d'hôpitaux de jour (Dinard, Combourg, Baguer-Pican, Saint-Malo), centres de consultations ;
- **la psychiatrie adulte** :
 - 86 lits d'hospitalisation répartis sur deux unités d'admission (psychiatrie 1 et 2) de 22 lits, installées sur le site principal de l'hôpital général (Broussais) et deux unités d'hospitalisation au long cours (psychiatrie 3 et 4) de respectivement 22 lits (patients chroniques) et 20 lits (réhabilitation pour patients déficitaires), placées sur le site extérieur du Rosais. **Trois des quatre unités fonctionnent en régime fermé**, seule l'unité de réhabilitation est ouverte ;
 - 20 places en hôpitaux de jour, 4 CMP¹/CATTP² (Saint-Malo, Dinard, Dol-de-Bretagne, Combourg), 10 places d'appartements communautaires et 7 de placement familial ;
 - par ailleurs, le pôle intervient dans d'autres services de l'hôpital (service des urgences, unité d'intervention médico-psychologique dans les services aigus, UIMP) ou dans des structures extérieures (équipes mobiles post urgence, précarité, psycho-gériatrique ; unité sanitaire de premier niveau de la maison d'arrêt de Saint-Malo rattachée au pôle).

Dans le dispositif des soins psychiatriques, les **urgences qui dépendent du pôle** des admissions non programmées - ANP - représentent un maillon important du parcours des patients. Offrant un accueil psychiatrique 24h sur 24 grâce à la présence d'une infirmière et à la mobilisation des médecins des pôles de psychiatrie adulte et de pédopsychiatrie (disponibilité à la demande dans la journée et astreintes), elles sont le point d'entrée en hospitalisation complète, hormis pour les personnes admises en soins sur décision du représentant de l'État (SDRE). Selon les informations recueillies, 2 000 passages sur les 37 000 annuels auraient des motifs psychiatriques et 20 % de ces patients seraient orientés vers une hospitalisation.

Les urgences disposent par ailleurs d'une unité post accueil de diagnostic et d'orientation – UPA – de 10 lits (Durée moyenne de séjour (DMS) théorique : 3 jours ; DMS 1^{er} semestre 2015 : 4 jours) et d'une unité d'accueil médico-psychologique – UAMP – de 12 lits pour des patients souffrant de pathologies psychiatriques légers sans troubles comportementaux majeurs (DMS théorique : 7 Jours ; DMS 1^{er} semestre 2015 : 8,22 jours). L'UIMP est également sous la

¹ Centre médico psychologique

² Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

responsabilité du pôle ANP. La place, le rôle et l'articulation avec la psychiatrie adulte des deux unités d'hospitalisation du service d'accueil d'urgence doivent être redéfinis au terme du projet d'établissement (2014-2018).

Les préoccupations de la psychiatrie sont bien intégrées au projet d'établissement et à son projet médical : ces derniers mettent notamment l'accent sur la cohérence des parcours des patients souffrant de troubles psychiatriques à partir des urgences, sur l'importance de relais d'aval sociaux et médico-sociaux, notamment pour les personnes âgées hospitalisées en psychiatrie, et sur l'organisation d'une offre adaptée et de qualité aux différents âges de la vie. Le centre hospitalier de Saint-Malo a été certifié sans réserve par la Haute autorité de santé (HAS) en 2014, notamment en ce qui concerne la psychiatrie plus particulièrement concernée par les rubriques de la certification relatives aux droits des patients et à l'information.

2.3 L'activité et les patients

2.3.1 Le pôle psychiatrie adulte

Sur-occupation dans les unités d'admission et DMS longues jusqu'en 2015

L'activité du pôle de psychiatrie adulte est en constante augmentation depuis 2010 tant en hospitalisation complète (+ 5 % de journées entre 2010-2014) qu'en hôpital de jour (+ 6,5 % sur la même période) ou en ce qui concerne les actes ambulatoires. Cette croissance, en partie due à un meilleur recensement des actes, s'accompagne d'une diminution de 2,4 % des entrées en hospitalisation complète en raison de la difficulté de trouver des solutions de sortie pour certains patients. Une durée moyenne de séjour (DMS) qui s'allonge ainsi qu'un très haut et constant niveau d'occupation, supérieur à 100 % dans les unités d'admission, reflètent ces phénomènes. La volonté du service de limiter les transferts vers des établissements extérieurs – au demeurant eux-mêmes occupés – dans un objectif de continuité des soins explique également l'importance du taux d'occupation.

La diminution de la DMS dans toutes les unités au premier semestre 2015 semble marquer une inversion de tendance, sans doute imputable au développement des alternatives à l'hospitalisation, à l'étayage des activités extra hospitalières jouant comme autant de dispositifs de prévention mais également à une action volontariste du service.

DMS et taux d'occupation des unités de psychiatrie adulte du centre hospitalier de Saint Malo

Nature des unités	2015 (premier semestre)		2014		2013	
	DMS (en jours)	taux d'occupation	DMS (en jours)	taux d'occupation	DMS (en jours)	taux d'occupation
psy 1 (admission)	21	100 %	27	103 %	27	100,15 %
psy 2 (admission)	24	101,80 %	30	104 %	25	99,78 %
psy 3 (patients chroniques)	132	99,47 %	216	99,64 %	217	97,81 %
psy 4 (réhabilitation sociale)	54	92,85 %	82	91,70 %	170	90,25 %

tableau de bord de gestion de l'établissement

Des patients principalement hospitalisés en soins libres et à la demande de tiers

Le statut des patients admis en hospitalisation sur la période 2013 - 1^{er} semestre 2015 appelle quatre remarques :

- dans les quatre unités de la psychiatrie adulte, les patients en soins libres coexistent avec ceux hospitalisés sans consentement ;
- les patients hospitalisés sont en majorité des patients en soins libres ;
- si les personnes admises en soins sur décision du représentant de l'État (SDRE) ne représentent en 2014 que 2 % des hospitalisations et sont en diminution entre 2013 et 2014, celles hospitalisées à la demande de tiers (SDT) constituent une partie substantielle de la file active : un peu moins d'un quart en 2013, plus de la moitié en 2014 et plus d'un tiers en 2015. Si la principale explication tient à l'ouverture d'une unité d'hospitalisation spécialement aménagée (UHSA) au CHS Guillaume Rénier de Rennes au deuxième semestre 2013, faisant ainsi sortir la plupart des personnes détenues³ de ces statistiques, un autre facteur explicatif est à relier avec la recherche systématique d'un tiers susceptible de solliciter une hospitalisation. Le contrôle rigoureux des certificats et réquisitions prises par les maires de communes environnantes permet également d'en contenir le nombre.
- parmi les patients en SDRE, les personnes détenues hospitalisées sont en faible nombre et au surplus en diminution sur trois ans (9 en 2013, 1 en 2014, 2 en 2015) : l'ouverture de l'UHSA ainsi que le travail de terrain des équipes du centre hospitalier de Saint-Malo à l'unité sanitaire de la maison d'arrêt peuvent être des facteurs explicatifs de ce phénomène.

Enfin, il convient de souligner qu'il n'existe pas de différences significatives sur la période entre les statuts des patients admis dans les unités 1 et 2.

Statut des personnes hospitalisées au centre hospitalier de Saint Malo- 2013-2015

Psychiatrie adulte	2013			2014			2015 (premier semestre)		
	nbre mesures	nbre patients*	nbre journées	nbre mesures	nbre patients	nbre journées	nbre mesures	nbre patients	nbre journées
Total soins sur décision du représentant de l'État (SDRE)	31	19	1203	48	10	602	35	9	436
<i>dont urgence</i>	22	19	1 167	43	8	324	31	6	244
<i>dont maire</i>									
<i>dont décision judiciaire</i>	0	0	0	1	1	264	1	1	181
<i>dont détenus</i>	9	9	36	4	1	14	3	2	11

³ La consultation du registre de la loi fait apparaître deux hospitalisations de personnes détenues depuis janvier 2015, dont une à trois reprises.

total soins à la demande d'un tiers (SDT)	223	196	9 300	289	243	11 013	137	124	4 305
<i>dont DT</i>									
<i>dont urgence</i>	169	147	7 478	219	193	8 537	92	83	3 254
<i>dont péril imminent</i>	59	56	1822	85	71	2 476	49	45	1 051
total soins libres	502	377	20 477	431	310	19 553	296	257	10 529
total soins	678	509	30 980	684	465	31 168	422	336	15 270

Source : DIMSDT.

*Nota : un patient peut faire l'objet de plusieurs mesures = séjours. En outre, lorsque le patient fait l'objet successivement de plusieurs mesures (SL puis en SDT par exemple), il sera compté une fois comme patient en soins libres puis une autre fois en SDT. Enfin le nombre total de patients pour chaque année prend en compte des patients différents (chaque patient n'est compté qu'une fois) ; il s'agit ici d'une notion de file active. En conséquence, le total des patients en soins n'est pas égal à la somme des patients en SDRE, SDT et en soins libres.

3.1.1 La psychiatrie infanto-juvénile

Une activité et des taux d'occupation en augmentation

La pédopsychiatrie connaît également une activité croissante sur la période 2011-2014 (+ 8,7 % de journées d'hospitalisation, + 10,5 % des actes ambulatoires), à la nuance près apportée précédemment (modification des règles de codage des actes en 2013).

Les taux d'occupation, en augmentation sur la période, restent inférieurs à 80 %.

Activité des unités d'hospitalisation complète en pédo psychiatrie :

PEDOPSYCHIATRIE - UNITE D'ADOLESCENTS		2010	2011	2012	2013	2014
HOSPITALISATION COMPLETE	Nombre de lits	7	7	7	7	7
	Nombre d'entrées	140	161	148	209	166
	Nombre de journées	1 793	1 908	1 698	1 743	1 949
	Taux d'occupation	70,2%	74,7%	66,3%	68,2%	76,3%
	Durée moyenne de séjour	12,81	11,85	11,47	8,34	11,74

Source : Rapport d'activité de l'établissement 2014

Les adolescents hospitalisés le sont tous en soins libres. Aucune ordonnance de placement provisoire (OPP) n'a été délivrée depuis 2013.

3.2 Le personnel des pôles de psychiatrie

3.2.1 Les effectifs

3.2.1.1 Le personnel médical

Sur les 202 médecins que comptait l'établissement en 2014, 13 médecins (8 en psychiatrie adulte représentant 5,1 ETP ; 5 en pédopsychiatrie) sont affectés aux pôles de psychiatrie.

Au moment de la visite, deux postes demeuraient vacants en psychiatrie adulte dont l'un était en voie d'être pourvu. Une politique active de recrutement menée par la direction des affaires médicales de l'établissement avec l'ARS (postes prioritaires, construction de parcours pour les médecins étrangers, mesures d'attractivité pour les praticiens hospitaliers) a permis de « contenir » ces vacances dans un contexte défavorable de la démographie de la spécialité de psychiatrie.

3.2.1.2 Le personnel non médical

L'ensemble du personnel non médical (soignant, administratif, social) est de 146,75 ETP pour la psychiatrie adulte et de 62,78 ETP pour la pédopsychiatrie.

3.2.2 La gestion des ressources humaines

Le **recrutement, l'affectation et l'intégration** du personnel (infirmiers et aides-soignants), affecté en psychiatrie et dans l'ensemble de l'établissement, font l'objet d'une grande attention de la part du centre hospitalier qui gère par ailleurs un institut de formation en soins infirmiers et d'aides-soignants (IFSI - IFAS). De nombreuses mesures sont ainsi prises : préparation de l'intégration par la mise en situation dans la future unité d'accueil grâce au stage long compris dans la formation, journée d'accueil, remise d'un livret d'accueil personnalisé selon les unités d'accueil, tutorat infirmier ; enfin, pour certains personnels affectés, mise en observation et affectation provisoire pour trois mois afin de vérifier la bonne adéquation des personnels à l'emploi.

Chaque pôle dispose d'un budget de **formation** pour les personnels qui y sont affectés. Une partie de la somme est consacrée à des thèmes transversaux destinés à l'acquisition d'une culture commune. Ainsi en 2015, en psychiatrie adulte, ont été retenus les thèmes de : l'éthique en santé mentale, la réhabilitation sociale, la santé somatique en psychiatrie et la prise en charge des jeunes adultes et des adolescents. Des formations à la gestion de la violence sont par ailleurs proposées et suivies (par 28 infirmiers et 21 aides-soignants en 2015). Selon les informations recueillies, les personnels du pôle de psychiatrie adulte qui représentaient 8 % des effectifs de l'établissement auraient bénéficié en 2013 et 2014 respectivement 18 % et 13 % des heures de formation de l'établissement.

L'absentéisme maladie/maternité des soignants du pôle de psychiatrie adulte est inférieur à celui de l'établissement (4,93 % pour les six premiers mois de 2015, contre plus de 9 % pour l'ensemble de l'établissement). L'organisation des remplacements des personnels manquants s'effectue d'abord par l'affectation du volant de remplacement spécifique au pôle (une aide-soignante et deux infirmiers) puis par le recours à un pool central de personnel (5 IDE et 7 aides-soignants pour les arrêts courts ; 2 IDE et 2 aides-soignantes pour les jours pris au titre du compte épargne temps). Les taux de remplacement hors maternité seraient d'un peu plus de 20 % sur les six premiers mois de l'année 2015.

3.3 Les données financières

Sur les recettes totales de l'établissement de plus de 146 millions d'euros, celles en provenance de l'assurance maladie s'élevaient en 2014 à près de 108 millions d'euros parmi lesquelles la dotation à la psychiatrie (dotation annuelle de financement) pesait pour 15 %, soit 16,2 millions d'euros. Cette dotation, restée constante de 2013 à 2014, a donc connu une évolution négative en valeur sur la période alors que dans le même temps les produits de la tarification à l'acte progressaient de 5,7 %.

Les plans de retour à l'équilibre, mis en place par l'ARS (2011-2013 puis 2014-2017) pour diminuer les déficits persistants de l'établissement (914 712 euros en 2014), ont jusqu'à présent épargné la psychiatrie notamment dans la réduction des dépenses de personnel (moins 0,5 ETP 2014-2017).

Le projet de regroupement sur un nouveau site des bâtiments de la psychiatrie adulte serait financé par recours à l'emprunt et à l'autofinancement, des provisions étant opérées depuis 2009 pour compenser les charges ultérieures d'amortissement de la future installation.

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

4.1 Le circuit d'admission

Comme il avait été constaté lors de la précédente visite du CGLPL, l'accès - à pied ou en véhicule - au service d'accueil des urgences (SAU) de l'établissement s'effectue par une entrée séparée, en contrebas de l'entrée principale. Ce service, qui dispose d'une équipe d'infirmières psychiatriques, présente chaque jour de la semaine et 24h/24h, a vocation à accueillir l'ensemble des patients présentant des troubles psychiatriques⁴ à leur arrivée, à l'exception des patients admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État lorsque leur dossier administratif d'admission est complet⁵.

Lorsqu'un patient se présente à l'hôpital – seul ou accompagné –, il entre au SAU par le même circuit que les autres patients. Une fois passée la porte d'entrée, il accède à une salle d'attente qui fait face aux guichets vitrés derrière lesquels se tiennent les agents administratifs d'accueil. Il a été indiqué que les patients nécessitant des soins psychiatriques, sitôt repérés, faisaient l'objet d'une prise en charge rapide. Deux couloirs de circulation, séparant les déplacements des personnels soignants de ceux des patients et leurs familles, permettent ici des circulations distinctes pour les patients psychiatriques et les autres dans le respect d'une certaine discrétion puisqu'aucune signalétique n'en révèle l'existence.

⁴ Même les patients admis en programmes de soins à la demande d'un tiers sont accueillis au service des urgences.

⁵ Il a été constaté que cela concernait un nombre peu élevé de patients, compte tenu du faible nombre d'hospitalisation sous ce régime au cours des dernières années écoulées. Il a été précisé que les patients détenus, dont les dossiers étaient toujours en ordre au moment de leur admission, ne transitaient jamais par le service des urgences. Enfin, il a également été indiqué que les orientations des patients susceptibles d'être admis au titre des soins sans consentement sur décision du représentant de l'État étaient en tout état de cause, orientés dans les plus brefs délais lorsqu'ils transitaient par les urgences.

Lorsque les patients sont accompagnés par les services d'urgences (gendarmerie, pompiers ou ambulance adressée par l'hôpital), ils empruntent un circuit dédié aux véhicules d'urgence. Les véhicules stationnent devant la porte d'entrée d'un sas qui donne accès au SAU, sans avoir à passer par la salle d'attente. Cet accès peut également être emprunté par des patients en soins libres pour des raisons purement pratiques (personnes ayant des difficultés à se déplacer, affaiblie, etc.) Le patient – allongé sur un brancard – est accueilli par une infirmière psychiatrique et, le cas échéant, accompagné par les forces de l'ordre jusqu'à la chambre d'apaisement.

L'accueil psychiatrique s'organise dans la partie gauche du SAU, où sont situés le bureau des infirmiers et la chambre d'apaisement, dont la porte – munie d'une ouverture vitrée – peut être fermée à clé⁶. Celle-ci est meublée d'un lit médical sur lequel sont préinstallés des liens de contention, un bureau fixé au sol, un bouton d'appel situé à la tête du lit, et un cabinet de toilette (lavabo, toilettes) dans un état d'entretien correct. La chambre dispose également d'un accès vers un petit patio, entièrement clos. Il permet de disposer d'un accès à l'air libre et, le cas échéant, de laisser fumer un patient – sous la surveillance d'un soignant.

Il a été indiqué que le recours à la sédation était régulier – le consentement étant recherché pour une administration par voie orale mais qu'il était possible d'administrer un traitement sédatif par injection, en cas de refus, sur prescription médicale. Les séjours au sein de la chambre d'apaisement sont tracés, de même que le recours éventuel à la contention. Les patients peuvent y être mis en pyjama, mais ce n'est pas systématique.



Chambre d'apaisement vue de la porte



Lit avec lien de contention préinstallé

⁶Il a été signalé qu'en décembre 2013 un patient placé sous contention est décédé dans cette chambre d'apaisement (cf. § 4.7.2).



Patio de la chambre d'apaisement

Face à la chambre d'apaisement se trouve une chambre de dégrisement, sans ouverture vers l'extérieur et entièrement capitonnée ; dotée d'un matelas plastifié, elle est surveillée par une caméra de vidéosurveillance située au plafond. Les patients n'y sont admis que sur prescription médicale. Contrairement à ce qui avait été indiqué lors de la précédente visite, il est précisé que ce local n'accueille jamais de patients souffrant de troubles psychiatriques.



Local de dégrisement – matelas



Caméra de vidéosurveillance



Porte donnant vers la chambre d'apaisement

A son arrivée, le patient est reçu par une infirmière psychiatrique, puis un médecin urgentiste aux fins d'examen somatique et enfin, par le psychiatre – le cas échéant le psychiatre d'astreinte pour la nuit, le week-end ou les jours fériés. L'entretien infirmier permet de recueillir les premiers éléments administratifs. Papiers d'identité, médicaux et administratifs sont mis à jour par un soignant qui les transmettra au bureau des admissions. L'entretien permet de rechercher l'adhésion du patient au soin et, le cas échéant, de procéder à la recherche d'un tiers susceptible de solliciter son admission. Au vu du certificat médical et de l'examen du patient, le médecin peut établir un certificat initial de confirmation ou de non-confirmation d'une admission en soins sans consentement⁷.

Il peut être également procédé à une rapide vérification des effets personnels du patient afin de s'assurer qu'aucun objet dangereux ou interdit par le règlement intérieur ne reste en sa possession. Les valeurs, si elles sont importantes, peuvent être directement acheminées vers le coffre de l'hôpital⁸. Enfin, un coffre fermé, dans une armoire également fermée, est spécialement affecté à la conservation des toxiques (médicaments, alcool, substances stupéfiantes). Une information verbale est donnée au patient sur sa situation et les modalités de prise en charge envisagées. Aucun document écrit ne lui est remis à ce stade.

Si le nombre d'admissions psychiatriques annuel peut laisser penser que la capacité d'accueil du SAU est suffisante, le caractère aléatoire des arrivées entraîne parfois plusieurs arrivées simultanées. La brièveté de la durée moyenne de séjour – 2h30 (4h15 en cas d'hospitalisation⁹) – permet le plus souvent de les accueillir en accélérant l'orientation, afin de minimiser le temps où l'un d'eux est contraint de rester dans le couloir ; néanmoins, il a été précisé qu'un projet d'aménagement de l'espace de prise en charge aux urgences était à l'étude, qui devrait augmenter la capacité d'accueil pour l'ensemble des patients, y compris psychiatriques.

La procédure d'admission en soins psychiatriques sans consentement est rigoureusement protocolisée ; des fiches spécifiques pour chaque catégorie d'admission déclinent exhaustivement les opérations de prise en charge, de l'arrivée à l'orientation, en passant par l'évaluation, actualisées des réformes de 2011 et 2013. Le bureau de consultation, informatisé, dispose de l'ensemble des formulaires types et protocoles à jour, rangés dans des classeurs, par type de régime d'admission. La surveillance des patients, notamment placés sous contention, est tracée.

L'arrivée de patients mineurs par ce circuit reste exceptionnelle compte-tenu de l'existence du service d'hospitalisation de pédopsychiatrie au sein du CH de Saint-Malo. Les contrôleurs ont néanmoins eu l'occasion de constater que cela restait possible, ayant été témoins de l'arrivée d'un garçon d'une douzaine d'années. Le garçon a immédiatement été reçu en consultation par un pédopsychiatre et une infirmière psychiatrique. Le centre hospitalier organisant une astreinte de pédopsychiatrie, il a été confirmé qu'en un tel cas, le jeune patient était immédiatement reçu par un médecin pédopsychiatre, le cas échéant d'astreinte, sans entretien préalable infirmier. Attache est prise très rapidement avec les parents. Seuls les mineurs de 16 ans peuvent être orientés dans les services de psychiatrie adulte.

⁷ Dans ce dernier cas, le patient peut évidemment rester sous le régime des soins libres.

⁸ Cf. infra – partie consacrée aux effets personnels.

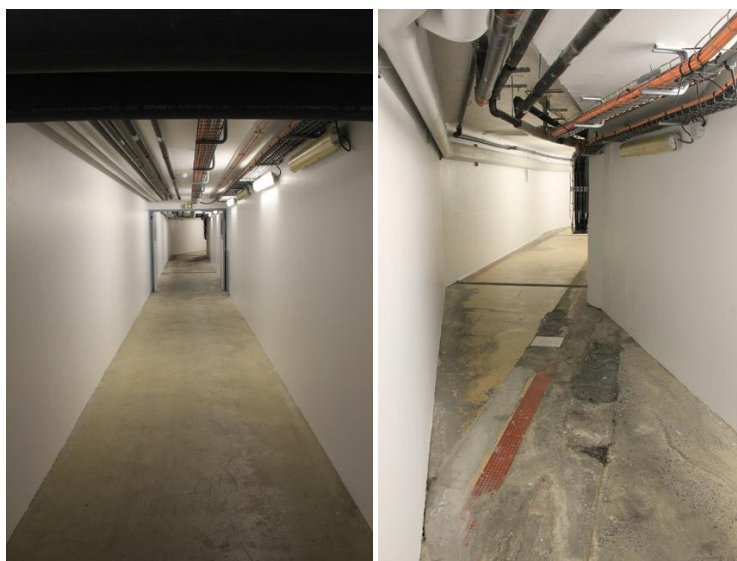
⁹ Au moment de la visite.

Enfin, la création d'une unité d'accueil médico-psychiatrique (UMAP) a permis de créer une orientation intermédiaire, à mi-chemin de l'accueil et de la prise en charge médico-psychiatrique. Cette unité n'accueille que des patients hospitalisés sous le régime des soins libres. Il peut arriver néanmoins que certains patients, initialement admis à l'UMAP, basculent vers un régime de soins sans consentement, auquel cas ils sont transférés directement de l'UMAP vers les services de psychiatrie.

4.2 L'arrivée des patients admis sans consentement au sein des services de psychiatrie

Lorsqu'une décision d'hospitalisation est prise, l'infirmier des urgences (éventuellement accompagné d'un deuxième personnel soignant) accompagne le patient vers son unité d'hospitalisation, en empruntant un couloir souterrain d'environ 200 mètres de long qui relie le bâtiment principal du centre hospitalier au bâtiment psychiatrique.

Des travaux, annoncés à la suite de la précédente visite de l'établissement, ont permis une remise en peinture des murs et la mise en place de rails métalliques au plafond afin d'y faire courir les fils électriques. Cet endroit reste néanmoins peu engageant : les lumières sont blafardes, le silence environnant faiblement perturbé par le bruit de pas des soignants, le sol gris et dégradé, les tuyauteries et gaines électriques apparentes. Le patient, installé dans un fauteuil roulant, est accompagné jusqu'à l'ascenseur desservant l'accès au bâtiment de psychiatrie, qui fonctionne à l'aide d'un badge.



Couloir souterrain

Les patients ne sont admis au sein des unités d'hospitalisation qu'une fois la procédure administrative d'admission finalisée, à l'exception des patients admis au titre d'une décision du représentant de l'État dont le dossier est complet.

Les patients peuvent arriver à toute heure du jour ou de la nuit. Selon l'état de santé du patient, il peut arriver sur un brancard, sur un lit¹⁰ ou en chaise roulante, la décision étant prise par le psychiatre. Le placement en chambre de soins intensifs n'est pas systématique et dépend de l'état de santé du patient.

Néanmoins, s'agissant plus particulièrement des patients admis sous le régime des SDRE – en particulier ceux qui ont été directement admis au sein des unités d'hospitalisation, sans passage préalable par le SAU – le placement en chambre de soins intensifs (CSI) pour une brève période d'observation et d'évaluation est quasi-systématique. Il est tracé et reste bref. Les médecins somaticiens et psychiatres¹¹, informés en amont, se déplacent dans les meilleurs délais afin de voir le patient. Le cas échéant, celui-ci peut sortir de la chambre de soins intensifs avant l'arrivée du médecin, lorsqu'elle tarde, mais il est indiqué que l'attente dure rarement plus d'une heure. Le passage par la CSI du patient admis sur décision du représentant de l'État est présenté comme un « sas », permettant de s'assurer que le patient ne présente pas de risque immédiat pour lui-même ou pour autrui ; la phase d'observation proprement dite se poursuivant dès lors qu'il est placé en chambre individuelle, située à proximité du bureau des infirmiers.

Les patients mineurs sont systématiquement installés dans une chambre individuelle, à proximité du bureau des infirmiers, où ils sont enfermés la nuit ainsi que pendant les périodes de transmission. Ils ne disposent pas de verrou ou de clé de confort¹².

En cas d'admission depuis un autre service du centre hospitalier, ou pour des patients transférés depuis un autre centre hospitalier, l'organisation de l'accueil est la même, mais se double d'un temps d'échanges entre les services, à partir d'une fiche de liaison interservices.

Lorsque leur état le permet, les patients sont accueillis par un infirmier qui se charge essentiellement de revenir avec eux sur leur situation et les conditions d'hospitalisation. L'entretien prend le plus souvent la forme d'un entretien libre, qui revient rarement sur l'origine de l'hospitalisation que les patients « *ont souvent déjà dû raconter à plusieurs reprises* ». L'entretien aborde donc plus souvent des aspects concrets de l'hospitalisation, ses modalités¹³ et ses suites immédiates. Ce temps permet également de remettre aux patients le livret d'accueil, le règlement intérieur et le formulaire de satisfaction. Une présentation rapide des activités à venir est faite également. Ensuite, l'infirmier accompagne le patient pour une rapide présentation des lieux avant qu'il ne soit orienté vers sa chambre, le plus souvent double ou triple. Le passage par les urgences, ou l'information préalable des autorités, a permis d'anticiper l'arrivée et de préparer la chambre – et notamment, le cas échéant, de procéder au déménagement éventuel d'autres patients.

¹⁰ Il s'agit alors d'un lit des urgences.

¹¹ En tant que de besoin, il sera fait appel aux médecins ou psychiatres de garde.

¹² Il est indiqué qu'une réflexion est engagée autour de l'idée d'un accueil spécifique des jeunes patients en psychiatrie, entre 16 et 20 ans.

¹³ Cf. 3.3.3 relative à la notification de la mesure d'hospitalisation.

Les patients peuvent arriver habillés ou en pyjama, notamment dans le contexte d'admissions en urgence. Toutefois, une fois admis à l'unité, les patients ne restent pas en pyjama, sauf prescription médicale. En tant que de besoin, les unités disposent d'une petite réserve de vêtements, alimentée par les personnels.

Il peut arriver que le cadre de santé soit présent au moment de l'admission, mais cela reste rare. La plupart du temps, il se présente ultérieurement, le lendemain ou le surlendemain. Les cadres de santé des services de psychiatrie 1 et 2 disposent d'un bureau situé au sein de leur unité, ce qui permet plus de proximité avec les patients ainsi qu'une plus grande disponibilité. Des chaises dans le couloir permettent au patient d'attendre d'être reçu par les cadres. Les contrôleurs ont à plusieurs reprises observé que les patients n'hésitaient pas à venir frapper à la porte des cadres, pour poser une question ou exprimer une angoisse.

4.3 Les modalités d'admission

4.3.1 Les formalités administratives (organisation et rôle du service des admissions)

Les procédures d'admission des patients en soins psychiatriques sans consentement ont fait l'objet de deux protocoles, très détaillés, diffusés par la direction qualité du centre hospitalier :

- un premier consacré à l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, créé le 21 novembre 2011 et révisé le 25 octobre 2012 et 18 mars 2015 ;
- un second consacré à l'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État, créé le 21 novembre 2011 et révisé le 16 octobre 2012.

Les premières formalités d'admission des patients sont accomplies au service des urgences qui recueille les premiers éléments d'identité du patient, rassemble les documents disponibles, trouve les coordonnées d'un tiers susceptible de solliciter une admission, détermine conformément au secteur géographique concerné le service psychiatrique d'accueil, etc.

Ces pièces et informations sont transmises au bureau des admissions qui les centralise et les conserve au sein du dossier du patient concerné.

a- Le déroulement des formalités administratives

Le déroulement des formalités administratives varie selon la nature de l'admission.

- Les admissions sous le régime des soins à la demande d'un tiers.

La direction de l'établissement – ou son délégué – prononce la décision d'admission au vu d'une demande présentée par un tiers, membre de la famille ou personne justifiant de relations avec le patient, dans les formes fixées par l'article R. 3212-1 du code de la santé publique, et de deux certificats médicaux circonstanciés de moins de quinze jours dont l'un au moins ne peut émaner d'un médecin exerçant à l'établissement hospitalier.

En cas d'urgence, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, il est également possible d'admettre le patient au vu d'une demande de tiers et d'un seul certificat pouvant émaner d'un médecin exerçant dans l'établissement.

En semaine, aux horaires de bureau¹⁴, le cadre de la direction clientèle se charge du contrôle des pièces et de la décision d'admission ; le directeur de garde et le cadre de santé de nuit se répartissant les horaires de nuit¹⁵. Les samedis, dimanches et jours fériés, le directeur de garde et le cadre de santé de nuit se répartissent la journée, respectivement de 6h45 à 21h, puis de 21h à 6h45.

- Les admissions sous le régime des soins à la demande d'un tiers en cas de péril imminent.

En l'absence de tiers, un patient peut être admis s'il existe, à la date d'admission, un péril imminent pour la santé de la personne concernée constaté et dûment caractérisé par un certificat médical – qui ne peut émaner d'un médecin exerçant au sein du centre hospitalier. Si une personne susceptible de relever de cette modalité d'admission se présente au service d'accueil des urgences sans certificat médical, l'infirmière psychiatrique ou le médecin urgentiste en avise le cadre de la direction clientèle ou, en son absence, le directeur de garde, qui fait appel à SOS MÉDECINS.

Le protocole souligne le caractère exceptionnel de cette modalité d'admission et rappelle qu'il est « limité aux cas où il est impossible de trouver un tiers demandeur (absence physique ou refus du tiers de signer) alors que l'état de la personne est grave et nécessite des soins ».

Il relève du cadre de la direction clientèle aux jours et horaires ouvrables ou du directeur de garde d'apprécier la notion d'absence de tiers et de prononcer la décision d'admission au vu des éléments du dossier, après s'être assuré de l'identité du patient, de l'identité du tiers demandeur à l'hospitalisation et de la conformité de la demande d'admission aux dispositions légales et réglementaires.

- Les admissions sous le régime des soins sur décision du représentant de l'État

L'admission d'un patient à ce titre est réalisée, au regard de l'arrêté préfectoral et d'un certificat médical circonstancié établi par un médecin n'exerçant pas au centre hospitalier, ou en cas d'urgence, par une réquisition d'un maire accompagnée d'un avis médical pouvant émaner de tout médecin.

En principe, l'admission du patient peut se faire directement au sein du service psychiatrique dont il relève. Toutefois, le patient peut avoir à transiter d'abord par le service d'accueil des urgences, lorsqu'il est amené par les forces de l'ordre sans accord préalable de l'établissement ou si des pièces justificatives sont manquantes ou non conformes, le temps de les recevoir ou les mettre en forme. Il est cependant précisé qu'en cas d'arrivée d'un patient détenu, son admission se fait directement au sein de son unité, même dans l'attente éventuelle de l'arrêté préfectoral le concernant.

¹⁴ Entre 8h30 et 18h.

¹⁵ De 6h45 à 8h30, puis de 18h à 21h, le directeur de garde ; de 21h à 6h45, le cadre de santé de nuit.

Dans l'hypothèse où se prépare une admission directe, il appartient au cadre de la direction clientèle ou, en son absence, au directeur de garde, de s'assurer de la réception des pièces nécessaires (arrêté ou réquisition, certificats). Il vérifie également la disponibilité d'un lit au sein d'un service de psychiatrie et se charge d'organiser le transfert, soit par ambulance hospitalière (accompagnée de deux soignants dont au moins un infirmier d'un service de psychiatrie), soit par les forces de l'ordre – dûment informées de la nature de l'admission afin de se présenter directement au sein du service de psychiatrie accueillant. Le cas échéant, sur prescription du médecin certificateur, ce transport peut se faire sous contention.

En cas de passage préalable par le service des urgences, un infirmier psychiatrique du SAU fait prévenir le cadre de la direction clientèle ou le directeur de garde, ainsi que l'unité de psychiatrie. Puis, en lien avec le bureau des admissions ou le directeur de garde, il récupère les pièces justificatives nécessaires, le cas échéant sous la forme de copies, en s'assurant de la transmission ultérieure des originaux. Les pièces sont vérifiées et, le cas échéant, régularisées, avant l'établissement de l'avis d'hospitalisation.

b- le rôle et l'organisation du bureau des admissions

Situé dans la partie administrative du centre hospitalier, au rez-de-chaussée du bâtiment principal, ouvert de 8h à 18h, le bureau des admissions constitue le point d'entrée, de conservation et de suivi des formalités administratives liées aux admissions sous le régime des soins psychiatriques sous contrainte sur l'ensemble du site, y compris le Rosais.

Quotidiennement, le bureau des admissions tient à jour un agenda où sont notés les documents en attente, leurs échéances de validité (certificats), ou encore les dates d'audience devant la juridiction des libertés et de la détention ou de la cour d'appel, le bureau des admissions étant destinataire des convocations. Ainsi, les certificats médicaux sont adressés au fur et à mesure de leur rédaction au bureau des admissions qui veille à leur bon établissement et porte à l'agenda la mention de l'échéance à venir. Chaque vendredi après-midi, un point est fait des échéances à venir expirant au cours du week-end à venir, en lien avec le secrétariat médical des services de psychiatrie, afin d'aviser le psychiatre ou pédopsychiatre de permanence ou d'astreinte.

C'est également le bureau des admissions qui communique aux autorités judiciaires les éléments du dossier par télécopie ou par voie électronique, les communications immatérielles étant cryptées.

Les dossiers d'admission comprennent, en plus des pièces ayant fondé l'admission et la décision d'admission elle-même, les certificats des 24 et 72 heures¹⁶, l'ensemble des notifications, les avis motivés¹⁷, la saisine du juge des libertés et de la détention et l'information relative à la possibilité de choisir un avocat ou d'être défendu par l'avocat de permanence, le cas échéant, l'information délivrée au curateur, tuteur ou détenteur de l'autorité parentale, le bordereau type des pièces jointes et le récépissé de réception par le patient. Les mêmes pièces sont adressées à la cour d'appel en cas d'appel, un certificat de moins de quarante-huit heures à la date de l'audience s'y rajoutant, qui est adressé par fax à la cour.

¹⁶ Une case sur le certificat des 24 heures est à cocher dès lors que le patient a fait l'objet d'un examen somatique.

¹⁷ Adressés à l'ARS, au préfet et au ministère public.

4.3.2 L'inventaire et la conservation des effets personnels du patient

Après avoir quitté le service des urgences, à l'arrivée dans le secteur d'hospitalisation, un inventaire des effets personnels du patient est réalisé en sa présence par un ou deux infirmiers. Cet inventaire peut être reporté, si l'état du patient l'impose. L'inventaire est joint au dossier de soins. Le patient se voit proposer de déposer ses valeurs au coffre, si cela n'a pas été fait au service d'accueil des urgences. Une note d'information aux patients et à leur famille sur la possibilité de dépôt et retrait de valeurs et objet a été établie, qui peut leur être communiquée. Il est indiqué que les sommes supérieures à une centaine d'euros ainsi que les cartes bancaires seront en principe remises au coffre de l'établissement.

Le patient est invité à déposer les objets qui, sans nécessairement présenter de grande valeur, méritent de rester à sa disposition tels des clés, papiers, chargeur, téléphone portable, argent liquide. Ces objets seront conservés au sein du bureau des infirmiers des unités d'admission, qui dispose de casiers fermés à l'usage des patients. L'argent est compté et placé dans une enveloppe fermée, sur laquelle figure le nom du patient et la somme contenue et qu'il est invité à signer. Le bureau est rarement fermé¹⁸ mais reste surveillé. L'accès des patients à leurs affaires est libre mais s'effectue en présence des soignants. Il est précisé que des restrictions peuvent être imposées aux patients en cas d'abus constatés, notamment dans l'utilisation du téléphone (appels répétés aux services d'urgence, pompiers ou police, par exemple). Dans un tel cas, la décision de retrait du portable est prise pour une période donnée, sur prescription médicale.

En ce qui concerne l'argent des majeurs protégés, il est indiqué que leur tuteur ou curateur met en général à leur disposition de l'argent liquide, à une hauteur déterminée en collaboration avec le bureau d'assistance sociale ou les personnels soignants. Les patients ont en effet l'usage de quelques liquidités, pour la cafétéria, lorsqu'ils peuvent sortir de l'unité, ou dans le cadre d'activités ponctuelles. En tant que de besoin, il a également été mis en place un système de « bons » qui permet de réserver l'achat à une catégorie de biens. Il existe ainsi des bons pour produits d'hygiène, vêtements, tabac, etc. Des boutiques partenaires locales acceptent le règlement à l'aide de ces bons, qui permettent ainsi de laisser une plus grande autonomie au patient protégé, tout en encadrant sa dépense.

4.3.3 La notification de la mesure d'admission et des voies de recours

Après avoir été accueilli au sein de l'unité d'hospitalisation, le patient se voit notifier le certificat médical et la décision d'admission en soins psychiatriques sans consentement, ainsi que ses droits par un personnel infirmier, plus rarement par le cadre de santé. Les documents à notifier (certificats médicaux des 24 heures et décision d'admission) sont apportés par le secrétariat, dans une enveloppe fermée, sur laquelle est agrafé le récépissé de notification proprement dit, à dater et signer par le patient.

¹⁸ Il est fermé au moment des transmissions.

Il est indiqué que cette modalité de notification permet aux personnels infirmiers de se positionner comme des messagers qui apportent une information sur des décisions qu'ils transmettent sans les avoir prises. La notification est elle-même plus immédiatement perçue comme un accusé de réception qui atteste de la transmission des documents et non pas de l'accord du patient sur leur sens ou leur contenu. Si, de l'avis des personnels reçus en entretien, ce procédé permet de trouver un point d'équilibre entre leur mission (générale et permanente) de soignant et leur fonction (temporaire) d'agent notificateur sans nuire à l'alliance thérapeutique qu'ils ont à cœur de préserver, il est néanmoins relevé qu'il est susceptible d'entraîner un décalage entre la date apparente de la notification, qui correspond au moment où l'enveloppe est remise, et la date réelle à laquelle le patient prend connaissance des documents transmis, puisqu'il peut faire le choix de remettre l'ouverture de l'enveloppe à plus tard, voire de ne jamais l'ouvrir.

Les personnels infirmiers avec lesquels les contrôleurs se sont entretenus ont souligné que la grande majorité des patients ouvraient l'enveloppe immédiatement – et n'hésitaient pas à revenir solliciter des explications pour ceux qui s'étaient isolés pour en prendre connaissance¹⁹. Ils soulignent également que leur présence permanente au sein de l'unité leur permet de déceler le moment auquel un patient sera plus réceptif. La durée d'une notification est variable, étant essentiellement fonction de l'état du patient et de son degré d'opposition à la mesure. Un délai indicatif moyen est indiqué, qui tourne autour de vingt minutes, mais peut s'élever jusqu'à une heure.

La notification des décisions du juge de la liberté et de la détention prend la même forme, accompagnée d'une information délivrée sur les voies de recours. Il est néanmoins relevé parfois une certaine imprécision dans les propos des personnels, par exemple, quant aux délais de recours ou sur le circuit que doit emprunter l'appel que pourrait souhaiter former un patient. Il est indiqué que les personnels infirmiers ont reçu une formation au moment de la réforme de 2011. Des fiches leur ont été distribuées, qui sont conservées dans un classeur lui-même gardé dans le bureau des infirmiers, à jour de la réforme de 2013.

Une réflexion est à l'étude, au sein du bureau des admissions, afin de modifier cette procédure et d'adjoindre à l'infirmier un personnel administratif, ce qui permettrait de procéder à la notification en binôme, en conciliant l'expertise médicale et la connaissance du patient par le soignant avec l'expertise juridique du cadre.

4.3.4 Le règlement intérieur de l'établissement

Il existe un règlement intérieur par service, remis à chaque patient à son arrivée, dont le contenu est quasi-similaire.

Ce document est affiché à l'entrée des services de psychiatrie 1 et 2. Signé par le cadre infirmier et deux médecins psychiatres et daté du 2 juillet 2014, il est divisé en neuf rubriques, qui concernent l'accueil, l'accueil des mineurs, la distribution des médicaments, les visites, les sorties et permissions, les horaires de repas, la vie collective, les activités thérapeutiques et les interdits.

¹⁹ A ce sujet, les infirmiers ont tous relevé une phrase type, systématiquement mal interprétée par les patients, concernant la durée de validité d'un mois de la décision d'admission, les patients interprétant cette mention comme fixant à un mois la durée prévisible de leur hospitalisation.

Au sein de la rubrique « vie collective » sont déclinées les règles relatives à l'accès aux douches, l'entretien du réfectoire et des chambres, le courrier, le téléphone, la télévision, le tabac, les appareils électroniques et la réunion soignants-soignés. La différence entre les règlements intérieurs des services de psychiatrie 1 et 2 est relative à quelques horaires – notamment les horaires de visite, qui commencent à 14h pour ce qui concerne le premier et à 14h30 pour le second. La durée et l'amplitude des visites est néanmoins équivalente, le décalage permettant de mieux répartir les arrivées des proches des patients au sein du bâtiment de psychiatrie.

Le règlement intérieur du service de psychiatrie 3, en date du 9 juillet 2015, est signé par le médecin et le cadre de santé du service. Il est affiché à l'entrée de l'unité. Il précise la gestion des objets personnels, la distribution des médicaments, les visites, les sorties et permissions, les horaires des repas, la vie collective dans le service (douches, courrier, téléphone...), les activités thérapeutiques et les interdits (alcool, drogues et objets dangereux, visites dans les chambres).

Le règlement intérieur du service de psychiatrie 4 était en cours de réécriture au moment de la visite. Sensiblement identique à celui de psychiatrie 3, il est également affiché dans le couloir de l'unité.

4.3.5 Le livret d'accueil de l'établissement

Le centre hospitalier dispose d'un livret consacré à l'accueil de l'ensemble des patients, ainsi que d'un livret plus spécialement dédié à l'accueil en santé mentale du patient adulte²⁰, d'une vingtaine de pages. Complet et informatif, il est remis aux patients à leur arrivée au sein du service.

Il est notamment relevé, dans la rubrique consacrée à l'arrivée dans l'établissement, une présentation, brève mais pédagogique, des différentes formes d'admissions en psychiatrie avec et sans consentement, ainsi qu'un rappel des droits afférents. Les voies de recours font l'objet d'une présentation complète, un encadré précisant l'adresse du tribunal de grande instance de Saint-Malo et le numéro de téléphone du standard. Il est rappelé que les patients peuvent également saisir le procureur de la République et la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) d'Ille-et-Vilaine. Si cette partie du livret d'accueil semble également suggérer que les patients peuvent s'adresser au Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) pour contester une décision de soin, elle renvoie à une présentation plus précise de l'institution²¹ dans une partie consacrée plus spécifiquement aux droits des patients.

Une feuille volante a permis de mettre le livret d'accueil à jour de la loi du 27 septembre 2013.

Le livret permet également de préciser les règles de l'établissement relatives aux soins, aux repas, aux visites, etc.

Un encart, rédigé en français, indique qu'un service d'interprètes bénévoles (association *Maux sans frontières*) est à la disposition des patients étrangers hospitalisés pour faciliter leurs relations avec le personnel ou régler des problèmes administratifs, qu'ils peuvent contacter en faisant la demande au cadre de santé.

²⁰ En dépit de la précision de cet intitulé, ce même livret est remis aux patients mineurs hébergés au sein des unités de psychiatrie adultes.

²¹ Dont l'adresse est précisée dans un encart visible.

Une rubrique est consacrée à la sortie, qui en évoque les différentes modalités, tant pour les patients hospitalisés sous le régime de l'hospitalisation libre que pour les patients hospitalisés sans leur consentement.

Une autre concerne les droits des patients. Très pédagogique, elle évoque le droit d'accès au dossier médical, le principe de confidentialité qui lie l'ensemble du personnel des établissements, le droit de vote (en cas d'hospitalisation au moment d'une échéance électorale), la personne de confiance, la commission des relations avec les usagers et de la qualité de prise en charge, le service des majeurs protégés, la CDSP et le CGLPL.

Le livret reprend également *in extenso* la Charte de la personne hospitalisée.

Une partie est consacrée aux frais d'hospitalisation et à la facturation des frais de séjour.

Enfin, à la fin du livret, une pochette permet de recueillir différents dépliants relatifs aux programmes de prise en charge de la douleur, une présentation du comité de lutte contre les infections nosocomiales et une liste d'associations ayant des activités avec le centre hospitalier de Saint-Malo²². Une enveloppe confidentielle destinée à recueillir le questionnaire de satisfaction s'y trouve également.

Le service de pédopsychiatrie dispose également d'un livret d'accueil qui se décline en deux versions : l'une pour les patients et l'autre à destination de leurs parents. La première présente l'équipe des personnels référents de l'unité, le règlement intérieur du service et rappelle les interdictions formelles. Le règlement intérieur doit être signé par l'adolescent ainsi que l'infirmier. La seconde, plus complète, fait une présentation du déroulement des soins et précise le fonctionnement de l'unité au regard des relations avec les familles, les visites, les règles de fonctionnement, les règles de vie collective, les repas, la sécurité, le respect des locaux et du matériel, le secret, la discrétion professionnelle et la courtoisie. L'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire est présentée. Enfin, des formulaires type laissés en blanc permettent aux parents qui l'acceptent d'autoriser l'enseignant intervenant à l'unité de prendre contact avec l'établissement scolaire de son enfant afin d'assurer un suivi scolaire ou d'autoriser son enfant à se rendre au collège ou au lycée. La remise du livret est tracée, un accusé de réception devant être signé et remis à l'UFA.

4.3.6 Les règles de vie des unités de soins

A la différence de ce qui avait été observé lors de la visite de 2009, en 2015, les règles de vie des quatre unités d'hospitalisation sont globalement uniformisées et il n'est pas relevé de différence notable dans leur principe ou leur application.

²² Les associations intervenant en psychiatrie y figurent, notamment l'UNAFAM (pour laquelle l'adresse et le numéro et les horaires de permanence téléphonique sont précisés), la FNAPSY, Le Môle (association locale active au sein de l'établissement), Lueur d'Espoir SOS dépression, ARGOS 2001, SCHIZO OUI, SAVS L'Estran. Les coordonnées postales et téléphoniques des associations y sont précisées.

Les patients reçoivent leur repas dans le réfectoire, à partir de 8h pour le petit déjeuner, 12h pour le déjeuner et à 19h pour le dîner²³. Un goûter est distribué à 16h et les patients qui le souhaitent peuvent se voir proposer une tisane vers 20h. Ils sont invités à contribuer à l'entretien du réfectoire en participant à son rangement après les repas, un planning des tâches ménagères étant affiché chaque semaine en psy 1 et 2.

Au sein de l'unité 1, les douches sont accessibles tous les jours entre 7h30 et 10h et à la demande en fin de journée, de 17h30 à 18h30. Au sein des unités 2, 3 et 4, les douches sont librement accessibles entre 7h30 et 11h30 et à la demande à tout moment, « selon le besoin » est-il précisé dans le règlement intérieur.

Au sein des unités psy 1, 2 et 3, le parc est accessible entre 7h et 8h30, puis, après une interruption pendant les transmissions, de 9h30 à 21h. Le service de psychiatrie 4 ne dispose pas de parc fermé propre à l'unité qui est, par ailleurs, la seule unité ouverte. Les portes sont ouvertes de 8h30 à 9h et de 10h à 20h. Le parc est le seul endroit où les patients peuvent fumer, l'interdiction de fumer dans les services étant générale.

A l'exception de l'unité psy 3, il n'existe pas d'interdiction de principe de conserver tabac et briquet mais il arrive, sur prescription médicale, que des mesures adéquates soient mises en œuvre pour limiter la consommation de tabac de certains patients. Au sein de l'unité psy 3, les cigarettes sont conservées par le personnel soignant et remises une par une au patient, à sa demande. Cette pratique est justifiée par le fait que bon nombre de patients n'ont pas de limite dans leur consommation de tabac et que le coût de celui-ci excéderait très vite leurs ressources financières.

L'introduction de substances illicites dans les services est strictement interdite. Il n'existe pas de politique explicite de gestion de l'introduction et de l'usage du cannabis et des autres substances illicites.

Les salles d'activités et de télévision sont ouvertes à partir de 9h30 et jusqu'à 23h environ ; l'horaire de fermeture pouvant être décalé au moment où se termine le programme de télévision de la première partie de soirée.

Les téléphones portables sont autorisés mais il est interdit de prendre des photographies des patients ou soignants.

Des activités thérapeutiques sont programmées dans les différentes unités et font l'objet d'un affichage informatif. Des affichages proposant des activités ponctuelles peuvent se rajouter au planning, notamment proposées par des personnels infirmiers, en fonction de leur disponibilité.

Des réunions soignants-soignés sont régulièrement organisées à raison d'une tous les quinze jours dans les unités psy 1 et psy 2 et tous les deux ou trois mois dans l'unité psy 4.

Les ordinateurs personnels et les consoles de jeux ne sont pas autorisés.

Les patients ne sont pas autorisés à se rendre visite d'une chambre à l'autre.

²³ L'amplitude horaire diffère légèrement d'une unité à l'autre, les patients admis à l'unité 2 disposant d'une demi-heure pour se présenter au petit déjeuner et au déjeuner

4.4 Le recueil des observations des patients

Il est indiqué que la traçabilité du recueil des observations du patient au sens de l'article L 3211-2 alinéa 2²⁴ du code de la santé public, est uniquement assurée au sein du dossier médical du patient ; ce que l'agence régionale de santé avait recommandé. Il n'est donc pas prévu de dispositif permettant de tracer les observations ou contestations éventuelles des patients en-dehors de ce dossier.

4.5 La période initiale de soins et d'observation

Conformément aux termes de la circulaire du 29 juillet 2011, le début de la période de soins s'apprécie *a posteriori* une fois la décision d'admission prise par le directeur de l'établissement. Les protocoles d'admission adoptés par l'établissement précisent que cette période prend donc effet soit à la date et l'heure de l'admission au sein du service psychiatrique si l'admission s'est faite directement, soit à la date et l'heure de son admission au service d'accueil des urgences dès lors qu'il y est admis d'emblée pour une prise en charge psychiatrique. A défaut, lorsqu'une prise en charge psychiatrique se révèle nécessaire alors que le patient y a initialement été admis pour un autre motif, le début de la prise en charge est établi au moment du premier certificat du médecin qui en fait état et doit donc dès lors être horodaté.

Ainsi qu'il a été vu plus haut, dans les vingt-quatre heures suivant l'admission du patient, un médecin réalise un examen somatique et un psychiatre de l'établissement établit un certificat médical, soit confirmatif du placement sous ce régime d'hospitalisation, soit au contraire infirmatif. Un nouveau certificat est établi dans les mêmes conditions dans un délai de soixante-douze heures.

En cas d'admission le vendredi soir ou le samedi matin, le certificat des 24 heures est rédigé par le psychiatre du pôle de psychiatrie adulte de permanence. Pour les admissions du samedi midi au dimanche, le psychiatre ou pédopsychiatre d'astreinte est contacté pour procéder à l'établissement de ce certificat.

Dans l'hypothèse de soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou péril imminent, lorsque les deux certificats confirment la nécessité de maintenir le régime sous lequel ce patient a été hospitalisé, le directeur du centre hospitalier prend une décision de maintien des soins et cette décision est remise au patient concerné. A défaut, le directeur prendra une décision de fin de la mesure de soins psychiatriques. Ces décisions sont prises par le cadre de la direction clientèle aux jours et horaires ouvrables ou, à défaut, par le directeur de garde. Lorsqu'il s'agit d'une mesure d'admission sur décision du représentant de l'État, un psychiatre de l'établissement établit un avis motivé proposant une forme de prise en charge (hospitalisation complète ou programme de soins), qui sera transmis aux services de la préfecture afin que le préfet prenne sa décision.

²⁴ « Avant chaque décision prononçant le maintien des soins en application des articles [L. 3212-4](#), [L. 3212-7](#) et [L. 3213-4](#) ou définissant la forme de la prise en charge en application des articles [L. 3211-12-5](#), [L. 3212-4](#), [L. 3213-1](#) et [L. 3213-3](#), la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est, dans la mesure où son état le permet, informée de ce projet de décision et mise à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à cet état ».

Les certificats médicaux de 24 heures rédigés pendant le week-end ou les jours fériés sont classés au dossier du patient et transmis au bureau des admissions le lundi matin, sauf si le certificat propose une levée de la mesure. Dans ce cas, le certificat est transmis immédiatement au bureau des admissions et le directeur de garde immédiatement appelé par les infirmiers du service où le patient est hospitalisé afin qu'il établisse la décision mettant fin à la mesure de soins psychiatriques et que celle-ci puisse lui être notifiée avant son départ. Les certificats médicaux de 72 heures rédigés le week-end ou un jour férié sont transmis immédiatement au bureau des admissions et le directeur de garde avisé, afin qu'il établisse et signe la décision portant ou non au maintien de la mesure. Dans le cas de patients admis sur décision du représentant de l'État, il est systématiquement fait appel au directeur de garde pour la transmission des certificats aux services compétents de la préfecture.

Enfin, il relève de la responsabilité du bureau des admissions d'aviser les autorités des décisions d'admission de patients sans leur consentement, en adressant copie du certificat médical d'admission, bulletin d'entrée, certificats des 24 et 72 heures à l'ARS de Bretagne, au procureur de la République près le tribunal de grande instance de Saint-Malo et, le cas échéant, le procureur de la République dans la juridiction duquel le patient réside habituellement. Dans le cas de patients admis sur décision du représentant de l'État, le cadre de la direction clientèle transmet sans délai ces pièces dès leur production au représentant de l'État et à l'ARS. En-dehors des jours et horaires ouvrables, le directeur de garde avise par téléphone de cadre d'astreinte de l'ARS et lui transmet les pièces et certificats susvisés. Le bureau d'admission tient également informé le tiers à l'origine de la demande de toute modification modifiant la forme de prise en charge.

4.6 La levée des mesures de contrainte

La levée de la mesure de contrainte peut intervenir lors d'un passage en soins libres.

Pour les soins sur demande d'un tiers, la levée s'effectue sur avis médical.

Un tiers, qu'il soit le demandeur à la mesure ou toute autre personne justifiant de l'existence de relation avec le patient antérieure à la demande d'admission, peut à tout moment solliciter la levée de la mesure : une requête doit être adressée à cette fin au directeur de l'établissement, par l'intermédiaire du bureau des admissions, mentionnant l'identité complète et le domicile tant du requérant que du patient ainsi que la date de l'hospitalisation. Le médecin peut s'opposer à la requête en établissant un certificat médical argumenté. Dans cette hypothèse, la mesure de contrainte est transformée en SDRE et l'arrêté est communiqué au tiers demandeur à l'admission initiale et, s'il est différent, au requérant à la levée de la mesure. Dans tous les cas, la mainlevée ne peut donc être effective qu'en présence d'un certificat médical favorable.

Les mesures levées sur requêtes des familles se chiffrent à neuf pour l'année 2014 et à six pour la période allant du 1^{er} janvier au 6 octobre 2015.

4.6.1 La levée des mesures de SDRE sur avis du psychiatre participant à la prise en charge

Lorsque le psychiatre participant à la prise en charge du patient en SDRE estime que l'hospitalisation complète n'est plus nécessaire et que la mesure de soins sans consentement peut être levée, il établit un certificat médical circonstancié. Le directeur de l'établissement en réfère dans les 24 heures au représentant de l'État qui peut, dans les trois jours francs de la réception du certificat médical, informer le directeur de l'établissement qu'il n'entend pas suivre l'avis du médecin. Le patient doit alors être examiné par un deuxième psychiatre qui se prononce dans les 72 heures de la décision du représentant de l'État. Si ce second psychiatre confirme l'absence de nécessité d'une hospitalisation complète, le représentant de l'État ordonne la mainlevée ou une prise en charge sous une autre forme, conformément à la proposition faite dans le premier certificat. Si ce deuxième psychiatre préconise le maintien de l'hospitalisation complète et que le représentant de l'État maintient l'hospitalisation complète, il informe le directeur de l'établissement qui saisit le JLD afin que ce dernier statue à bref délai.

Selon les informations recueillies auprès du bureau des admissions, il n'existe aucun cas de non réponse du représentant de l'Etat dans le délai imparti et il n'y a pas eu, au cours des années 2014 et 2015, d'opposition à l'encontre d'un certificat attestant de la possible levée d'une mesure de SDRE.

Selon les informations fournies par le bureau des admissions, le seul cas d'opposition du représentant de l'Etat, intervenu avant 2014, a concerné une personne déclarée pénalement irresponsable, refus qui a conduit à de nombreuses expertises.

4.6.2 L'avis du collègue

Ce collège est composé d'un psychiatre et d'un représentant de l'équipe pluridisciplinaire, participant à la prise en charge du patient et d'un psychiatre ne participant pas à sa prise en charge. Il est composé au cas par cas, lorsque son avis est rendu nécessaire, soit :

- pour les personnes déclarées irresponsables avant toute saisine du JLD à six mois en cas d'hospitalisation complète ou, lorsqu'à l'issue de la période d'observation, le psychiatre recommande une autre forme de prise en charge et que le représentant de l'État souhaite, le cas échéant, la modifier ;
- en cas d'hospitalisation continue se prolongeant au-delà d'un an pour les patients en SDT ou admis dans une situation dite de péril imminent.
- Le bureau des admissions, tient les dossiers des patients avec une alerte aux délais de six mois ou un an. Avant chaque échéance, ce service organise la réunion du collège dont la composition a été préalablement arrêtée par le secrétariat de psychiatrie après désignation du représentant de l'équipe disciplinaire participant à la prise en charge du patient et du psychiatre ne participant pas à cette prise en charge. Une fois en possession de ces informations, le bureau des admissions adresse une convocation aux membres du conseil désignés.

L'avis du conseil est adressé au directeur de l'établissement, *via* le bureau des admissions, qui le classe dans le dossier du patient et en transmet une copie à l'ARS. Cet avis, qui constitue une décision plus médicale qu'administrative, n'est pas notifié au patient.

Selon les informations obtenues auprès du bureau des admissions, l'avis du collège a été recueilli 12 fois en 2014 - exclusivement pour des SDT - et 22 fois sur les neuf premiers mois de 2015, dont 18 fois pour des SDT et 4 fois pour des SDRE.

4.6.3 Le contrôle du juge des libertés et de la détention (JLD)

Une « convention relative à la mise en œuvre de la procédure judiciaire de contrôle des mesures de soins psychiatriques » a été signée le 3 novembre 2014 entre le TGI de Saint-Malo (représenté par le procureur de la République et le président) et l'agence régionale de santé Bretagne (représentée par son directeur). Avec effet au 3 novembre 2014, cette convention détermine les lieux de déroulement des audiences (centres hospitaliers de Dinan et de Saint-Malo), le nombre d'audiences hebdomadaires, les modalités de transmission de la requête et la liste des pièces à joindre, le processus de notification des décisions. Un magistrat du TGI, JLD, intervient au CH de Saint-Malo et un juge d'instance, également JLD, est en charge des mesures du CH de Dinan. Toutes les requêtes concernant ces deux établissements sont traitées par le greffe du TGI de Saint-Malo.

Au centre hospitalier de Saint-Malo, deux salles ont été mises à disposition pour les audiences du JLD. Elles sont situées dans le hall du bâtiment A au rez-de-chaussée, de part et d'autre des ascenseurs :

- la salle d'audience proprement dite, spacieuse (29 m²) et claire comporte un grand bureau pour le juge et le greffier qui fait face à la porte d'entrée ; devant celui-ci, une table et une chaise sont destinées au patient ; à gauche en entrant dans la salle, douze chaises permettent l'accueil du public. Cette pièce ne dispose pas d'ordinateur bien que dotée d'une imprimante. L'attente des patients et des infirmiers les accompagnant s'effectue dans le hall, sept sièges répartis de chaque côté de la porte d'entrée de la salle d'audience, leur étant réservés ;
- un petit local de consultation pour les avocats, comportant une table, deux chaises et un téléphone ; il assure une parfaite confidentialité de l'entretien.

La signalétique de la salle d'audience et du local de consultation des avocats se limite à deux panneaux « ministère de la justice – audience JLD » posés à côté des portes d'accès de ces deux locaux.

Le JLD et son greffier ainsi que l'avocat de permanence disposent de places de stationnements réservés sur le parking de l'hôpital.

Préalablement à l'audience qui, depuis le 1^{er} septembre 2014 (date d'entrée en vigueur de la loi du 27 septembre 2013), doit se tenir dans un délai de douze jours à compter de l'admission, le bureau des admissions ou l'ARS – selon la nature de la mesure SDT ou SDRE – rassemble l'ensemble des pièces utiles²⁵ et sollicite du médecin responsable de pôle un avis motivé. Il établit la requête accompagnée des pièces et la transmet au JLD dans les huit jours précédents l'audience ; cette transmission s'effectue par mail crypté. Une fois saisi par cette requête, le greffe du JLD établit une convocation pour l'audience ; celle-ci, envoyée au bureau des admissions, est transmise au service de psychiatrie ayant en charge le patient ; après notification à l'intéressé par un infirmier, la convocation est retournée au bureau des admissions puis faxée au JLD avec la mention concernant l'avocat (choisi ou commis d'office) et le refus éventuel du patient d'assister à l'audience.

Les tiers demandeurs à l'hospitalisation sont convoqués à l'audience par le greffe du JLD mais peu se présentent.

Dans l'hypothèse où un transfert du patient est envisagé, il est de pratique que le passage devant le JLD soit effectué avant le changement d'établissement.

Les audiences se tiennent deux fois par semaine, le lundi et le jeudi. L'heure de convocation est fixée à 13h45 pour permettre à l'avocat désigné d'office de s'entretenir avec les patients avant de débiter l'audience à 14h.

Les patients sont accompagnés à l'audience par un ou deux infirmiers. Pour les personnes hospitalisées en psychiatrie 3 et 4 sur le site du Rosais, le transport s'effectue soit dans un véhicule du service avec deux soignants dont le conducteur, soit en ambulance en cas d'indisponibilité des soignants. Lorsque l'état de santé du patient est incompatible avec sa comparution, le médecin psychiatre établit un certificat d'inaptitude et l'audience se déroule en la seule présence de l'avocat choisi ou commis d'office.

L'administration n'est jamais représentée à l'audience et les soignants ne restent pas avec le patient durant l'audience.

²⁵Pièces énumérées par l'article R.3211-28 du code de la santé publique et dont la liste a été arrêtée lors d'une réunion organisée en octobre 2014 par le JLD avec les psychiatres et la direction de l'hôpital : décision à l'origine de la mesure ; le récépissé de notification de l'admission à la personne concernée ; quand l'admission a été effectuée à la demande d'un tiers, l'identité et l'adresse de ce tiers et copie de la demande d'admission ; quand l'admission a été ordonnée par le préfet, une copie du ou des arrêtés et décisions administratives intervenues ; quand l'admission a été ordonnée par une juridiction, copie de la décision et de l'expertise mentionnée à l'article 706-135 du code de procédure pénale ; tous les certificats médicaux ayant justifié la mesure, sa prolongation et la forme de la prise en charge du patient ; l'avis motivé qui inclut éventuellement l'impossibilité d'auditionner le patient ; le cas échéant l'avis du collège ; toutes pièces utiles à l'examen de la situation de la personne concernée (jugement de tutelle par exemple).

La convention susvisée du 3 novembre 2014 dispose en son article 1 que « en cas de force majeure ou de risque exceptionnel de dépassement du délai pour statuer, rendant impossible l'examen des dossiers aux jours fixés dans la salle prévue, l'audience se déroulera au tribunal de grande instance ». Il a ainsi été indiqué aux contrôleurs - tant par le JLD que par la directrice de greffe du TGI - que durant toutes les périodes de vacances judiciaires, les audiences JLD se tiennent au tribunal aussi bien pour les patients du CH de Saint-Malo que pour ceux du CH de Dinan. Les patients sont alors emmenés au tribunal par les ambulanciers internes à l'établissement et sont accompagnés par deux soignants du service de psychiatrie.

Le nombre de saisines du JLD pour le CH de Saint-Malo a été de 169 en 2014 et de 89 au cours du premier semestre 2015 (1^{er} janvier au 30 juin), se répartissant comme suit :

	SDT	SDRE	Total 2014	SDT	SDRE	Total 2015
Audiences à 12 jours	136	4	140	58	1	59
Audiences après réintégration	21	0	21	18	0	18
Audiences à 6 mois	2	1	3	11	1	12
Audience sur requête du patient	5	0	5	0	0	0
TOTAL audience JLD Saint-Malo	164	5	169	87	2	89

Les décisions rendues en 2014 et 2015 sont très majoritairement des maintiens de l'hospitalisation. Lorsque la mesure a été levée avant l'audience, le JLD rend une décision constatant que la requête est sans objet (14 décisions en 2014 et 9 sur les neuf premiers mois de l'année 2015 sur l'ensemble des saisines du JLD, tant sur le CH de Saint-Malo que sur celui de Dinan) : 7 décisions de mainlevée de la mesure ont été prononcées en 2014 pour le CH de Saint-Malo dont 5 mainlevées avec effet différé de 24 heures ; sur les trois premiers trimestres de 2015, 2 mainlevées avec effet différé de 24 heures ont été prononcées par le JLD. Selon le magistrat rencontré, les décisions de mainlevée différée sont rendues lorsque l'avis motivé est un peu ancien (environ 4 jours) et qu'une évolution positive de l'état du patient a été signalée dès avant cet avis.

La décision du juge, le plus souvent rendue juste après l'audience, est adressée par le greffe du JLD au bureau des admissions puis transmise sous enveloppe au patient et remise à ce dernier par un infirmier contre émargement d'un récépissé de réception valant notification de l'ordonnance ainsi que des délais et modalités d'appel. En cas de refus de signature par l'intéressé, mention en est faite par le directeur de l'établissement sur le récépissé avec précision du refus de l'intéressé ou des raisons ayant rendues la notification impossible.

Si le patient entend contester la décision, il saisit directement la cour d'appel par un courrier comportant ses observations et les raisons de l'appel. Le cas échéant, le patient peut se faire aider par un cadre de santé ou une assistante sociale. Le courrier est transmis à un personnel du bureau des admissions qui se chargera d'en assurer l'envoi. Lorsque la cour est saisie, le greffe communique au bureau des admissions la date de l'audience et sollicite un certificat médical actualisé, qui doit être daté de 48 heures avant l'audience. Les audiences se tiennent à la cour d'appel de Rennes et le patient y est conduit en ambulance, accompagné de deux infirmiers.

Six appels ont été interjetés en 2014 et sept sur la période de janvier à septembre 2015 inclus. Sur l'ensemble de ces appels, une mainlevée a été prononcée début septembre 2015 par la cour d'appel de Rennes pour un motif de procédure (absence de délégation de signature) soulevé uniquement en appel par l'avocat commis d'office devant la cour. Compte tenu de la personnalité et de l'état du patient, une nouvelle mesure de « soins péril imminent » a été prise, en accord avec le procureur de la République, avant la levée effective de la mesure initiale.

Devant la cour comme devant le JLD en première instance, les patients sont, dans la quasi-totalité des cas, assistés d'un avocat commis d'office.

4.6.4 Déroulement d'une audience

Les contrôleurs ont assisté à l'audience du jeudi 8 octobre 2015. Celle-ci n'a cependant pas été significative, le JLD n'étant saisi que d'une seule requête et la patiente concernée ayant refusé de comparaître.

Le juge a fait un rapport du dossier et a donné lecture des réquisitions du procureur de la République. Après la plaidoirie de l'avocat commis d'office, le juge a annoncé que la décision serait rendue en fin d'audience.

Le JLD a expliqué aux contrôleurs qu'en pratique, la décision était prise et finalisée une fois de retour au tribunal puis envoyée le soir même au bureau des admissions ; qu'en général, l'hôpital « *préférerait attendre le lendemain pour notifier la décision au patient afin d'éviter tout stress avant le coucher* ». Il a été fait état de bonnes relations avec le barreau local, tous les avocats (environ 70) pouvant être désignés par le bâtonnier pour assurer les audiences JLD. La désignation d'office est effectuée dès communication par le greffe de la date d'audience et des dossiers concernés. Le même avocat intervient aux deux audiences de la semaine.

Le bâtonnier avisé par les contrôleurs de la visite au centre hospitalier n'a pas donné suite au message laissé à la secrétaire de l'ordre. Toutefois, les contrôleurs ont pu s'entretenir avec l'avocat commis d'office à l'audience du 8 octobre. Selon les informations données, le dossier avec l'ensemble des pièces utiles est reçu à l'ordre des avocats au plus tôt trois jours avant l'audience et au plus tard la veille ; le contact avec le patient s'effectue juste avant l'audience ; il peut cependant ne pas avoir lieu lorsque le médecin établit un certificat d'incompatibilité ou lorsque le patient refuse de comparaître, les avocats ne se rendant pas dans les services pour s'entretenir avec leur client. Les certificats médicaux sont dans l'ensemble bien établis ; il peut arriver que le JLD ordonne la levée de la mesure lorsque les certificats sont moins détaillés que d'habitude ou qu'il entende un témoin (par exemple un ami du patient) présent à l'audience. Les avocats, dont la mission s'arrête à l'issue de cette procédure, sont rarement sollicités par leurs clients sur l'opportunité de procéder ou non à un appel ; lorsque c'est le cas, les patients les appellent, leurs coordonnées figurant sur leur acte de désignation. Les avocats sont rémunérés par l'aide juridictionnelle [4 unités de valeur²⁶ par audience et par dossier] et les patients ne sont jamais questionnés sur leur situation financière.

Selon le secrétariat de psychiatrie, un avocat s'est une fois présenté le matin de l'audience pour s'entretenir avec son client. Il s'est agi d'un cas unique et l'entretien s'est déroulé au sein

²⁶ La loi de finances 2014 a fixé l'unité de valeur à 22,84 euros pour les missions d'aide juridictionnelle achevées à compter du 1^{er} janvier 2015

de l'unité. Il a été précisé qu'une salle située en dehors de l'unité de soins, en face du secrétariat de psychiatrie, utilisée de temps en temps pour des auditions par les services de police ou de gendarmerie, pourrait être mise à disposition des avocats pour des entretiens avec les patients si la situation se représentait.

4.6.5 Le passage en programme de soins

Selon les informations recueillies auprès du bureau des admissions et du secrétariat de psychiatrie, les passages en programme de soins de courte durée sont moins fréquents depuis la mise en œuvre de la loi du 27 septembre 2013 qui a instauré les permissions de sortie de 48 heures. En outre, la pratique de passage en programme de soin avant présentation devant le JLD n'a plus cours depuis cette même loi de 2013 et n'est en tout état de cause pas une politique des médecins selon les infirmiers rencontrés. Quand un tel programme est envisagé, il est systématiquement précédé, à titre d'essai, de sorties d'une durée inférieure à 48 heures et parfois les infirmiers se rendent au domicile du patient afin d'évaluer le contexte et l'effectivité du retour.

Il reste qu'un programme de soin peut être décidé pour une courte période, par exemple pour une sortie d'une durée supérieure à 48 heures. Ainsi un patient ayant réintégré l'établissement le 20 juillet 2015 après un programme de soins, a bénéficié d'un nouveau programme de soins de trois jours, du vendredi 2 octobre matin au dimanche 4 octobre à 20h. Cette procédure est cependant lourde puisqu'elle nécessite une décision de réintégration suivie d'un avis motivé entre le 4^{ème} et le 7^{ème} jour et d'un passage devant le JLD au 12^{ème} jour.

La majorité des programmes de soins sont de courte durée, de l'ordre de deux à trois mois, aboutissant en cas de réussite à la levée de la mesure et en cas d'échec à une réintégration.

Le contenu le plus courant d'un programme de soins comprend : une consultation psychiatrique mensuelle, une visite à domicile par un infirmier de secteur, un traitement psychotrope. Dans certains cas, il prévoit une consultation à domicile d'un infirmier libéral pour la dispensation des soins. Le médecin peut toujours prescrire des modalités spécifiques ; ainsi un programme de soins décidé de 10 septembre 2015, et toujours en cours au jour du contrôle, prévoit des permissions de sortie du mardi à 12 heures au mercredi 10 heures et du vendredi 12 heures au lundi 14 heures pour se rendre chez des parents, une hospitalisation le reste de la semaine en unité psychiatrique avec autorisation de sortir seul deux heures par jour ainsi que la pratique d'activités en psychothérapie.

Au 8 octobre 2015, seize programmes de soins étaient en cours sur les quatre unités d'hospitalisation pour adultes auxquels s'ajoute le programme de soins « selon les modalités du médecin » sus évoqué, dont un d'une durée de plus de quatre ans, deux de deux ans et plus, un de plus d'un an, douze ordonnées entre janvier et septembre 2015.

4.7 Les sorties de l'établissement

Depuis la réforme opérée par la loi du 27 septembre 2013, ces sorties, désormais de deux types – sorties accompagnées d'une durée inférieure à 12 heures et sorties non accompagnées d'une durée maximum de 48 heures – peuvent être autorisées afin de favoriser la guérison, la réadaptation, la réinsertion sociale, également dans l'hypothèse où des démarches extérieures sont nécessaires.

Chaque sortie fait l'objet d'une autorisation du directeur de l'établissement, prise après avis favorable du médecin. La décision, notifiée au patient qui en reçoit copie, est classée dans son dossier administratif et dans son dossier médical.

Aucun élément statistique de ces sorties n'est en revanche tenu au niveau des unités ou du bureau des admissions.

4.7.1 Les sorties accompagnées d'une durée inférieure à 12 heures

Ces sorties nécessitent un accompagnement par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement, par un membre de la famille du patient ou par la personne de confiance qu'il a désignée, pendant toute la durée de la sortie.

Selon les informations recueillies, elles sont peu nombreuses et difficiles à mettre en place, du fait d'une disponibilité insuffisante du personnel soignant et de l'impossibilité fréquente pour le patient de trouver un tiers pour assurer l'accompagnement.

Aucune sortie d'une durée inférieure à 12 heures n'a été recensée dans les unités.

4.7.2 Les sorties non accompagnées d'une durée maximum de 48 heures

Selon les informations obtenues auprès du bureau des admissions, du secrétariat de psychiatrie et du personnel soignant des unités, ces sorties sont beaucoup plus fréquentes et sont notamment utilisées pour préparer un passage en programme de soins ou la levée de la mesure.

Trois cas ont été signalés lors du contrôle : une permission de sortie durant le week-end en psychiatrie 1, deux en psychiatrie 2 pour des personnes hospitalisées sous contrainte ; ces autorisations étant accordées dans le cadre de la préparation à un programme de soins.

Dans le certificat médical mensuel, il peut être prévu des autorisations de sorties périodiques valables pour le mois à venir.

4.7.3 Les cas d'opposition écrite du représentant de l'État

Le préfet dispose d'un délai de 48 heures pour émettre un refus relatif à une sortie de l'établissement.

En pratique les certificats médicaux établis pour les autorisations de sorties de courtes durées sont très argumentés de sorte que l'opposition du représentant de l'État est rarissime. Le bureau des admissions n'a le souvenir que d'une seule opposition du préfet, au motif d'une sortie trop précoce.

Il a été précisé aux contrôleurs que, dans l'hypothèse où le certificat médical est insuffisamment détaillé, l'ARS prend l'attache du bureau des admissions afin que ce certificat soit complété et que soit ainsi évitée une opposition à la sortie.

4.7.4 L'information des tiers

Toutes les décisions d'admission, de maintien, de changement de soins, de sorties, de levée, sont communiquées au tiers demandeur à la mesure ainsi que, le cas échéant, au mandataire.

En revanche, la famille, qui n'a pas la qualité de tiers, n'est pas destinataire de ces décisions. Les proches peuvent toutefois entrer en contact avec le médecin en charge du suivi et obtenir ainsi les informations qui leur paraissent utiles.

4.8 La circulation des patients hospitalisés au sein de l'établissement en fonction du statut d'admission ou de l'unité d'accueil

Dans le rapport de visite de 2009, il était noté pour l'unité psychiatrique 1 : « à leur demande, les patients en hospitalisation libre peuvent quitter l'unité sauf si une prescription médicale l'interdit momentanément ; pour les sorties vers l'extérieur, les malades hospitalisés sous contrainte sont systématiquement accompagnés ».

Cette possibilité pour les personnes hospitalisées en psychiatrie de se promener au sein de l'hôpital, seule ou accompagnée, n'est plus la règle en 2015. Trois unités sur quatre sont en effet fermées et la circulation des patients au sein de l'hôpital s'avère être des plus restreinte quel que soit le statut d'admission des patients.

Bien que le chapitre consacré aux permissions de sortie dans le règlement intérieur de l'unité de psychiatrie 1 énonce « les permissions et les sorties cafétéria ont lieu à partir de 14h00 et sont soumises à l'appréciation médicale dans le respect du projet de soin. Les personnes hospitalisées sans contrainte peuvent aller et venir librement sous réserve d'en informer l'équipe soignante et en l'absence de contre-indication médicale », il ressort des informations recueillies auprès des soignants et des cadres de santé les éléments suivants :

- unité de psychiatrie 1 :

- . sur 17 patients admis en soins libres, 5 n'ont pas d'autorisation de sortir de l'unité ; 4 sont autorisés à sortir dans l'établissement, seuls ou accompagnés durant une demie heure pour l'un, une heure pour 2 autres et deux heures par le quatrième ; 8 bénéficient d'une autorisation illimitée de sortir dans l'enceinte de l'établissement, seul ou accompagné pour 3 d'entre eux ;

- . sur 6 personnes hospitalisées sous contrainte (SDT), 3 ne sont pas autorisées à sortir de l'unité, 2 peuvent sortir dans l'enceinte de l'hôpital une heure par jour et 1 peut se rendre à la cafétéria deux heures par jour.

- unité de psychiatrie 2 :

- . sur 7 patients admis en soins libres (3 hommes et 4 femmes), seuls 4 bénéficient d'une autorisation de sortie à la cafétéria de l'établissement, sortie accompagnée pour 3 trois d'entre eux et libre pour le quatrième mais limitée à 1h30 ;

- . sur 12 patients hospitalisés sous contrainte (9 SDT et 3 SPI), 6 n'ont pas d'autorisation de sortie au sein de l'hôpital, 4 peuvent se rendre à la cafétéria accompagnés et 2 bénéficient d'une autorisation de sortir librement dans l'enceinte de l'établissement durant deux heures par jour pour l'un et quatre fois deux heures par semaine pour l'autre.

- unité de psychiatrie 3 :

Le règlement intérieur précise que « *les patients en hospitalisation libre peuvent aller et venir librement sous réserve d'en informer l'équipe soignante* ». Dans la pratique, les personnes hospitalisées en psychiatrie 3 présentent très fréquemment des troubles de l'orientation et des déficits moteurs qui nécessitent un accompagnement.

- . tous les patients ont accès au jardin du service ;

- . sur 18 patients admis en soins libres, 5 peuvent sortir librement dans le parc de l'hôpital et 4 sortent dans le parc accompagnés ; 7 peuvent sortir seuls à l'extérieur de l'établissement et 11 doivent être accompagnés ;

. sur trois personnes hospitalisées sous contrainte, une seule peut sortir dans le parc sous réserve d'accompagnement, les trois peuvent sortir à l'extérieur de l'établissement en étant accompagnées.

- unité de psychiatrie 4 :

. sur 13 patients admis en soins libres (8 hommes et 5 femmes), tous bénéficient d'une autorisation médicale permanente de sortie à l'extérieur de l'unité et de l'enceinte du site du Rosais ; la seule exigence médicale étant leur présence dans l'unité au moment des repas et des soins ;

. sur 6 patients hospitalisés sous contrainte (4 SDT et 2 SDRE), un seul (hospitalisé depuis cinq jours au moment de la visite) ne bénéficiait pas d'autorisation de sortir seul en dehors de l'enceinte de l'établissement.

4.9 La visite des autorités (préfet, président, procureur, maire et parlementaires)

Depuis le premier contrôle du CGLPL les 27 et 28 janvier 2009, les autorités ayant visité l'établissement sont : le président du tribunal ou son représentant en décembre 2012 et décembre 2013 ; le procureur de la République en février 2009, décembre 2010, décembre 2012 et décembre 2013 ; la commission départementale des soins psychiatriques, deux fois par an de 2009 à 2013 inclus et une fois en 2014, le 14 février. Le maire de Saint-Malo a, en 2014, visité les quatre unités de psychiatrie adulte.

4.10 La commission départementale des soins psychiatriques

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) d'Ille-et-Vilaine a compétence sur les établissements de Saint-Malo, de Redon et de Rennes. Normalement composée d'un magistrat, de deux psychiatres (un hospitalier et un libéral), d'un médecin généraliste et de deux représentants des usagers, elle a fonctionné en sous-effectif de 2012 à 2014, le magistrat étant toujours absent et ne donnant pas de nouvelles et la commission n'ayant alors pas trouvé de représentant des usagers. Le mandat de ses membres arrivant à échéance en septembre 2014, la CDSP n'a plus eu d'activité jusqu'au 11 septembre 2015, date à laquelle un médecin psychiatre et un représentant des usagers sont venus rejoindre le magistrat et le représentant des familles antérieurement désignés.

Pour les raisons qui précèdent, le dernier rapport annuel de la CDSP a été établi en mars 2014 et concerne l'année 2013. Dix réunions s'étaient tenues dont deux au CH de Saint-Malo. Dans ce rapport, la commission notait :

- une augmentation sur les trois établissements de l'utilisation de la procédure SDT en cas de péril imminent (28 % en 2013 contre 20 % en 2012), procédure qui dispense de la recherche et de l'implication d'un tiers ;
- des registres bien tenus et des certificats de maintien précis et détaillés ;
- un nombre de plaintes stables par rapport à 2012 (27) ;
- sur 63 demandes de rencontre, 43 entretiens menés dont 10 au CH de Saint-Malo ;

- elle déplorait la multiplication des sorties pour « vice de procédure » depuis l'intervention du JLD, mainlevées prononcées principalement pour défaut de production de certificat médical – admission, 24 heures ou 72 heures – dans le temps réglementaire, et considérait certaines de ces mainlevées risquées et lourdes de conséquences « *quand elles sont fondées sur un vice de forme alors même que la dangerosité du patient a été soulignée par le praticien* ».

A défaut de rapport annuel pour l'année 2014, les contrôleurs ont pu se procurer le rapport statistique de la CDSP de l'année 2014 sur l'ensemble des trois établissements : examen de 497 dossiers SDT et de 126 dossiers SDRE ; 6 visites d'établissements ; 14 plaintes enregistrées.

Des renseignements recueillis auprès de l'ARS, il ressort que, depuis septembre 2015, la CDSP s'est à nouveau réunie avec quatre membres, deux membres restant encore manquants, un psychiatre et un médecin généraliste devant être respectivement désignés par le procureur général près la cour d'appel et le préfet.

4.11 Le registre de la loi et son contrôle par les autorités

Les registres de la loi sont tenus au bureau des admissions, qui les conserve dans une armoire fermée à clé. L'un rend compte des SDRE, deux autres des SDT avec une distinction hommes et femmes, cette séparation des sexes ayant été demandée par la CDSP ainsi que cela avait été noté dans le rapport de visite de 2009.

Organisés sur quatre pages par patient, ils sont conçus pour mentionner :

- en page une, colonne de gauche : l'identité du patient (nom, prénom, état civil, domicile, profession), la date et l'heure de son admission, le mode d'hospitalisation (désignation de l'autorité qui a arrêté la mesure provisoire – désignation de l'autorité qui a ordonné « l'hospitalisation « d'office »), les mesures de protection intervenues antérieurement et postérieurement, sorties d'essai (date, durée, modalités), levée de l'hospitalisation ou décès ;
- en page une, colonne de droite : copie de la décision d'admission et de sa notification ;
- page deux, colonne de gauche : certificats médicaux (initial, 24 et 72 heures) ;
- page deux, colonne de droite : certificats du médecin de l'hôpital sur la forme de prise en charge avec notification et avis motivé ;
- page trois, colonnes de gauche et de droite : certificats médicaux plus décisions JLD et éventuellement cour d'appel ;
- page quatre colonnes de gauche et de droite, certificats mensuels, arrêté de maintien de la mesure et notification, certificats de levée.

Pour certains patients, il est fait mention d'un report d'une précédente mesure avec précision du registre du placement initial et de la page de ce registre. Cette mention concerne des personnes réadmisées après une première hospitalisation suivie d'un programme de soins et donc toujours suivies par le service de psychiatrie.

Les contrôleurs ont examiné les derniers registres en cours au moment du contrôle :

Le registre pour les SDRE, ouvert en janvier 2013, porte le visa de la CDSP les 15 novembre 2013 et 14 février 2014, ceux du procureur de la République et du JLD le 2 décembre 2013. Y sont mentionnées : 35 admissions pour l'année 2013 dont 11 reports ; 21 admissions pour l'année 2014 dont 9 reports ; 14 admissions pour l'année 2015 (la dernière le 14 juillet 2015 à 20h23) dont 3 reports. Il est relevé, pour l'année 2015, 4 recours à une mesure d'hospitalisation sous contrainte pour une personne détenue, au titre de l'article D 398 du code de procédure pénale, dont trois concernaient la même personne²⁷. Il a néanmoins été précisé que les hospitalisations des personnes détenues étaient devenues exceptionnelles depuis l'ouverture de l'unité d'hospitalisation spécialement aménagée (UHSA) de Rennes.

Le registre pour les SDT hommes, ouvert en juin 2015 et ne portant aucun visa des autorités. Y sont inscrites : 52 mesures entre le 1^{er} juin et le 24 septembre 2015 dont 3 reports, 3 réintégrations après programme de soins ; 28 levées sur la période dont 5 lors du certificat des 72 heures attestant que le maintien n'est plus utile et 9 décisions de mainlevée avant saisine du JLD

Le registre pour les SDT femmes, ouvert le 7 août 2015 et ne portant aucun visa des autorités. Y sont inscrites : 17 mesures entre le 7 août et le 28 septembre 2015 ; 2 décisions de programme de soins ambulatoires [décisions des 11 et 25 septembre 2015 sur des admissions des 13 et 19 août] ; 5 levées dont 1 au certificat des 72 heures et 4 après les 72 heures mais avant la saisine du JLD.

Les registres sont globalement complets, tenus avec rigueur et faciles à consulter, comme l'avait d'ailleurs relevé la CDSP dans son dernier rapport annuel et, avant elle, le CGLPL dans son rapport de 2009. Les certificats médicaux y figurant sont dans l'ensemble précis et détaillés et spécifiques à chaque renouvellement.

5- LES DROITS DES PATIENTS HOSPITALISES

5.1 La protection juridique des majeurs

Le centre hospitalier de Saint-Malo propose à ses usagers le service d'un bureau des majeurs protégés qui emploie un salarié à plein temps – exerçant l'activité de mandataire judiciaire à la protection des majeurs – et un salarié à mi-temps, chargé du secrétariat. Le bureau des majeurs protégés est situé au rez-de-chaussée du bâtiment principal du centre hospitalier, au sein de la partie administrative. Les dossiers des majeurs protégés y sont conservés dans une armoire fermée à clé. Le bureau est ouvert du lundi au vendredi de 8h30 à 12h, puis de 13h30 à 16h30. Le mandataire reçoit sur rendez-vous tous les matins de 9h à 12h et le mardi après-midi aux horaires d'ouverture. Il est habilité à exercer les mesures de tutelle, curatelle et les mandats spéciaux, confiés par le juge des tutelles.

²⁷ Celle-ci a fait l'objet de trois courtes hospitalisations du 13 et 16 juin 2015, du 20 au 26 juin 2015 et enfin du 3 au 8 juillet 2015. La deuxième personne détenue concernée a été hospitalisée du 31 mars au 2 avril 2015.

Au moment de la visite, le mandataire s'était vu confier trente-sept mesures de tutelle – dont sept concernant des patients hospitalisés en psychiatrie – quatre mesures de curatelle et six mandats spéciaux – dont un concernant un patient en psychiatrie. Un seul d'entre eux était admis sous le régime des soins psychiatriques à la demande d'un tiers, les autres étant admis sous le régime des soins libres. En cas d'absence ou de congé du mandataire, la continuité du service est assurée par le mandataire exerçant au centre hospitalier de Dinan.

Les signalements sont le plus souvent effectués par un proche, plus rarement par un personnel de l'hôpital, qui saisit directement ou *via* le ministère public le juge des tutelles. Lorsqu'il s'agit d'une personne hospitalisée pour un temps significatif, le juge des tutelles désigne le mandataire exerçant à l'hôpital. A la sortie du patient, le mandataire lui adresse une demande de décharge afin qu'un nouveau mandataire puisse être désigné. Dans l'intervalle, le juge des tutelles se déplace pour rencontrer les majeurs protégés et recueillir leur avis avant de statuer sur toute éventuelle mesure de renouvellement.

L'activité du mandataire est décrite comme isolée au sein de l'établissement mais riche en partenariats, notamment auprès du service d'assistance sociale, des infirmiers et des cadres de santé. Des réunions régulières, à raison d'une toutes les quatre à six semaines, ont lieu avec les assistantes sociales.

Le mandataire s'entretient au moins une fois par an avec les patients. Les relations passent cependant plutôt par les proches et les soignants, notamment pour certains patients avec lesquels la communication peut s'avérer difficile.

Il propose une aide à l'orientation des projets de vie et contribue, avec le service d'assistance sociale, à se préoccuper des modalités de préparation à la sortie de la structure hospitalière des personnes dont il s'occupe. A ce titre, il souligne également les problèmes récurrents de manque de structures d'accueil pour les patients atteints de troubles psychiatriques.

Il est tenu informé des audiences du JLD auxquelles les majeurs protégés hospitalisés sont convoqués mais indique n'être pas lui-même convoqué et n'avoir jamais assisté à une audience avec un majeur qu'il suivait.

A la demande du service qualité, le mandataire judiciaire établit régulièrement un bilan de ses diligences, ce qui lui permet lui-même d'en tenir le compte.

Le bureau des majeurs protégés dispose d'une fiche de présentation de ses services – précisant notamment la nature de ses fonctions, les horaires d'ouverture du bureau et les coordonnées auxquels il est joignable, ses références ainsi que celles relatives à sa police d'assurance de responsabilité civile – qu'il distribue aux majeurs protégés et, le cas échéant, à leurs proches. Il travaille actuellement à la préparation d'un livret plus spécialement dédié à l'accueil des personnes âgées – le cas échéant placées en secteur psychiatrique – qui délivrera des informations adaptées (coordonnées des organismes, présentation pédagogique des mesures de protection, etc.)

5.2 La désignation d'une personne de confiance

Un effort particulier d'information et de communication a été réalisé au sein des unités de psychiatrie qui affichent les détails des modalités de désignation de la personne de confiance à l'entrée de chacune des unités, sur quatre feuilles de format A3 respectivement intitulées « qui peut désigner une personne de confiance », « qui choisir comme personne de confiance », « quand désigner ma personne de confiance », « comment désigner ma personne de confiance ».

Cet affichage est doublé par une information sur le rôle de la personne de confiance figurant au livret d'accueil en service psychiatrique et des prospectus laissés à la disposition des patients.

Enfin, « un formulaire de désignation de la personne de confiance en Santé Mentale » est systématiquement remis aux patients au moment de leur admission, accompagné d'une information orale. Il est relevé que le formulaire remis aux patients hospitalisés en psychiatrie présente des différences avec le formulaire remis aux patients en médecine, chirurgie ou obstétrique.

En effet, ce dernier formulaire fait apparaître les nom, prénom, date et lieu de naissance du patient avant de porter la mention suivante : « *désigne M., Mme, Mlle (nom, prénom, date et lieu de naissance, numéro de téléphone) comme personne de confiance pour m'assister et, si j'étais momentanément dans l'impossibilité de m'exprimer, être mon interlocuteur auprès des médecins et du corps soignant en cas de situation grave* ».

Singulièrement, le formulaire remis aux patients admis au service psychiatrique commence par tracer le fait d'avoir « *été informés [qu'ils peuvent] désigner une personne de confiance pour [les] aider dans leurs démarches et, le cas échéant, [les] accompagner au cours de [leurs] soins* », les patients étant invités à cocher la case apposée à côté de cette mention. Le formulaire comporte ensuite les trois propositions suivantes, qu'ils sont également invités à cocher :

- Je ne désigne pas de personne de confiance
- Je désigne, M., Mme, Melle²⁸... comme personne de confiance, etc.
- Je certifie avoir reçu son accord après l'avoir informée de son rôle à mes côtés.

Si la diffusion d'une information plus complète auprès des patients hospitalisés en psychiatrie est louable, il est néanmoins paradoxal de faire figurer sur un seul et même document à la fois l'attestation d'avoir été correctement informé de cette possibilité, susceptible par définition d'être immédiatement remise aux soignants, et l'identité d'une personne de confiance que le patient doit avoir préalablement avisée qui ne peut être rempli qu'ultérieurement.

5.3 L'accès au dossier médical

Lorsque la demande est faite en cours d'hospitalisation, le patient doit s'adresser au médecin qui le prend en charge au sein du service afin que celui-ci lui communique les éléments du dossier dont il souhaite prendre connaissance.

A l'issue de l'hospitalisation, le patient doit remplir un formulaire qu'il peut télécharger sur le site internet de l'hôpital. Il adresse ce formulaire au directeur de l'établissement. Le formulaire précise les modalités de consultation du dossier et le coût des copies du dossier papier et des radiographies.

²⁸La formule est alors identique à celle qui figure sur le formulaire remis aux patients MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique).

Le circuit de la demande est le suivant : la direction générale reçoit la demande, la transmet au service des archives qui valide la demande et la transmet au secrétariat du pôle. Celui-ci extrait les pièces pouvant être transmises au patient et fait valider cette opération par un médecin du service. Le demandeur est ensuite informé de la possibilité de venir consulter le dossier sur place ou de se faire adresser les copies.

En 2015, 215 demandes de consultation du dossier médical ont été faites auprès du centre hospitalier. Six demandes concernaient les services de psychiatrie. Elles étaient au nombre de cinq en 2014 et neuf en 2013.

5.4 L'accès à l'exercice d'un culte

Une aumônerie est installée près de l'entrée du centre hospitalier ; elle est bien indiquée. La salle de prière est exclusivement destinée au culte catholique.

Trois aumônières catholiques, salariées du centre hospitalier, travaillent à mi-temps et assurent une présence du lundi au vendredi à l'exclusion du mardi matin. Un prêtre vient célébrer la messe tous les jeudis à 14 heures.

Les demandes de rencontre sont reçues à la permanence téléphonique de l'aumônerie. Elles proviennent des patients hospitalisés, de leur famille ou du personnel soignant qui se fait le relai du patient.

La visite de la personne au sein du service est préparée avec le personnel qui se montre « *très facilitateur* » selon les aumôniers. Les patients peuvent se rendre seuls ou accompagnés à l'aumônerie au cours de permissions de sortie.

Les demandes pour une rencontre avec un aumônier protestant ou musulman sont exceptionnelles, les patients de ces religions connaissant en général les coordonnées du pasteur ou de l'iman. Cependant une fiche avec les coordonnées des aumôniers des différents cultes est apposée au sein de l'aumônerie et dans chaque service. Le livret d'accueil précise le numéro de téléphone où joindre l'aumônerie ou invite le patient à se tourner vers l'équipe soignante.

5.5 Droit au libre choix du médecin

Il est précisé que le libre choix du médecin par le patient est impossible à organiser, compte tenu de faible nombre de psychiatres. Cependant, en cas de difficultés dans la relation de soins entre un patient et son médecin psychiatre une solution alternative peut lui être proposée.

5.6 La communication avec l'extérieur

5.6.1 Les visites

Les visites sont autorisées l'après-midi mais avec possibilité d'adaptation en fonction des disponibilités du visiteur. Elles peuvent se tenir dans la chambre du patient, dans une pièce à proximité de la salle de soins ou dans le parc. Elles peuvent être médiatisées en présence d'un professionnel de soins. Pour les services psychiatrie 1 et 2, une permission de sortie d'une heure peut être donnée pour se rendre à la cafétéria avec le visiteur.

5.6.2 Le téléphone

Il existe un *point-phone* dans chaque unité de soins permettant de passer et de recevoir des appels ; les patients doivent faire l'achat d'une carte téléphonique lors d'une de leurs sorties ou bien demander à un soignant de le faire. En psy 1, l'absence de cabine ne garantit pas la confidentialité des échanges.

Les patients peuvent faire usage de leur téléphone mobile sauf avis contraire de l'équipe soignante. Il est rappelé dans le livret d'accueil qu'il est strictement interdit de prendre des photos des patients ou du personnel.

5.6.3 Le courrier

Le courrier est distribué chaque jour. Les patients peuvent poster leur courrier soit en le déposant dans la boîte aux lettres située dans le hall d'accueil du CH Broussais, soit dans celle située à l'entrée du pavillon au Rosais. Ils peuvent, s'ils le souhaitent, le remettre à l'équipe soignante qui se chargera de le poster.

Le courrier n'est ouvert ni à l'arrivée ni au départ.

Pour les personnes indigentes, le personnel soignant joint le courrier à celui de l'hôpital.

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

Les ordinateurs portables ainsi que les consoles de jeux ne sont pas autorisés pendant l'hospitalisation.

Au sein des unités psychiatrie 3 et 4, un poste informatique avec accès internet est à la libre disposition des patients. Les sites accessibles sont en nombre limité comme sur tous les postes de l'hôpital.

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

Sa composition a été actualisée le 1^{er} mars 2013. Elle comporte, parmi les représentants des usagers, deux membres de l'union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM). La liste des membres, affichée dans les lieux fréquentés par les usagers (hall d'accueil, salle d'attente...), est remise à chaque patient avec le livret d'accueil et est disponible sur les sites intranet et internet de l'établissement. Cette liste comporte le numéro de téléphone du secrétariat de la direction de la clientèle et projets, contact pour toute demande de rencontre avec un représentant des usagers ou un médiateur.

Le bureau de la CRUQPC se réunit une fois par trimestre (trois fois en 2014) pour examiner d'une part, les plaintes et les réclamations sur lesquelles les représentants des usagers peuvent présenter des observations ; d'autre part, les sujets relatifs au fonctionnement de l'établissement (site internet, parking, procédures d'évaluation des pratiques et résultats d'enquête de satisfaction des usagers...). Lors de la séance plénière, qui se tient trois à quatre fois par an, la CRUQPC analyse les plaintes et les réponses apportées par l'établissement, est informée sur les démarches d'évaluation des pratiques et les résultats des enquêtes de satisfaction, donne son avis sur les actions portant sur l'information donnée au patient, sur l'accueil et sur l'offre de soins. Dans ce cadre, les représentants des usagers sont très présents et participent à différents groupes de travail, notamment à celui relatif à l'élaboration du livret d'accueil spécifique à la psychiatrie.

5.7.1 Les plaintes et réclamations

Est appelée plainte un courrier dont les motifs visent principalement l'acte médical et sont susceptibles d'aboutir à une saisine du tribunal.

La réclamation porte quant à elle davantage sur un problème strictement matériel.

Dans le rapport de visite de 2009, il était indiqué : « les plaignants sont reçus à leur demande par la personne chargée des plaintes ou le directeur chargé de la clientèle. Dans tous les cas, une enquête interne est menée et une réponse au fond est ensuite apportée à la personne ». Depuis, une procédure d'examen et de traitement d'une réclamation ou d'une plainte a été mise en œuvre en août 2012 et modifiée en avril 2013 puis mai 2014 :

- un mécontentement exprimé oralement par un patient donne lieu à entretien avec le professionnel responsable de sa prise en charge, la direction en étant informée par la formalisation des fiches d'événements indésirables (FEI) ; le patient peut ensuite saisir par écrit le responsable de l'établissement ;
- les réclamations ou plaintes sont enregistrées et tracées dans un registre informatisé ;
- un accusé de réception de la plainte est envoyé dans les huit jours avec avis de l'ouverture d'une enquête ;
- des informations sont recherchées auprès du chef de pôle et du cadre de santé coordonnateur de pôle, du responsable – cadre ou référent concerné, ou de toute autre personne concernée ; sur la base des informations recueillies, une réponse écrite est donnée au réclamant avec proposition éventuelle de médiation : médiateur médical si la réclamation porte sur le fonctionnement médical et l'organisation des soins, médiateur non médical pour les autres demandes ;

- le médiateur, s'il intervient, rencontre le réclamant et transmet son rapport dans les huit jours au président de la CRUQPC ; le bureau de cette commission examine la réclamation et peut rencontrer le réclamant ; il formule ensuite des recommandations sur la suite à donner dans un avis écrit adressé au réclamant par le responsable de l'établissement ;
- si le réclamant est satisfait, le dossier est classé ; dans le cas contraire, il procède par voies de conciliation ou de recours.

Le rapport annuel 2014 de la CRUQPC mentionne que le délai moyen de réponse circonstancié de la réclamation est de soixante jours et que, dans 5,70 % des réclamations, les événements évoqués ont fait l'objet d'un signalement d'événements indésirables par les personnels de l'établissement. Il est en outre fait état, pour l'année 2014, de trois médiations médicales, une médiation non médicale et une médiation commune.

Dans le rapport de 2009, il était noté : « parmi les plaintes reçues et traitées par la CRUQ, on en retrouve trois en 2006, neuf en 2007 et quatre au premier trimestre 2008 concernant les services de psychiatrie. Pour les trois cas de 2006 dont l'analyse détaillée a été fournie aux contrôleurs, aucun ne concernait une violence alléguée ».

Cette situation est restée à peu de chose près identique les années suivantes. Sur l'ensemble de l'établissement, le nombre de courriers de plaintes et réclamations traités a en effet été de 106 entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2014 (contre 110 en 2012 et 94 en 2013), dont 6 concernant le pôle psychiatrie adulte et 1 le pôle pédopsychiatrie (contre 6 et 9 pour le pôle psychiatrie adulte et aucune pour la pédopsychiatrie sur les années 2012 et 2013). Sur les huit premiers mois de 2015, 4 réclamations ou plaintes ont été adressées pour le pôle psychiatrie adulte, la dernière d'entre elles, datée du 27 août, portant sur la disparition d'argent liquide étant toujours en cours le 14 septembre (en attente d'une réponse du service financier). Une plainte déposée le 12 mai 2015, concernant le pôle pédopsychiatrie invoquant un retard de diagnostic d'autisme infantile, était toujours en cours début octobre (déclaration faite à l'assureur, avocat saisi, rapport des praticiens concernés en attente).

Le motif principal de la réclamation s'établit comme suit :

Motifs principaux	2012	2013	2014	% 2014
Soins	25	22	31	29 %
Organisation	15	14	23	22 %
Perte /détérioration d'objet / vol	49	25	22	21 %
Droit du malade	7	14	14	13 %
Problèmes relationnels	13	12	8	8 %
Prestations hôtelières	1	7	8	8 %
Problèmes techniques	0	0	0	0 %
Violences envers patients	0	0	0	0 %
Nuisance	0	0	0	0 %

Total réclamations reçues	110	94	106	100 %
---------------------------	-----	----	-----	-------

5.7.2 Les événements indésirables

En 2014, sur les 653 fiches de signalement d'événement indésirable transmises par les services, 8 % avaient été rédigées par les services de psychiatrie adulte et 3 % par le service de pédopsychiatrie. 71 fiches, soit 10 %, concernaient des événements indésirables **graves** survenus dans l'ensemble de l'hôpital. Parmi ces derniers, 9 avaient été signalés par les services de psychiatrie 1 et 2 pour non-respect de la procédure de gestion des lits, source d'une sur-occupation et 6 par les services adulte et enfant pour violence faite aux personnes.

Les événements indésirables en 2014 :

	Fiche événement indésirable	Événement indésirable grave (EIG)
Hôpital	653	71
Psychiatrie adulte	51	14 (9 sur-occupation lits et 4 violence)
Pédopsychiatrie	23	1 (violence)

La situation de sur-occupation dans les services de psychiatrie 1 et 2 a donné lieu, en avril 2014, à un retour d'expérience accompagné de préconisations.

Les EIG peuvent donner lieu à une revue de mortalité et morbidité (RMM) selon les règles prescrites par la Haute autorité de santé. Tel a été le cas suite au décès d'un patient ayant ingéré une protection anatomique pour incontinence lors de son séjour dans un des services de psychiatrie aiguë. La RMM a réuni, outre le médecin chef de pôle, deux médecins psychiatres, le médecin généraliste, deux infirmières, une aide-soignante, un cadre de santé et la responsable qualité. Une fiche « repérage et retour d'expérience - RMM » a été remplie.

Enfin les contrôleurs ont pu consulter le dossier « analyse de causes » d'un EIG avec décès, le 12 novembre 2013, d'une personne alors qu'elle était sous contention au service des urgences. Cet EIG faisait, au moment du contrôle, l'objet d'une enquête judiciaire toujours en cours.

5.7.3 Les recours contentieux

Quatre dossiers ont été introduits en 2014 auprès de la Commission régionale de conciliation et d'indemnisation, dont un ayant abouti à un rejet et trois toujours en cours au moment du contrôle. Lorsque cette commission déclare un dossier recevable, elle nomme un expert médical et, après étude des différents rapports, rend un avis sur la responsabilité de l'établissement et le taux d'indemnisation compte tenu du préjudice subi par le patient et par sa famille.

Trois recours ont été engagés en 2014 devant le tribunal administratif. En raison des expertises et contre expertises, le délai d'examen de ces recours est souvent très long. Fin 2014, seize dossiers étaient en cours devant les tribunaux selon le rapport annuel de la CRUQPC.

La plainte mentionnée ci-dessus ne suit pas le traitement défini dans la procédure ci-dessus décrite, puisqu'elle est soumise aux modalités de l'enquête judiciaire, mais elle est intégrée *a posteriori* dans le registre informatisé des plaintes et réclamations. Dès qu'une requête est déposée devant un tribunal, l'affaire est confiée par l'établissement à son assureur (SHAM). Celui-ci saisit les avocats et les médecins experts qui vont gérer le dossier. Les conclusions sont adressées à la direction de l'établissement. Les médecins responsables de la prise en charge sont destinataires des rapports des médecins experts et peuvent assister à l'audience et y participer.

4.7.4 Le questionnaire de satisfaction

Ce questionnaire, inclus dans le livret d'accueil, est remis au patient lors de l'admission. Pour le pôle psychiatrie adulte, il porte sur six thèmes d'évaluation : l'impression générale sur la prise en charge à l'arrivée, les informations données sur les modalités de l'hospitalisation et sur les droits, l'attention et l'intérêt témoignés par le personnel du service, la qualité de la rencontre avec le médecin, les possibilités de repos (accès aux chambres, fermeture des volets, calme, confort,), l'amélioration par rapport au jour de l'admission. Ce questionnaire apparaît quelque peu minimaliste en ce qu'il ne porte pas sur les conditions hôtelières (chambre, mobilier, nombre de lit, sanitaires, alimentation, accès handicapés ...) ni sur les possibilités de communication avec l'extérieur (télévision, téléphone, internet...).

Le nombre de questionnaires remplis par les patients en psychiatrie 1 et 2 est faible : 3,93 % en 2013 (21 réponses pour 533 sorties) ; 2,59 % en 2014 (15 réponses pour 578 sorties). Il s'annonce en augmentation en 2015, 22 questionnaires ayant été recueillis au cours des quatre premiers mois. En 2013, 60 % des questionnaires retournés – 42,9 % en 2014 et 55 % pour le premier quadrimestre 2015 – émanaient de patients en soins sous contrainte.

La comparaison des synthèses des observations recueillies au cours des quatre premiers mois de 2015 fait apparaître :

- une légère remontée de la satisfaction des patients par rapport à 2014, mais une baisse par rapport à 2013, sur les thèmes suivants :
 - . la qualité de la prise en charge : 83 % des patients se disent satisfaits (de bon à excellent) contre 80,9 % sur l'année 2014 ; ils étaient toutefois 100 % sur l'année 2013 ;
 - . l'information sur leur mode d'hospitalisation et leurs droits : 68,5 % des patients estiment avoir eu de bonnes à très bonnes informations contre 65 % en 2014 ; ils étaient 79,90 % en 2013 ;
 - . l'attention et l'intérêt témoignés à leur égard par le personnel du service : 96 % des patients évaluent de bonne à très bonne cette attention contre 85,7 % en 2014, mais 100 % en 2013 ;
 - . les relations avec le médecin au cours de leur hospitalisation : 59 % des patients se disent satisfaits à très satisfaits contre 57,2 % en 2014 mais 93,4 % en 2013 ;
- une baisse de la qualité du repos par rapport à 2014 et 2013 : 68,5 % des patients indiquent avoir pu, très souvent à souvent, se reposer dans de bonnes conditions quand ils le souhaitaient contre 71,4 % en 2014 et 93,3 % en 2013 ;
- une amélioration du ressenti du patient sur l'évolution de son état depuis son admission : 91 % des patients indiquent se sentir mieux à beaucoup mieux au moment de quitter l'unité contre 81 % en 2014 et 86,7 % en 2013.

5.8 Le comité d'éthique

Le comité d'éthique est commun aux trois établissements hospitaliers de la communauté hospitalière de territoire Rance-Emeraude. Il comprend cinquante-quatre membres. La direction des établissements n'est pas présente au sein du comité afin de laisser toute latitude aux débats. Il se réunit régulièrement (trois réunions entre le début de l'année 2015 et le jour de la visite) et a mis en place plusieurs groupes de travail dont un sur la contention. Le comité d'éthique a ainsi adopté le 8 décembre 2014 un avis n° 3 bis sur la contention.

La constitution d'un groupe « éthique et santé mentale », interne au pôle psychiatrie était à l'étude au moment de la visite. Un appel à candidatures a été lancé auprès du personnel.

5.9 Les associations

5.9.1 Les associations de famille, affiliées ou non à l'union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM).

L'UNAFAM est la seule association de familles représentée au sein du centre hospitalier. Une permanence d'accueil se tient au centre médico-psychologique du Rosais. Une autre permanence se tient à Dinard et des groupes de paroles à destination des familles sont animés au sein de l'hôpital de Saint-Malo.

Les représentants locaux de l'UNAFAM insistent sur l'amélioration intervenue dans les rapports entre les familles et les soignants depuis le changement d'équipes survenu en 2009.

A une situation qualifiée de très délicate et ayant nécessité des interventions permanentes, a succédé avec la direction de pôle actuelle un partenariat fondé sur l'écoute et la confiance réciproque.

C'est ainsi que l'UNAFAM a participé à l'élaboration du livret d'accueil spécifique aux services de psychiatrie.

Le sentiment de satisfaction quant à l'équipe est exprimé sans retenue. Comme les soignants, les familles sont dans l'attente des nouveaux locaux. L'UNAFAM n'ignore rien des situations actuelles, telles que la dangerosité des escaliers extérieurs, l'absence d'aménagement pour les personnes à mobilité réduite ou le sur-effectif dans certaines chambres.

La représentante rencontrée par les contrôleurs a précisé qu'à son avis, au sein du centre hospitalier, « *la psychiatrie n'était plus considérée comme le parent pauvre* ».

6- LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION

6.1 Éléments « transversaux »

6.1.1 La restauration

Les repas sont élaborés le matin par les équipes de l'hôpital à la cuisine centrale de la ville de Saint-Malo, gérée par l'entreprise *Sodexo*. Un groupement d'achat a été constitué entre la ville de Saint-Malo, l'hôpital et *Sodexo*, fournisseur des deux premiers.

La production réalisée à la cuisine centrale est livrée quotidiennement en fin d'après-midi à la cuisine relais, située sur le site de Broussais, qui se charge de dresser les plateaux et de la distribution dans l'ensemble des services de l'hôpital. La livraison est effectuée en liaison froide, la remise à température se fait dans les offices des unités de soins.

Les menus sont établis en lien avec une diététicienne détachée à plein temps au service restauration. Par ailleurs, depuis le mois de janvier 2015, une diététicienne (0,1 ETP), détachée sur le pôle de psychiatrie adulte, intervient une matinée par semaine sur les unités psy 1 et psy 2 et une autre matinée sur les deux autres unités du site du Rosais. Elle est notamment chargée de relever les aversions alimentaires des patients et les régimes spécifiques.

Le choix des menus varie selon le site d'hospitalisation.

A Broussais, où les repas sont servis en barquettes individuelles, les patients peuvent choisir des plats de substitution à ceux proposés au menu. Des bons de choix pour les repas du lendemain leur sont livrés avec le plateau de midi. Alors que les repas arrivent dans les offices des services sous barquettes plastiques, le personnel prend soin de servir les patients dans des assiettes.

Au Rosais, où les repas sont servis en barquettes collectives, les patients ne disposent pas de choix alternatifs au menu du jour, seules les aversions sont prises en considération.

Selon les informations fournies, cette pratique crée un mécontentement chez certains patients du Rosais, initialement hospitalisés dans les unités psy 1 ou psy 2, qui regrettent de plus disposer de choix dans les menus.

6.1.2 L'entretien du linge

L'entretien du linge hôtelier et professionnel est pris en charge par le CH de Saint-Malo.

L'entretien du linge des patients peut être pris en charge de différentes manières :

- par les familles des patients ;
- gratuitement, par la blanchisserie de l'hôpital mais cette alternative nécessite le marquage du linge des patients que, selon les informations fournies, certains refusent et qui n'est que très exceptionnellement effectué dans les unités d'admission en raison de la courte durée d'hospitalisation ;
- par l'association « La corbeille à linge » qui passe quotidiennement dans les unités ramasser les filets à linge sale nominatifs et qui, contre rémunération, livre le linge propre sous huit jours.

Au Rosais, certains patients se rendent au *Lavomatic™* pour laver eux-mêmes leurs effets personnels.

Le cadre de santé de l'unité psy 4 a sollicité auprès de la direction de l'établissement l'achat d'un lave-linge et d'un sèche-linge – qui seraient mutualisés avec psy 3 – afin de permettre aux patients d'entretenir eux-mêmes leur linge dans le cadre d'activités thérapeutiques.

6.1.3 L'argent des patients

Comme il a été vu précédemment, les patients en possession de cartes de paiement et/ou de liquidités sont invités à les remettre au coffre du centre hospitalier, en s'adressant au service du régisseur des dépôts de l'établissement. Un inventaire des valeurs et objets déposés est effectué en double original, pour le service concerné et pour le patient.

Le patient peut les récupérer à sa sortie en s'adressant à la trésorerie principale de Saint-Malo pour ce qui concerne les valeurs ou à la caisse centrale du centre hospitalier pour les objets. Il est possible à un proche de procéder à ces retraits dès lors qu'il est muni du reçu de dépôt, d'une pièce d'identité et d'un mandat à cet effet.

Les liquidités que le patient peut conserver avec lui sont généralement d'un montant inférieur à une centaine d'euros. L'argent est compté en présence du patient, puis placé dans une enveloppe, sur laquelle figurent le nom du patient, la date de la remise, le montant exact de la somme remise que le patient est invité à signer. L'enveloppe est conservée par le cadre de santé. A chaque demande de retrait, les dates et montants des sommes retirées sont indiqués sur l'enveloppe, à nouveau signée du patient. En ce qui concerne les majeurs protégés, leur tuteur ou curateur met en général à leur disposition de l'argent liquide, à une hauteur déterminée en collaboration avec le bureau d'assistance sociale ou les personnels soignants. En tant que de besoin, il a également été mis en place un système de « bons » qui permet de réserver l'achat à une catégorie de biens. Il existe ainsi des bons pour produits d'hygiène, vêtements, tabac, etc. Des boutiques partenaires locales acceptent le règlement à l'aide de ces bons, qui permettent ainsi de laisser une plus grande autonomie au patient protégé, tout en encadrant sa dépense. Le bureau des majeurs protégés a également mis en place la possibilité pour les patients de détenir une carte de retrait ne fonctionnant que sur leur compte de mise à disposition, ce qui leur laisse un certain degré d'autonomie tout en assurant à la protection de leur intérêt.

Enfin, le centre hospitalier de Saint-Malo dispose d'un bureau d'assistance sociale, situé à proximité immédiate de l'établissement. Vingt et une personnes y travaillent dont quatre interviennent en psychiatrie adulte. Le service dispose d'un bureau au sein même du service de psychiatrie 1.

Les assistantes sociales peuvent intervenir sur sollicitation des patients, de leurs proches de l'équipe soignante ou du médecin. Si aucun entretien systématique n'est prévu, le fait de disposer d'un bureau au sein de l'unité crée une proximité et une disponibilité permettant un meilleur repérage des personnes vulnérables et une meilleure coordination avec les soignants. L'assistante sociale assiste ainsi à tous les temps de réunion du service.

Leur mission principale consiste à maintenir ou rétablir l'accès aux droits sociaux. Elles s'assurent donc, en tant que de besoin, de mettre à jour les droits sociaux (CMU, CMU-C, RSA), le cas échéant, l'allocation adultes handicapés²⁹, de l'élection d'un domicile, de l'accès à un logement – ce dernier enjeu pouvant être crucial dans le parcours de certains patients. Elles peuvent ainsi contribuer à accompagner le projet de sortie des patients, en relation avec l'équipe pluridisciplinaire, notamment ceux pour lesquels l'appui d'une structure médico-sociale sera nécessaire. Elles peuvent également être amenées à travailler en concertation avec le bureau des admissions, notamment afin d'aider les patients à recouvrer des droits au moment de leur admission – la possibilité d'une régularisation rétroactive permettant, le cas échéant, d'ouvrir les droits au premier jour de l'hospitalisation.

Elles peuvent par ailleurs intervenir pour les majeurs protégés, leur travail étant à ce sujet facilité par l'existence d'un bureau des majeurs protégés au sein du centre hospitalier et, plus généralement, contribuent à l'évaluation de la capacité de ces patients à s'occuper d'eux-mêmes.

En ce qui concerne les patients placés sous tutelle, deux associations tutélaires locales (l'APASE et l'ATEI), régulièrement désignées par les juges des tutelles, ont développé un bon partenariat avec leurs services – les délais de réponse et d'intervention étant très brefs. La désignation ponctuelle de mandataires privés, moins informés des parcours psychiatriques, entraîne parfois une prise en charge moins souple.

Toujours au regard des droits sociaux, l'attention des contrôleurs a été attirée sur la fragilité et la précarité particulière de deux catégories de populations au sein de la patientèle psychiatrique.

D'une part, les adolescents et jeunes adultes entre 15 et 25 ans hors dispositif familial, qui ne sont éligibles à aucun dispositif d'aide sociale à l'exception de l'allocation adulte handicapé, dispositif contraignant qu'il faut en outre préalablement cumuler avec une mesure de protection juridique pour les moins de 20 ans.

D'autre part, les personnes plus âgées, avant l'ouverture de leurs droits à la retraite, entre 55 et 60 ans. Ces personnes rencontrent pour leur part des problématiques particulières dans l'accès à l'hébergement, n'étant souvent plus acceptées dans les foyers de vie et pas encore dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

6.1.4 Les relations sexuelles

La question des relations sexuelles n'est abordée à aucun moment dans le livret d'accueil ou dans le règlement intérieur des services. La seule indication donnée par le règlement intérieur est que les visites dans les chambres sont interdites. Il a été dit aux contrôleurs que des préservatifs pouvaient être donnés aux patients si ceux-ci en faisaient la demande.

²⁹ A ce sujet, il est indiqué que l'association LE MOLE, qui s'est fixé pour objet d'aider et soutenir les projets des patients en service psychiatrique a parfois pu contribuer à financer des expertises auprès de la MDPH, les frais s'élevant à 160 euros la mesure.

6.1.5 La sécurité

L'établissement ne dispose pas de système de vidéosurveillance ; seule une caméra, sans enregistrement, contrôle l'accès véhicules du site de Broussais afin de permettre aux agents de sécurité d'ouvrir en connaissance de cause.

Trois agents de sécurité incendie sont présents 24H/24 sur le site de Broussais, un quatrième se déplace sur les différents sites ; cette présence représente 6 ETP. Ces agents, salariés d'un prestataire extérieur, ont tous reçu une formation en gestion de conflits. En effet, les agents de sécurité incendie peuvent intervenir dans les services de psychiatrie en renfort des personnels soignants à la demande de ces derniers pour maîtriser des patients particulièrement agités. Selon les informations fournies, le seul port de l'uniforme aurait un effet dissuasif et leur intervention physique ne serait que très rare.

Tous les personnels de l'établissement sont équipés d'un téléphone doté d'un système de protection du travailleur isolé (PTI) qui se répercute sur les autres téléphones et au PC sécurité.

6.1.6 Les activités communes

Il n'existe pas d'activités communes aux différentes unités d'hospitalisation. Le « forum », présent sur le site du Rosais en 2009, a depuis fermé ses portes ; les activités thérapeutiques sont essentiellement organisées au sein de chaque unité (cf. *infra*).

Un *Relais H* café, installé dans le bâtiment principal du site de Broussais, est accessible aux patients de psychiatrie 1 et 2 autorisés à sortir de leur unité. Ouvert du lundi au vendredi de 8h à 18h30, le samedi de 10h à 18h et les dimanches et jours fériés de 11h à 18h, il propose aux patients un service de petite restauration, des boissons chaudes et fraîches, des journaux, des jouets, quelques produits d'hygiène et des nécessaires de correspondance.

Le site du Rosais ne dispose d'aucune cafétéria.

6.1.7 Les soins somatiques

6.1.7.1 Organisation de la prise en charge des soins somatiques

Le médecin généraliste en poste au moment du contrôle est arrivé au mois de septembre 2015. Son activité se répartit entre la maison d'arrêt de Saint-Malo (trois demi-journées par semaine) et le pôle psychiatrie (trois jours par semaine). Au sein du pôle psychiatrie, une demi-journée par semaine est consacrée au Rosais (psychiatrie 3 et 4), le reste du temps au suivi des patients en psychiatrie 1 et 2.

Tout patient entrant bénéficie d'un examen somatique ainsi que tout patient en chambre de soins intensifs.

L'examen somatique prévu par la loi pour les personnes en SDRE ou SDT est réalisé par un médecin du service des urgences. La personne est systématiquement revue par le médecin généraliste du service.

Un patient mis sous contention au fauteuil du fait de chutes systématiques a été vu une à deux fois par semaine par le médecin généraliste.

Tous les examens paracliniques sont réalisés dans les services du centre hospitalier sans qu'il y ait de différence de traitement avec les autres patients.

La question de la contraception est abordée avec les personnes hospitalisées au long cours mais beaucoup plus rarement avec celles hospitalisées sur des périodes courtes.

Il n'existe pas d'action spécifique pour le sevrage tabagique.

6.1.7.2 La pharmacie

Les prescriptions sont informatisées et faites par le médecin.

La durée de prescription est dépendante de la durée de séjour dans le service. Ainsi, elle est d'une semaine en psychiatrie 1 et 2 et de deux semaines en psychiatrie 3 et 4. Cependant, pour certains patients, elle peut aller jusqu'à un an. Une alarme est déclenchée dans ce cas quinze jours avant la fin de l'année.

Le pharmacien assure une validation de l'ordonnance de façon hebdomadaire (psychiatrie 1 et 2) ou mensuelle (psychiatrie 3 et 4).

Le conditionnement des médicaments est unitaire.

Il existe un préparateur référent pour chaque service qui rencontre les équipes.

Les traitements sont préparés à la pharmacie et placés dans un chariot fermé par un digicode. Le nom du patient inscrit sur son tiroir n'est pas visible ; seul est visible le numéro de la chambre afin de préserver le secret médical.

La délivrance des médicaments est réalisée au sein du service par un infirmier au moment des repas, du goûter et le soir avant le coucher ; le traitement doit être ingéré devant l'infirmier.

6.2 Le pôle de psychiatrie adulte

6.2.1 L'organisation actuelle et le projet médical du pôle

L'organisation actuelle

Après une crise grave en 2009 qui s'est soldée par le départ du chef de pôle et, à partir de 2013, par la nomination d'un nouveau chef de pôle, le pôle de psychiatrie adulte a élaboré un nouveau projet de service.

Bâti autour de trois axes thérapeutiques (soins médiatisés favorisant les supports artistiques, remédiations cognitives, psycho réhabilitation-maintien des habilités sociales et réadaptation par les liens avec les partenaires de la cité), il est structuré en trois dispositifs de soins qui, chapeautés par le chef de pôle et le cadre coordonnateur, disposent chacun d'un responsable médical et d'un cadre de soins :

- soins d'accueil (accueil aux urgences, unités d'admission d'hospitalisation complète - psychiatrie 1 et 2, présence à l'UIMP du pôle ANP) ;
- soins ambulatoires (CMP/CATT, hôpital de jour, équipes mobiles) ;
- soins de longue durée (unités d'hospitalisation de longue durée – psychiatrie 3 et 4 – hôpital de jour, accueil familial et thérapeutique, unité sanitaire de premier niveau de la maison d'arrêt de Saint-Malo).

Ainsi qu'il a été souligné, soins libres et sans consentement coexistent dans les unités d'hospitalisation dont trois sur quatre sont fermées. Les unités de longue durée ainsi que les structures ambulatoires situées à Saint-Malo sont intersectorielles : il existe, en outre, une perméabilité entre les unités d'admission 1 et 2 théoriquement sectorisées mais qui, en cas de sur occupation de l'une ou l'autre, peuvent accueillir des patients de l'autre secteur.

Les équipes médicales sont transversales et positionnées sur plusieurs des trois dispositifs dans un objectif de continuité des soins. Pour chacun des médecins, les plannings médicaux précisent les jours de présence dans les structures ambulatoires et extérieures, les unités d'hospitalisation ainsi que la disponibilité requise (astreinte et continuité des soins dans la journée) pour assurer une garde psychiatrique 24h sur 24 dans les unités d'hospitalisation et aux urgences. Ainsi le médecin psychiatre intervenant à l'unité sanitaire de la maison d'arrêt, consulte dans un CMP et dans une unité d'admission, est le responsable médical du dispositif des soins d'accueil et peut intervenir à la demande aux urgences pendant ses heures de présence sur le site (continuité des soins) ou pendant ses astreintes.

Afin de fédérer les équipes médicales et soignantes, largement renouvelées depuis 2009, et dans un objectif de management, de nombreuses réunions de pôle ont été mises en place et se déroulent régulièrement en présence du chef de pôle et du cadre coordonnateur : *staff* médical médecins (tous les lundis à 13h30) et en présence des cadres une fois par mois ; *staff* clinique médecins cadres autour des dossiers patients (tous les vendredis 8H30) ; *staff* cadres (bimensuel) ; commission qualité (au moins six fois par an) pour un travail sur des supports ou des pratiques communs (livret d'accueil, protocole détenus, information des patients sous contrainte, certification HAS) ; assemblée générale des personnels du pôle (annuelle).

Le projet médical du pôle (2014-2018)

A plus long terme, le projet médical du pôle, intégré à celui de l'établissement (2014-2018), envisage des modifications importantes dans la vocation des unités d'hospitalisation pour répondre aux besoins spécifiques des patients accueillis. Il se place dans la perspective, désormais réaliste (le conseil municipal de Saint-Malo a voté en octobre 2015 la modification du PLU pour prendre en compte la nouvelle construction sur le site choisi) d'une nouvelle construction regroupant les unités d'hospitalisation sur un site extérieur en 2018-19.

Alors que les patients en soins sans consentement et en soins libre coexistent actuellement dans les unités fermées d'admission et en psychiatrie 3 et 4 et que les personnes âgées côtoient dans ces mêmes unités des patients jeunes (*cf. Infra*), le projet envisage des unités intersectorielles et spécifiées de vingt lits comprenant :

- deux unités d'admission, l'une ouverte pour les soins libres avec un espace spécifique pour les jeunes majeurs, l'autre fermée pour les soins sans consentement ;
- une unité dédiée à l'accueil des patients de plus de 65 ans modulable (ouverture/fermeture), en fort lien avec les structures médico-sociales d'aval (EPHAD) ;
- une unité ouverte de réhabilitation psychosociale, pour les personnes en soins libres et sans consentement nécessitant un accompagnement dans leur projet de vie.

6.2.2 Les unités d'admission des secteurs G01 et G02

6.2.2.1 L'Unité de psychiatrie 1

L'unité de psychiatrie 1 est l'unité d'admission de court séjour du secteur G02 ; elle occupe une partie du premier étage du bâtiment C du centre hospitalier.

Elle est composée de vingt-deux lits répartis dans dix-sept chambres.

Les patients présents le jour de la visite étaient en majorité en soins libres, les soins à la demande d'un tiers représentant moins du quart des patients présents. A noter, la présence longue (145 jours) d'un patient âgé en soins libres qui témoigne de la difficulté de trouver des solutions d'accueil aval.

Caractéristiques des patients présents à l'unité 1 le jour de la visite des contrôleurs (5/10/2015) :

Statut des patients hospitalisés le 5 octobre 2015 à 9h	Hommes	Femmes	Patients en programme de soins	Age du plus jeune patient hospitalisé	Age du plus vieux patient hospitalisé	Séjour le plus long à la date de l'enquête
ASPRES						
<i>urgence</i>			1			
<i>demande du maire</i>						
<i>détenu</i>						
<i>décision judiciaire</i>						
<i>transformation SDT=>SRE</i>						
ASPT total	1	4		25	68	52 jours
DT	1	1	3	37	68	14 jours
<i>urgence</i>		2	1	25	42	52 jours
<i>péril imminent</i>		1	7	52	52	6 jours
Soins libres	7	10		85	24	145 jours
Total patients hospitalisés le 5 octobre 2015	8	14	12	85	24	145 jours

Les locaux du service psychiatrie 1

Présentation générale

On y entre par une porte palière fermée en permanence. Le personnel y pénètre grâce au passe général qui actionne la serrure et les visiteurs doivent se faire connaître en utilisant le bouton d'appel.

En l'absence de gâche électrique, chaque entrée ou sortie de l'unité nécessite l'intervention d'un membre du personnel.

L'accueil dans le service se fait dans une salle située à l'exact milieu des deux ailes du bâtiment. Cette salle est aménagée en petit salon.

Sur la gauche en entrant, se trouvent les chambres numérotées de 1 à 13, qui occupent totalement l'aile gauche.

Dans l'aile droite, ne se trouvent au début du couloir que quatre chambres, non pas numérotées mais désignées de la lettre A à la lettre D, et la chambre de soins intensifs, ou chambre d'isolement. Le fond de l'aile droite est dévolu à des bureaux, celui du cadre de santé et ceux des consultations médicales ou psychologiques.

Le bureau infirmier fait immédiatement face à la porte d'entrée. Il est largement vitré, permettant ainsi aux patients et visiteurs de voir le personnel et réciproquement.

La salle d'accueil permet l'accès à une troisième aile du bâtiment perpendiculaire aux deux précédentes, dont l'unité n'occupe qu'une partie, dévolue à une salle de soins à l'arrière du bureau infirmier, deux bureaux, une salle de télévision, une salle de jeux et une bibliothèque.

Si l'unité se trouve au premier étage lorsqu'on y accède par l'arrière du bâtiment, les différences de niveaux de terrain font que, sur l'avant, elle se trouve quasiment au niveau d'une cour intérieure accessible depuis une porte fenêtre située à côté de la bibliothèque.

Dans la partie centrale, se trouve également le lieu de vie avec deux salles de douches collectives, dont l'une était en réfection lors de la visite, le réfectoire, et les cuisines.

Les chambres

Les dix-sept chambres peuvent accueillir théoriquement vingt-deux lits car cinq chambres sont doubles.

Aucune chambre n'est équipée de douche. Toutes, celles à deux ou à un lit, n'ont qu'un cabinet de toilette doté d'un seul lavabo. Les superficies varient de 14,16 m² (chambre numéro 1) à 22,17 m² (chambre numéro 6).

Les chambres sont meublées en plus du lit d'un petit bureau, une table de chevet, une tablette et d'un placard dépourvu de serrure.

Toutes les chambres sont équipées de boutons d'appel.

L'état du mobilier, des peintures et des sanitaires est fortement délabré. Le tartre a envahi les sanitaires, les meubles, déjà anciens, sont usés, les peintures défraîchies, parfois arrachées, les sols incrustés de la saleté de plusieurs décennies de passage.



La chambre n° 4

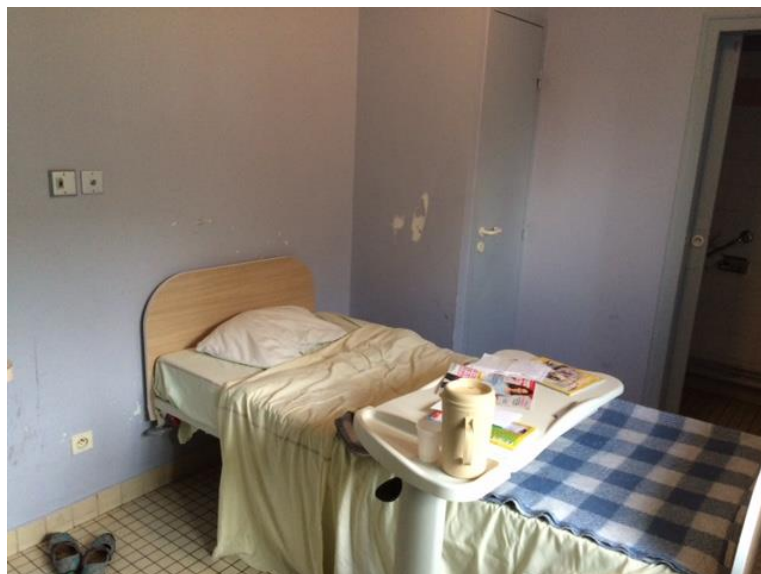
En cas de sur occupation, un troisième lit est ajouté dans une chambre double. Tel était le cas lors de la visite dans la chambre 9.



La chambre n° 9

Les fenêtres des chambres sont toutes du même type, leur ouverture est limitée à une largeur de 0,25 m.

Deux chambres de l'aile droite sont aménagées en « chambres d'apaisement ». Elles ne diffèrent des autres que par une commande de lumière extérieure et un radiateur protégé par un encadrement de bois.



Une chambre d'apaisement

La chambre de soins intensifs (CSI)

L'unique chambre de soins intensifs, ou chambre d'isolement, de l'unité se trouve au début du couloir de droite, à proximité immédiate du bureau infirmier. Il s'agit en fait d'un bloc comprenant un sas donnant sur le couloir, sas qui dessert d'un côté la chambre d'isolement et de l'autre une salle de bains aux normes PMR comprenant douche, cabinet de toilette et lavabo.

La chambre qui mesure 3,4 m de long sur 2 m de large (6,8 m²) est une pièce nue uniquement meublée par un lit *Cumbria* équipé de liens de contention.

La consigne dans cette unité, comme en psychiatrie 2, est de positionner par avance les sangles de contention sur le lit *Cumbria*, au motif, qu'il est plus aisé de les enlever si elles ne sont pas nécessaires que de les mettre en place, ce qui s'opère forcément en cas de crise.

Elle est éclairée par une fenêtre dont les ouvertures ont été condamnées.

Il n'y a donc pas de toilettes accessibles sans solliciter la venue d'un soignant pour sortir de la pièce. L'unique porte d'entrée est munie d'un fenestron situé à 1,51 m du sol. Cette porte est capitonnée de l'intérieur.

Le sol est muni d'un revêtement plastique déjà ancien et qui dégage une très forte odeur d'urine.



La chambre de soins intensifs

Les lieux de vie



La salle de télévision



La salle de jeux

La cour intérieure

Cette cour entièrement clôturée mesure 31 m sur 37 m (soit une surface de 1 147 m²). Boisée, elle est dotée de tables en béton, un terrain de sport et un abri à proximité immédiate du bâtiment. Elle sert de lieu de promenade pour les patients et de fumeur pour les patients et les soignants.

Depuis le couloir, il faut pour accéder à la cour descendre trois hautes marches de hauteurs différentes, ce qui interdit tout passage aux personnes à mobilité réduite et nécessite une attention particulière même pour les personnes valides. Il a été indiqué aux contrôleurs que la pose d'une rampe bétonnée était imminente.



La cour

6.2.2.2 L'Unité de psychiatrie 2

L'unité de psychiatrie 2 est l'unité d'admission de court séjour du secteur G01 ; elle occupe une partie du deuxième étage du bâtiment C du centre hospitalier.

Elle est composée de vingt-deux lits répartis dans dix-sept chambres.

Les patients présents le jour de la visite avaient des « profils » sensiblement différents de ceux de l'unité 1 : majorité en soins libres, soins à la demande d'un tiers représentant près la moitié patients présents. A noter, la présence longue (129 jours) d'un patient âgé en soins libres qui témoigne comme pour l'unité 1 de la difficulté de trouver des solutions d'accueil aval.

Caractéristiques des patients présents à l'unité 2 le jour de la visite des contrôleurs (5/10/2015) :

Statut des patients hospitalisés	Hommes	Femmes	Patients en programmes de soins	Age du plus jeune	Age du plus vieux	Séjour le plus long à la date de la visite
ASPRE						
urgence						
maire						
détenu						
décision judiciaire			1			
transformation SDT=>SRE						
ASPT total	4	7		19	69	129 jours
DT	1	1	3	39	68	30 jours
urgence	2	2	3	29	54	129 jours
péril imminent	1	4	1	19	69	49 jours
Soins libres	5	3		17	78	129 jours
Total	11	11	8	17	78	129 jours

A- Les locaux du service psychiatrie 2

a. Présentation générale

Les locaux dévolus à l'unité de psychiatrie 2, sont semblables à ceux de l'unité de psychiatrie 1, décrits dans le paragraphe 5.2.2.1.

Le hall d'accès, le bureau infirmier, les chambres, le réfectoire, les bureaux de consultation se trouvent disposés de façon identique.

L'entrée dans l'unité s'effectue également de la même façon. La porte palière est fermée en permanence, et son ouverture par serrure fermée à clé nécessite l'intervention d'un personnel.

Les contrôleurs ont constaté cependant, que le bureau infirmier de la psychiatrie 2 ne comportait pas autant de surfaces vitrées que celui de l'étage inférieur, restreignant ainsi le contact entre soignants et patients.

Il a cependant été indiqué que des travaux étaient prévus, et que, dans un avenir très proche, le nécessaire allait être mis en œuvre pour agrandir les surfaces vitrées du bureau infirmier de l'unité psy 2.

Autre différence d'équipement, le téléphone réservé aux patients n'est pas un *point phone* mais une cabine permettant une meilleure confidentialité.

b. Les chambres

Les dix-sept chambres peuvent accueillir théoriquement vingt-deux lits car cinq chambres sont doubles.

Comme à l'étage du dessous, aucune chambre n'est équipée de douche. L'équipement, l'agencement, l'ameublement sont identiques, notamment dans la vétusté.

Lors de la visite, aucune chambre de ce service n'était occupée par trois patients.

c. La chambre de soins intensifs (CSI)

La chambre de soins intensifs de l'unité psy 2 est identique dans sa configuration à celle de la psy 1, mais, plus propre ou plus récemment rénovée, elle ne dégage aucune odeur désagréable.



La chambre de soins intensifs et le cabinet de toilette contiguë

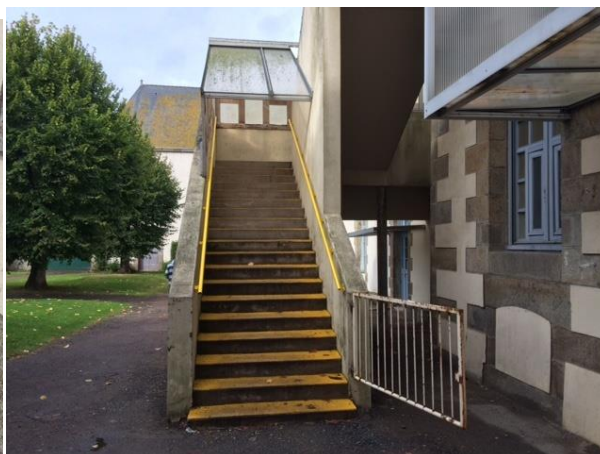
d. La cour intérieure

Comme les patients du rez-de-chaussée, ceux de l'étage ont accès à la cour intérieure aux mêmes horaires.

Pour cela, il leur faut emprunter un escalier, comportant dix-huit marches dans la partie basse, et dix dans la partie haute.



Escalier partie haute



Escalier vu de la cour

L'escalier a été partiellement recouvert sur sa partie haute et constitue ainsi pour ceux des patients qui ne peuvent ou ne veulent pas descendre un espace pour fumer.

Pour en diminuer autant que possible la dangerosité, les marches ont été recouvertes d'une peinture antidérapante jaune.

L'ensemble reste cependant très difficile d'usage pour des personnes en souffrance physique ou mentale et totalement inaccessible aux personnes à mobilité réduite. Un patient est décédé en avril 2015 à la suite d'une chute dans cet escalier.

6.2.2.3 Les personnels et l'organisation

L'équipe médicale

Le tableau suivant retrace le nombre et le statut des médecins en activité dans les deux unités d'admission dont le nombre est renforcé à l'unité 1 par la présence d'un interne.

Nombre et statut des médecins des unités d'admission de la psychiatrie adulte

au 01/10/2015	Psy 1		Psy 2	
<i>Personnel médical</i>	Nombre	ETPR	Nombre	ETPR
Praticien hospitalier psychiatre	3	1,4	1	0,5
Généraliste*	1	0,25	2	0,85
Interne	1	1		

Source : établissement

*Un médecin généraliste intervenant en psy 1 et 2 est titulaire d'un diplôme universitaire en psychiatrie

Les équipes soignantes

Les effectifs des deux unités sont identiques, à la nuance près des temps partiels et à la présence en psychiatrie 1 d'un assistant socio-éducatif (07 ETPR).

Nombre et statut du personnel dans les unités 1 et 2 d'admission (septembre 2015) :

Statut du personnel	PS1		PS2	
	Nbre	ETPR	Nbre	ETPR
cadre de santé	1	1	1	1
infirmier	14	13,40	14	13,31
aide-soignant	7	7	7	7
psychologue	1	0,25	1	0,38
ASQ	0	0,00	1	1
assistant médico-administratif	1	0,45	1	0,5

Source : établissement

A ce personnel, il convient d'ajouter un temps partiel de diététicienne (0,10 % pour toutes les unités de psychiatrie adulte).

L'organisation des équipes soignantes

Dans chacune des unités, les soignants sont organisés en trois équipes composées de deux infirmiers et d'une aide soignante le matin (6h30-14h30) et l'après midi (14h-21h30). La nuit (21h-7h), une équipe spécifique prend le relais composée d'un infirmier et d'une aide soignante. En outre, un couple infirmier/aide-soignante renforce les équipes de jour de 9h à 17h.

L'organisation permet ainsi la présence de trois infirmiers et d'une aide-soignante aux temps forts de la journée.

Les transmissions entre les équipes s'effectuent à chaque relève. Chacun des infirmiers dispose en outre d'un support papier, appelé ventilation des tâches infirmières et porté en permanence dans les poches de leurs blouses, où sont précisés pour chaque patient présent et chaque jour, les permissions autorisées, les soins somatiques à effectuer, les événements à prendre en compte dans la journée (rendez-vous médicaux, audiences JLD ...) ainsi que les projets à envisager à plus long terme.

6.2.2.4 Les projets individualisés de soins

L'élaboration des projets de soins

Les projets individualisés de soins, établis pour chaque patient à leur entrée, sont fondés sur les axes définis par le projet médical qui fait une large place aux activités thérapeutiques.

Construits par les médecins (les médecins des unités voient les malades deux à trois fois par semaine, voire plus si nécessaire) et l'équipe pluridisciplinaire, ils sont réactualisés périodiquement (tous les jours si besoin lors de l'arrivée d'un patient en crise). La réévaluation s'opère notamment lors des *staffs* cliniques réunissant chaque lundi médecins, soignants, assistante sociale, psychologue et si besoin, infirmier de secteur appelés à suivre le patient à sa sortie d'hospitalisation. Ces projets qui comportent un volet médical (prescriptions, interdictions, permissions), thérapeutique (activités prescrites) et social sont inscrits dans un dossier patient « papier » qui devrait être informatisé (logiciel CIMAISE) avant la fin de l'année dans toutes les unités d'hospitalisation.

Les patients ne disposent pas d'infirmier référent en hospitalisation mais la notion est mise en œuvre pour le suivi extrahospitalier. Ils n'ont pas le choix de leur médecin, en partie en raison de leur nombre limité ; en cas « d'épuisement » de la relation médecin-malade, il arrive que des changements de médecins traitants puissent être opérés.

Les activités thérapeutiques

Les activités thérapeutiques, animées par les soignants des équipes (aides-soignants et/ou infirmiers), sont prescrites (mais peuvent être refusées) et organisées dans les salles communes de chaque unité qui les signalent aux patients par des affichages muraux.

Certaines d'entre elles (danse, ergothérapie) peuvent réunir les patients des deux unités. L'association « Le Môle », constituée par le centre hospitalier et alimentée par des subventions internes, permet l'achat de matériel et le financement de certaines activités. Le système est fragile, les ateliers pouvant être supprimés ou prendre fin en raison de l'indisponibilité des soignants, de leur départ du service mais aussi de l'absence de patients volontaires.

Au-delà de leurs indications au dossier de chaque patient, les activités proposées et le nom des patients inscrits sont consignées dans un registre tenu dans la seule unité 1 ainsi qu'ont pu le constater les contrôleurs ; il n'était cependant pas exhaustif.

Au moment de la visite, l'unité 2 affichait quatre activités, l'unité 1 en offrait plus d'une dizaine qui se sont déroulées depuis le début de l'année 2015 :

- théâtre ;
- marche : huit séances depuis le mois de janvier 2015 ;
- relaxation : six séances ;
- arts plastiques ;
- danse : l'atelier se déroulait au moment du passage des contrôleurs avec huit personnes ;
- ergothérapie : six séances depuis le début de l'année 2015 ;
- arrêt sur image : six séances ;
- actu débat : cinéma tous les vendredis et week-ends ;
- pâtisserie ;
- esthétique : treize séances.

Au moment de la visite des contrôleurs, l'équipe de l'unité 1 testait, en outre, un module d'éducation thérapeutique en trois séances, issu du programme PACTE (Psychoéducation, Apprendre à Connaître ses Troubles Ensemble) utilisé par ailleurs. Cette activité, mise au point par les médecins et les soignants sous forme de jeu, vise, en rendant les patients acteurs de leur traitement, à améliorer leur compréhension de la maladie et à mieux respecter leurs prescriptions médicamenteuses. Elle est animée par deux professionnels de santé et par une assistante sociale.

6.2.3 Le site du Rosais : services de psychiatrie 3 et 4

Les services intersectoriels dispensant des soins au long cours en hospitalisation complète (psychiatrie 3 et 4) sont situés sur le site du Rosais.

Il s'agit de bâtiments anciens dont une grande partie, antérieurement occupée par les services de gériatrie, est aujourd'hui désaffectée. Ces bâtiments sont implantés dans un parc qui abrite notamment un centre médico-psychologique et une consultation d'addictologie.

Le site est desservi par une ligne régulière d'autobus (N° 6) avec un passage chaque heure.

6.2.3.1 Le service de psychiatrie 3

Les locaux

Le service est situé au rez-de-chaussée du bâtiment et comprend un jardin clôt accessible depuis l'unité.



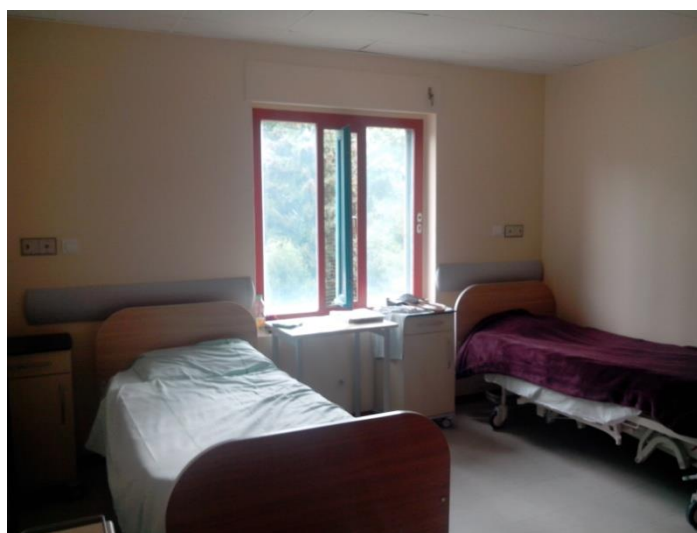
Entrée du bâtiment d'hospitalisation du site du Rosais

Les pièces sont distribuées de part et d'autre d'un long couloir avec une zone consacrée aux chambres et l'autre aux soins. Les espaces de vie sont situés dans une partie plus récente comportant une salle de séjour, deux salles à manger et un office.

Le service comprend vingt-deux lits répartis en six chambres doubles, huit chambres simples – dont une équipée d'un lit fixé au sol – et deux chambres d'apaisement situées dans la zone de soins. Dans les faits, ces deux chambres d'apaisement sont occupées en permanence par des patients et n'avaient, au moment de la visite, pas servi aux fins de contention depuis plus de deux ans.

Les chambres

Les chambres doubles ont une surface comprise entre 19 et 26 m², les chambres simples ont une surface de 16 m². Cette superficie comprend la salle d'eau. Elles comportent un lit médicalisé, une petite table, un chevet, une chaise et un placard pour chaque patient. Le radiateur est protégé par une grille. Le matériel est récent et dans un bon état de propreté. Les murs et sols (linoléum) sont en bon état. Chaque chambre dispose d'un bouton d'appel la reliant au bureau infirmier.



Chambre double

Elles sont éclairées par une fenêtre comportant une vitre centrale étroite pivotante et deux fenêtres latérales fixes. Les chambres sont lumineuses.

Elles sont dotées d'un cabinet de toilette comprenant un lavabo surmonté d'un miroir et d'une tablette et d'un WC sans lunette.

Les patients peuvent décorer leur chambre en apportant des effets personnels et en fixant des décorations sur les murs. En pratique, peu de patients s'approprient les lieux.

Les locaux sont dans l'ensemble propres mais certaines chambres sentent l'urine du fait de l'imprégnation des dalles de sol.

Les deux chambres dites d'apaisement sont équipées d'une salle de douche et d'un WC. L'une d'entre elles sentait très fortement l'urine au moment de la visite. Elles sont dépourvues de tout autre mobilier afin d'éviter les destructions commises par les patients.

L'unité comporte deux salles d'eau avec trois douches ; chacune ouvre sur l couloir ; l'une est réservée aux femmes et l'autre aux hommes. Ces locaux sont propres et en bon état.

Deux WC collectifs, l'un pour les patients et l'autre pour le personnel sont accessibles depuis le couloir.

Le jardin, d'une surface de 250 m², est directement accessible depuis le service. Il est ouvert de 7h à 21h. On y trouve un barbecue utilisé l'été lors de repas pris en plein air. Le jardin est dépourvu d'abri permettant de se protéger de la pluie.

Un jardin potager hors sol était, au moment de la visite, en cours d'aménagement dans le cadre d'une activité thérapeutique. Sa création a été rendu possible grâce à une subvention de la fondation *Leroy Merlin*.

Les personnels

a) Le personnel médical

Le tableau suivant retrace le nombre et le statut des médecins en activité dans les deux unités de long séjour.

Nombre et statut des médecins du service de psychiatrie 3 :

au 01/10/2015	Psy 3	
<i>Personnel médical</i>	Nombre	ETPR
Praticien hospitalier psychiatre	1	0,35
Généraliste*	1	0,1

Source : établissement

b) Les équipes soignantes et administratives

Nombre et statut des personnels soignants et administratifs de service de psychiatrie en septembre 2015

Statut du personnel	PS3	
	Nbre	ETPR
cadre de santé	1	0,7
Infirmier	12	11,86
aide-soignant	7	6,86
psychologue	1	0,25
ASQ	1	0,3
assistant médico-administratif	1	0,2

Deux infirmiers et un aide-soignant sont présents de 6h30 à 21h30 tous les jours de la semaine. La nuit, un infirmier et un aide-soignant assurent la permanence.

En semaine, l'équipe est complétée par une à trois personnes (infirmier ou aide-soignant) qui prennent en charge les ateliers internes ou externes au service.

Le médecin généraliste passe 1h30 chaque semaine. En cas d'urgence, il est fait appel au centre 15.

Le médecin psychiatre passe deux fois 1h30 chaque semaine.

Les réunions d'équipe ont lieu quatre fois par jour :

- 6h30 pour la transmission entre équipe de nuit et équipe de jour (durée 30 minutes) ;
- 9h30 regroupant l'ensemble du personnel pour une transmission élargie et la gestion du service (durée 1 heure 30 à 2 heures) ;
- 14h (durée 1 heure) ;
- 21h30 (durée 30 minutes).

Un infirmier est désigné comme référent du dossier patient sans être le référent unique pour le patient. Il est notamment chargé des synthèses.

L'arrivée d'un nouveau cadre de santé a été l'occasion de réfléchir à l'organisation du service. Six groupes de travail étaient en cours lors de la visite : organisation du travail, réunions soignants – soignés, décoration, ateliers thérapeutiques, règlement intérieur, tutorat étudiants.

Les réunions soignants-soignés qui avaient été abandonnées venaient d'être remises en place lors de la visite.

Les patients

Le jour du contrôle, 22 patients – 13 hommes et 9 femmes – étaient hospitalisés dans le service. 18 étaient admis en soins libres et 4 en SDT (3 femmes et 1 homme). L'un d'entre eux bénéficiait d'un programme de soins lui permettant de passer les week-ends chez sa mère.

Les âges des patients en soins libres étaient compris entre 18 et 84 ans.

L'hospitalisation la plus longue au sein du service approchait les trois ans et concernait un patient en soins libres.

Ces patients sont dans l'ensemble très déficitaires du fait de leur pathologie et parfois de leur âge. Les orientations vers un EHPAD ou une maison d'accueil spécialisée (MAS) pour patients psychiatriques sont tentées mais souvent accompagnées de retours en hospitalisation.

Un atelier thérapeutique est organisé chaque jour au sein du pavillon ou à l'extérieur : poterie, pâtisserie, « yakasortir », ballade à petits pas pour les patients les plus handicapés, aquagym, relaxation.

Une à deux sorties à la journée avec pique-nique sont organisées chaque mois.

La participation aux ateliers et aux sorties nécessite une prescription médicale faite sur proposition de l'infirmier, dès lors qu'une place est disponible et que le patient est d'accord.

Pour des raisons financières, le service n'organise plus de séjours thérapeutiques. En revanche, les patients en ayant les moyens peuvent participer à des séjours d'une semaine organisés par un prestataire extérieur.

Les permissions de sortie sont prescrites dans le cadre du projet de soin ; elles ont lieu l'après-midi à partir de 14h.

6.2.3.2 Le service de psychiatrie 4

L'unité de psychiatrie 4 est une unité ouverte de soins de longue durée ; elle occupe une partie du premier et du deuxième étage du bâtiment d'hospitalisation du site du Rosais.

Elle est composée de vingt lits répartis dans dix-huit chambres.

Les patients de cette unité sont, selon les informations fournies, plus autonomes que ceux hébergés en psy 3 et généralement d'accord avec la mesure d'hospitalisation ; même si une mesure de soins sans consentement est encore en cours.

Cette unité de réhabilitation psycho-sociale est qualifiée par le personnel soignant de mélange entre lieu de soins et de vie ; la durée moyenne d'hospitalisation y est longue (4 ans) : un patient en programme de soins est hospitalisé depuis 11 ans dans l'unité au moment de la visite.

Les patients présents le jour de la visite étaient en majorité en soins libres, les soins sans consentement représentant environ un tiers des patients.

Caractéristiques des patients présents dans le service de psychiatrie 4 le jour de la visite des contrôleurs (5/10/2015)

Statut des patients hospitalisés	Hommes	Femmes	Patients en programme de soins	Age du plus jeune patient hospitalisé	Age du plus vieux patient hospitalisé	Séjour le plus long à la date de l'enquête
ASPRE	2			37	48	201
Urgence			1			
Maire	1					
détenu						
décision judiciaire	1			37	37	
transformation SDT=>SRE						
ASPT total	2	2		32	65	272 jours
DT	1			42	42	13 jours
urgence	1	1		32	53	54 jours
péril imminent		1		65	65	272 jours
Soins libres	8	5		28	68	1 104 jours
Total	12	7	1	28	68	1 104 j.

Les locaux

a) Les chambres

Le service comprend vingt lits répartis en dix-huit chambres simples (dont cinq situées au premier étage) et deux chambres doubles (situées au deuxième étage).

L'unité ne dispose d'aucune chambre de soins intensifs.

Les chambres simples, d'une surface comprise entre 14 et 16 m², sont équipées de : un lit médicalisé, une table, un chevet, une chaise et un placard fermant à clef. Les lits sont surmontés d'une liseuse. Le mobilier est récent et en bon état. Les chambres sont propres et dans un bon état d'usage.

Les deux chambres doubles, de 20 et 23 m², sont équipées du même mobilier que les chambres simples mais en double.

Les chambres sont toutes dotées d'un cabinet de toilette comprenant un lavabo surmonté d'un miroir avec une tablette et d'un WC avec abattant.

b) Les sanitaires

L'unité dispose de trois salles d'eau : au premier étage, une salle de douche équipée d'une cabine et d'un lavabo ; au deuxième étage, une salle de douche équipée de deux cabines et une salle de bains équipée d'une baignoire et d'un lavabo.

c) Les autres espaces

Les espaces communs destinés aux patients sont les suivants :

- une salle à manger de 56 m² ;
- une salle de télévision de 22 m² ;
- un salon de 34 m².

L'unité ne dispose pas de salle de visite des familles ; les visites se déroulent dans les chambres ou dans le parc ; une salle polyvalente, située au premier étage du bâtiment, peut également être mise à la disposition des familles lors de certaines rencontres.

Les personnels disposent d'un bureau réservé au cadre de santé, d'une salle de repos, d'un bureau infirmier, d'une salle de soins, d'un bureau médical, de réserves de linge propre et sale, d'un local de rangement et de sanitaires.

Par ailleurs, situées aux mêmes étages que l'unité mais en dehors de celle-ci, huit salles d'activités thérapeutiques sont accessibles aux patients de psychiatrie 3 et 4 :

- un atelier poterie ;
- deux salles d'ergothérapie ;
- une salle de gymnastique ;
- une salle audiovisuelle ;
- une salle d'esthétique ;
- un atelier cuisine ;
- une salle polyvalente.

Le personnel

a) Le personnel médical

Le tableau suivant retrace le nombre et le statut des médecins en activité dans l'unité Psy 4.

Nombre et statut des médecins du service de psychiatrie 4

au 01/10/2015	Psy 4	
<i>Personnel médical</i>	Nombre	ETPR
Praticien hospitalier psychiatre	1	0,5
Généraliste*	1	0,1

b) Les équipes soignantes et administratives

Nombre et statut des personnels soignants et administratifs du service
de psychiatrie 4 en septembre 2015

Statut du personnel	PS4	
	Nbre	ETPR
cadre de santé	1	0,7
infirmier	13	11,71
aide-soignant	7	6,86
psychologue	1	0,13
ASQ	1	0,3
assistant médico-administratif	1	0,3

Les soignants sont organisés en trois équipes composées de deux infirmiers et d'un aide soignant le matin de 6h30 à 14h30 et l'après midi de 14h à 21h30. La nuit (21h-7h), une équipe spécifique prend le relais, composée d'un infirmier et d'un aide soignant. Par ailleurs, du lundi au vendredi, un infirmier ou un aide soignant est présent de 9h à 17h.

Les transmissions entre les équipes, d'une durée de 25 mn, s'effectuent à chaque relève. Des réunions cliniques sont organisées chaque vendredi de 14 à 16h : réunissant l'ensemble de l'équipe, elles permettent de débattre des projets thérapeutiques des patients. Des réunions institutionnelles relatives à l'organisation du service se tiennent deux à trois fois par an.

c) Les activités thérapeutiques

Huit activités thérapeutiques sont organisées hebdomadairement :

- piscine (cinq patients inscrits lors de la visite) ;
- bien-être (cinq patients inscrits lors de la visite) ;
- cuisine (cinq patients inscrits lors de la visite) ;
- « ballade à petits pas » (trois patients inscrits lors de la visite) ;
- randonnée (quatre patients inscrits lors de la visite) ;
- aquagym (deux patients inscrits lors de la visite) ;
- sport (deux patients inscrits lors de la visite) ;
- relaxation (deux patients inscrits lors de la visite).

Par ailleurs, certains patients sont inscrits auprès d'une association partenaire de l'établissement installée dans la ville (le groupe d'entraide mutuelle) qui propose aux patients diverses activités parfois payantes. Lors de la visite, un patient de l'unité se rendait ainsi chaque semaine à une activité informatique.

Enfin, le module d'éducation thérapeutique PACTE (cf. § 5.2.2.4) était également en cours dans l'unité au moment de la visite.

6.2 L'unité fonctionnelle pour adolescents du pôle de pédopsychiatrie

Cette unité, installée dans un bâtiment autonome construit en 2007, comporte un total de neuf places réparties sur cinq chambres individuelles et deux doubles.

Elle a été initialement créée pour les prises en charge « suicidaires » ; au jour du contrôle, le premier motif d'admission est le trouble du comportement pour les garçons et les troubles alimentaires pour les jeunes filles. Les adolescents y sont confiés par leurs parents ou les foyers d'accueil. Dans la majeure partie des cas, l'admission se fait après concertation. L'unité ne connaît aucun SDRE et les OPP (placements par le juge des enfants en cas de refus des parents dans le cadre d'une mesure d'assistance éducative) sont très rares (deux cas depuis un an, le juge ayant été saisi pour l'un d'eux par le médecin de l'unité).

L'équipe est composée d'un pédopsychiatre et d'un cadre de santé tous deux à mi-temps - d'une psychologue à 40 % - de 10,7 ETP d'infirmiers (jour et nuit) - de 2 ETP jour d'aide-soignant et de 2,6 ETP nuit d'aide-soignant - de 0,45 ETP d'assistante sociale - de 0,50 ETP de secrétaire - d'un enseignant spécialisé sur quatre matinées par semaine - d'un pédiatre à 20 %. Une psychomotricienne peut être sollicitée. Chaque semaine se déroulent deux réunions pluridisciplinaires, notamment pour réévaluer les projets de soins.

Les mineurs accueillis, majoritairement des filles (de l'ordre de 60 %), arrivent :

- envoyés par des centres, l'hospitalisation étant alors programmée ;
- plus rarement *via* les urgences après avoir été reçus par un psychiatre et un pédopsychiatre ; ils sont ensuite accompagnés à l'unité en ambulance.

D'après les éléments communiqués par l'hôpital, le nombre de patients reçus au cours du premier semestre 2015 a été de 83 (pour 101 mesures) ; ils étaient 120 patients accueillis en 2014 (161 mesures) et 129 patients en 2013 (187 mesures).

Sauf exception, ce qui était le cas le jour de la visite, l'unité fonctionne en portes ouvertes de 9h30 à 18h30. Il a cependant été indiqué aux contrôleurs que cette ouverture est symbolique puisqu'en tout état de cause, les mineurs ne peuvent sortir seuls. Néanmoins, l'équipe médicale a indiqué avoir soumis cette question à la discussion et a rappelé l'importance de maintenir le principe d'une ouverture des portes. Il en va différemment lorsque le mineur reçoit de la visite (il peut alors sortir avec sa famille), quand un avis médical l'autorise à fumer ou lorsque le mineur est scolarisé et bénéficie d'une autorisation parentale pour sortir. Il a été précisé que certains adolescents sortaient en dehors de ces cas, c'est-à-dire sans autorisation, mais que les « fugues » n'étaient pas plus nombreuses que lorsque que l'unité fonctionnait en porte fermée.

L'unité est spacieuse et claire, dans un excellent état d'entretien. Les chambres sont situées de part et d'autre du bâtiment ; les cinq chambres individuelles donnent sur un espace jardin auquel les enfants peuvent accéder aux horaires d'ouverture des portes pour goûter ou s'aérer *via* la salle d'activité. Elles sont dotées d'un lit, d'une armoire et d'un bureau, ainsi que d'une douche, lavabo et toilettes. Les effets personnels (photos, doudou) y sont autorisés. Les deux autres chambres doubles, situées de l'autre côté du bâtiment, disposent du mobilier et de l'espace nécessaires pour deux personnes.

L'unité dispose également de plusieurs espaces collectifs : une cuisine – salle à manger, une « salle d'ados » (disposant d'une bibliothèque très fournie, d'un lecteur DVD et un téléviseur et de jeux de société), une salle d'activités (matériel de poterie, couture, dessin...) et une salle de classe (disposant également d'une grande bibliothèque et de deux ordinateurs). Il s'y trouve également une buanderie, une pièce dotée d'un punching-ball et une salle de balnéothérapie, dont il a été indiqué qu'elle était appréciée et régulièrement utilisée par les enfants.

Les chambres de soins intensifs sont dans un bon état d'entretien et de propreté. Elles ne sont classiquement dotées que d'un matelas de type *Cumbria* et disposent d'un bouton d'appel. On y accède par un sas, dans lequel se trouvent une douche, des toilettes et un lavabo.

Diverses activités sont organisées selon le planning suivant :

- lundi matin : une heure de cours suivi d'un temps piscine³⁰ ou d'un temps sport soit à l'extérieur soit dans l'établissement ; lundi après-midi : réunion des adolescents / temps d'expression collective ;
- mardi matin : deux heures de cours ou atelier couture ; l'après-midi : atelier « expression par le jeu » ;
- mercredi matin : atelier cuisine avec une sortie à l'extérieur de l'établissement pour faire les courses ; après-midi : atelier médiation corporelle (relaxation – massage) ;
- jeudi matin : deux heures de cours ; après-midi : activités libres et visites ;
- vendredi matin : deux heures de cours ; après-midi : activités libres et visites ;
- lors des fins de semaine, des sorties sont organisées avec les adolescents hospitalisés en fin de matinée ou dans l'après-midi.

Les visites sont possibles à raison d'une heure, tous les jours, pour les parents³¹. Des visites sont également autorisées pour un ou deux amis.

Le courrier est libre. Il n'y a pas d'accès à l'informatique, excepté en classe (un poste relié à l'internet) ni aux jeux vidéo. Les téléphones portables, conservés dans une case personnelle à chaque mineur située au bureau infirmier, sont autorisés pendant les visites et durant 45 minutes le soir après le dîner. La règle est l'interdiction de fumer sauf à l'extérieur avec les parents. Des substituts nicotiniques peuvent être proposés en tant que de besoin.

³⁰ La piscine utilisée est celle de l'hôpital.

³¹ Sauf contre-indication médicale

L'unité dispose d'une chambre d'isolement utilisée en cas de crise, précision étant faite par l'équipe rencontrée qu'il n'est jamais fait usage de la contention. Face à une situation de crise, il est fait appel au renfort d'une équipe des unités psy 1 ou psy 2. Le mineur est placé en chambre d'isolement avec un traitement sédatif administré soit par voie orale soit par injection selon le choix et le comportement de l'adolescent. Deux à trois soignants selon les cas (dont en général un ou deux de la psychiatrie adulte) restent auprès du patient jusqu'à apaisement, période qui peut durer 45 minutes. Le médecin passe voir le patient au moins une fois par demi-journée. La mesure d'isolement dure quelques heures, assez rarement jusqu'à 24 heures. Il est toutefois signalé un cas où l'isolement a duré deux jours. Le recours au placement en CSI est tracé dans un cahier tenu par la responsable et conservé au bureau des infirmiers. Depuis le 1^{er} janvier 2015, il est relevé le recours à cinq mesures d'isolement pour une durée moyenne inférieure à cinq heures³².

Selon les éléments statistiques remis aux contrôleurs, le nombre d'admissions en pédopsychiatrie s'est élevé :

- en 2013, à 187 mesures de soins libres pour 129 patients avec une durée moyenne de séjour de huit jours ;
- en 2014, à 161 mesures de soins libres pour 120 patients avec une durée moyenne de séjour de onze jours ;
- durant le premier trimestre 2015, à 101 mesures de soins libres pour 83 patients avec une durée moyenne de séjour de dix jours.

Au 5 octobre 2015, date du premier jour du contrôle, l'unité accueillait six adolescents en soins libres, âgés de 13 à 16 ans. La durée de séjour la plus longue a été de cinq mois.

7- L'HOSPITALISATION DES PERSONNES DETENUES

L'ouverture à la fin de l'année 2013 d'une unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) au sein du centre hospitalier Guillaume Régnier à Rennes a permis de restreindre très largement le nombre d'hospitalisations de personnes détenues au sein du centre hospitalier de Saint-Malo.

2013			2014			2015 –premier semestre-		
Nombre mesures	Nombre patients	Nombre journées	Nombre mesures	Nombre patients	Nombre journées	Nombre mesures	Nombre patients	Nombre journées
9	9	36	4	1	14	3	2	11

Malgré l'implantation d'une maison d'arrêt à Saint-Malo, d'une capacité théorique de quatre-vingt-douze personnes, les hospitalisations de personnes détenues sont de plus en plus rares. De plus, un des praticiens hospitaliers de l'hôpital intervient au sein de la maison d'arrêt, ce qui permet un suivi réel en amont d'une hospitalisation.

³² La durée la plus courte était de 3 heures, la plus longue, de 7h15.

Les patients détenus sont systématiquement hospitalisés dans l'une des chambres d'isolement des unités psy 1 et psy 2 qui sont particulièrement peu adaptées à l'accueil de ce type de patients.

8- LE RECOURS A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION

8.1 La procédure d'isolement

Le protocole en place dans les unités 1 et 2 de psychiatrie adulte.

A titre liminaire, il convient de rappeler que les unités de psychiatrie 3 et 4 ne disposent pas de chambre de soins intensifs et n'ont pas recours aux mesures d'isolement.

La mise en chambre d'isolement (MCI) des patients hospitalisés dans les unités 1 et 2 fait l'objet d'un protocole validé le 14 janvier 2005, applicable aux patients sous contrainte et en soins libres. Un suivi du protocole a été organisé dans le service en 2007 par un groupe d'échange des pratiques professionnelles.

Le texte rappelle les motifs de la mise en isolement qui ne peuvent être que thérapeutiques : préservation de la sécurité des patients et du personnel (prévention des risques suicidaires, automutilations, et de l'hétéro agressivité) mais aussi refus de soins imposés par l'état du patient. L'isolement, réduisant les stimulations, peut également être demandé par les patients eux-mêmes ou les médecins pour cette raison. La punition, le manque de personnel ou le confort des équipes ne sauraient justifier la mesure.

Le document précise :

- l'obligation d'une prescription médicale qui doit être réévaluée toutes les 24 heures et préciser les paramètres du patient à contrôler régulièrement. Dans les cas d'urgence, le placement à l'isolement, organisé par l'équipe soignante, doit être confirmé dans l'heure par un psychiatre de l'unité ou de garde ;
- la procédure pratique de la mise en œuvre de la mesure : retrait des objets personnels pouvant provoquer des blessures, évaluation par le médecin des objets que le patient pourra conserver ; accompagnement par au moins deux soignants ; mise en pyjama sauf cas exceptionnels ;
- la nécessité d'une information du patient des règles générales de l'isolement (fouilles, mise en pyjama, aucune visite, visite régulière du personnel soignant, prise des repas dans la chambre en présence du personnel soignant) et de la visite d'un médecin toutes les 24 heures. Il est à noter que la procédure gagnerait à plus de précisions, notamment pour les patients en soins libres qui doivent donner leur accord ou à défaut faire l'objet d'une modification du statut d'hospitalisation (transformation en soins à la demande d'un tiers), ce qui semble fait en pratique ;
- les impératifs de la prise en charge : désignation d'un infirmier référent ; information des services de sécurité incendie et du médecin de permanence ; vérification à chaque sortie et à chaque utilisation du matériel de contention ;
- les obligations de la surveillance médicale et soignante : visites médicales de surveillance au minimum une fois par jour (le week-end le médecin de garde effectue la visite) ; visite infirmière au minimum toutes les heures ou plus selon la prescription. Selon les informations recueillies, les patients à l'isolement seraient toujours sédatisés mais cela n'est pas précisé par le protocole.

Une fiche médicale de prescription, jointe au dossier des patients, retrace pour chaque épisode l'effectivité du suivi de la procédure. Un relevé de surveillance de l'isolement, comportant les informations sur le suivi des besoins fondamentaux (toilette, élimination, alimentation et hydratation, traitement, visites horaires), rempli par l'équipe soignante, accompagne la fiche médicale.

Aucun patient n'était en chambre d'isolement au moment de la visite.

Traçabilité globale et éléments statistiques en psychiatrie adulte.

La traçabilité globale des mises à l'isolement en chambre spécifique est organisée à l'aide d'un registre ouvert le 1^{er} juillet 2009 à l'unité 1 et le 13 novembre 2012, à l'unité 2. La fermeture temporaire de la chambre attitrée de certains patients sur prescription médicale n'est pas retracée dans les registres mais figure dans les dossiers de chaque patient.

Ce sont les informations des registres d'isolement qui sont ressaisies pour enrichir le système d'information en psychiatrie (RIM-PSY). Au terme de l'informatisation des dossiers des patients, ces données seront directement prélevées dans les dossiers des patients par le système d'information qui en disposera de manière fiabilisée et anonymisée.

Données sur l'isolement thérapeutique des unités 1 et 2 de psychiatrie adulte 2014-2015³³

1er semestre 2015	Isolement thérapeutique pôle de psychiatrie adulte							
	psychiatrie 1				psychiatrie 2			
	nbre patients	nbre journées	nbre de séquences isol	DMS chambre isolement	nbre patients	nbre journées	nbre de séquences isol	DMS chambre isolement
patients soins à la demande représentant Etat (SDRE) total	0	0	0	0	1	16	3	5
patients soins à la demande d'un tiers (SDT) total	8	18	9	2,0	13	42	15	2,8
patients soins libres	3	6	3	2,0	5	14	6	2,3

Année 2014	Isolement thérapeutique pôle de psychiatrie adulte							
	psychiatrie 1				psychiatrie 2			
	nbre patients	nbre journées	nbre de séquences isol	DMS chambre isolement	nbre patients	nbre journées	nbre de séquences isol	DMS chambre isolement
patients soins à la demande représentant Etat (SDRE)	5	18	6	3,0	3	10	3	3,3
patients soins à la demande d'un tiers (SDT) total	19	81	23	3,5	31	91	39	2,3
patients soins libres	8	31	10	3,9	10	15	11	1,4

Source : DIM

³³Les données 2015 ne sont pas exhaustives. Ainsi selon les indications du registre de la psy 1, 26 patients avaient été isolés en chambre d'isolement au premier semestre 2015 alors que les statistiques du DIM n'en indiquent que 11.

Les données recueillies par les registres d'isolement des unités 1 et 2 ne sont pas identiques. Le premier, le plus complet, précise le statut d'hospitalisation des patients, la date et l'heure de mise à l'isolement et de sortie, la prévenance à l'entrée et la sortie des services incendie, les motifs de la mesure, le nom du médecin prescripteur depuis juin 2014 et en observations, la mise ou non sous contention. Le second ne documente que la seconde, troisième et quatrième rubrique.

L'analyse des registres et des statistiques montre que l'isolement concerne un nombre limité de patients mais que certains patients y sont souvent confrontés. Il en est ainsi d'un patient connu en 2015, huit séjours en isolement en psy 2 (dont l'un d'une durée de cinq jours) et dont le nom se retrouve également parmi les patients isolés de l'unité 1.

Au-delà de la légitimité thérapeutique de la mesure d'isolement, les conditions matérielles des chambres d'isolement (*Cf. Infra*) posent un problème de respect de la dignité des personnes.

8.2 La procédure de contention

Selon les informations fournies, aucune mesure de contention n'est utilisée en psychiatrie 3 et 4, lorsqu'un patient ne peut être maîtrisé par l'intervention verbale des soignants ou des médecins, les ambulanciers sont sollicités et le patient est conduit au service des urgences de l'établissement. Il a été précisé qu'une contention chimique pouvait parfois être prescrite.

Le protocole en vigueur dans les unités 1 et 2 de psychiatrie.

La contention « passive » fait l'objet d'un protocole validé au pôle psychiatrie adulte le 6 juin 2013 et le 1^{er} avril 2015 au pôle ANP. Il s'agit en fait du même protocole, élaboré sous l'impulsion de la présidente de la CME en charge du service de gériatrie de l'hôpital et particulièrement sensible au sujet.

Reprenant les termes de l'ANAES (agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé), devenue depuis la Haute autorité de santé, le texte, comme pour l'isolement, insiste sur le caractère exceptionnel et temporaire de la mesure qui vise à assurer la sécurité des patients et /ou de l'environnement en cas de comportements dangereux ou mal adapté.

Le document détaille :

- Les modalités de la prise de décision qui ne peut être que médicale, éclairée par l'avis de l'équipe soignante et après une évaluation des bénéfices/risques et une évocation de toutes les autres solutions. La prescription, identifiant le prescripteur, est écrite, horodatée, motivée et détaillée (type de matériels, surveillance à mettre en œuvre). Elle est réévaluée au moins toutes les 24 heures. En cas d'urgence, la contention mise en œuvre par les soignants doit être confirmée dans « les plus brefs délais » par le médecin » ;
- la nécessité d'une information du patient et de la famille sur les raisons de la mesure, les moyens et matériels utilisés et la surveillance à laquelle la personne sera soumise. Le consentement doit être recherché. L'ensemble de ces éléments sont portés au dossier médical du patient ;
- la procédure pratique de la mise en œuvre de la mesure : type de contention (lit, fauteuil, fauteuil roulant, barrières de lit), matériel utilisable ; fixation utilisée (sangle, abdominale, pelvienne, poignets, chevilles) ;

- les obligations de la surveillance médicale et soignante, établies par le médecin en fonction des risques physiques, psychologiques, environnementaux. La sédation qui, semble-t-il, est fréquemment pratiquée n'est pas mentionnée.

Comme pour la mise à l'isolement, une fiche médicale de prescription, retraçant l'ensemble des actes de la procédure, figure dans le dossier du patient.

Il n'existe aucune traçabilité collective des données sur la contention faute d'informatisation des dossiers médicaux et en l'absence de registre spécifique.

9- ÉLÉMENTS D'AMBIANCE

Au cours de leur mission les contrôleurs ont noté un certain nombre d'évolutions positives par rapport aux constats effectués lors de la première visite du Contrôleur général des lieux de privation de liberté en 2009.

En termes de management, d'importants changements au sein du pôle de psychiatrie adulte sont intervenus qui sont perçus et reconnus par l'ensemble des intervenants rencontrés (services administratifs, UNAFAM, personnels soignants...). Le pôle de psychiatrie est bien intégré au sein de l'établissement. Le personnel médical est désormais en place, même s'il restait toujours au moment du contrôle deux postes vacants ; les médecins sont présents dans les unités et de nombreuses réunions sont organisées.

Un véritable projet médical a été mis en œuvre qui semble avoir mis fin au cloisonnement entre les unités qui était souligné dans le précédent rapport.

En dépit de conditions matérielles d'hébergement qui sont parfois indignes, les contrôleurs ont ressenti une priorité donnée par l'ensemble du personnel à l'accueil, à l'écoute et au respect des patients. En outre, le service de psychiatrie est apparu particulièrement ouvert au questionnement sur ses pratiques et l'amélioration de la prise en charge des patients.

La fermeture de trois unités sur quatre **et la plus grande difficulté à en sortir même pour les patients en soins libres pose question quant au respect de la liberté d'aller venir des patients.** Une réflexion médicale semble avoir été menée sur l'ouverture des portes qui s'est heurtée notamment aux risques de fugues liés à la configuration architecturale du site Broussais qui ne dispose pas de clôture.