



---

**RAPPORT DE VISITE :**  
**UNITE POUR MALADES**  
**DIFFICILES DE**  
**PLOUGUERNEVEL**  
**(CÔTES D'ARMOR)**

1<sup>er</sup> au 5 juin 2015 – 2<sup>ème</sup> visite

## SYNTHESE

Du 1<sup>er</sup> au 5 juin 2015, cinq contrôleurs du Contrôleur général des lieux de privation de liberté ont effectué la visite de l'unité pour malades difficiles (UMD) de Plouguernevel dans les Côtes-d'Armor.

Une première visite avait été réalisée en 2009.

Un rapport de constat a été rédigé et adressé le 8 septembre 2016 au directeur de l'établissement. Celui-ci a fait part de ses remarques qui ont été prises en compte pour la rédaction de ce rapport de visite.

Cinquième UMD ayant vu le jour en France, l'UMD de Plouguernevel, dénommé Christian Codorniou, a ouvert ses portes en 2008.

Cette UMD est située dans un bâtiment moderne, de plain-pied, et accueille des patients des régions Bretagne, Pays de la Loire et Basse-Normandie, tout en assurant des admissions pour l'ensemble du territoire français au titre de la solidarité nationale. À leur arrivée, les patients sont affectés dans l'une des deux unités de vingt lits en fonction des places disponibles.

Chaque unité est divisée en deux zones : l'une diurne, où les patients prennent leur repas et vaquent à des occupations diverses mais pauvres, quand ils ne sont pas en activité, dans la cour ou en entretien, et l'autre nocturne, où se trouvent les chambres individuelles occupées la nuit et pendant la sieste. Le pôle d'activités et la cafétéria sont communs aux deux unités.

### **Des locaux propres, vastes, fonctionnels parfois au détriment du confort et de l'intimité**

Les locaux sont vastes, fonctionnels et propres. Ils ont été conçus avec une préoccupation sécuritaire prédominante, parfois au détriment du confort de vie et de l'intimité des patients. Chaque chambre est dotée de plusieurs œillets donnant jusque dans la douche et possède deux portes d'accès permettant d'y entrer en nombre mais aucune n'est équipée de postes de télévision ou d'émetteurs de musique comme il en existe dans certains établissements hospitaliers, même en chambre d'isolement. Les salles de détente, salles à manger et autres cabines téléphoniques sont équipées de grandes vitres, de telle sorte que l'on est toujours à portée de regard et que toute recherche d'intimité est vaine. Les espaces de vie et les locaux de consultations sont impersonnels, uniformes et froids. En l'absence des patients qui déambulent, on pourrait croire que l'espace n'a jamais été habité.

### **Un personnel en nombre, motivé et formé**

Le personnel soignant, infirmiers, ergothérapeutes et psychomotriciens sont en nombre suffisant. Ils bénéficient d'une bonne formation lors de leur recrutement, puis de façon continue. Ils ont tous été formés à la méthode « oméga » permettant de gérer les crises de violence et se montrent, dans leur ensemble, motivés et dynamiques. Les échanges entre les deux unités sont peu fréquents, ce qui entraîne des différences de fonctionnement notamment dans la lecture des règles de vie qui régissent l'UMD.

### **Une notification des droits qui doit être repensée**

L'affichage des droits des patients dans les espaces communs est incomplet, les documents qui les répertorient ne sont pas distribués de façon systématique et les infirmiers, peu rôdés à cet exercice, notifient des droits mécaniquement sans, souvent, en comprendre le sens ou la portée. Cette pratique semble davantage destinée à décharger la direction de ses responsabilités qu'à permettre aux patients de s'exprimer sur leurs modalités d'hospitalisation

ou d'en contester le bien-fondé. Par ailleurs, le bâtonnier de Saint-Brieuc refuse de nommer des avocats commis d'office pour les audiences du JLD.

### **Des prises en charge thérapeutiques satisfaisantes, associant activités et sorties thérapeutiques mais des week-ends moroses**

Les conditions de prise en charge thérapeutiques sont apparues globalement satisfaisantes. Le projet de service et les objectifs poursuivis sont clairs même si certaines pratiques sont apparues floues dans leurs règles d'application. Il a ainsi été difficile d'établir formellement les modalités de placement en « retrait » (confinement volontaire ou imposé d'un patient dans sa chambre à visée apaisante et permettant d'éviter un placement en chambre d'isolement). De même, les réponses des infirmiers quant à la possibilité pour les patients de conserver un livre la nuit ont été divergentes. Les réunions de synthèse hebdomadaires de chaque unité semblent constructives. Les échanges entre les professionnels de santé y sont intéressants et elles permettent d'adapter la prise en charge au plus près des besoins des patients. Les activités thérapeutiques, appréciées des patients, sont de qualité et les indications pour y participer sont discutées en équipe. Les sorties de courte durée, également à visée thérapeutique et toujours accordées par le préfet, sont aussi très appréciées des soignants et des patients. En revanche, le week-end est décrit comme morose et ennuyeux, faute d'activité.

### **Des règles dont la vocation n'est pas toujours limpide et un fonctionnement disciplinaire laissant craindre des dérives**

Le plus difficile dans cette unité qui accueille des patients gravement malades et parfois dangereux, est d'évaluer la pertinence, à la fois quantitative et qualitative, des privations de liberté. Si certaines restrictions telles que le placement en chambre d'isolement, la mise sous contention ou l'obligation de prendre un traitement ont une vocation thérapeutique indéniable, ce n'est pas aussi clair pour d'autres mesures. Certaines règles ont pour origine des problèmes d'organisation. Les visites, d'une heure trente environ, sont autorisées en semaine mais interdites le week-end faute d'effectifs suffisants pour les surveiller. Du fait de l'arrivée de l'équipe de nuit et de la nécessité de faire des transmissions infirmières, la réintégration des chambres se fait à 20h et le retrait de tous les objets (MP3, jeux, mais aussi brosse à dents, dentifrice) a lieu à 21h. Plus rien ne se passe avant le lendemain matin à 7h. D'autres contraintes trouvent leur origine dans le fonctionnement disciplinaire. Les patients prennent leurs repas dans une salle commune. Ils sont quatre par table, toujours à la même place. Ils mangent sous le regard attentif des infirmiers et quand le repas est terminé, ils attendent que l'un d'eux les appelle. Un infirmier égraine le nom des patients. À l'appel de son nom, chacun se lève silencieusement, dépose son plateau à la cuisine puis retourne s'asseoir. Quand chacun a débarrassé son plateau, l'autorisation de se lever est donnée. Ce rituel se fait dans une atmosphère évoquant les maisons de redressement. Rien n'est laissé au hasard, chaque chose a sa règle et ce qui n'est pas autorisé est interdit. Enfin certaines privations ponctuelles semblent relever d'une démarche punitive.

Dans ce contexte, des dérives sont possibles et presque inévitables en l'absence de contrôle externe. Mais la CRUQPC ignore pratiquement l'existence de l'UMD, les autorités ne se rendent jamais dans l'unité, la commission de suivi médical se réunit mensuellement mais les visites réglementaires qu'elle effectue sont expédiées. Quant au collège des soignants prévu par la loi

de juillet 2011, il est constitué pour les médecins, du psychiatre traitant et d'un de ses collègues exerçant à l'UMD.

## OBSERVATIONS

### BONNES PRATIQUES

- 1. Les délais de sortie de l'UMD après l'avis de la commission de suivi médical sont rapides.*
- 2. Les patients de l'UMD bénéficient d'activités thérapeutiques nombreuses et variées.*

### RECOMMANDATIONS

- 1. L'accès à l'établissement doit être mieux indiqué.*
- 2. Il convient d'engager une réflexion sur les objectifs du règlement intérieur et du livret d'accueil, afin que le patient soucieux de s'informer de ses droits puisse trouver aisément, dans l'un d'entre eux au moins, l'ensemble des informations, rédigées de manière accessible et d'en revoir le contenu pour éviter toute incohérence et faire explicitement référence à l'art. L3211-3 du CSP.*
- 3. Le règlement intérieur est, sur certains points, imprécis (vie quotidienne, activités, liste des autorités avec lesquelles les patients peuvent librement communiquer) ; il conviendrait de le compléter. Certaines informations sont par ailleurs confuses, voire contradictoires (droit de correspondance) ; il conviendrait de clarifier ce règlement et de s'assurer de sa cohérence avec le livret d'accueil.*
- 4. Alors que la preuve n'est pas rapportée que les patients se sont vus notifier la décision qui les transfère à l'UMD, les décisions ultérieures de maintien sont notifiées par deux voies, et selon des modalités variables. Il convient de rédiger un protocole permettant d'uniformiser les modalités de notification des décisions administratives et de transmettre aux patients une information complète sur leurs droits. Il convient, pour ce faire, de mettre en place une formation juridique des soignants et de tout personnel susceptible de procéder à ces notifications.*
- 5. Les modalités de recueil des observations du patient apparaissent comme de pure forme : les personnes en charge du recueil de sa signature ne sont manifestement pas au fait du cadre juridique et des enjeux et peinent à fournir au patient les informations nécessaires. Il convient de réfléchir aux modalités de ce recueil.*
- 6. Il convient de revoir la composition du collège des professionnels de santé afin que le second médecin soit réellement extérieur à la prise en charge et de s'assurer que cet organe est un réel lieu d'échanges et de débat.*
- 7. Il convient de fournir aux patients une information sur le rôle des juges de liberté et de la détention en temps utiles et selon les modalités pour que le patient soit effectivement en mesure de faire valoir ses droits. Pour cela, le processus d'information des patients doit être revu.*

- 8. La copie de la convocation devant le JLD doit être remise au patient, assortie d'explications quant à ses droits**
- 9. Il est nécessaire que les patients bénéficient effectivement de l'assistance d'un avocat pour l'audience.**
- 10. Il est nécessaire d'établir un protocole permettant de s'assurer que la notification de la décision du juge des libertés et de la détention est effectuée dans les formes (notamment avec remise de copie), par un personnel formé, en mesure de délivrer une information juridique correcte.**
- 11. La CDSP doit être réactivée et jouer son rôle de garantie du droit des patients pris en charge à l'UMD.**
- 12. Il conviendrait de sensibiliser la CRUQPC à l'existence et au fonctionnement de l'UMD.**
- 13. Il est souhaitable que le comité d'éthique puisse s'autosaisir de sujets visant les patients sans consentement.**
- 14. Le terme « patient dangereux » figurant dans le projet médical de l'UMD doit être remplacé par celui de difficile.**
- 15. Il serait utile de prévoir des réunions entre les deux équipes des deux unités de l'UMD afin de permettre une réflexion collective sur les pratiques.**
- 16. Des mesures doivent être prises pour diminuer la durée du jeûne de nuit, soit en retardant l'heure du dîner, soit en avançant celle du petit déjeuner.**
- 17. Une certaine souplesse dans l'application du règlement devrait permettre que les patients puissent regarder un film ou une émission jusqu'à son terme.**
- 18. Un assouplissement des règles qui encadrent la prise des repas permettrait sans doute d'en faire un moment plus convivial et moins disciplinaire.**
- 19. Des mesures doivent être prises pour que les visites soient autorisées les week-end et jours fériés.**
- 20. Une réflexion de fond doit être menée afin de différencier plus clairement ce qui relève de la discipline de ce qui relève du soin.**

## Table des matières

<b>SYNTHESE</b> .....	<b>2</b>
<b>1. CONDITIONS DE LA VISITE</b> .....	<b>10</b>
<b>2. PRESENTATION GENERALE DE L'UMD</b> .....	<b>11</b>
2.1 L'IMPLANTATION ET LES LOCAUX : L'ACCES DE L'ETABLISSEMENT EST MAL SIGNALE .....	11
2.2 LE PERSONNEL : DES EQUIPES PLURIDISCIPLINAIRES STABLES ET EXPERIMENTEES .....	11
2.2.1 Un personnel en nombre, diversifié et relativement stable .....	11
2.2.2 Une organisation du travail précisément définie .....	14
2.2.3 Absentéisme, conditions de travail et soutien au personnel .....	15
2.3 LES CARACTERISTIQUES DES PATIENTS : UNE ORIGINE DES PATINETS INTERREGIONALE .....	16
2.4 L'ACTIVITE DE L'UMD ET LA DUREE MOYENNE DE SEJOUR SONT STABLES .....	18
<b>3. LES CONDITIONS ET LES MODALITES D'ADMISSION DES PATIENTS</b> .....	<b>20</b>
3.1 LES CONDITIONS ET FORMALITES D'ADMISSION SONT BIEN ORGANISEES.....	20
3.2 LES FORMALITES A L'ADMISSION SONT SIMPLES.....	21
3.3 LES PATIENTS NE SONT PAS SUFFISAMMENT INFORMES DE LEURS DROITS.....	21
Les informations générales données aux patients .....	21
3.4 LA NOTIFICATION DES DECISIONS ADMINISTRATIVES ET L'INFORMATION SUR LES RECOURS .....	29
3.5 LE RECUEIL DES OBSERVATIONS DU PATIENT DOIT ETRE MIS EN ŒUVRE.....	31
3.6 L'ACCES DU PATIENT AU DOSSIER MEDICAL DOIT ETRE AMELIORE .....	32
3.7 LE COLLEGE DES PROFESSIONNELS DE SANTE DOIT ETRE CONFORME AUX EXIGENCES DE LA LOI .....	32
3.8 LA SORTIE .....	33
3.8.1 Les autorisations et permissions de sortie .....	33
3.8.2 La commission du suivi médical .....	33
3.8.3 Des délais rapides entre la décision médicale de sortie et la sortie effective des patients .....	35
3.9 LES REGISTRES DE LA LOI DOIVENT CONTENIR TOUTES LES INFORMATIONS PREVUES PAR LE CODE DE LA SANTE PUBLIQUE .....	35
3.10 LES CONTROLES .....	36
3.10.1 Le juge des libertés et de la détention .....	36
3.10.2 La commission départementale des soins psychiatriques .....	42
3.10.3 La visite des autorités.....	42
3.11 LES GARANTIES DE QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE NE CONCERNENT PAS SPECIFIQUEMENT L'UMD ....	43
3.11.1 La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC, aujourd'hui commission des relations avec les usagers).....	43
3.11.2 Le traitement des plaintes et réclamations.....	43
3.11.3 Le recueil des événements indésirables.....	44
3.11.4 Les enquêtes de satisfaction .....	45
3.11.5 L'espace éthique .....	45
<b>4. LES CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE</b> .....	<b>47</b>
4.1 LES CONDITIONS MATERIELLES DE L'HOSPITALISATION SONT FONCTIONNELLES MAIS NE GARANTISSENT PAS L'INTIMITE DES PATIENTS .....	47
4.1.1 Les locaux.....	47
4.2 LES ACTIVITES SONT NOMBREUSES DURANT LA SEMAINE .....	48
4.2.1 La sûreté.....	50
4.3 LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DONNE UNE GRANDE PLACE A LA SECURITE .....	51
4.3.1 Le projet médical et sa mise en œuvre dans les unités.....	51
4.3.2 L'organisation quotidienne de la prise en charge .....	53
4.3.3 La communication avec l'extérieur .....	56

4.3.4	L'exercice du droit de vote.....	57
4.3.5	L'exercice du culte.....	57
<b>5.</b>	<b>LE RECOURS A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION.....</b>	<b>58</b>
5.1	LE RECOURS A L'ISOLEMENT DOIT FAIRE L'OBJET D'UNE REFLEXION ET D'UNE TRAÇABILITE CONFORMEMENT A L'ARTICLE L3222-5-1 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE.....	58
5.1.1	Les chambres d'isolement.....	58
5.1.2	Procédures et pratiques.....	58
5.1.3	La traçabilité et les chiffres.....	60
5.2	LE RECOURS A LA CONTENTION DOIT FAIRE L'OBJET D'UNE TRAÇABILITE.....	61
5.2.1	Procédures et pratiques.....	61
<b>6.</b>	<b>L'HOSPITALISATION DES PATIENTS DETENUS.....</b>	<b>62</b>
<b>7.</b>	<b>APPRECIATION GENERALE.....</b>	<b>63</b>



---

# RAPPORT

## Contrôleurs :

- Cyrille Canetti, chef de mission ;
- Anne-Sophie Bonnet ;
- Dominique Legrand ;
- Annick Morel ;
- Marije Allikmets.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, cinq contrôleurs ont effectué du 1<sup>er</sup> au 4 juin 2015 une visite de l'unité pour malades difficiles (UMD) « Christian Codorniou », située à Plouguernevel (Côtes-d'Armor).

## 1. CONDITIONS DE LA VISITE

Annoncée par téléphone au préfet des Côtes-d'Armor, au président et au procureur de la République du tribunal de grande instance de Saint-Brieuc ainsi qu'au directeur de l'agence régionale de santé de Bretagne (ARS), la visite des contrôleurs a débuté le lundi 1<sup>er</sup> juin 2015 à 16h. Les contrôleurs ont été reçus par le directeur général de l'association gestionnaire, l'association hospitalière de Bretagne (AHB) qui avait réuni afin que leur soit présentée la mission, les personnes suivantes :

- le président du conseil d'administration de l'AHB ;
- la directrice qualité, sécurité et gestion des risques ;
- la directrice des soins ;
- la responsable du service accueil - admissions ;
- la chargée de communication ;
- le directeur technique et logistique ;
- le responsable de la sécurité ;
- l'assistante du directeur général ;
- le psychiatre président de la commission médicale d'établissement (CME) ;
- le psychiatre responsable de l'UMD ;
- le cadre de soins de l'UMD ;
- l'infirmière hygiéniste ;
- un agent du service de la restauration ;
- un délégué de l'union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM), membre du conseil d'administration de l'AHB ;
- le président de l'association France-Alzheimer 22, membre de la CRUQPC ;
- une déléguée UNAFAM, membre de la CRUQPC ;
- une infirmière du réseau géronto-psychiatrique 56, membre de la CRUQPC ;

Les contrôleurs ont été très bien reçus et tout a été fait pour faciliter le bon déroulement de leur mission. L'ensemble des moyens logistiques et des documents demandés ont été mis à leur disposition. Les contrôleurs ont notamment pu s'entretenir en toute confidentialité avec les professionnels et les personnes hospitalisées.

Une visite de nuit a été effectuée le 3 juin.

Une réunion de restitution s'est déroulée, le 4 juin à 14h, en présence du directeur, de la directrice qualité, du président de la CME, du psychiatre et du cadre de santé responsables de l'UMD, du responsable de la sécurité.

## 2. PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE L'UMD

### 2.1 L'IMPLANTATION ET LES LOCAUX : L'ACCES DE L'ETABLISSEMENT EST MAL SIGNALÉ

L'UMD dépend du centre hospitalier spécialisé de Plouguernevel (200 lits dont 40 à l'UMD), établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC), géré par l'association hospitalière de Bretagne.

Construite de plain-pied à l'écart de l'établissement principal auquel elle rattachée, l'unité se situe à proximité de la ville de Plouguernevel, au Sud du département des Côtes-d'Armor, à côté d'un bois. L'accès à l'établissement était mal signalé et il a fallu que les contrôleurs se fassent expliquer le chemin oralement.

#### **Recommandation**

*L'accès à l'établissement doit être mieux indiqué.*

Entourée d'un mur d'enceinte de forme ovale de 4,5 m de haut, elle est constituée de deux unités identiques et symétriques d'une capacité de vingt lits chacune, séparées par une cafétéria et un bloc d'activités : chaque unité dispose d'une cour grillagée. L'établissement est entouré d'espaces verts qui servent à des activités sportives.



*Vue panoramique de l'UMD à l'intérieur du mur d'enceinte*

### 2.2 LE PERSONNEL : DES ÉQUIPES PLURIDISCIPLINAIRES STABLES ET EXPÉRIMENTÉES

#### 2.2.1 Un personnel en nombre, diversifié et relativement stable

En 2015, plus de quatre-vingt-six personnes travaillent à l'UMD (83,3 équivalents temps plein), ce qui correspond, à moins 2,7 postes près, à l'effectif théorique prévu pour la structure (différence de 4 postes pour les infirmiers). L'effectif théorique et physiquement présent est quasi constant depuis deux ans. Le taux d'encadrement des patients par les soignants est de 2,1.

Le personnel spécifiquement affecté à l'unité, couvre un éventail très large de compétences, destinées à soutenir le projet thérapeutique des patients qui y sont hospitalisés : médecins dont trois psychiatres et un médecin généraliste (0,20 % de temps plein), personnels soignants (infirmiers, aides-soignants, psychologue, psychomotricien, ergothérapeute), personnels éducatifs et sociaux (animateur sportif, assistante sociale), personnel technique (agents de service technique, personnel de la cafeteria, coiffeur). Outre le personnel dédié à l'UMD, un pool de quatre infirmiers de l'établissement de rattachement peut être mobilisé en tant que de besoin pour rejoindre l'UMD afin que les normes d'encadrement y soient toujours respectées.

Personnel de l'UMD 2013-2015

2013	2013		2014		2015 Du 01/01/2015 au 31/05/2015	
	Nombre emplois théoriques*	ETPR*	Nombre emplois théoriques*	ETPR*	Nombre emplois théoriques*	ETPR*
<b>1- Personnel médical</b>						
Psychiatre	3	3	3	3	3	3
Généraliste	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Interne			1	0,17	1	0,8
<b>2- Personnel services de soins et de rééducation</b>						
cadre sup	1	1	1	0,98	1	1
cadre sante	2	1,99	2	1,78	2	2
IDE	51	47,8	51	48,26	51	46,95
Aide-soignant	7,5	7,97	7,5	7,14	7,5	7,84
ergothérapeute	3	2,88	3	2,91	3	2,92
psychomotricien	1	1	1	0,97	1	1
autre (préciser)						
psychologue	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86	0,84
<b>personnel éducatif et sociaux</b>						
animateur sportif	1	1	1	0,95	1	0,97
assistante sociale	0,5	0,26	0,5	0,45	0,5	0,47
<b>3- Personnel administratif et technique</b>						
agent des services logistiques	8	7,69	8	7,9	8	7,9
assistant médico administratif	1	0,64	1	0,28	1	0,79
employés d'accueil cafeteria, coiffeur	3,9	2,92	3,9	3,25	3,9	2,32
mensualités de remplacements	1,04	5,67	1,04	6,36	1,04	4,3
<b>total</b>	<b>85</b>	<b>84,88</b>	<b>85</b>	<b>85,29</b>	<b>86</b>	<b>83,3</b>

Source : DRH établissement

Le *turn-over* affecte une partie des professionnels soignants : en 2013 on enregistrait le départ (retraite, mobilité, démission) de huit infirmiers (soit 10 % du personnel infirmier), dont plus de la moitié à l'unité 2, contre cinq au total en 2014. Cependant de façon générale, le personnel de l'UMD est relativement stable. Selon les informations recueillies, 60 % des personnels affectés à l'UMD lors de sa création en 2008, le seraient encore en 2015, principalement en poste à l'unité 1. Les remplacements s'effectuent avec fluidité y compris pour les remplacements de psychiatres.

#### Mouvement du personnel à l'UMD 2013-2014

Postes	2013		2014	
	Départs	Arrivées	Départs	Arrivées
Unité 1	1 responsable unité de soins ; 3 infirmiers ; 1 AS;1 ASL	1 responsable unité de soins ; 4 infirmiers ; 1 AS ; 1 ASL	3 infirmiers ; 1 AS ; 1 ASL	2 infirmiers ; 1 AS
Unité 2	5 infirmiers ; 1 AS	5 infirmiers ; 1 ASL	1 responsable unité de soins ; 2 infirmiers ; 1AS	1 responsable unité de soins (FF); 2 infirmiers
Postes Transversaux	2 psychiatres ; 1 ergo ; 1 agent accueil	1 ergo; 1 agent accueil	2 agents accueil	1 psychiatre ; 1 agent accueil
Total	16	15	10	9

Source : rapport d'activité 2013-2014 UMD

La relative stabilité des équipes et l'absence de pénurie dans les recrutements peuvent s'expliquer, outre par l'intérêt pour le personnel d'une pratique au contact de malades difficiles, par différents éléments d'une politique générale attentive à la formation des agents nouvellement recrutés (tutorat, modules obligatoires de formation lors de la prise de fonction, consolidation des savoirs en psychiatrie). Elles peuvent être également éclairées par le soin mis au recrutement des personnels spécifiquement affectés à l'UMD et l'attention portée au fonctionnement du service :

- recrutement sur la base du volontariat ;
- profil de postes soignants privilégiant une expérience d'au moins deux ans en psychiatrie ;
- mobilités professionnelles satisfaites rapidement lorsque la volonté en est exprimée ;
- règles sur la mixité des infirmiers : 70 % d'hommes dans les équipes et jamais plus de 50 % de femmes en termes de présence physique ;
- attention aux situations particulières : les personnels féminins enceintes sont affectées dans d'autres unités le temps de leur grossesse) ;

- formation initiale systématique dans les six mois suivant l'arrivée à l'UMD à la gestion de violence : formation OMEGA de quatre jours (quatre infirmiers de l'unité sont formateurs OMEGA.) ; formation OMEGA de suivi après deux ans d'expérience ;
- gestion vigilante des situations de crise (cf. *infra*).

Par ailleurs, hormis les médecins, l'ensemble des agents travaillant à l'UMD bénéficie d'une prime mensuelle de 234 euros, indépendante de la nature et du niveau d'emploi.

### 2.2.2 Une organisation du travail précisément définie

Le nombre total des agents affectés à l'UMD, calculé conformément aux normes d'encadrement prescrites par les directives ministérielles applicables à ce type de structure (un infirmier pour six patients en permanence dans la journée et pour dix patients la nuit), a été « calibré » pour tenir compte des contraintes :

- du droit du travail (congrés, ARTT) ;
- de l'absentéisme ordinaire ;
- des nécessités d'une organisation du travail qui fait une part importante à la sécurité (par exemple l'entrée dans la chambre d'un patient ne peut être effectuée que par deux infirmiers, de même que l'accompagnement à l'extérieur de l'unité pour les soins somatiques, dentaires ou les audiences du juge des libertés et de la détention - JLD) ;
- des obligations d'astreinte sur l'ensemble du CHS.

Le choix d'une sécurité « soignante », assumée par les infirmiers, explique également le nombre des soignants présents : ainsi en cas d'incident ou d'agression par un patient, ce sont les soignants des deux unités qui porteront « secours » à leurs collègues et non des équipes de sécurité dédiées à la fonction.

L'organisation en place est telle que chaque unité doit, dans la semaine, le matin (7h-14h30) et le soir (14h-21h30), comporter au moins quatre infirmiers dans chaque unité, un cinquième étant affecté à l'une ou l'autre en renfort : un aide-soignant complète l'effectif soignant sur ces plages. La nuit (21h15-7h15), le relais est pris par deux infirmiers dans chaque unité, un troisième étant, comme dans la journée, présent « en plus » dans l'une ou l'autre des unités. L'équipe de nuit est spécifiquement affectée à cette plage horaire et ne prend jamais de service dans la journée. Les horaires des équipes se chevauchent sur une demi-heure ou un quart d'heure pour effectuer les transmissions. Les plannings des mois de mars à juin remis à la mission sont conformes aux normes prévues.

Le week-end et les jours fériés, l'effectif soignant dans la journée est de cinq IDE sur une unité et de quatre sur l'autre (alternativement).

L'ensemble des fonctions que doivent assumer les soignants mais aussi les autres agents (personnel de la cafeteria, psychomotricien, agents des services logistiques) tout au long de la journée ou de la nuit de travail est décrit dans des fiches type précisant également les horaires de travail. Ainsi chacun des infirmiers, présent la journée ou la nuit, tient un « poste » dont les tâches sont détaillées (lever des patients, distribution des médicaments, gestion du PC, surveillance des repas, etc.). Les « postes » peuvent changer tous les jours selon la distribution des tâches organisée par le cadre de santé de chaque unité.

### 2.2.3 Absentéisme, conditions de travail et soutien au personnel

L'absentéisme pour cause de maladie du personnel affecté à l'UMD était, durant les premiers mois de l'année 2015, inférieur à celui constaté pour l'ensemble des salariés de l'association (3,90 % des journées travaillées contre 5,3 %). Le constat est le même pour les années 2014 et 2013.

En 2013, cinquante-neuf accidents du travail (AT) ont concerné l'UMD (soit 17 % des AT de l'ensemble des établissements de l'association) dont neuf ont entraîné un arrêt de travail ; en 2014, trente-et-un (soit 10 % de la totalité des AT de l'AHB) dont cinq avec arrêt de travail. Sur les deux années étudiées, environ les deux tiers des AT sont en rapport avec la violence physique des patients. Il n'y a pas de différence interprétable entre les deux unités quant au nombre et à la gravité des AT.

Comme pour l'ensemble des établissements gérés par l'Association hospitalière de Bretagne, les incidents majeurs et critiques, identifiés par les responsables, soit par le biais des accidents du travail ou des fiches d'événements indésirables (cf. 3.11.3), font l'objet d'une gestion spécifique et protocolisée depuis 2012. Les plus graves (violences, décès...) donnent lieu à un accompagnement spécifique du personnel (rencontre avec le directeur, soutien psychologique, rendez-vous avec le médecin du travail) et éventuellement, d'un retour d'expérience sur la base d'un comité de retours d'expérience (méthode Crex). Pour chaque situation critique, ces comités, constitués de membres de la direction qualité, du CHSCT<sup>1</sup>, des professionnels présents lors de l'incident, du médecin et du responsable du service /établissement concerné, analysent l'arbre des causes des événements et proposent un plan d'action destiné à les prévenir. En 2013 et 2014, cette procédure a été appliquée cinq fois à l'UMD dont trois après des agressions (deux se sont produites un dimanche et un jour férié), les deux autres faisant suite à des erreurs médicamenteuses.

Par ailleurs, le CHSCT, commun aux établissements de l'AHB, peut se saisir des problèmes de conditions de travail observés à l'UMD. Au vu de l'étude des comptes rendus 2013 et 2014 de l'instance, le fonctionnement des établissements médico-sociaux de l'association occupe une large place dans ses débats. Les mêmes comptes-rendus témoignent du regard critique d'une organisation syndicale sur le fonctionnement d'un retour d'expérience effectuée à l'UMD en 2014 et d'une interrogation sur le choix de la société de maintenance des dispositifs de sécurité de l'unité.

Les représentants syndicaux rencontrés par la mission n'ont pas fait état de problèmes particuliers à l'UMD.

---

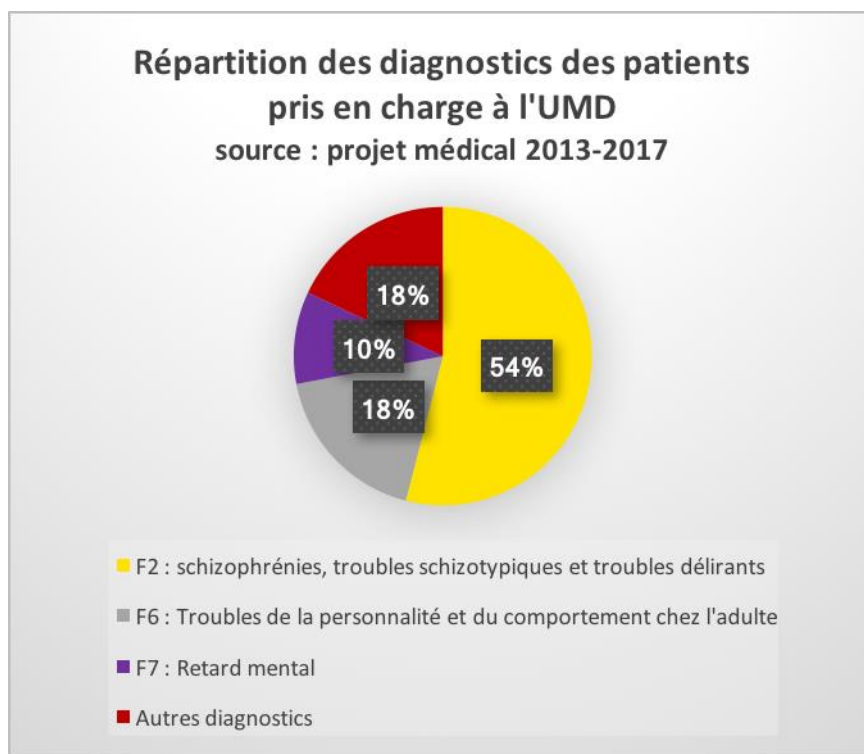
<sup>1</sup> CHSCT : comité d'hygiène, de la sécurité et des conditions de travail

### 2.3 LES CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS : UNE ORIGINE DES PATIENTS INTERREGIONALE

Selon les critères d'admission à l'UMD, définis par le projet de service, les patients accueillis, tous sous contrainte, exclusivement masculins, doivent présenter les caractéristiques suivantes, liées à des troubles psychiatriques : avoir fait l'objet de soins intensifs (traitements ; maintien prolongé en chambre de soins intensifs) ; présenter des critères de dangerosité (antécédents de comportements violents, comportements violents actuels imminents ou avérés, résistance aux traitements).

Dans le cadre de la certification de l'établissement par la Haute autorité de santé (HAS), une évaluation des pratiques professionnelles sur les critères d'admission de l'unité est en cours afin de « caractériser qualitativement les demandes, de disposer de données épidémiologiques sur les demandes acceptées et de disposer de données objectives afin d'adapter l'offre de soins aux éventuelles évolutions des demandes ».

Les troubles schizophréniques sont les diagnostics dominants des patients de la file active. Leur âge moyen était de 33,5 ans en 2013 et de 34,5 ans en 2014, celui des patients admis de 32 ans en 2013 et de 36,5 ans en 2014.



#### *Une origine des patients interrégionale*

A partir des critères médicaux définis, priorité est donnée aux patients des établissements (CHS, établissements pénitentiaires) de la région Bretagne, Basse Normandie et Pays de Loire. Les patients des autres régions peuvent être également admis sur la base d'une solidarité nationale.



Conformément à sa vocation, l'UMD accueille en majorité des patients de la région Bretagne et des deux régions limitrophes (Basse-Normandie, Pays de Loire) : en 2013, 80 % des patients entrants viennent de ces trois régions et 73 % en 2014. Les autres recrutements au titre de la solidarité nationale sont issus de l'Ile-de-France, du Nord, du Rhône, voire des départements de l'Outre-mer, ou encore sont sans domicile fixe.

### Origine géographique des patients admis à l'UMD en 2013 et 2014

Origine des patients par région et département	2013		2014	
	Nombre	%	Nombre	%
<b>Bretagne total</b>	<b>19</b>		<b>22</b>	
<i>Côtes-D'armor</i>	4	9,52	5	10,42
<i>Finistère</i>	9	21,43	9	18,75
<i>Ille-et-Vilaine</i>	3	7,14	4	8,33
<i>Morbihan</i>	3	7,14	4	8,33
<b>Basse-Normandie</b>	<b>3</b>		<b>8</b>	
<i>Calvados</i>	1	2,38	5	10,42
<i>Manche</i>	1	2,38	2	4,17
<i>Orne</i>	1	2,38	1	2,08
<b>Pays de Loire</b>	<b>12</b>		<b>12</b>	
<i>Loire-Atlantique</i>	6	14,29	5	10,42
<i>Maine-et-Loire</i>	3	7,14	5	10,42
<i>Mayenne</i>	1	2,38		
<i>Vendée</i>	2	4,76	2	4,17
<b>Autres régions</b>				
<i>Poitou-Charentes</i>	<b>1</b>	2,38		
<b>Nord</b>	<b>2</b>	4,76		
<b>Ile-de-France</b>	<b>2</b>		<b>3</b>	
<i>Hauts-de-Seine</i>			1	2,08
<i>Seine-Saint-Denis</i>			2	4,17
<i>Val-de-Marne</i>	1	2,38		
<i>Val-d'Oise</i>	1	2,38		
<i>Rhône</i>			1	2,08
<i>Outre-mer</i>	1		<b>1</b>	

<b>Cayenne</b>	1	2,38		
<b>Mayotte</b>			1	2,08
<b>SDF</b>	2	4,76	1	2,08
<b>Total</b>	42	99,98	48	100

Source : DIM

### *Le statut des patients : une présence minoritaire de patients détenus*

Parmi les patients sous contrainte admis en 2013 et 2014, les personnes détenues sont minoritaires : six sur quarante-deux (14 %) en 2014 ; six sur quarante-huit (12 %) en 2014. Mais ce chiffre peut être plus élevé selon les années (26 % en 2012 ; 21 % en 2011). 5 % des patients ont été déclarés irresponsables pénalement en raison de leur pathologie.

#### **2.4 L'ACTIVITÉ DE L'UMD ET LA DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR SONT STABLES**

La file active de l'UMD (patients présents au 1<sup>er</sup> janvier+ patients admis dans l'année) était de quatre-vingt-cinq en 2014 dont dix-sept avaient fait plusieurs séjours à Plouguernevel. En 2013, l'UMD avait enregistré trente-cinq réadmissions au total depuis son ouverture soit 13,3 % des admissions totales.

La durée moyenne de séjour (DMS) globale était de 151 jours en 2014. La légère diminution constatée par rapport à 2013 (DMS de 153 jours) n'apparaît pas significative sur une longue période : ainsi la DMS était de 158 jours en 2008 et de 147 jours en 2009. Le séjour le plus long était en 2014 de 2 ans et 7 mois et le plus court de 29 jours. Les personnes détenues ont eu des durées moyennes de séjour plus longues que les autres patients en 2013 (224 jours) mais moins longues en 2014 (117 jours).

Le taux d'occupation de l'unité reste stable en 2014 par rapport à 2013, légèrement inférieur à 90 % avec une tendance baissière sur moyenne période (taux supérieur à 90 % de 2009 à 2013).

### Statut des patients, DMS et taux d'occupation de l'UMD 2014

Année 2014									
Statut et durée de séjour des patients hospitalisés	UMD			unité 1			unité 2		
	nbre patients	nbre journées	DMS en jours	nbre patients	nbre journées	DMS en jours	nbre patients	nbre journées	DMS en jours
<i>Patients en SPRE "classique"</i>	68	10528	155	33	5282	160	36	5246	146
<i>Patients détenus (D 398 CPP)</i>	10	1174	117	5	320	64	5	854	171
<i>Patients en SPRE décision judiciaire (L 706-135 CPP)</i>	7	1 307	187	4	862	216	3	445	148
<b>Total patients en SPRE</b>	85	13009	DMS 2014 : 151,26	42	6464	DMS 2014 : 153,90	44	6545	DMS 2014 : 145,44
<b>Nombre de lits</b>	40			20			20		
<b>Nombre de chambres d'isolement</b>	4			2			2		
<b>Taux occupation</b>	89,10%			88,55%			89,66%		

Source : DIM

- A noter que l'addition du nombre de patients de la file active de chaque unité peut être supérieure à la totalité des patients de la file active, un patient pouvant séjourner chronologiquement dans chacune des deux unités.

### 3. LES CONDITIONS ET LES MODALITÉS D'ADMISSION DES PATIENTS

#### 3.1 LES CONDITIONS ET FORMALITÉS D'ADMISSION SONT BIEN ORGANISEES

L'UMD est généralement saisie d'une demande écrite, adressée par le médecin responsable de la structure d'accueil du patient. Elle est examinée dans les 24h par le médecin responsable de l'UMD, qui recueille l'avis de ses deux confrères. Un refus n'est opposé à ce stade que pour des motifs ne souffrant aucune contestation (patient non hospitalisé sur décision du représentant de l'Etat (SDRE), arrivée très récente).

Un dossier d'admission est généralement adressé au demandeur, qui ne préjuge pas de la décision ultérieure. Il s'agit d'obtenir des renseignements d'ordre administratif, social, judiciaire et médical (identité, situation familiale, professionnelle, financière, existence d'une mesure de protection juridique, motif de la demande de transfert, histoire de la maladie, hospitalisations antérieures, historique des traitements sur douze mois, comportement, bilan psychologique et si possible neuropsychologique...). Sont notamment demandés l'arrêté initial d'admission en SDRE, le dernier arrêté de maintien et la copie des certificats liés à cette mesure. Des renseignements sont également sollicités à propos de la situation judiciaire, s'agissant plus particulièrement de la copie des « différentes expertises civiles et pénales », des « convocations et rendez-vous à prévoir » ainsi que des « antécédents et mesures judiciaires en cours ». En pratique, il s'agit d'éviter un transfert alors qu'une audience est prévue devant le juge des libertés et de la détention ou, plus rarement, qu'un interrogatoire ou une audience sont fixés devant le juge pénal. Pour l'admission d'une personne détenue, il est demandé de joindre les permis de visite et autorisations de téléphoner.

Une liste des effets personnels admis à l'UMD est également communiquée à ce stade. Elle prévoit pour l'essentiel un trousseau de vêtements, un nécessaire de toilette, une cartouche de cigarettes et quelques objets personnels – « lecteur CD, quelques livres » – dont il est indiqué qu'ils doivent être limités.

Les trois médecins de l'UMD prennent leur décision définitive au terme d'une analyse collective, à réception des renseignements demandés. L'accord officiel est signé du médecin responsable de l'UMD.

Les critères d'admission tiennent à la fois à l'état – dangerosité – du patient, à sa résistance durable aux traitements et à la souffrance de l'équipe soignante. Le médecin responsable de l'UMD admet une définition exigeante de la dangerosité mais se déclare sensible aux interactions qui risquent d'intervenir entre un patient pris dans une logique de répétition de comportements agressifs et une équipe guettée par une forme de maltraitance.

La proportion de refus est importante – de l'ordre des deux tiers – et tient à plusieurs raisons :

- les demandes prématurées, formulées après une agression qui ne signe pas à elle seule un état dangereux, l'absence de recul face au traitement tenté, l'éloignement géographique ;
- l'abandon de la demande. Ces abandons s'expliqueraient par deux phénomènes : d'une part un accord formulé par un autre établissement, d'autre part une

renonciation de l'équipe demandeuse, qui a réussi à prendre du recul et fait mieux face au comportement du patient.

En cas d'accord, une date prévisible d'admission est indiquée.

Un double dossier est constitué, l'un au secrétariat de l'UMD, l'autre au service des admissions de l'hôpital, saisi à ce stade. Le directeur de l'hôpital ne s'est jamais opposé à un accord médical et signe généralement l'accord administratif dans un délai de quarante-huit heures.

Le service des admissions informe de la réponse positive le directeur de l'établissement demandeur ainsi que les directions territoriales de l'ARS du département d'origine et celle des Côtes d'Armor. L'admission s'effectue sur décision du préfet du département d'origine, lequel signe à la fois un arrêté de transfert et un engagement de reprise.

Sauf urgence, il s'écoule généralement deux à trois mois entre la demande et l'arrivée du patient. Le délai n'est pas imputé par l'hôpital aux services préfectoraux ; il tiendrait davantage à des difficultés matérielles (pas de lit disponible à l'UMD, problèmes pour organiser le transport). Il est indiqué qu'en cas d'urgence, un accord peut être donné à bref délai et l'admission intervenir dans les deux à trois jours de la demande.

### 3.2 LES FORMALITÉS À L'ADMISSION SONT SIMPLES

Dans l'heure ou les heures suivant l'arrivée des patients, un certificat médical de situation est établi par l'un des médecins de l'UMD, transmis au service des admissions, qui acte administrativement l'entrée et procède à l'inscription sur le registre de la loi. L'ARS des Côtes-d'Armor en est avisée.

Le service des admissions et le secrétariat de l'UMD établissent parallèlement un échancier pour l'ensemble des certificats ultérieurs qui serviront de base à la saisine du JLD et au maintien de la mesure.

### 3.3 LES PATIENTS NE SONT PAS SUFFISAMMENT INFORMES DE LEURS DROITS

#### Les informations générales données aux patients

À son arrivée, le patient se voit remettre un livret d'accueil général ainsi qu'un autre, propre à l'UMD, un règlement intérieur, la charte de la personne hospitalisée, un contrat d'engagement relatif à la douleur, un document relatif à la qualité et à la sécurité des soins, un questionnaire de sortie et une enveloppe à l'adresse de l'association hospitalière de Bretagne.

Livrets d'accueil et règlement intérieur se présentent sous la forme « livret » ; les deux premiers sont très accessibles (imprimés en couleur et agrémentés de quelques images) ; le règlement intérieur est de présentation plus austère (noir et blanc, texte serré).

**L'affichage.** La charte du patient hospitalisé, les règles de fonctionnement de l'UMD, des informations relatives au traitement de la douleur et à la tarification sont fixées sur un tableau situé à proximité des casiers des patients. Les contrôleurs ont constaté que les patients ne s'attardaient pas dans cet endroit.

**Le livret d'accueil général** présente les différentes structures et domaines d'activité de l'AHB. L'unité pour malades difficiles y est décrite comme « accueillant des patients de Bretagne, Pays de la Loire et Basse-Normandie et de France entière, au titre de la solidarité nationale ». Le livret décrit les diverses instances (sanitaires, médico-sociales...) et leur composition nominative, invite à remplir le questionnaire de satisfaction et à le soumettre aux proches, informe quant aux frais de séjour et possibilités d'obtenir la couverture maladie universelle, *via*, notamment le service social.

Sous la rubrique « droits et informations », sont abordés :

- le droit d'accès au dossier médical : modalités de la demande (formulaire internet ou *via* le service), les délais (de 48h à 8 jours), les modalités de consultation (directe ou par un médecin choisi, sur place ou par envoi de copie à domicile) ;
- les directives anticipées : possibilité, pour toute personne majeure, de rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de limitation ou d'arrêt de traitement pour le cas où, en fin de vie, elle serait hors d'état d'exprimer sa volonté ; outre la nécessité de les renouveler tous les trois ans, l'information est accompagnée d'indications pratiques (signaler au médecin l'existence de ces directives ou lui indiquer les coordonnées de la personne dépositaire) ;
- la possibilité de désigner une personne de confiance, dont le rôle est décrit ;
- la possibilité de déposer des plaintes et réclamations ; à ce sujet, il est suggéré de s'adresser prioritairement au responsable du service ou établissement qui a assuré la prise en charge, et, si la démarche ne donne pas satisfaction, à « la personne déléguée par la direction de l'établissement » ; est également indiquée la possibilité d'écrire à la direction, avec mention de l'adresse ;
- le droit d'être informé et de donner son consentement aux soins et traitements, ainsi formulé : « durant votre séjour, le médecin vous informe de votre état de santé et des traitements qui vous sont prescrits. N'hésitez pas à vous adresser à lui et au personnel soignant pour toute question relative à votre état de santé ou aux traitements qui vous sont prodigués » ;
- l'information sur la possibilité de s'opposer au recueil et au traitement des données nominatives, pour des raisons légitimes ; il est précisé : « ce droit d'opposition ne peut s'exercer qu'en dehors d'une obligation légale » ; on relèvera que cette reproduction partielle de l'article 38 de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, n'est guère informative pour le patient ;
- l'expression civique du droit : sous cette rubrique est visé le droit de vote ; il est indiqué que le patient peut voter par procuration en se renseignant auprès du responsable du service ou de l'établissement, ou qu'il peut bénéficier d'une autorisation de sortie ;
- l'interdiction de photographier patients, résidents et personnel ;
- la possibilité de pratiquer un culte : il est indiqué « à votre demande, les ministres des différents cultes peuvent vous rendre visite ; vous pouvez vous procurer une liste exhaustive auprès du secrétariat ».

**Le livret d'accueil** de l'UMD situe l'établissement dans l'ensemble du dispositif d'accueil des UMD et décrit brièvement la disposition des lieux ainsi que les principaux services. La dernière page comporte adresse postale et informatique, téléphone et plan d'accès à partir de Plouguernevel. L'existence, les missions et la composition de la CRUQPC sont signalées dans une fiche jointe.

Il évoque les publics à travers la référence aux textes relatifs à l'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (L3213-1 à L 3213-10 du code de la santé publique - CSP) ainsi qu'à travers le texte relatif à l'hospitalisation des patients détenus (art L3214-1 CSP). En page 6, il est fait référence « aux risques qu'ils (les patients) peuvent présenter pour eux-mêmes et pour autrui ».

On relèvera que le livret s'adresse tantôt indirectement aux patients (cf. ci-dessus), tantôt directement à eux (l'accès à *votre* chambre dans la journée n'est pas autorisé).

S'agissant de l'admission, de la sortie et du contrôle de l'hospitalisation, le livret indique :

- que l'admission est réalisée sur la base d'un arrêté préfectoral ;
- que toute contestation, sur le fond ou la forme, peut être portée devant le juge des libertés et de la détention du TGI de Saint-Brieuc « qui peut décider de la sortie immédiate » ;
- que, hors le cas précédent, la sortie est décidée par le préfet, sur proposition de la commission de suivi médical (dont le rôle est décrit plus loin) et peut prendre plusieurs formes (mainlevée, transfert, retour à l'établissement de santé d'origine) ;
- que les personnes hospitalisées peuvent saisir librement les autorités de contrôle suivantes : commission de suivi médical (CSM), commission départementale des soins psychiatriques, procureur de la République et commission européenne des droits de l'Homme. A l'exception de la CSM, il n'est pas fait mention, ici, de l'adresse de ces institutions, ni de leur rôle.

Le rôle de la commission de suivi médical (CSM) est exposé quelques pages plus loin : contrôle des séjours des patients en UMD et avis au préfet quant à la sortie ; il est insisté sur son indépendance et indiqué qu'elle se réunit une fois par mois et examine au moins tous les six mois le dossier de tous les patients. Il n'est pas rappelé à ce stade que les patients peuvent la saisir.

Le document délivre des informations sur le fonctionnement général de l'unité :

- accompagnement par une équipe pluri professionnelle dispensant des soins (psychiatriques) individualisés et personnalisés, complétés par des soins somatiques et des activités thérapeutiques ;
- rythme quotidien (réveil à 7h15, repas à 8h10, 12h30 et 18h30, coucher à 20h) ;
- chambre : accès soumis à autorisation de l'équipe soignante ; sieste après le déjeuner ;
- accès au placard personnel et au nécessaire de toilette sur autorisation de l'équipe ;

- interdiction de téléphone portable ; accès à une cabine, sur avis du psychiatre, tant pour passer que pour recevoir des appels, entre 9h et 18h30, hors les temps de repas ;
- courrier : courrier partant à déposer, affranchi, au bureau du responsable de l'unité de soins ; courrier entrant ouvert par le patient, en présence d'un soignant ;
- interdiction d'introduire boissons alcoolisées, substances toxiques, produits périssables, contenants métalliques et en verre ;
- interdiction de fumer dans les locaux ; briquet collectif dans les cours ;
- visites soumises à autorisation médicale, en semaine, de 14 à 16h, « avec présence d'un infirmier à proximité » ; le patient est avisé qu'il peut refuser de recevoir des visites ;
- argent et objets de valeur remis systématiquement au responsable d'unité de soins qui en assure la gestion ;
- possibilité d'effectuer des achats à la cafétéria de l'UMD ou à l'extérieur, par le biais de l'équipe soignante (sous réserve des produits interdits mentionnés plus haut).

Les contrôleurs observent que la liste des autorités visées par le livret d'accueil est à la fois incomplète et inadaptée :

- certaines des instances visées par l'article L3211-3 du CSP ne sont pas mentionnées (certaines d'entre elles figurent en revanche dans le règlement intérieur) ;
- ni le rôle des instances citées ni leur adresse ne sont précisés ;
- la commission européenne des droits de l'Homme a été supprimée en 1998, la saisine de la Cour européenne des droits de l'Homme est soumise à des conditions très spécifiques.

**Le règlement intérieur (RI)**, daté du 19 novembre 2007 et validé par le préfet des Côtes-d'Armor le 29 janvier 2008, n'a pas été adapté aux évolutions législatives.

Les dispositions relatives aux modalités d'admission et de sortie, en particulier, ne sont pas à jour ; leur rédaction, proche de la terminologie des textes en vigueur au temps de la rédaction du livret, est inadaptée aux patients.

Les droits des patients tels que figurant à l'article L3211-3 al 5 actuellement en vigueur sont formellement présents, sans pour autant que l'information apparaisse efficace. Ainsi est-il écrit, par exemple : toute personne hospitalisée dans une UMD dispose...du droit « de communiquer avec les autorités mentionnées à l'article L 3222-4<sup>2</sup> du code de la santé publique », sans autre précision.

---

<sup>2</sup> L'article L3222-4 modifié par la loi du 5 juillet 2011 dispose : « les établissements mentionnés à l'article L. 3222-1 sont visités sans publicité préalable au moins une fois par an par le représentant de l'Etat dans le département ou son représentant, par le président du tribunal de grande instance ou son délégué, par le procureur de la République dans le ressort duquel est situé l'établissement et par le maire de la commune ou son représentant.



Il n'est pas fait état des droits prévus par les quatre premiers alinéas de l'article L. 3211-3<sup>3</sup>.

Il s'agit plus particulièrement du droit d'être informé et de faire valoir des observations avant toute décision prononçant le maintien des soins, du droit d'être informé des décisions d'admission et de maintien, et plus généralement du droit d'être informé de sa situation juridique et des voies de recours ainsi que de l'ensemble des garanties apportées par l'article L3211-12-1, qui fixe les modalités d'intervention du juge des libertés et de la détention.

---

Ces autorités reçoivent les réclamations des personnes admises en soins psychiatriques sans leur consentement ou de leur conseil et procèdent, le cas échéant, à toutes vérifications utiles. Elles contrôlent notamment la bonne application des dispositions des articles L. 3211-1, L. 3211-2, L. 3211-2-1 et L. 3211-3 et signent le registre de l'établissement dans les conditions prévues à l'article L. 3212-11. »

La loi du 27 septembre 2013 a créé un article L3222-4-1 qui augmente la liste ; il dispose : « Les députés et les sénateurs ainsi que les représentants au Parlement européen élus en France sont autorisés à visiter à tout moment les établissements de santé mentionnés à l'article L. 3222-1. »

<sup>3</sup> Article L3211-3, modifié par la loi du 27 septembre 2013, dispose : « lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux fait l'objet de soins psychiatriques en application des dispositions des chapitres II et III du présent titre ou est transportée en vue de ces soins, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée.

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.

En outre, toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II et III du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale est informée ::

a) Le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à son état, de la décision d'admission et de chacune des décisions mentionnées au deuxième alinéa du présent article, ainsi que des raisons qui les motivent ;;

b) Dès l'admission ou aussitôt que son état le permet et, par la suite, à sa demande et après chacune des décisions mentionnées au même deuxième alinéa, de sa situation juridique, de ses droits, des voies de recours qui lui sont ouvertes et des garanties qui lui sont offertes en application de l'article L. 3211-12-1.

L'avis de cette personne sur les modalités des soins doit être recherché et pris en considération dans toute la mesure du possible.

En tout état de cause, elle dispose du droit :

1° De communiquer avec les autorités mentionnées à l'article L. 3222-4 ;

2° De saisir la commission prévue à l'article L. 3222-5 et, lorsqu'elle est hospitalisée, la commission mentionnée à l'article L. 1112-3 ;;

3° De porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence ;;

4° De prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ;;

5° D'émettre ou de recevoir des courriers ;;

6° De consulter le règlement intérieur de l'établissement et de recevoir les explications qui s'y rapportent ;

7° D'exercer son droit de vote ;

8° De se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Ces droits, à l'exception de ceux mentionnés aux 5°, 7° et 8°, peuvent être exercés à leur demande par les parents ou les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du malade.

On notera que certains droits non visés dans le livret d'accueil et le règlement intérieur font l'objet d'un autre document informatif, délivré à proximité de l'audience du juge des libertés et de la détention (Cf. 3.8.1). Cette information ne saurait être considérée comme suffisante dans la mesure notamment où elle peut n'être délivrée au patient que plusieurs mois après son arrivée.

L'article 3 du RI dispose que les patients sont tenus de respecter le règlement et en particulier les règles relatives à la vie quotidienne, aux soins et aux activités « telles que définies par les règles de fonctionnement propres à l'UMD ». L'article poursuit : « des objectifs thérapeutiques individualisés sont fixés. Ils peuvent donner lieu à contrat formalisé, ils précisent le protocole thérapeutique adopté sur prescription médicale et explicitent les conséquences de la rupture de celui-ci par le patient. »

L'article 4 prévoit que le non-respect de ces obligations peut générer :

- la mise en œuvre des préconisations soignantes et médicales envisagées en cas de rupture du protocole thérapeutique ;
- « conformément à l'article L3211-3 une restriction aux droits individuels proportionnée au motif du non-respect (téléphone, visite, déplacements...) » ;
- la réparation matérielle ou financière des préjudices causés par le patient (le RI fait référence à un article 489-2 du code civil, inexistant) ;
- un recours en justice par les agents concernés et la direction de l'établissement.

L'information délivrée par le règlement intérieur, comme celle délivrée par le livret d'accueil de l'UMD, est partiellement obsolète, incomplète et rédigée en des termes hermétiques aux non juristes

En outre, le règlement intérieur procède par amalgame (associant mise en œuvre des préconisations soignantes, restrictions aux droits individuels, réparation, action en justice) tendant à donner un tour répressif à l'ensemble des mesures susceptibles d'intervenir en cas de non-respect du RI par le patient.

Les contrôleurs rappellent que les restrictions aux libertés individuelles ne sauraient résulter du seul manquement aux dispositions du règlement intérieur, qu'elles ne peuvent intervenir qu'en cas de nécessité, et doivent être proportionnées à l'état mental du patient.

Les contrôleurs regrettent qu'à aucun moment le règlement intérieur ne cite les termes de l'article L3211-3<sup>4</sup> CSP qui, avant et plus encore depuis 2011, entend protéger les libertés individuelles du patient et n'admet de restriction que de manière adaptée, nécessaire, et proportionnée à l'état mental du patient et à la mise en œuvre du traitement requis.

---

<sup>4</sup> L'art 3211-3 al 1 CSP, dans sa version en vigueur à l'époque de la rédaction du RI, disposait : « Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux est hospitalisée sans son consentement en application des dispositions des chapitres II et III du présent titre, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement. En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée ».

### **Recommandation**

*Il convient d'engager une réflexion sur les objectifs du règlement intérieur et du livret d'accueil, afin que le patient soucieux de s'informer de ses droits puisse trouver aisément, dans l'un d'entre eux au moins, l'ensemble des informations, rédigées de manière accessible et d'en revoir le contenu pour éviter toute incohérence et faire explicitement référence à l'art. L3211-3 du CSP.*

Un chapitre du RI traite de la vie quotidienne et des activités :

- s'agissant des visites :
  - o les horaires ne sont pas indiqués ;
  - o les conditions, pour les visiteurs sont un peu plus précises que dans le livret d'accueil (dépôt des appareils photos et téléphone portables à l'accueil).

Il est aussi indiqué que les rencontres avec l'avocat ou un représentant du culte sont libres ; que les autorisations de visite aux patients relevant de l'administration pénitentiaire seront conformes à celles transmises par ces autorités (ce qui, en pratique, ne semble pas conforme à la réalité puisque les visites n'ont lieu qu'en semaine alors qu'elles peuvent avoir lieu le week-end en établissement pénitentiaire) ;

- s'agissant du téléphone : la même logique est à l'œuvre que pour les visites ; il est indiqué la nécessité de se défaire de son portable à l'admission ; les horaires d'accès aux cabines ne sont pas précisés ; il est fait référence aux notions de calme, discrétion, respect du fonctionnement du service ;
- s'agissant de la correspondance : il est fait référence :
  - o au droit, pour les patients, de recevoir et d'émettre des courriers « dans le respect de la réglementation en vigueur par l'administration des postes » (c'est-à-dire, *a priori*, librement) ;
  - o à l'obligation, pour le patient, d'ouvrir systématiquement son courrier en présence du personnel soignant « afin que ce dernier vérifie la présence ou non d'objets suspects » (ce qui contredit la règle posée ci-dessus) ;
  - o à l'application aux personnes détenues des règles prévues par le code de procédure pénale ou par l'administration pénitentiaire (c'est-à-dire à un contrôle) ;

---

Il dispose actuellement : « lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux fait l'objet de soins psychiatriques en application des dispositions des chapitres II et III du présent titre ou est transportée en vue de ces soins, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée.

- au fait que « aucun courrier sortant ne doit être contrôlé et particulièrement les correspondances adressées » aux autorités visées par l'article L 3211-3 CSP<sup>5</sup> ; il semble qu'une confusion s'opère ici entre la liberté de correspondance – totale, à l'exception des personnes détenues, soumises à des contrôles variables selon leur statut – et la possibilité, pour tout patient, de communiquer librement avec les personnes mentionnées dans l'article L3211-3 du CSP, dont la liste n'est d'ailleurs nulle part intégralement précisée ;
- les colis : sont soumis à contrôle, qu'ils soient entrants ou sortants ;
- les effets personnels : il est fait référence à un inventaire contradictoire ; il est par ailleurs précisé, d'une part, que les protocoles thérapeutiques définissent les objets personnels que le patient est autorisé à conserver et, d'autre part, que le patient dispose de ses vêtements personnels sauf décision contraire de l'équipe soignante (en pratique, ce dernier point semble concerner la possibilité, pour le patient, de revêtir des vêtements civils, par opposition au pyjama) ;
- les achats : sont soumis à autorisation d'un membre de l'équipe médicale, effectués par elle (« ou sont organisés dans un cadre légal », est-il ensuite indiqué, de manière quelque peu superfétatoire) ; les achats de denrées alimentaires peuvent être limités pour des raisons de stockage ou d'équilibre alimentaire (il n'est pas fait état des autres restrictions évoquées dans le livret d'accueil) ;
- les distractions et activités culturelles et sportives : la seule information tient aux limites, à l'exclusion de toute indication sur la nature de ces activités ; il est dit qu'elles sont organisées en tenant compte des impératifs de sécurité propres à l'UMD ainsi que des moyens matériels et humains de la structure ;
- la vie quotidienne : il est indiqué que chaque unité de l'UMD peut déterminer ses règles propres, dans le respect des dispositions du présent règlement ; il est précisé que les règles de vie intègrent les éléments propres à garantir la sécurité des personnes (sans plus de précision) ;
- les soins dispensés à l'extérieur : il est ici question des règles de sécurité en cas de transfert pour soins spécialisés ou hospitalisation ; le service médical d'accueil est avisé des « particularités du comportement des patients » ; il est prévu que les services de police assurent la surveillance des seules personnes détenues, les autres étant surveillées par les soignants de l'UMD ;
- les activités de réhabilitation psycho-sociale (ergothérapie, sociothérapie...) : le fonctionnement de telles activités est considéré comme « intégré à part entière dans le projet de l'établissement » ; l'accès s'effectue sur prescription médicale et dans le respect de certaines règles de sécurité (contrôle des outils et produits à l'issue de chaque séance).

---

<sup>5</sup> On comprend mal, à ce stade, la référence à « l'annexe à l'ordonnance du 15 juin 2000.

Le règlement intérieur apparaît comme un document très général, davantage axé sur les interdits que sur les droits, rédigé en des termes peu accessibles, parfois contradictoires. Il n'est pas à jour des dispositions intervenues depuis la loi du 5 juillet 2011. Il fait référence à un règlement de fonctionnement qui n'est pas remis au patient mais affiché dans les unités ; dans l'une d'elles, il est situé en hauteur et la lecture n'en est pas aisée.

### **Recommandation**

*Le règlement intérieur est, sur certains points, imprécis (vie quotidienne, activités, liste des autorités avec lesquelles les patients peuvent librement communiquer). Il conviendrait de le compléter. Certaines informations sont par ailleurs confuses, voire contradictoires (droit de correspondance). Il convient de clarifier ses dispositions et de s'assurer de sa cohérence avec le livret d'accueil.*

### **3.4 LA NOTIFICATION DES DÉCISIONS ADMINISTRATIVES ET L'INFORMATION SUR LES RECOURS**

Les infirmiers indiquent donner quelques informations sur les recours à l'occasion de la remise du livret d'accueil et du règlement intérieur, qui a généralement lieu dans les 24 heures de l'admission, lorsque le patient quitte la chambre d'isolement. A ce stade, un contact étroit a lieu avec un infirmier, qui fait visiter le service, conduit le patient à sa chambre et valide l'inventaire de ses effets personnels. Bien qu'aucun document ne le formalise, il semble que ce soit l'occasion, pour le patient, de poser des questions et, pour l'infirmier, d'expliquer le cadre de l'hospitalisation : « on explique que c'est une décision du préfet, on parle des certificats mensuels, du JLD ; on essaie d'être simple et de garder de la mesure car tout ça est angoissant ».

L'AHB exige d'être en possession de l'**arrêté de transfert** pour procéder à l'admission du patient mais la preuve de sa notification n'est pas exigée ; il est considéré qu'elle a été faite par l'établissement d'origine. L'examen d'un échantillon de dossiers montre que cette preuve n'est pas toujours présente. Aucun des patients interrogés par les contrôleurs n'a été en mesure de confirmer ni d'infirmier l'existence d'une telle notification.

**Les arrêtés ultérieurs**, en revanche, sont communiqués au patient par deux voies :

- d'une part, le service des admissions, destinataire d'un arrêté faxé par la préfecture des Côtes-d'Armor, le faxe à son tour au secrétariat de l'UMD qui le fait notifier au patient ;
- d'autre part, le patient est destinataire d'un exemplaire que l'ARS lui adresse nominativement, par courrier recommandé avec accusé réception ; ce courrier, qui arrive fermé dans l'unité, est remis au patient, invité à l'ouvrir devant un soignant.

Il n'existe pas de protocole tendant à organiser (cas n°1) ou accompagner (cas n°2) cette notification. En pratique, elle est faite par celui qui va chercher le courrier au secrétariat : responsable de l'unité sanitaire (RUS) ou infirmier. La notification s'opère généralement dans une petite salle située au centre de la zone de jour ; l'endroit est calme, équipé d'une table et de quelques chaises. Le patient est invité à s'asseoir et à lire le document ; certains soignants indiquent : « *on le lit avant car ce n'est pas toujours simple* » ; tous disent vérifier que le patient a compris ; certains précisent : « *on constate que les patients comprennent et qu'ils sont très au fait des textes, plus que nous* ».

Aucun protocole ne vient rappeler aux soignants qu'une copie de la décision doit être remise au patient et les pratiques sont diverses : certains disent remettre la copie envoyée par l'ARS, d'autres disent clairement « *je ne remets pas de copie et rares sont ceux qui la demandent* ». Le document est alors classé au dossier du patient. Certains des patients rencontrés disposaient cependant d'une copie, rangée dans leur casier.

Les informations recueillies à propos de la transmission des certificats médicaux servant de base aux décisions de maintien se sont avérées contradictoires : le secrétariat de l'UMD indique joindre le certificat mensuel à la décision, les soignants rencontrés ont indiqué ne remettre aucune copie de certificat médical.

Le patient n'est informé de la possibilité d'un recours que s'il manifeste son désaccord : « *s'il est réfractaire, on lui dit qu'il peut contester ; s'il est d'accord, on arrête là* ».

Un patient qui manifesterait le souhait de former un recours serait aidé à le mettre en forme, dès lors que sa volonté est clairement exprimée. Les soignants précisent que les patients acceptent généralement le principe du maintien à l'UMD. Aucun des soignants rencontrés ne connaissait les modalités et délais de recours.

Les soignants regrettent un manque de formation juridique et soulignent le paradoxe consistant à être à la fois celui qui recherche l'alliance thérapeutique et qui énonce la possibilité de contester le maintien à l'UMD. Ils disent tout particulièrement leur hésitation à soutenir le recours d'un patient délirant, pour qui la démarche ne pourra qu'aboutir à un désaveu supplémentaire.

### **Recommandation**

*Alors que la preuve n'est pas rapportée que les patients se sont vus notifier la décision qui les transfère à l'UMD, les décisions ultérieures de maintien sont notifiées par deux voies, et selon des modalités variables. Il convient de rédiger un protocole permettant d'uniformiser les modalités de notification des décisions administratives et de transmettre aux patients une information complète sur leurs droits. Il convient, pour ce faire, de mettre en place une formation juridique des soignants et de tout personnel susceptible de procéder à ces notifications.*

### 3.5 LE RECUEIL DES OBSERVATIONS DU PATIENT DOIT ETRE MIS EN ŒUVRE

Quelques jours avant l'échéance de la décision préfectorale statuant sur le maintien des soins contraints, le secrétariat de l'UMD édite un imprimé type intitulé « information préalable du patient SDRE ».

Ce document prend la forme d'un courrier, daté et signé du médecin responsable de l'UMD ; il indique : « Monsieur, je vous informe au préalable, afin de recueillir vos éventuelles observations, qu'une décision du préfet des Côtes-d'Armor va vous être notifiée afin que les soins psychiatriques vous concernant se poursuivent sous la forme d'une hospitalisation complète à l'unité pour malades difficiles au centre hospitalier de Plouguernevel en raison de votre état de santé. » Sous le texte, un espace est prévu pour recueillir la signature du patient, invité à apposer son nom, la date et l'heure de signature, et ses « observations éventuelles ».

On relèvera que ce courrier, mis au point pour répondre aux exigences de l'article L3211-3, alinéa 2 CSP<sup>6</sup>, anticipe la décision préfectorale sans aucunement évoquer le contenu du certificat médical qui servira de base à cette décision.

La signature du patient est recueillie par le responsable de l'unité sanitaire ou par un infirmier. Les contrôleurs ont rencontré les deux responsables, dont aucun ne maîtrisait le détail du courrier proposé à la signature du patient ni le cadre juridique précis dans lequel il s'inscrit.

Selon les renseignements recueillis, les médecins, ou les cadres de santé indiquent informer oralement les patients du contenu général des certificats médicaux lors des entretiens qu'ils ont avec eux. Les observations formulées par le patient à cette occasion peuvent figurer dans le dossier « ORBIS » ; certains médecins les font figurer sur le certificat.

#### **Recommandation**

*Les modalités de recueil des observations du patient apparaissent comme de pure forme : les personnes en charge du recueil de sa signature ne sont manifestement pas au fait du cadre juridique et des enjeux et peinent à fournir au patient les informations nécessaires. Il conviendrait de réfléchir aux modalités de ce recueil.*

---

<sup>6</sup> 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.



### 3.6 L'ACCÈS DU PATIENT AU DOSSIER MÉDICAL DOIT ÊTRE AMÉLIORÉ

La possibilité d'un accès au dossier médical (sur place ou par envoi de copie) est décrite dans le livret d'accueil de l'AHB qui ne comporte qu'une rubrique générale sur l'information et le consentement. Ce droit fait néanmoins l'objet d'une procédure dont il est rendu compte chaque année à la CRUQPC. L'établissement enregistré en 2014 trente-deux demandes d'accès aux dossiers médicaux, dont deux n'ont pas été acceptées, contre trente-huit en 2013 : vingt concernaient des dossiers moins de cinq ans et douze plus de cinq ans. Les premiers étaient traités en moyenne en six jours, avec un maximum de quarante-six jours, les seconds en moyenne en douze jours avec un extrême de cinquante-six jours, la recherche du médecin traitant étant, selon les informations recueillies, l'une des raisons de dépassement des délais. Cela a été le cas en 2015 pour la demande d'un patient de l'UMD dont la demande d'information sur son dossier de moins de cinq ans reçu le 17 février n'a reçu une réponse que le 20 mars (soit trente et un jours), en raison de la difficulté d'identifier le médecin traitant du patient par l'intermédiaire de son curateur.

Les frais d'envoi et de photocopies sont à la charge du demandeur et peuvent être assez élevés, 104, 87 euros pour le patient demandeur de l'UMD précité (le remboursement des frais ayant fait l'objet d'un échec).

### 3.7 LE COLLÈGE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DOIT ÊTRE CONFORME AUX EXIGENCES DE LA LOI

Le collège des professionnels de santé est composé du médecin référent, de l'un des deux autres médecins de l'UMD et d'un infirmier de l'équipe soignante, généralement désigné sur proposition du RUS au titre de sa bonne connaissance du patient.

Cette composition aurait été le fruit d'un débat au sein de l'établissement. A défaut de satisfaire à l'esprit de la loi, la solution choisie satisfait au moins les médecins extérieurs dont il est dit qu'ils ne sont pas empressés pour intervenir à l'UMD. Les membres internes à l'UMD ne voient pas d'objection à cette composition, estimant que la collégialité offre quand même une garantie et que la CSM apportera un regard extérieur.

Selon les renseignements recueillis, le patient est reçu en même temps par les trois membres du collège et la rencontre, le plus souvent, donne lieu à de réels échanges.

L'avis du collège est rédigé par le médecin référent et il n'y aurait jamais eu d'avis divergent.

Estimant que, dans une unité de quarante lits, chaque médecin connaît l'ensemble des patients, les contrôleurs constatent que la composition du collège ne satisfait pas aux exigences de l'article L3211-9 du CSP<sup>7</sup>. Les contrôleurs ayant observé par ailleurs, lors de leurs fréquents passages dans les unités, que les infirmiers renvoyaient souvent les patients à la décision médicale (aux questions sur une quelconque restriction des libertés, il est régulièrement répondu « vous savez bien, c'est le médecin qui l'a décidé »), ils estiment de surcroît que cette composition est de nature à faire obstacle à la libre expression des infirmiers siégeant au collège.

<sup>7</sup> Article L3211-9 du CSP : Pour l'application du II des articles L. 3211-12 et L. 3211-12-1 et des articles L. 3212-7, L. 3213-1, L. 3213-3 et L. 3213-8, le directeur de l'établissement d'accueil du patient convoque un collège composé



### **Recommandation**

*Il convient de revoir la composition du collège des professionnels de santé afin que le second médecin soit réellement extérieur à la prise en charge et de s'assurer que cet organe est un réel lieu d'échanges et de débat.*

## **3.8 LA SORTIE**

### **3.8.1 Les autorisations et permissions de sortie**

Au nombre de 114 en 2014, elles sont en phase de développement (39 en 2012 et 82 en 2013). Elles sont organisées soit dans le cadre de consultations, d'hospitalisations ou de convocations au tribunal, soit dans un but thérapeutique. Quarante-trois sorties thérapeutiques concernant vingt patients ont eu lieu en 2014 contre trente-sept en 2013 et sept en 2012. Le but des sorties est le plus souvent l'équithérapie ou la balnéothérapie mais également des promenades dans les bois ou au marché, des repas thérapeutiques ou des courses diverses. Le préfet ne s'y est encore jamais opposé. Les soignants et les patients ont exprimé leur satisfaction relativement au développement de ces activités et le souhait qu'elles perdurent après le départ prochain du praticien qui a contribué à leur expansion.

### **3.8.2 La commission du suivi médical**

La commission du suivi médical prévue par l'article R3222-6 du CSP est présidée par un médecin de l'AHB, par ailleurs président de la CME ; il a été rencontré par les contrôleurs. Il intervient à l'UMD environ deux fois par trimestre, au titre des gardes. La question de sa distance par rapport à la prise en charge a été évoquée avec l'ARS, qui n'y a pas vu d'inconvénient. Les autres médecins sont des praticiens hospitaliers issus de l'ensemble de la région (Ille-et-Vilaine, Finistère, Morbihan et Côtes-d'Armor) ; tous sont experts officiels ou fréquemment désignés à ce titre ; trois sont présents depuis 2008 ; les trois suppléants sont régulièrement intégrés dans le fonctionnement de la commission.

La CSM, *via* son président, se définit comme soucieuse d'écourter les séjours en UMD, estimés stigmatisant et attentatoires à la liberté des patients. La diversité de ses membres conduit à pouvoir envisager une orientation autre qu'un retour à l'établissement d'origine, si l'équipe n'est pas prête à retrouver « son » patient.

L'examen semestriel des dossiers s'effectue à l'UMD où la CSM se rend chaque mois. La commission informe l'UMD de la date de son passage ; elle n'est pas affichée dans les unités. Quatre membres de la commission s'y déplacent ; si le nombre de patients est important, la commission se scinde en deux formations.

---

de trois membres appartenant au personnel de l'établissement : 1° Un psychiatre participant à la prise en charge du patient ; 2° Un psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient ; 3° Un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient. Les modalités de désignation des membres et les règles de fonctionnement du collège sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Les patients reçus sont de trois types : ceux qui relèvent de l'examen semestriel systématique, ceux dont le médecin référent envisage la sortie, ceux qui demandent à quitter l'UMD. La liste des patients n'est pas communiquée à l'avance ; il est indiqué que le médecin qui aurait eu à suivre un patient se retire. La proportion de saisine par les patients, ou la famille, serait très faible, s'agissant généralement de personnes qui sont dans le déni d'une maladie bien réelle. Il est dit que les familles ne s'adressent quasiment jamais à la CSM ; les quelques courriers reçus caractériseraient plutôt des demandes « farfelues ».

La CSM dispose des dossiers médicaux et de l'avis du médecin référent, qui expose oralement la situation. Le patient est ensuite entendu par la commission hors la présence de son médecin. La commission émet ensuite un avis d'orientation. Si l'avis de la CSM diverge de celui du médecin traitant, il est indiqué qu'un débat s'instaure avec ce médecin, aboutissant généralement à un consensus.

L'avis de la CSM donne lieu, pour chaque patient, à un procès-verbal, classé au dossier ; l'avis n'est pas motivé, mentionnant seulement l'orientation prescrite (« maintien en UMD », « passage en service de psychiatrie générale à... » ...).

L'ensemble des avis est regroupé dans une note indiquant l'orientation préconisée par la commission, au regard du nom de chaque patient examiné. Cette note mensuelle est adressée au président de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), laquelle, au moment du contrôle, était en sommeil depuis plusieurs mois.

La CSM procède également à la visite semestrielle prévue par l'article R 3222-8 du CSP<sup>8</sup>, généralement effectuée à l'issue de l'une des visites mensuelles. Le compte-rendu de la dernière visite est daté du 17 décembre 2014 ; il indique que la commission s'est rendue dans les deux unités d'hospitalisation et a rencontré le personnel soignant et les patients, ainsi que les praticiens, qu'elle a visité les chambres d'isolement, les lieux d'hébergement et de soins, et les ateliers d'ergothérapie. Il est indiqué que la visite s'est déroulée dans de bonnes conditions et que la commission n'a pas de remarque particulière à formuler. Selon les renseignements recueillis, le compte-rendu de cette visite est tout à fait représentatif.

Il est indiqué que cette visite dure environ une heure et demie et que des entretiens, plutôt informels, ont lieu à cette occasion avec les patients « *qui savent qu'ils peuvent nous rencontrer* ».

Le compte-rendu est adressé au préfet du département, à la CDSP et au procureur de la République. Aucune des institutions susvisées n'a fait connaître d'observations à l'issue. La commission n'a pas eu l'occasion d'adresser au préfet de demandes de mainlevée en contradiction avec l'analyse du médecin traitant.

---

<sup>8</sup> Article R3222-8 La commission du suivi médical visite l'unité pour malades difficiles à tout moment qu'elle juge utile et au moins une fois par semestre. Elle adresse le compte rendu de cette visite à la commission départementale des soins psychiatriques, au préfet du département et, à Paris, au préfet de police, et au procureur de la République.

### 3.8.3 Des délais rapides entre la décision médicale de sortie et la sortie effective des patients

La sortie des patients s'effectue assez rapidement après que la commission de suivi médical a donné son accord. Sur les dix-huit sorties de patients opérées en 2015, la moitié s'est effectuée trois semaines après l'avis de la commission de suivi médical et l'autre moitié, pas plus de cinq semaines après.

Délais de la procédure de sortie des patients en 2015					
	nombre dossiers traités en une semaine	nombre dossiers traités en 15 jours	nombre dossiers traités en 3 semaines	nombre dossiers traités en 5 semaines	Total dossiers
Délais entre avis de la commission de suivi médical et arrêté du préfet	10	1	7	0	18
Délai entre arrêté de sortie du préfet du département des cotes d'armor et la sortie effective	5	5	8	0	18
Durée totale de procédure	1	2	6	9	18

Source : UMD

#### Bonne pratique

*Les délais de sortie de l'UMD après l'avis de la commission de suivi médical sont rapides*

### 3.9 LES REGISTRES DE LA LOI DOIVENT CONTENIR TOUTES LES INFORMATIONS PREVUES PAR LE CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

L'UMD a son propre registre de la loi ; les contrôleurs ont examiné le registre en cours.

Outre l'identité, la date d'arrivée et la référence à la décision administrative d'admission, la première page consacrée à chaque patient indique la date de la dernière décision du JLD et celle de la prochaine échéance. Il est fait mention des mesures de protection juridique. L'arrêté de sortie et la date effective sont également portés sur cette même page.

Sont également reproduits, le certificat de situation à l'admission puis les certificats mensuels (dont l'un a été pris avec quelques heures de retard). Chaque certificat reprend *in extenso* les antécédents et l'état au moment de l'admission puis actualise par une description des manifestations actuelles des troubles, parfois complétée par la position du patient.

Sont également classés au registre, les certificats médicaux rédigés à l'appui d'une demande de sortie accompagnée ainsi que les procès-verbaux de la CSM.

Copie des ordonnances du JLD figure au registre, *in extenso*.

La date de délivrance des informations exigées par l'article 3211-3 du CSP n'est pas reproduite<sup>9</sup>.

### 3.10 LES CONTRÔLES

#### 3.10.1 Le juge des libertés et de la détention

Ainsi qu'il a été dit plus haut, l'admission tient compte, dans toute la mesure du possible, des échéances relatives au contrôle exercé par le JLD et, en pratique, la plupart des patients ont déjà été confrontés à ce type d'audience.

Une convention a été signée entre l'ARS des Côtes-d'Armor et le TGI de Saint-Brieuc le 26 août 2014. Elle est applicable à l'ensemble des établissements hospitaliers du département et règle notamment :

- les délais, le contenu et les modalités d'envoi de la requête ;
- le rythme et le lieu des audiences.

Le mode de remise des convocations et notifications au patient n'y sont pas précisément développés.

**La saisine du JLD** incombe à l'ARS mais un échéancier est tenu à la fois par le service des admissions et le secrétariat des unités ; à l'approche des échéances, le secrétariat sollicite le médecin en vue de l'établissement des certificats médicaux exigés par la loi.

Le JLD n'a pas émis de critiques sur le contenu des certificats médicaux et, à l'exception d'un cas à l'origine d'une mainlevée pour insuffisance d'argumentation, les certificats sont motivés.

Au moment de l'établissement de l'avis motivé et en tous cas avant toute convocation du JLD, le secrétariat de l'UMD édite, à destination du patient, un **document intitulé « audition juge des libertés et de la détention »**.

Ce document comporte deux pages :

---

<sup>9</sup> Aux termes de l'article L3212-11 du CSP, le registre doit contenir les mentions suivantes :

1° Les nom, prénoms, profession, âge et domicile des personnes faisant l'objet de soins en application du présent chapitre ;

2° La date de l'admission en soins psychiatriques ;

3° Les nom, prénoms, profession et domicile de la personne ayant demandé les soins ou une mention précisant que l'admission en soins a été prononcée en application du 2° du II de l'article L. 3212-1 ou de l'article L. 3212-3 ;

**4° Les dates de délivrance des informations mentionnées aux a et b de l'article L. 3211-3 ;**

5° Le cas échéant, la mention de la décision de mise sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice ;

6° Les avis et les certificats médicaux ainsi que les attestations mentionnés au présent chapitre ;

7° La date et le dispositif des décisions rendues par le juge des libertés et de la détention en application des articles L. 3211-12 et L. 3211-12-1 ;

8° Les levées des mesures de soins psychiatriques autres que celles mentionnées au 7° ;

9° Les décès.

- la première informe le patient des dispositions du deuxième alinéa de l'article L3211-12-2<sup>10</sup>, qui prévoit que le patient est entendu à l'audience et qu'il est, soit assisté d'un avocat choisi ou désigné au titre de l'aide juridictionnelle ou commis d'office, soit représenté par lui si des motifs d'ordre médical font obstacle à son audition ; le patient est invité à communiquer les coordonnées de son avocat ou à formuler une demande d'avocat d'office avant de dater et signer ;
- la deuxième page est intitulée « information du patient sur ses droits et voies de recours » ;
  - o elle débute par une phrase l'informant de son statut juridique (régime des soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat) ;
  - o s'agissant des droits, elle poursuit par la liste des droits mentionnés par l'article L 3211-3 al 7, déclinés dans les termes même de cet article (prendre conseil d'un avocat ou d'un médecin de votre choix, porter à la connaissance de Contrôleur général des lieux de privation de liberté les faits ou situation qui sembleraient porter atteinte à vos droits fondamentaux, émettre ou recevoir des courriers ...) ou en les précisant quelque peu (écrire au préfet ou à son représentant, au président du tribunal de grande instance ou à son délégué, au maire de la commune de Plouguernevel ou à son représentant...); elle ne précise ni le rôle ni les adresses de ces différentes instances ;

---

<sup>10</sup> L'article L3211-12-2 dispose « I.- Lorsqu'il est saisi en application des articles L. 3211-12 ou L. 3211-12-1, le juge, après débat contradictoire, statue publiquement. Il peut décider que les débats ont lieu ou se poursuivent en chambre du conseil s'il doit résulter de leur publicité une atteinte à l'intimité de la vie privée, s'il survient des désordres de nature à troubler la sérénité de la justice ou si l'une des parties le demande. Il est fait droit à cette demande lorsqu'elle émane de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques.

A l'audience, la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est entendue, assistée ou représentée par un avocat choisi, désigné au titre de l'aide juridictionnelle ou commis d'office. Si, au vu d'un avis médical motivé, des motifs médicaux font obstacle, dans son intérêt, à son audition, la personne est représentée par un avocat dans les conditions prévues au présent alinéa.

Le juge des libertés et de la détention statue dans une salle d'audience attribuée au ministère de la justice, spécialement aménagée sur l'emprise de l'établissement d'accueil ou, en cas de nécessité, sur l'emprise d'un autre établissement de santé situé dans le ressort du tribunal de grande instance, dans les circonstances et selon les modalités prévues par une convention conclue entre le tribunal de grande instance et l'agence régionale de santé. Cette salle doit permettre d'assurer la clarté, la sécurité et la sincérité des débats ainsi que l'accès du public. Lorsque ces conditions ne sont pas satisfaites, le juge, soit d'office, soit sur demande de l'une des parties, statue au siège du tribunal de grande instance.

II.-Lorsque le juge des libertés et de la détention statue dans la salle mentionnée au dernier alinéa du I, le président du tribunal de grande instance peut, en cas de nécessité, autoriser qu'une seconde audience soit tenue le même jour au siège du tribunal de grande instance. »

- s'agissant des voies de recours, il est précisé qu'en cas de désaccord « sur la décision de soins », la personne peut contester le bien-fondé ou la régularité formelle de la décision en formant recours devant le JLD du TGI de Saint-Brieuc en le saisissant directement ou par l'intermédiaire « d'un représentant de la direction qui transmettra votre requête ou la rédigera sous votre dictée » ; il est également indiqué que la personne peut saisir la CDSP qui pourra proposer la levée de la mesure au représentant de l'Etat ou au JLD ;
- *in fine*, la personne est invitée à s'adresser, pour toute information complémentaire, à son psychiatre, à l'équipe soignante, au bureau des entrées, ou à la CRUQPC.

Le patient est invité à apposer ses nom et prénom et signer au bas de cette deuxième page, en cochant la case « reconnaît avoir été informé de sa situation juridique, de ses droits et voies de recours ». Le formulaire est retourné à l'ARS.

Il n'est pas prévu de remettre copie de ce document au patient. Certains soignants indiquent le faire systématiquement, d'autres disent le faire à la demande.

Les soignants indiquent que la remise de ce document est l'occasion d'expliquer, ou de réexpliquer, le rôle du JLD (« *on lui dit que le juge viendra à l'hôpital, que le but est de savoir s'il est bien traité, si tous les documents ont été fournis et si son hospitalisation est justifiée* »).

A propos de l'avocat, les soignants ont un discours variable : certains ignorent manifestement que l'assistance ou la représentation est juridiquement obligatoire (« *libre à eux de vouloir ou non un avocat* ») ; certains pensent que l'avocat peut défendre le patient sans être présent à l'audience (« *on leur dit que l'avocat ne sera pas là, qu'ils ne le verront pas, mais qu'il étudiera le dossier* »).

Les contrôleurs observent que l'information du patient sur sa situation juridique, ses droits et voies de recours est supposée être délivrée dès l'admission et aussitôt que son état le permet (Cf. art L 3211-3 du CSP) or l'audience devant le JLD peut n'intervenir que plusieurs mois après l'admission.

Ils estiment que l'information de la possibilité d'un recours « contre la décision de soins » est inadaptée dans sa formulation (il s'agit en réalité du recours contre les décisions administratives d'admission ou de maintien) et problématique quant à la date de sa délivrance (les recours contre ces décisions sont soumis à des délais).

Ils regrettent que, alors même que ces documents sont délivrés en raison de la proximité de l'audience, aucune information ne soit fournie sur le rôle du JLD, garant des libertés et des droits du patient.

Ils estiment que les informations relatives aux droits, bien que conformes à la lettre du code de la santé publique, risquent fort de demeurer inopérantes dans la mesure où, d'une part elles apparaissent tardives, d'autre part elles ne sont pas assorties d'explications quant au rôle des différentes autorités ni de leur adresse.

Ils observent que cette information apparaît d'autant plus formelle qu'il n'est pas prévu de remettre copie du document informatif au patient. Pour les raisons exposées plus haut (Cf. 3.2), ils estiment que le « recueil de l'information préalable du patient en SDRE » ne pallie aucunement ces difficultés. Il convient donc de revoir le processus d'information du patient.

### **Recommandation**

*Il convient de fournir aux patients une information sur le rôle des juges de liberté et de la détention en temps utiles et selon les modalités pour que le patient soit effectivement en mesure de faire valoir ses droits. Pour cela, le processus d'information des patients doit être revu.*

Lorsqu'il est saisi et qu'il a pu planifier ses audiences (qui sont également fonction du nombre d'admissions en soins contraints à l'AHB), le JLD adresse une convocation au patient, *via* le service des admissions.

**La convocation** comporte deux pages :

- la première indique
  - les références de la requête, la date et le lieu de l'audience ;
  - la possibilité d'accéder aux pièces du dossier soumis au juge, consultable en faisant la demande au secrétariat de l'établissement et dans les conditions de l'article L1111-7 du CSP ;
  - le caractère obligatoire de l'assistance ou de la représentation par avocat étant précisé que, si le patient ne fait pas choix d'un avocat, le JLD demandera au bâtonnier la désignation d'un avocat commis d'office ;
- la deuxième page comporte récépissé de la convocation par signature du patient ; elle reproduit en outre intégralement les termes de l'article L1111-7 du CSP (relatif aux conditions d'accès au dossier médical).

Il est prévu de laisser au patient copie de la première page mais pas de la deuxième, dont il est fait retour au greffe (un soignant dira à ce propos « *on est obligé de la retourner au secrétariat puisqu'il y a l'accusé réception et qu'on n'a pas de ciseaux* »).

Comme pour d'autres documents, la remise d'une copie est, de fait, soumise à la demande du patient ou/et à la diligence du soignant.

### **Recommandation**

*La copie de la convocation devant le JLD doit être remise au patient, assortie d'explications quant à ses droits.*



**Le bâtonnier de l'ordre des avocats** est systématiquement saisi par le JLD d'une demande de désignation d'un avocat commis d'office pour l'ensemble de l'audience. Il répond systématiquement par un refus, au visa d'une délibération du conseil de l'ordre en date du 1<sup>er</sup> juillet 2014. Le JLD fait notifier le refus au patient, *via* le service des admissions, qui procède par la voie habituelle (notification par un responsable d'unité sanitaire ou un infirmier).

Ainsi, après avoir été avisé par deux fois que l'assistance ou la représentation par avocat étaient obligatoires, le patient est-il informé qu'il n'en sera rien (sauf pour la représentation, il y sera revenu plus loin).

La question a fait l'objet d'un débat et le JLD a communiqué aux contrôleurs les courriers échangés. Le bâtonnier invoque essentiellement le coût des déplacements et l'insuffisance d'avocats volontaires pour intervenir dans les conditions de rémunération prévues par les textes. Trois hôpitaux sont en effet situés sur le ressort du TGI de Saint-Brieuc, dont deux (Plouguernevel et Begard) situés entre 50 et 60 km. Jusqu'en septembre 2014, les patients de ces deux hôpitaux comparaissaient par visioconférence. Depuis l'interdiction de la visioconférence, des modalités ont été recherchées, sans succès, pour garantir aux avocats des conditions correctes de rémunération. Au moment du contrôle, seuls les patients ne pouvant être entendus étaient représentés par un avocat, l'audience se tenant alors au TGI.

Il avait également été envisagé de regrouper les patients sur un seul site, ce qui limiterait le nombre de déplacements et les rendraient plus rémunérateurs pour l'avocat ; le magistrat a écarté cette solution, estimant qu'un certain nombre de patients qui peuvent être entendus sur place ne pourraient supporter un déplacement. Pour maintenir l'accès au juge, elle (la juge) a donc préféré tenir audience dans chacun des sites, les délais de procédure obligeant à tenir deux audiences hebdomadaires dans chacun. Elle note que certaines audiences ne concernent qu'un ou deux patients qui se disent d'accord pour la poursuite de l'hospitalisation<sup>11</sup>.

Depuis l'arrêt de la visio-conférence en septembre 2014, les audiences se sont tenues soit à la salle d'audience de l'hôpital de Plouguernevel soit dans celle de l'UMD, en accord avec le JLD et en fonction du nombre de patients et de la présence ou non de patients détenus. Depuis avril 2016 et selon le directeur, toutes les audiences se déroulent à la salle d'audience de l'UMD. ».

La salle d'audience de l'UMD est située dans un bâtiment en bordure d'emprise, à quelques dizaines de mètres du pavillon d'accueil. Les locaux sont vastes, en excellent état, bien équipés et adaptés à leur usage. Les patients de l'UMD y sont conduits en véhicule, accompagnés de deux soignants. Une escorte est requise pour les patients détenus.

La JLD actuelle occupe ce poste au TGI de Saint-Brieuc depuis janvier 2014. Elle a choisi de tenir audience dans une petite salle dont elle estime qu'elle favorise le dialogue.

---

<sup>11</sup> La magistrate s'interroge sur l'intérêt qu'il y aurait à autoriser une audience-relais par visioconférence, afin que l'audience sur site, tenue à bref délai, regroupe un nombre significatif de patients qui seraient, cette fois, assistés d'un avocat.



Les soignants rencontrés ont décrit une magistrate soucieuse d'écoute et d'explications ; son parcours – elle a occupé un poste de juge des tutelles – la rend familière des troubles du comportement.

Le patient s'exprime, la décision est énoncée oralement sur place, assortie d'explications. Les ordonnances sont rédigées sur place, après que le patient a réintégré l'UMD, puis sont déposées au service d'accueil et notifiées le lendemain selon les mêmes modalités, et les mêmes approximations, que les décisions administratives (Cf.3.3). Le secrétariat indique qu'une copie de l'ordonnance est donnée au RUS ou à un IDE de l'unité en vue de sa remise au patient, qui signe l'accusé réception. En pratique cependant, la remise de copie n'est pas toujours effective, et les discours des soignants sur ce point, divergent.

La quasi-totalité des saisines donne lieu à un maintien. Tel a été le cas pour les trente-quatre patients de l'UMD dont la situation a été examinée entre le 1<sup>er</sup> janvier 2015 et la date du contrôle (soit les cinq premiers mois de l'année). Le registre des audiences, scrupuleusement tenu par le service des admissions, montre que tous les patients ont comparu, aucun n'étant assisté d'un avocat. La lecture des ordonnances rendues pendant cette période montre que le juge prend soin de motiver ses décisions au regard tant du contenu des certificats médicaux que des propos du patient à l'audience.

Les demandes de mainlevée et les appels sont très rares : aucune pour les cinq premiers mois de l'année 2015, cinq demandes de mainlevée en 2014 (sur soixante-dix patients de l'UMD), dont une a abouti ; la cour d'appel, saisie trois fois en 2014, a confirmé les décisions de maintien.

Les contrôleurs déplorent vivement que le barreau de Saint-Brieuc ne remplisse pas son rôle auprès des patients admis à l'UMD (pas plus qu'auprès de l'ensemble des patients relevant du ressort du TGI de Saint-Brieuc). La réponse du directeur aux contrôleurs indique que le dispositif a été revu sur la base d'une note de service du JLDP du 30 août 2016 prévoyant une permanence des avocats sur site pour une audience dédiée une à deux fois par mois.

Ils constatent une nouvelle fois que la transmission des informations prévue par la loi est inégale et parfois défailante et qu'il en va pour la notification des décisions de justice comme pour la notification des décisions administratives : faute de protocole précis et de formation suffisante du personnel hospitalier, elle est soumise aux aléas de pratiques différentes et ne garantit pas suffisamment les droits des patients.

### **Recommandation**

*Il est nécessaire que les patients bénéficient effectivement de l'assistance d'un avocat pour l'audience*

### **Recommandation**

*Il convient d'établir un protocole permettant de s'assurer que la notification de la décision du juge des libertés et de la détention est effectuée dans les formes (notamment avec remise de copie), par un personnel formé, en mesure de délivrer une information juridique correcte.*

#### 3.10.2 La commission départementale des soins psychiatriques

La CDSP est « en sommeil » depuis plusieurs mois. Le médecin responsable de l'UMD en était le président ; son mandat a pris fin en septembre 2014 et il n'a pas été remplacé ; aucun magistrat non plus n'est désigné depuis cette date, le précédent ayant quitté le tribunal. L'ARS, contactée, convient qu'il est urgent de redonner vie à l'institution.

La dernière visite de l'UMD par la CDSP date du 2 juillet 2012 ; elle a été réalisée par deux membres de la commission, un médecin libéral en retraite et un membre de l'UNAFAM. Selon le rapport de visite, onze patients ont sollicité un entretien, six ont été reçus. Le rapport indique que trois demandes ne relevaient pas de la compétence de la commission qui a fait savoir aux patients qu'ils ne seraient pas reçus ; aucun élément ne permet de savoir qui et comment l'objet de ces demandes avait été transmis à la commission. Deux autres patients n'ont pu être rencontrés, « (qui) étaient en chambre en raison de leur état de santé » ; aucun élément ne vient préciser en quoi cet état de santé rendait impossible leur audition, fût-ce dans leur chambre.

Le dernier rapport annuel a été transmis aux contrôleurs ; il est purement statistique ; il en résulte qu'en 2014, la CDSP s'est réunie deux fois et a visité deux établissements ; elle a examiné soixante-neuf dossiers, n'a proposé aucune mainlevée et a reçu deux réclamations qui, selon renseignements recueillis à l'UMD, ne semblaient pas concerner cet établissement.

Les contrôleurs constatent que la CDSP, lorsqu'elle fonctionne, n'exerce qu'un contrôle modéré et offre une garantie limitée aux patients, qu'elle semble renoncer aisément à rencontrer. Cette commission, « en sommeil depuis plusieurs mois » au moment du contrôle, doit impérativement être relancée ; les contrôleurs invitent à un fonctionnement dynamique et à une distance par rapport aux établissements contrôlés.

### **Recommandation**

*La CDSP doit être réactivée et jouer son rôle de garantie du droit des patients pris en charge à l'UMD.*

#### 3.10.3 La visite des autorités

Les visites des autorités ne sont pas recensées avec précision hormis une signature sur les registres de la loi, qui ne figurait pas dans ceux que les contrôleurs ont examinés. Selon le médecin responsable du service, le maire (ex cadre de soins à l'hôpital) est venu « à plusieurs reprises » ; le procureur de République est venu « une fois, au début » ; le préfet a dû annuler une visite qui était prévue en début d'année 2015 ; aucun parlementaire ne s'est manifesté depuis que la loi leur en a donné le pouvoir. Aucune des visites n'a donné lieu à observation.

### 3.11 LES GARANTIES DE QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE NE CONCERNENT PAS SPECIFIQUEMENT L'UMD

#### 3.11.1 La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC, aujourd'hui commission des relations avec les usagers)

L'existence de la CRUQPC, compétente pour l'ensemble des établissements sanitaires et médico-sociaux gérés par l'AHB, et son rôle sont indiqués dans le livret d'accueil et mentionnés sur une affichette placée dans les deux unités de soins de l'UMD. Ceci étant, la façon de la saisir reste peu opérationnelle. Ni les coordonnées des médiateurs de la CRUQPC ni celles des représentants des usagers (qui d'ailleurs ne souhaitent pas de publicité) ne sont précisées dans ces documents. Selon les informations recueillies, les médiateurs n'ont jamais été saisis et la commission n'a jamais visité l'UMD. L'un des représentants des usagers rencontré par la mission ignorait l'existence de l'unité.

La CRUQPC s'est réunie quatre fois en 2014 en la présence régulière de deux représentants titulaires des usagers (représentants de l'UNAFAM et de l'association France Alzheimer). L'un d'entre eux participe à l'espace éthique de l'AHB (cf. *infra*).

La commission est saisie de la synthèse bimestrielle et annuelle des questionnaires de satisfaction remplis par les patients à leur sortie, du bilan des événements indésirables, des données relatives à la communication de dossiers médicaux et très récemment de l'ensemble des plaintes et réclamations assorties des réponses de la direction, qui faisait jusqu'alors l'objet d'une présentation globale chaque année (cf. *infra*).

Elle est consultée sur le livret d'accueil et informée des orientations stratégiques de l'établissement (contrat pluriannuel d'objectifs et de gestion) ainsi que sur la démarche de certification.

#### **Recommandation**

*Il conviendrait de sensibiliser la CRUQPC à l'existence et au fonctionnement de l'UMD.*

#### 3.11.2 Le traitement des plaintes et réclamations

Selon la procédure formalisée de traitement des plaintes et réclamations, est considérée comme plainte ou réclamation toute formulation d'insatisfaction exprimée par oral ou écrit. Cependant, elles ne sont enregistrées par la direction que lorsqu'une solution locale n'ayant pas été trouvée, le patient ou ses proches estiment nécessaire de « monter » à la direction. Ils peuvent alors faire une demande écrite au directeur ou demander à rencontrer une personne chargée par lui de recueillir la doléance. .

Il est donc probable que la plupart des plaintes et réclamations trouvent ou non une solution locale et que le bilan effectué par la direction et restitué à la CRUQPC ne couvre qu'une petite partie de l'ensemble. Ainsi la mission a-t-elle constaté qu'un patient de l'unité 2 a effectué une plainte par l'intermédiaire d'un soignant pour demander la réparation de la fontaine à eau. Une nouvelle fontaine à eau est en voie d'acheminement, le cadre de santé ayant pris directement contact avec le service logistique pour l'achat d'une nouvelle fontaine. Le directeur n'en a pas été informé.

Au total, seize réclamations de patients avaient été enregistrées et traitées en 2014 contre treize en 2013. Selon les informations recueillies, aucune d'entre elles ne concernait l'UMD.

### 3.11.3 Le recueil des événements indésirables

A l'UMD comme dans l'ensemble des établissements de l'AHB, le signalement des événements indésirables fait l'objet d'une procédure et est effectué par le personnel par saisie sur le site intranet de l'établissement.

Les six rubriques de la fiche d'événements indésirables (FEI) - incidents patients, personnel, violence, soins, sécurité, logistique - sont détaillées par nature et gravité d'événements. Lorsque survient un événement grave comportant un arrêt d'accident du travail, il peut être déclaré à la fois en accident du travail et en événement indésirable. Cependant la double déclaration n'est pas toujours effectuée, le personnel privilégiant la déclaration d'accident du travail : cela a été le cas d'une tentative d'agression intervenue à l'UMD en janvier 2014 et qui a fait l'objet d'un retour d'expérience (cf. 2.2.3).

Si l'on note une diminution des événements déclarés à l'UMD et de leur gravité en 2014 par rapport à 2013, l'interprétation reste délicate compte tenu de la brièveté de la série statistique. Selon le bilan des fiches réalisé par la direction de la qualité, en 2013, 29 % des événements déclarés ont donné lieu à des actions correctives ou préventives, 53 % seraient résolus ; en 2014, les résolutions de problèmes concerneraient 72 % des événements indésirables réclamés.

#### Nature et nombre d'événements indésirables déclarés à l'UMD 2013-2015

Nature/nombre des événements indésirables déclarés par l'UMD	2013	2014	2015 (5 premiers mois)
Patients	11 dont 1 décès et 1 tentative de suicide	0	13
Personnel	3	2	
Atteinte aux personnes (agressions)	26	9	7
Atteinte aux biens	7	2	
Prise en charge	10	17 dont 7 relatifs aux traitements médicamenteux	
Sécurité	12		1
Restauration	22	15	6 dont 4 défauts dans la qualité du produit (produits avariés)
Linge	5		
Autres		10	5 dont 3 difficultés d'accès à l'informatique
total	59	42	

#### 3.11.4 Les enquêtes de satisfaction

Les questionnaires de satisfaction sont collectés au moment de la sortie des patients dans l'ensemble des unités de l'AHB, le formulaire étant remis à l'entrée avec le livret d'accueil. Il en est fait un bilan semestriel et annuel à la CRUQPC.

Les questionnaires sont organisés en six rubriques (entrée, accueil dans l'unité, droits offrent quatre niveaux de réponse (très satisfaisant, satisfaisant, peu satisfaisant, non satisfaisant) qui permettent, selon la distribution des réponses, de donner une note globale pour chaque item.

Les douze et vingt-quatre réponses recueillies auprès des patients de l'UMD en 2013 et 2014 (soit respectivement 15 et 28 % de la file active), avec l'aide des soignants pour près de la moitié d'entre elles, sont assez constantes dans la hiérarchie des satisfactions exprimées des patients, prise en charge, hébergement) où sont détaillées des questions précises. Les réponses soulignent :

- une grande satisfaction (note supérieure à 15, majorité de « très satisfaits ») quant aux activités thérapeutiques, à la propreté des locaux (note supérieure à 19), mais aussi à la disponibilité de l'équipe soignante, aux informations données sur les soins et leur qualité ;
- une évaluation basse (inférieure à 13, majorité de satisfaits mais avec un poids important de peu ou non satisfaits) quant à l'information sur les droits ;
- une satisfaction en baisse depuis trois ans (moins trois points de satisfaction) quant à la prise en charge de la douleur physique et l'accompagnement social et diminution moindre (moins deux points en trois ans) de la satisfaction sur la prise en compte de la souffrance psychologique.

#### 3.11.5 L'espace éthique

L'association hospitalière de Bretagne a constitué en 2012 un « espace » éthique pour soutenir la réflexion sur les problématiques éthiques, notamment celles des professionnels travaillant dans les établissements gérés par l'association. Composé de vingt-cinq membres, il comporte vingt professionnels de tous métiers salariés de l'établissement, nommés pour quatre ans par le directeur général sur la base d'actes de candidature, deux représentants des usagers, une personnalité extérieure et cinq membres de droit, appartenant à l'administration de l'AHB. Selon les informations recueillies, un petit groupe stable siège régulièrement.

Il mène sa réflexion à partir de questions qui lui sont adressées, le plus fréquemment par le personnel, et établies sur la base d'un formulaire type. L'identité des auteurs des questions posées n'est pas divulguée. Le comité peut également s'autosaisir de toute réflexion qui lui paraîtrait utile. Ses avis étayés et documentés sont mis en ligne sur l'intranet de l'association : ce fut le cas en mars 2015.

Réuni deux fois en 2012, trois fois en 2013 et deux fois en 2014, il n'a pas été saisi ni ne s'est auto-saisi de problèmes visant spécifiquement les patients sans consentement.

**Recommandation**

*Il est souhaitable que le comité d'éthique puisse s'autosaisir de sujets visant les patients sans consentement.*

## 4. LES CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE

### 4.1 LES CONDITIONS MATÉRIELLES DE L'HOSPITALISATION SONT FONCTIONNELLES MAIS NE GARANTISSENT PAS L'INTIMITÉ DES PATIENTS

#### 4.1.1 Les locaux

Chaque unité comporte un secteur diurne et un secteur nocturne. Dans le secteur diurne, les patients prennent leur repas, regardent la télévision et profitent d'un espace de détente. Un poste infirmier vitré et fermé à clé permet la surveillance constante de l'ensemble des espaces de vie. Il fait face à une salle de soins dans laquelle les traitements sont préparés. Les bureaux de consultations se trouvent dans un espace attenant au secteur diurne. Comme l'indique le rapport de 2009, « *l'ensemble est bien conçu et en bon état de propreté. Aucune odeur désagréable n'y règne* »

Dans le secteur nocturne se trouvent les chambres. Chacune d'entre elles est équipée d'une salle de douche avec cuvette WC, d'un lit et d'un placard. La porte est vitrée pour permettre une surveillance extérieure et un œilleton donne dans la salle d'eau. Il n'existe aucun moyen de se soustraire, même de façon très ponctuelle, au contrôle du regard.



*Surveillance des douches par œilleton*

#### **Recommandation**

*Des mesures doivent être prises pour que les patients puissent garder un minimum d'intimité, en particulier dans la salle de bains.*

Le rapport de 2009 précise :

*Toutes les chambres des unités 1 et 2 sont identiques à l'exception d'une chambre pour personne à mobilité réduite qui se trouve dans l'unité 2.*

*Les chambres, d'une surface totale de 15,97m<sup>2</sup>, sont individuelles. Tous les éléments du mobilier sont fixés au sol : lit, bureau, tabouret, placard. Le patient dispose d'une lampe de chevet mais pas de table de nuit. Il existe une tablette sur le panneau qui fait face au lit, fixée au mur. Le bloc sanitaire, condamnable de l'extérieur, fait 3,25m<sup>2</sup>. Il comprend une douche, un lavabo et un wc.*

*On doit noter que le placard, de bonne dimension, contient les vêtements du patient et un kit d'hygiène. Il peut être fermé à clé par l'occupant de la chambre sauf indication médicale contraire (le personnel ayant également la possibilité de l'ouvrir).*

*L'équipement électrique est sécurisé et peut être actionné de l'extérieur.*

*Chaque chambre comporte un double accès.*

*La chambre pour personne à mobilité réduite fait 20,06m<sup>2</sup> et correspond aux normes en vigueur. »*

L'ensemble des locaux est vaste, propre et fonctionnel mais uniforme et froid. Pour des raisons de sécurité, ni les espaces de vie ni les chambres ne comportent la moindre décoration. Les murs sont clairs mais sans couleur. Les salles de consultations comportent un bureau, des chaises et un meuble de rangement mais rien ne permet de les distinguer les unes des autres. En l'absence des patients qui déambulent, on pourrait croire que l'espace n'a jamais été habité.



*Bureau de consultation*

#### **4.2 LES ACTIVITÉS SONT NOMBREUSES DURANT LA SEMAINE**

Le règlement intérieur destiné aux patients mentionne qu'ils bénéficient de distractions et d'activités culturelles et sportives. Il précise que les activités de réhabilitation psycho-sociale (ergothérapie, sociothérapie, art thérapie, enseignement) sont accessibles après prescription médicale.

Les contrôleurs ont pu observer que de nombreuses activités étaient proposées aux patients qui, dans l'ensemble, déclaraient en être plutôt satisfaits. À titre d'exemple, en 2014, les trois ergothérapeutes, le psychomotricien et l'infirmier chargés des activités sportives ont pratiqué les activités suivantes :



Activité	Nb de patients concernés	Total des prises en charge collectives pendant l'année
Atelier créatif	47	824
Atelier cognitif	77	1 405
Atelier structurant	37	327
Activité X Box	31	769
Atelier théâtre	34	476
Atelier soutien scolaire	18	561
Atelier journal	9	169
Atelier jardin	21	60
Psychomotricité (individuel ou groupe de 4 personnes maximum)	59	751
Relaxation	31	219
Sport (individuel ou groupe de 4 personnes maximum)	75	1 140
Sport collectif (football et basket-ball)	116	601

Les sports collectifs sont pratiqués dans le vaste terrain qui jouxte les unités.



*Activité de sport collectif*

Par ailleurs, comme signalé dans le paragraphe 3.8.1, les sorties extérieures comprennent de l'équithérapie, de la balnéothérapie, des promenades ou des repas thérapeutiques pris à l'extérieur. L'ensemble des personnes interrogées (soignants et patients) approuvent ces activités.

Enfin, des groupes d'éducation thérapeutique portant notamment sur la schizophrénie avec un support vidéo sont organisés par les soignants pour les patients.

Les activités sont apparues riches et bien organisées aux contrôleurs mais beaucoup de patients se sont plaints d'un manque d'activité le week-end et les jours fériés. Nombreux sont ceux qui ont déclaré s'ennuyer à ces moments-là. Par ailleurs, les activités ne concernent qu'un certain nombre de patients à chaque fois.

### **Bonne pratique**

*Les patients de l'UMD bénéficient d'activités thérapeutiques nombreuses et variées. Elles devraient cependant être organisées également le week-end et les jours fériés.*

#### 4.2.1 La sûreté

Compte tenu de sa vocation, l'UMD est conçue dans son architecture et son fonctionnement pour assurer la sûreté des locaux et la sécurité du personnel et des patients. En 2010, après la détection d'une tentative d'évasion, un investissement de 360 000 euros est venu renforcer les dispositifs et les procédures de sécurité en place.

Contribuent à la sûreté et la sécurité de l'UMD :

- l'architecture : enceinte de 4 m de hauteur, cours entourées d'un grillage de 3,50 m, accès obligé et sécurisé par un sas, caméras de surveillance à l'extérieur ;
- l'aménagement intérieur des unités : parties communes des unités entièrement vitrées (y compris cabines téléphoniques) et permettant une surveillance complète et totale de l'espace collectif, principe d'une double, voire triple accessibilité, dans chaque pièce, vidéosurveillance permanente (non enregistrée) dans la chambre d'isolement reliée au PC infirmier, chambres individuelles avec fenestron, mobiliers non démontables ou intégrés au sol, robustes et à bouts ronds, commandes extérieures du chauffage, de l'éclairage, de la lumière et des volets de chaque chambre, etc.;
- le fonctionnement de l'unité : obligation de port d'un dispositif d'alarme du travailleur isolé (DATI) par chaque membre du personnel et en permanence, permettant un appel en renfort dans les deux unités en cas d'anomalies ou de problèmes, fermeture à clé de toutes les portes dont le système électronique est indépendant, isolement phonique des PC infirmiers pour assurer la confidentialité ;
- les procédures précises mises en place, qu'elles concernent l'accès à l'unité du personnel et des prestataires, les visites (dépôts des objets, pas plus de deux

visiteurs<sup>12</sup> à la fois), les règles d'entrée dans les chambres (toujours à deux soignants) ou l'appel à renfort *via* le DATI ;

- la formation du personnel de l'unité mais également les règles de vie strictes mises en place et retracées dans le règlement intérieur de l'UMD.

### 4.3 LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DONNE UNE GRANDE PLACE A LA SECURITE

#### 4.3.1 Le projet médical et sa mise en œuvre dans les unités

Dans le projet médical de l'AHB (2011-2017), sont soulignées les compétences des équipes médicales et soignantes à la gestion de la violence et de l'agressivité, la formation de tous les soignants à la gestion des situations de tension, le travail en équipe pluri professionnelle avec formalisation des réunions de synthèse hebdomadaires pour chaque unité. L'accent est également mis sur la qualité des locaux, la présence d'un cabinet dentaire et d'une unité de sismothérapie, la bonne collaboration avec les services de l'État et le conventionnement avec le centre hospitalier Centre-Bretagne(CHCB) pour les soins somatiques. En revanche, le document déplore notamment l'absence d'unité permettant de préparer la sortie, l'indifférenciation des unités, la mauvaise desserte du site de l'UMD par les transports en commun et l'impossibilité de mettre en place des visites des familles en raison de l'absence d'économie d'échelle possible sur la base de deux unités.

Les souhaits d'orientation et d'évolution pour l'avenir sont la poursuite du développement d'activités nouvelles telles que la lutte contre l'illettrisme et le soutien scolaire, le projet de création d'une unité supplémentaire ayant été abandonné.

Le projet médical de l'UMD est traité en quatre points dans le document décrivant le projet de service :

- les modalités de prise en charge des patients ;
- le projet de soins ;
- les activités thérapeutiques ;
- la préparation à la sortie.

Dans les modalités de prise en charge, il est indiqué que l'accueil du patient est organisé sur la base d'un modèle horizontal sans graduation des soins : le patient est d'emblée admis dans l'une ou l'autre des unités d'hospitalisation en fonction des places disponibles et sur décision médicale. Il est précisé que chaque patient arrivant est soumis à une période d'observation de trois semaines à un mois au terme de laquelle un programme de soins individualisé est prescrit.

Dans le paragraphe traitant du projet de soins, les unités sont présentées comme spécialisée dans le traitement des malades mentaux présentant « un état dangereux majeur, certain ou imminent ». Il est étonnant que ce soit le terme dangereux qui ait été retenu alors que les UMD sont destinées à accueillir des malades difficiles, notion qui ne sous-tend pas nécessairement la dangerosité.

---

<sup>12</sup> Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur précise que dans les faits et au-delà de la procédure visite, l'accès à plus de deux visiteurs est autorisé selon les situations cliniques.

### **Recommandation**

*Le terme « patient dangereux » figurant dans le projet médical de l'UMD doit être remplacé par celui de difficile.*

L'objectif global du projet de soins est de canaliser l'agressivité du malade afin de l'amener à modifier son mode de relation à l'autre, autorisant son retour dans un service de psychiatrie générale ou son lieu d'origine. L'hospitalisation est découpée en trois temps : une phase d'observation, une phase de soins intensifs, une phase de consolidation.

Les activités au sein de l'UMD sont présentées avec un versant occupationnel et un versant thérapeutique. Les activités physiques et sportives sont décrites comme visant à régulariser et canaliser l'agressivité, à permettre la socialisation, à travailler sur l'image corporelle et à contribuer à la remise en forme physique des patients. L'ergothérapie a pour objectif de valoriser les patients, en les socialisant et en les autonomisant.

La préparation à la sortie consiste à aider les patients à se projeter dans l'avenir et à préparer l'équipe soignante les ayant adressés à l'UMD à les accueillir en dépassant leurs craintes et leur sentiment d'échec.

Dans l'ensemble, les contrôleurs ont eu le sentiment que la pratique était assez fidèle au projet de service même si, d'après les propos recueillis, l'unité 2 serait plus stricte que l'unité 1. Cette différence de fonctionnement entre les deux unités trouverait son origine dans le fait que les infirmiers de l'unité 1 seraient plus anciens et auraient accompagné la réalisation du projet d'ouverture de l'UMD alors que ceux exerçant dans l'unité 2 seraient plus récents et auraient été recrutés après l'ouverture.

Il n'existe aucune réunion inter-équipes ce qui nuit probablement à l'uniformisation des pratiques.

### **Recommandation**

*Il serait utile de prévoir des réunions entre les deux équipes des deux unités de l'UMD afin de permettre une réflexion collective sur les pratiques.*

Dans la mesure du possible, les admissions se font en début d'après-midi. Les patients sont conduits à l'UMD par une équipe de l'établissement hospitalier de rattachement du service d'origine du patient. Pour les personnes détenues, le transport est réalisé par une équipe psychiatrique de l'établissement de santé à l'origine de la demande. Les patients arrivent en ambulance, et selon le personnel infirmier, le plus souvent sédatisés et attachés au brancard par des liens de contention.

Par mesure de précaution, chaque patient arrivant est placé en observation pendant 24 heures minimum en chambre de soins intensifs (CSI), dans l'unité 1 ou 2 en fonction des places disponibles et sur décision médicale. Il est alors dépossédé de tout objet, mis en pyjama et ne peut fumer. Un patch ou des tablettes de nicotine lui sont proposés s'il est fumeur. Il est placé sous vidéosurveillance pendant tout le temps où il reste en CSI. Son appartenance religieuse étant souvent inconnue de l'équipe soignante, les repas qui lui sont servis pendant les premiers jours sont sans porc. A sa sortie de CSI, un inventaire contradictoire est réalisé.

Une première réunion de synthèse a lieu entre l'équipe médicale et soignante de l'UMD et l'équipe accompagnatrice suivie d'un premier entretien médical avec le patient. Son dossier est présenté, deux infirmiers référents sont désignés ainsi que le psychiatre traitant.

Au terme de la période d'observation, si son état clinique le permet, il est invité à se joindre aux autres patients. Il récupère ses vêtements et prend ses premiers repas dans la salle à manger, seul à table les premiers temps, contrairement aux autres qui sont quatre par table, et ce, afin d'observer son comportement en société. Une chambre lui est attribuée dans laquelle il peut conserver certaines affaires dans un placard fermé dont la clé est conservée par le personnel infirmier. De nombreuses règles régissent le fonctionnement de l'unité et beaucoup de choses sont soumises à autorisation préalable. Pendant une dizaine de jours, l'arrivant ne bénéficie d'aucune autorisation, tout lui est interdit. Au fur et à mesure, il se voit autorisé à téléphoner, à participer aux activités, à faire du sport, à conserver son lecteur de musique, etc. Le cadre de vie est naturellement rigide et c'est au patient de l'assouplir progressivement par son comportement.

Dans sa réponse, le directeur indique que des autorisations sont accordées au patient de manière individualisée et en fonction de son état clinique, dans les jours qui suivent l'admission puis la sortie de CSI.

#### 4.3.2 L'organisation quotidienne de la prise en charge

##### a) Les projets de soins

Chaque arrivant à l'UMD fait l'objet d'une période d'évaluation allant de trois semaines à un mois. Au terme de cette période, les professionnels de santé établissent un profil médical, psychologique et comportemental qui détermine le projet de soins individualisé élaboré en équipe et prescrit par le médecin.

Une fois par semaine, une réunion inter-équipe pluri-professionnelle a lieu dans chaque unité. La situation de trois à quatre patients est évoquée à chaque fois.

D'après les éléments recueillis, chaque patient est vu au moins une fois par semaine par son psychiatre référent. Une seule psychologue exerce à l'UMD. Présente depuis 2007, elle intervient 85 % du temps mais ne bénéficie pas de temps « formation, information, recherche » (temps FIR) auquel ces professionnels ont droit. Elle reçoit les patients soit sur indication médicale, soit à la demande des infirmiers, des patients eux-mêmes ou de sa propre initiative. Selon les propos de certains patients, les entretiens, hebdomadaires, seraient trop courts.

Les soins somatiques sont assurés par un médecin généraliste présent deux demi-journées par semaine. Durant ses congés, il est remplacé par un collègue exerçant à Plouguernevel.

À leur arrivée, les patients sont vus systématiquement par le médecin généraliste après leur passage en observation en chambre d'isolement. Ils bénéficient également d'un examen dentaire. L'indice de masse corporel (IMC) est mesuré. Les patients sont ensuite pesés une fois par mois. Selon les propos recueillis, les prises de poids seraient fréquentes, en partie du fait des effets secondaires des médicaments prescrits. Les régimes alimentaires se montreraient peu efficaces, notamment en raison du fait que les personnes hospitalisées peuvent se procurer diverses friandises et des boissons (en quantité toutefois limitée).

Les consultations de spécialisées se déroulent à l'hôpital polyclinique de Kerio à Pontivy, accessible en une demi-heure par la route.

Les consultations de spécialités sont réalisées principalement au centre hospitalier du Centre-Bretagne à Noyal-Pontivy, en deuxième intention à la polyclinique implantée sur le même site. En cas d'hospitalisation, ils sont maintenus au service porte et sont accompagnés par deux infirmiers de l'UMD, jour et nuit.

En cas d'urgence vitale, une équipe du SMUR peut se rendre à l'UMD. Toutefois, il a été rapporté aux contrôleurs qu'une équipe du SMUR n'a pu intervenir du fait que les soignants n'étaient pas en possession de leurs papiers d'identité.

Dans sa réponse, le directeur objecte que personne dans l'établissement n'a souvenir de cet événement mais qu'il est possible qu'une équipe du SMUR ait été ralentie dans sa progression du fait d'un contrôle d'identité. Il ajoute que des mesures ont été prises pour éviter ce genre d'incidents.

#### *b) Le déroulement de la journée*

Les patients sont réveillés entre 7h30 et 8h. Ils ont environ trois-quarts d'heure pour prendre leur douche, s'habiller et faire leur lit, après quoi ils gagnent le secteur diurne alors que le secteur nocturne est fermé. Le petit déjeuner est servi à 8h45. Le déjeuner à 12h30, le goûter à 16h30 et le dîner à 18h30. Le jeûne de nuit dure donc plus de treize heures. Les traitements sont distribués par les infirmiers au moment des repas.

#### **Recommandation**

*Des mesures doivent être prises pour diminuer la durée du jeûne de nuit, soit en retardant l'heure du dîner, soit en avançant celle du petit déjeuner.*

De 9h à 11h45 et de 13h45 à 16h15, les patients se consacrent aux différentes activités extérieures ou intérieures et aux entretiens avec les professionnels de santé. Ils peuvent également être accompagnés à la cafétéria. Ils bénéficient ensuite d'un goûter et de temps libre dans les espaces communs.

Après le dîner, ils peuvent rester dans les espaces communs et regarder la télévision. Dès 20h, ils conduits dans leur chambre et préparés au coucher. Les somnifères leurs sont alors distribués. La fermeture des portes a lieu à 20h45 et l'extinction des feux dans le couloir à 21h15.

Au cours des périodes où les patients ne sont pas dans leur chambre et où ils ne participent pas à des activités, ils peuvent rester dans les espaces communs ou dans la cour. Ils peuvent également regarder la télévision mais ne peuvent jamais profiter du programme du soir en entier.

### **Recommandation**

*Une certaine souplesse dans l'application du règlement devrait permettre que les patients puissent regarder un film ou une émission jusqu'à son terme.*

La gestion du tabac est organisée par le personnel infirmier. Lorsqu'ils sont placés en chambre d'isolement, à l'arrivée ou lors d'événements particuliers au cours du séjour, les patients n'ont pas la possibilité de fumer. Des chewing-gums ou des patches à la nicotine leur sont alors proposés. Le reste du temps, les cigarettes sont distribuées à la demande par les infirmiers. Les patients les plus démunis bénéficient de cigarettes de dépannage.

Les contrôleurs ont été frappés par la façon dont se déroule le rituel du repas : l'heure venue, les vingt patients de l'unité (hormis ceux qui sont en chambre d'isolement) gagnent leur place, toujours la même, au réfectoire. Ils sont quatre par table à l'exception des arrivants ou de certains patients trop fragiles qui restent seuls. Ils mangent sous le regard attentif des infirmiers. Interdiction leur est faite d'échanger quoi que ce soit avec leurs voisins de table. Un patient s'est notamment plaint de n'avoir pu donner son dessert à un autre patient, interdiction à laquelle il n'est pas parvenu à donner un sens. Quand le repas est terminé, ils attendent sans broncher qu'on les appelle. Un infirmier, droit et raide, égraine alors le nom des patients. À l'appel de son nom, chacun se lève silencieusement, dépose son plateau à la cuisine puis retourne docilement s'asseoir. Quand chacun a débarrassé son plateau, l'autorisation de se lever est donnée.

L'aspect disciplinaire plus que thérapeutique de ces moments interroge. L'attitude très stricte des soignants ne paraît pas poser un cadre rassérénant pour les patients mais semble davantage engendrer peur et résignation.

### **Recommandation**

*Un assouplissement des règles qui encadrent la prise des repas permettrait sans doute d'en faire un moment plus convivial et moins disciplinaire.*



### c) *La sieste et le retrait*

Dans la journée, les patients n'ont accès à leur chambre qu'en cas de sieste ou de « retrait », terme désignant un moment pendant lequel un patient est enfermé dans sa chambre, à sa demande, sur prescription médicale ou après décision de l'équipe infirmière. Les périodes de retrait se font par tranche d'une demi-heure renouvelable et peuvent durer jusqu'à 24 heures sur prescription médicale. Elles ont vocation à apaiser un moment de tension, perçu par le patient ou par l'équipe et à éviter une mise en chambre d'isolement. Selon les propos rapportés, elles ont l'avantage d'investir le patient dans sa prise en charge, notamment en demandant la mise en place de la mesure lorsqu'il se sent dépassé par son agressivité ; elles se font de façon concertée et permettent d'éviter la majorité des crises ; elles mobilisent beaucoup plus d'énergie de la part des soignants que la mise en chambre d'isolement. Alors que pendant la sieste, les patients n'ont pas le droit de conserver leurs effets personnels en dehors de leurs vêtements, pendant les périodes de retrait, ils ont accès à la lecture et à la musique.

Dans sa réponse, le directeur déclare que pendant la sieste, sur autorisation médicale, certains patients peuvent garder des effets personnels.

Cette procédure est diversement appréciée par les personnes entendues par les contrôleurs, qu'il s'agisse de patients ou de personnels soignants. Pour les uns, elle est utile et apaisante alors que pour les autres, elle est perçue comme une mesure disciplinaire, laissant une place importante à l'arbitraire. Certains patients se sont plaints du fait qu'il était difficile de négocier la mise en retrait et sa durée.

### 4.3.3 La communication avec l'extérieur

#### a) *La place des familles et les visites*

L'UMD reçoit en majorité des patients en provenance de Bretagne, de Basse-Normandie et des Pays de Loire mais elle est difficilement accessible par les transports en commun. Les visites sont autorisées les jours ouvrés de 14h30 à 16h15. Elles ont lieu sous la surveillance d'un infirmier. L'éloignement, les moyens d'accès restreints pour les personnes non véhiculées et l'absence de créneau horaires pendant les week-ends et jours fériés, restreignent les possibilités de visites.

#### **Recommandation**

*Des mesures doivent être prises pour que les visites soient autorisées les week-ends et jours fériés.*

En 2014, la file active de l'unité était de quatre-vingt-cinq patients. Il y a eu 182 visites dont 50 % pour six patients. Trente-six patients ont reçu au moins une visite, quarante-neuf n'ont bénéficié d'aucune visite.

Le règlement intérieur précise que les visites des avocats ou des représentants du culte sont libres mais qu'elles peuvent être supprimées sur prescription médicale.



#### b) Le courrier

Les patients recevant du courrier ont l'obligation d'ouvrir l'enveloppe en présence d'un infirmier. La sortie du courrier n'est en revanche soumise à aucun contrôle.

Les colis sont ouverts par le personnel infirmier qui met en dépôt d'éventuels objets interdits. Les autres objets sont remis aux patients contre signature, sous réserve que leur état clinique le permette. Le contenu des colis expédiés par les personnes hospitalisées est vérifié par du personnel infirmier en présence de l'expéditeur.

#### c) Le téléphone

Les appels téléphoniques ne peuvent être passés qu'au moyen des *points-phone*, les téléphones portables étant interdits dans l'enceinte de l'UMD. Chaque patient a droit au maximum à cinq communications par semaine (sept sur autorisation médicale selon la réponse faite par le directeur), qu'il s'agisse d'appels entrants ou sortants. Le nombre de communications autorisées est déterminé de façon hebdomadaire en réunion.

La communication par voie informatique ou la consultation d'Internet ne sont pas autorisées.

#### 4.3.4 L'exercice du droit de vote

Le livret d'accueil de l'AHB mentionne la possibilité de voter durant l'hospitalisation si des élections ont lieu. Il n'existe pas de procédure écrite pour l'exercice concret de ce droit et le patient est renvoyé au responsable du service ou de l'établissement (sans précision) pour voter par procuration ou bénéficier d'une permission de sortie, ce qui pour les malades de l'UMD dont la résidence se situe hors département est une hypothèse peu probable.

A l'UMD, le personnel interrogé n'avait pas précisé la procédure en tête.

#### 4.3.5 L'exercice du culte

Le même livret d'accueil mentionne la possibilité de visite des ministres du culte, les patients étant renvoyés au secrétariat (lequel ?) pour plus de précisions.

Compte tenu des contraintes de l'UMD, la bonne information opérationnelle repose dans cette unité sur les compétences du personnel soignant. La mission a constaté dans une unité que celui-ci a recherché et obtenu les coordonnées d'un ministre du culte pour un patient qui les demandait et qu'il respectait les rituels de prière de certaines religions. De même les interdictions alimentaires de certaines pratiques religieuses (interdiction du porc, voire du bœuf.) donnent lieu à des repas différenciés.

## 5. LE RECOURS À L'ISOLEMENT ET À LA CONTENTION

### 5.1 LE RECOURS A L'ISOLEMENT DOIT FAIRE L'OBJET D'UNE REFLEXION ET D'UNE TRAÇABILITE CONFORMEMENT A L'ARTICLE L3222-5-1 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

#### 5.1.1 Les chambres d'isolement

Chaque unité dispose de deux chambres de soins intensifs disposées à l'entrée du secteur nocturne. Le rapport de 2009 les décrit ainsi

*Les quatre chambres d'isolement d'une superficie chacune de 19,69m<sup>2</sup>, répondent aux normes exigées par la Haute autorité de santé : lit sécurisé installé en position centrale dans la chambre, permettant la contention, mais aussi de relever le buste et les jambes, bloc sanitaire condamnable, comportant un wc en inox, un lavabo et une douche, qui peut rester ouvert, double accès, surveillance visuelle. Il existe aussi un dispositif de vidéosurveillance grâce à une caméra dont les images sont projetées au poste infirmier. Cette caméra protège en partie l'intimité du patient car elle ne permet pas de visualiser le wc.*



*Vidéosurveillance de chambres d'isolement*

#### 5.1.2 Procédures et pratiques

La procédure de mise en chambre d'isolement (MCI) date de 2008. Elle stipule que la MCI est avant tout un acte thérapeutique dans la gestion de la crise de violence, d'agressivité ou toute situation mettant en danger le patient lui-même et/ou son entourage. Elle en définit les indications :

- prévention d'une violence imminente du patient envers lui-même ou autrui alors que les autres moyens de contrôle ne sont ni efficaces ni appropriés ;
- prévention d'un risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé impose les soins ;
- isolement intégré dans un programme thérapeutique ;
- isolement en vue d'une diminution des stimulations reçues ;

- utilisation à la demande du patient.

La procédure précise également les contre-indications somatiques et non-somatiques, notamment l'utilisation à titre punitif ou par défaut d'effectifs soignants.

Elle prévoit entre autres, l'information du patient des raisons qui motivent la MCI, la surveillance en particulier par le maintien d'un infirmier à proximité et un entretien centré sur le vécu du patient après la fin de la mesure.

Deux fiches appartenant au dossier du patient (DP36 et DP37) organisent la prescription et le suivi médical de MCI, d'un part, et d'autre part, une fiche de surveillance et de soins. Il existe également un registre des MCI.

L'ensemble de la procédure donne le sentiment d'avoir été établie avec sérieux et respect, dans le réel souci du bien-être du patient.

Dans la pratique, les contrôleurs ont trouvé des chambres d'isolement propres, bien entretenues. Les soignants s'occupant des patients qui s'y trouvaient étaient courtois et professionnels. Ils ont toutefois observé qu'il était impossible aux patients placés à l'isolement de fumer, de regarder la télévision ou même d'écouter la radio.

Le directeur explique dans sa réponse que l'autorisation de fumer peut être accordée par le médecin qui peut également autoriser qu'un poste de radio soit placé dans le sas ou dans la salle de bains.

L'équipe de l'UMD a commandé des pantalons de pyjamas en forme de short afin d'éviter que l'on puisse se pendre avec mais les contrôleurs ont pu constater qu'en passant la tête à travers ce short, il était aisé de se pendre.



*Pantalon court de pyjama anti-pendaison*

Selon les propos rapportés, le passage à l'œilleton se fait toutes les trente minutes seulement quand les infirmiers en trouvent le temps.

Les patients, dans leur discours, ont donné l'impression de ne pas percevoir l'aspect thérapeutique de la MCI et de la vivre comme une menace visant à les faire rester dans le « droit chemin ».

### 5.1.3 La traçabilité et les chiffres

Au vu des chiffres de placement en chambre d'isolement issus du recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (PMSI), la procédure a concerné de 2013 à 2015 plus de la moitié des patients hospitalisés et n'est pas utilisée de façon significativement différente par l'unité 1 et 2.

Une analyse fine effectuée pour la mission par l'UMD sur les mises à l'isolement des cinq premiers mois de l'année 2015 montre une grande diversité des durées de mises à l'isolement dont ne rend pas compte la durée moyenne des séjours (21 jours en 2013, 14 jours en 2014). Certains patients « cumulent » les séjours y compris dans chacune des unités alors que d'autres n'y font que de brefs séjours (moins d'une journée parfois). Ainsi, sur la période, dans l'unité 2, un patient a séjourné dans la chambre d'isolement plus de 54, 55 jours, un autre 14,57 jours tandis que les séjours de trois autres patients étaient inférieurs à une journée.

Il peut arriver que les chambres d'isolement étant occupées, un malade soit placé en isolement dans sa chambre individuelle, cette situation n'étant pas retracée par les statistiques issues du PMSI. Ces situations semblent relativement rares : la procédure n'a été utilisée au cours du premier semestre 2015 que deux fois pour deux patients de l'unité 2.

#### Patients placés à l'isolement et durée de séjours 2013-2015\*

séjours en chambres isolement	UMD			Unité 1			Unité 2		
	Nbre de patients	Nbre journées	Dmh chambre d'isolement en jours	Nbre de patients	Nbre journées	Dmh chambre d'isolement en jours	Nbre de patients	Nbre journées	Dmh chambre d'isolement en jours
File active isolement 2013	45	950	21	32	16	16	32	723	23
Total file active UMD 2013	77			40			37		
File active isolement 2014	58	803	14	28	435	16	32	368	12
Total file active UMD 2014	85				42		44		
File active isolement 1er trimestre 2015	21	246	12	10	167	17	11	80	7

Source MEAH

\*DMH :  $Durée\ moyenne\ d'hospitalisation\ en\ jours = \frac{Nbre\ de\ journées\ d'hospitalisation}{nombre\ de\ patients\ (File\ Active)}$ . Les chiffres ne prennent pas en compte l'utilisation de la chambre individuelle en condition d'isolement.

## 5.2 LE RECOURS À LA CONTENTION DOIT FAIRE L'OBJET D'UNE TRAÇABILITE

### 5.2.1 Procédures et pratiques

La procédure de mise en contention date de 2007 et est de même facture que celle de MCI. Elle comprend également des documents destinés au dossier du patient traçant la prescription médicale et la surveillance infirmière.

Dans l'antichambre de la chambre d'isolement, on trouve un imprimé listant l'ensemble des objets nécessaires à la prise en charge d'une personne isolée. Il y figure notamment l'inventaire des kits de contention avec deux attaches chevilles, deux attaches poignets, une attache cheville « fixation au lit » et une attache ventrale.

Selon le directeur, des registres d'isolement et de contention ont été mis en place depuis 2008 : les contrôleurs ne les ont pas vus.



*Personne placée à l'isolement sous contention*

## 6. L'HOSPITALISATION DES PATIENTS DÉTENUS

En dehors des moyens de communication avec l'extérieur, les modalités de prise en charge des personnes détenues à l'UMD ne sont pas apparues aux contrôleurs, différentes de celles des patients venant de milieu libre.

Un imprimé précise que le courrier reçu ou sortant doit être adressé au vauquemestre de l'établissement pénitentiaire, qu'aucune communication n'est autorisée en dehors de celles avec l'avocat (et le numéro composé doit être vérifié par les soignants) et que les consultations extérieures sont faites sous escorte de la gendarmerie à l'initiative du préfet.

## 7. APPRÉCIATION GÉNÉRALE

L'UMD de Plouguernevel, installée dans des locaux fonctionnels, modernes et clairs, est gérée par des équipes pluridisciplinaires de professionnels reconnus et expérimentés dont la qualité permet une relation de confiance très satisfaisante avec les autorités de l'Etat.

Toutefois, les modalités d'accès des patients à leurs droits, leur information, de même que les supports de cette information comportent de nombreuses lacunes et devraient faire l'objet d'un protocole, afin d'être harmonisés et mieux compris par les patients.

Il est également à noter une absence d'intérêt pour cette unité de la part des différentes commissions (CDSP, CRUQPC) ou des autorités de l'Etat en charge du contrôle ou des instances de réflexion (comité d'éthique) qui pourraient porter sur elle un regard extérieur susceptible de réinterroger certaines pratiques, notamment le caractère rigide, voire disciplinaire de l'organisation et du temps.

Cette dynamisation pourrait être renforcée par un échange institutionnel, qui n'existe pas actuellement, entre les équipes des deux unités, contribuant à « fermer » encore les unités que leur statut, et celui des patients qui y sont accueillis, isolent par nature.

Une réflexion de fond doit être menée afin de différencier plus clairement ce qui relève de la discipline de ce qui relève du soin. Dans sa réponse, le directeur souligne que cette réflexion est permanente. Toutefois, les contrôleurs réaffirment que des efforts doivent être faits dans ce domaine.

---