



RAPPORT DE VISITE :
CENTRE HOSPITALIER
FERDINAND GRALL
A LANDERNEAU
(FINISTERE)

26 au 30 octobre 2015 – 1^{ère} visite

SYNTHESE

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, trois contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier de Landerneau (Finistère) du 26 au 30 octobre 2015.

Le rapport de constat portant sur cette visite a été adressé au centre hospitalier le 13 avril 2016 ; les observations de la directrice ont été intégrées dans le présent rapport.

Le centre hospitalier de Landerneau « Ferdinand Grall » dessert un secteur à caractère rural, peuplé de 73 815 habitants en octobre 2014, et compte 180 lits et 24 places en ambulatoire sur trois pôles dont un pôle « psychiatrie ».

Les activités de soins psychiatriques sont dispensées dans différents sites dont, au sein de l'hôpital de Landerneau, le bâtiment « Kipfer » qui compte une unité d'hospitalisation complète (quarante-sept lits) et d'hospitalisation de nuit (quatre lits) et unité d'hospitalisation de jour (cinq places). L'accès aux soins est organisé par les permanences des trois centres médico-psychologiques (CMP) dont celui de Landerneau qui est ouvert sept jours sur sept. Le projet thérapeutique est inspiré du mouvement de la psychothérapie institutionnelle.

L'effectif théorique du pôle psychiatrie est de 3,8 équivalents temps plein (ETP) de médecin et de 98,5 ETP non médical. L'effectif est apparu aux contrôleurs adapté à l'activité. Le taux d'occupation de l'hospitalisation à temps complet témoigne d'une pression certaine.

Dans un contexte d'isolement géographique et de difficultés de recrutement médical, le centre hospitalier Ferdinand Grall de Landerneau s'inscrit dans une réelle dynamique partenariale. Les contrôleurs ont pu apprécier l'importance des collaborations au sein du pôle ainsi que les articulations étroites entre les différents métiers présents à l'extérieur autant qu'à l'intérieur du pôle au service du soin, de la socialisation et de l'accompagnement des patients.

Le choix délibéré de maintenir les unités ouvertes en réussissant à faire participer les patients à des activités variées et nombreuses, dans un dialogue soignants-soignés continu et recherché, intégrant les ASH parmi les soignants, est structurant au regard du droit pour les patients d'aller et venir librement, comme l'interdiction de recours au port du pyjama ou à des chambres d'isolement qui d'ailleurs n'existent pas.

Les contrôleurs ont pu constater le dynamisme et l'engagement de toute une équipe, active pour préserver la dignité des patients et rechercher leur autonomisation et leur socialisation au travers de clubs et d'une démarche thérapeutique qui contribue à prévenir l'isolement. L'offre de nombreuses activités quotidiennes, variées, au sein du service comme à l'extérieur est originale et remarquable.

En contrepoint de cette prise en charge dynamique, l'hôpital connaît principalement deux faiblesses.

Les conditions d'hébergement demeurent insatisfaisantes. En effet, le nombre important de chambres à deux ou trois lits engendre des désagréments pour les patients en termes de promiscuité et de manque d'intimité. L'équipement des chambres et des salles de bains ainsi que la maintenance des locaux mérite un effort accentué. Il est également nécessaire que les conditions d'accueil des visiteurs soient aménagées afin de favoriser le nombre de visites et en préservant leur confidentialité.

Les conditions d'information des patients semblent insuffisamment maîtrisées : certaines informations ne sont pas complètement à jour, les modalités de répartition entre les divers

documents ne sont pas précises et les conditions de leur remise aux patients ne sont pas formalisées.

OBSERVATIONS

LES BONNES PRATIQUES SUIVANTES POURRAIENT ETRE DIFFUSEES

- 1. BONNE PRATIQUE 15**

L'amplitude d'ouverture du CMP de Landerneau – du lundi au samedi de 8h30 à 21h, les dimanches et jours fériés de 13h30 à 21h – et l'existence d'une permanence téléphonique en dehors des heures d'ouverture contribuent à diminuer le nombre d'hospitalisations et en particulier le nombre d'hospitalisations en soins sans consentement.
- 2. BONNE PRATIQUE 24**

Les services des urgences et de psychiatrie se réunissent une fois au moins tous les quadrimestres afin de coordonner leurs méthodes et actions pour les admissions en soins psychiatriques.
- 3. BONNE PRATIQUE 33**

Le centre hospitalier, indépendamment de la convocation émise par le greffe du tribunal de grande instance, informe le tiers de la date et du lieu de l'audience, quand une personne hospitalisée pour soins sans consentement à la demande d'un tiers est convoquée devant le juge des libertés et de la détention.
- 4. BONNE PRATIQUE 42**

Les patients qui le souhaitent peuvent pratiquer leur culte dans les mêmes conditions qu'à l'extérieur de l'hôpital, grâce à l'organisation de sorties sur les lieux de culte le dimanche ainsi qu'à l'occasion des fêtes religieuses.
- 5. BONNE PRATIQUE 42**

Lorsque des scrutins sont organisés, les patients qui souhaitent faire usage de leur droit de vote sont accompagnés par des infirmiers dans leurs bureaux de vote respectifs.
- 6. BONNE PRATIQUE 44**

Les téléphones portables sont laissés en possession des patients pendant la plus grande partie de la journée sous réserve de ne pas téléphoner pendant les activités ou les ateliers et en évitant de téléphoner pendant les repas. L'heure limite d'utilisation en soirée, de 20h ou 20h30, mériterait d'être repoussée.
- 7. BONNE PRATIQUE 45**

Un ordinateur avec accès à Internet, avec accompagnement d'un soignant, est en libre service pendant la journée et les téléphones portables des patients avec accès à internet sont gérés comme les autres téléphones portables.

Les réflexions en cours sur l'augmentation du nombre de stations Internet à libre accès et sur l'élargissement de la portée du Wifi du centre hospitalier, ainsi que sur la mise en place de restrictions d'utilisation pour certains patients en raison de leur état clinique sont à poursuivre.
- 8. BONNE PRATIQUE 48**

L'existence d'un fonds de solidarité permet aux patients de bénéficier de prêts pour acheter des produits de première nécessité, en particulier des vêtements.
- 9. BONNE PRATIQUE 53**

Les réunions quotidiennes et hebdomadaires soignants-soignés au bâtiment Kipfer conduisent à trouver des réponses adaptées à la plupart des événements indésirables (EI), même si cette situation a pour conséquence de diminuer le nombre de fiches d’EI et de fausser les statistiques du centre hospitalier.

10. BONNE PRATIQUE 65

La visite guidée du bâtiment Kipfer pour un patient nouvellement arrivé est assurée par un autre patient, le « poisson pilote », nommé pour la journée sur la base du volontariat. Cette fonction socialise à la fois le patient « poisson pilote » et le patient arrivant.

11. BONNE PRATIQUE 66

La démarche active du service permettant aux patients de ne pas être vêtus de pyjama d’hôpital démontre la volonté de respecter la dignité des patients.

12. BONNE PRATIQUE 69

La démarche du secteur tournée vers la socialisation, l'autonomisation des patients et l'entretien de leurs liens avec l'extérieur mériterait d'être appliquée dans d'autres établissements.

13. BONNE PRATIQUE 77

Le service ne pratique jamais l'isolement ni l'enfermement des patients dans leur chambre. Si le contenu du registre de contention physique nécessite d'être amélioré, l'utilisation de la contention physique dans le service est minimale et fait l'objet d'une volonté de bientraitance et de transparence, notamment vis-à-vis des familles et des autorités de contrôle.

LES MESURES SUIVANTES DEVRAIENT ETRE MISES EN ŒUVRE

1. RECOMMANDATION 14

La création d’un cheminement sécurisé pour les piétons et les personnes à mobilité réduite entre le bâtiment Kipfer, unité d’hospitalisation de la psychiatrie, et le reste du centre hospitalier – service des urgences et les autres services – est nécessaire pour éviter d’exposer les patients et le personnel aux dangers de la circulation routière. Cela éviterait en outre des déplacements en véhicule.

2. RECOMMANDATION 25

La procédure de dépôt et de retrait des valeurs et objets garantit leur parfaite conservation, mais ne permet pas des retraits ou des dépôts en cours d’hospitalisation. Si cette situation est sans importance pour les hospitalisations de courte durée, elle s’avère parfois pénalisante pour les personnes hospitalisées en psychiatrie pour des moyens ou longs séjours. Un assouplissement de la procédure est à rechercher.

3. RECOMMANDATION 27

Le document donnant les informations sur la situation juridique et les droits du patient admis en soins sans consentement peut être amélioré en ajoutant les adresses des autorités qui peuvent être contactées et l’indication des endroits où est affichée la liste des avocats du barreau de Brest.

4. RECOMMANDATION 27

Les personnes ayant reçu délégation de signer les décisions d’admission et les documents d’information sur la situation juridique et les droits du patient admis en soins sans consentement doivent être formellement désignées par le directeur d’établissement.

5. RECOMMANDATION 27

La formalisation de la procédure de communication de ces documents, comme de l'ensemble des actions concourant à l'hospitalisation, serait de nature à s'assurer que les soignants agissent tous dans le respect de tous les droits, sans en omettre.

6. RECOMMANDATION 30

La mise à jour du règlement intérieur et des livrets d'accueil, prévue par une évaluation des pratiques professionnelles, est une nécessité. Le règlement intérieur du centre hospitalier n'est pas à jour des dernières modifications législatives.

7. RECOMMANDATION 30

Les nuances de contenu entre le règlement intérieur général au centre hospitalier, le livret d'accueil général, le livret d'accueil au pôle psychiatrie, le livret d'accueil au bâtiment Kipfer sont à préciser. La création éventuelle d'un règlement intérieur au pôle psychiatrie et celle d'un autre pour le bâtiment Kipfer doivent faire l'objet d'une réflexion.

8. RECOMMANDATION 30

En l'absence d'écrit affiché ou distribué aux patients, les patients et leurs personnes de confiance ne disposent d'aucun moyen de se remémorer ou de vérifier les informations délivrées par les cadres de santé du pôle psychiatrie sur la mise en application de la loi de 2011 modifiée, ni sur l'aide juridictionnelle. La délivrance aux patients de tels écrits ou leur affichage apparaît nécessaire, comme l'affichage de la liste des avocats du barreau de Brest ailleurs que dans le bureau des assistantes sociales.

9. RECOMMANDATION 33

Une formule devrait être trouvée pour que les patients n'attendent pas à la sortie de l'audience dans l'hôpital où elle se déroule avant de pouvoir rentrer à l'hôpital de Landernau, une telle attente dont la durée peut aller jusqu'à deux heures étant source d'angoisse et d'instabilité.

10. RECOMMANDATION 37

Les dispositions de l'article L.3222-4 du code de la santé publique imposant une visite annuelle minimale de l'établissement par le représentant de l'Etat dans le département, le maire et le procureur de la République ne sont pas respectées. Il convient d'y remédier afin que ces autorités puissent jouer leur rôle de recueil des plaintes éventuelles des patients.

11. RECOMMANDATION 38

Il convient de prêter attention à ce toutes que les mentions prévues par l'article L.3212-11 du code de la santé publique figurent sur le registre de la loi.

12. RECOMMANDATION 43

En l'absence de pièce(s) réservée(s) aux visites, les visiteurs sont reçus à la cafétéria, en présence des autres patients. L'aménagement de pièces spécifiques pour recevoir des visiteurs, avec éventuellement la mise à disposition de jeux pour les enfants, serait de nature à favoriser le nombre de visites en préservant leur confidentialité.

13. RECOMMANDATION 44

Le téléphone fixe du bâtiment Kipfer ne permet pas de passer des appels en confidentialité. Son isolation phonique est nécessaire.

14. RECOMMANDATION 46

Une liste des associations intervenant à l'hôpital ainsi que leurs coordonnées doit pouvoir être remise aux patients.

15. RECOMMANDATION 48

Les documents indiquant les autorités à contacter pour adresser des réclamations doivent comporter leurs adresses.

16. RECOMMANDATION 49

Une information écrite, par affichage à défaut de remise individuelle à chaque patient, dans le bâtiment Kipfer, comme celle existant à proximité du bureau des entrées du centre hospitalier, sur la mission de la CRUQPC ainsi que l'identité et les coordonnées de ses membres – notamment des représentants des usagers – est indispensable.

17. RECOMMANDATION 55

Le renouvellement du matériel d'aménagement des chambres est à assurer.

18. RECOMMANDATION 56

Des patères doivent être installées dans toutes les salles de bain.

19. RECOMMANDATION 56

Le remplacement de la palissade de bois clôturant la cour de promenade par un dispositif permettant aux patients de voir sans être vus serait de nature à réduire un sentiment d'enfermement exprimé par quelques patients.

20. RECOMMANDATION 70

La question de la sexualité et la prévention des infections sexuellement transmissibles par la mise à disposition de préservatifs ne sont pas envisagées dans le service. Bien que la durée moyenne de séjour soit courte, la place de la sexualité pour les personnes hospitalisées sous contrainte mérite une réflexion.

21. RECOMMANDATION 75

La distribution des traitements à deux patients en même temps dans le local de pharmacie ne permet pas la confidentialité des échanges entre le patient et l'infirmier.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
OBSERVATIONS	4
SOMMAIRE	8
1. INTRODUCTION	11
2. LES CONDITIONS DE LA VISITE	11
3. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT	12
3.1 DANS LE FINISTERE, LE CENTRE HOSPITALIER DE LANDERNEAU EST LE SEUL A ETRE COMPETENT SUR UN SEUL SECTEUR	12
3.1.1 La psychiatrie dans la région et le département	12
3.1.2 La psychiatrie dans le secteur 13	13
3.2 LE CENTRE HOSPITALIER EST A PROXIMITE DE LANDERNEAU, FACILEMENT ACCESSIBLE EN VEHICULE ET DESSERVI PAR UNE LIGNE REGULIERE DE BUS	13
3.3 LE POLE PSYCHIATRIE EST ACTIF SUR UN VASTE TERRITOIRE	14
3.4 LE PERSONNEL AU SEIN DU POLE DE PSYCHIATRIE	15
3.4.1 Les effectifs médicaux et non médicaux	15
3.4.2 La gestion des ressources humaines	19
3.5 LE BUDGET DU POLE EST STABLE DEPUIS DES ANNEES MAIS CETTE STABILITE EST PERÇUE COMME UNE MENACE	20
3.6 L'ACTIVITE EST EN CROISSANCE	20
4. L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT ET L'EXERCICE DES DROITS	22
4.1 L'ARRIVEE DES PATIENTS ADMIS SANS CONSENTEMENT EST ORGANISEE POUR RESPECTER AU MIEUX LA DIGNITE DES PATIENTS	22
4.2 LES MODALITES D'ADMISSION SONT SATISFAISANTES MEME SI DES AMELIORATIONS PEUVENT ETRE APORTEES	24
4.2.1 Les formalités administratives d'admission	24
4.2.2 L'inventaire des effets du patient	24
4.2.3 La notification de la décision d'admission et les voies de recours	25
4.2.4 Le livret d'accueil et le règlement intérieur	27
4.2.5 Les informations relatives à la loi du 5 juillet 2011 modifiée	30
4.2.6 Le recueil des observations des patients (sur la loi de 2011)	31
4.2.7 La période initiale de soins et d'observations	31
4.3 LES LEVEES DES MESURES DE CONTRAINTE SONT PRINCIPALEMENT PRONONCEES A L'INITIATIVE DES MEDECINS	31
4.3.1 L'avis du médecin psychiatre est toujours suivi d'un arrêté préfectoral conforme en matière de levée des ASPDRE	31
4.3.2 Le collège des professionnels de santé se réunit rarement au centre hospitalier de Landerneau	32
4.3.3 Le contrôle du juge des libertés et de la détention	33
4.4 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES EST LA SEULE AUTORITE VISITANT L'ETABLISSEMENT, SES VISITES SONT REGULIERES, ELLE N'ETABLIT PAS SYSTEMATIQUEMENT DE RAPPORT NI DE COMPTE RENDU DE VISITE	36
4.5 LA TENUE DU REGISTRE DE LA LOI MANQUE DE RIGUEUR	37
4.6 LES SORTIES DE COURTE DUREE SONT NOMBREUSES	38
5. LES DROITS DES PATIENTS HOSPITALISES	39
5.1 LA PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS	39
5.2 LA CONFIDENTIALITE DES HOSPITALISATIONS EST ASSUREE	40
5.3 UNE PROCEDURE EST MISE EN PLACE POUR L'ACCES AU DOSSIER MEDICAL	40
5.4 L'ACCES A L'EXERCICE DU CULTTE EST BIEN ASSURE	41

5.5	LE DROIT DE VOTE EST EXERCE A L'OCCASION DE SORTIES EXTERIEURES	42
5.6	LA COMMUNICATION AVEC L'EXTERIEUR EST ORGANISEE POUR FAVORISER LA PARTICIPATION AUX NOMBREUSES ACTIVITES THERAPEUTIQUES TOUT EN LAISSANT ACCES AUX TELEPHONES, A INTERNET ET AUX VISITEURS	42
5.6.1	Les visites sont autorisées dans des créneaux horaires compatibles avec les activités, mais les locaux ne préservent pas leur confidentialité	42
5.6.2	Le téléphone	44
5.6.3	Le courrier fonctionne correctement	44
5.6.4	L'informatique et l'accès à internet sont organisés	45
5.7	LES REPRESENTANTS DES FAMILLES ET DES USAGERS SONT PEU PRESENTS AU QUOTIDIEN, MAIS DES PATIENTS SONT TRES ACTIFS AU SEIN DE L'ASSOCIATION SOIGNANTS-SOIGNES	46
5.7.1	Les associations de familles sont peu présentes	46
5.7.2	L'association TREIZERIEN et les clubs constituent une clef de voûte de la prise en charge des patients ..	46
5.8	LES INCIDENTS SONT SUIVIS ET LEUR TRAITEMENT ASSURE, CEPENDANT LES MODALITES DE DEPOT DES PLAINTES ET DES RECLAMATIONS SONT QUASIMENT INACCESSIBLES	48
5.8.1	Le traitement des plaintes et réclamations	48
5.8.2	Les violences et les événements indésirables	50
5.9	LE COMITE D'ETHIQUE	53
6.	LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION	53
6.1	DES LOCAUX SPACIEUX ET DE NOMBREUX EQUIPEMENTS SOUFFRENT DE QUELQUES DEFAUTS STRUCTURELS.....	53
6.2	LES ELEMENTS STRUCTURELS AUTORISENT UN FONCTIONNEMENT GLOBALEMENT SEREIN.....	58
6.2.1	La restauration	58
6.2.2	La blanchisserie	59
6.2.3	Les transports.....	59
6.2.4	La sécurité	60
6.3	UNE ORGANISATION DES SOINS ORIGINALE ET DYNAMIQUE, DANS LA RECHERCHE PERMANENTE DE LA SOCIALISATION DES PATIENTS	61
6.3.1	Présentation générale.....	61
6.3.2	Les soins au sein de l'unité d'hospitalisation.....	62
6.3.3	La coordination clinique et institutionnelle	64
6.4	LA VIE QUOTIDIENNE EST ORGANISEE DANS LA CONTINUTE DES SOINS POUR SOCIALISER LES PATIENTS ET LES AUTONOMISER	65
6.4.1	L'accueil des patients est respectueux de la dignité des patients.....	65
6.4.2	Les patients disposent en tout temps d'effets vestimentaires respectueux de leur dignité.....	65
6.4.3	Le rythme de vie.....	66
6.4.4	La cafétéria.....	66
6.4.5	L'expression collective et l'autonomie.....	68
6.4.6	L'accès aux espaces extérieurs.....	69
6.4.7	Le tabac.....	69
6.4.8	La sexualité.....	70
6.4.9	La gestion du pécule et de l'argent des patients non conservé au bureau des entrées	70
6.4.10	L'hygiène et l'esthétique	71
6.5	LES ACTIVITES THERAPEUTIQUES SONT NOMBREUSES, DIVERSIFIEES ET BIEN SUIVIES.....	72
6.6	LES SOINS SOMATIQUES	73
6.6.1	L'accès au médecin généraliste.....	73
6.6.2	Les consultations spécialisées	74
6.6.3	Les soins de rééducation	74
6.6.4	Le comité de lutte contre la douleur (CLUD).....	74
6.7	LA PHARMACIE NE SOULEVE PAS DE DIFFICULTE MAIS LA DISPENSATION DES MEDICAMENTS PEUT ETRE AMELIOREE.....	75
6.8	LE RECOURS A L'ISOLEMENT N'EST PAS PREVU ET LE RECOURS A LA CONTENTION EST LIMITE ET ENCADRE	75
7.	L'AMBIANCE GENERALE.....	78

RAPPORT

1. INTRODUCTION

Contrôleurs :

- *Vianney Sevaistre, chef de mission ;*
- *Virginie Brulet ;*
- *Dorothee Thoumyre.*

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, trois contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier de Landerneau (Finistère) du 26 au 30 octobre 2015.

Le rapport de constat portant sur cette visite a été adressé à la directrice déléguée du centre hospitalier le 13 avril 2016.

La directrice déléguée a fait parvenir par courrier en date du 3 juin 2016 ses observations qui ont été intégrées dans le présent rapport.

2. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés au centre hospitalier Ferdinand Grall de Landerneau situé route de Pencran le 26 octobre 2015 à 14h. Ils en sont partis le 29 octobre à 19h et ont assisté à l'audience de patients par le juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de Brest le 30 octobre pendant la matinée, dans la salle d'audience du site de Bohars du centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Brest.

Une visite de nuit a eu lieu le 27 octobre de 21h à 22h30.

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par la directrice du centre hospitalier, directrice par délégation du directeur général du CHRU de Brest.

Une réunion de début de visite a pu être organisée le 26 octobre à 14h30 avec la directrice déléguée et son assistante, le président de la commission médicale d'établissement, le chef du service des urgences, le pharmacien chef de service, deux médecins psychiatres du pôle psychiatrie dont la cheffe de pôle prenant prochainement ses fonctions, quatre cadres de santé du pôle psychiatrie, la directrice de la qualité, la cheffe du bureau des entrées et une adjointe administrative de ce bureau, le cadre de santé des services MCO, SSR et SAU, une représentante des usagers du centre hospitalier, et la directrice des soins du CHRU et du centre hospitalier.

Ont été avisés de leur visite le directeur du cabinet du préfet du Finistère, le président et le procureur de la République près le tribunal de grande instance (TGI) de Brest, ainsi que le directeur de l'agence régionale de santé (ARS) de Bretagne. Ils ont rencontré le procureur de la République près le tribunal de grande instance de Brest. Ils sont entrés en contact avec le directeur du cabinet du préfet et avec le bâtonnier du barreau de Brest.

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

L'affichette annonçant leur visite a fait l'objet de nombreuses informations et explications auprès des patients et du personnel dans les services de soins comme dans les services techniques ou administratifs.

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

Les contrôleurs ont également disposé d'un local.

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

Une réunion de restitution a eu lieu le 29 octobre en fin d'après-midi en présence de la directrice déléguée, de la cheffe du pôle psychiatrie, de quatre cadres de santé du pôle psychiatrie et de la directrice des soins du CHRU et du centre hospitalier.

Les contrôleurs ont accompagné un patient à l'audience du juge des libertés et de la détention et, à cette occasion, ont rencontré la juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de Brest et une avocate.

3. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

3.1 DANS LE FINISTERE, LE CENTRE HOSPITALIER DE LANDERNEAU EST LE SEUL A ETRE COMPETENT SUR UN SEUL SECTEUR

3.1.1 La psychiatrie dans la région et le département

En 2010, la Bretagne recensait vingt-six établissements assurant des prestations de psychiatrie dont quinze établissements à but non lucratif et onze cliniques privées. La région compte quarante et un secteurs de psychiatrie générale, quinze secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et trente-huit dispositifs intersectoriels¹.

En totalisant offre publique et offre privée, en 2010, la Bretagne a une capacité de 3 825 lits d'hospitalisation adultes à temps plein et 127 lits d'hospitalisations à temps plein en psychiatrie infanto-juvénile. Si on y ajoute le placement familial thérapeutique, les appartements thérapeutiques, les centres de postcure et l'hospitalisation à domicile (HAD), le nombre de places est respectivement de 3 993 et 152. La part de l'offre privée y occupe une place de plus en plus importante : 690 places en 2006, soit 19 % de l'offre, 1 008 places en 2010, soit 25 % de l'offre.

Des disparités existent entre les territoires : le taux d'équipement en hospitalisation complète (lits pour 1 000 hab. de + de 16 ans) est de 1,1 en France 1,5 en Bretagne (en Côtes-d'Armor : 1,6 ; en Finistère ; 1,6 ; en Ille-et-Vilaine : 1,3 ; en Morbihan : 1,7), mais l'hôpital de Plouguernevel (Côtes-d'Armor) intervient sur le secteur nord du Morbihan.

Dans le Finistère, les douze secteurs de psychiatrie générale sont rattachés à quatre établissements publics du Finistère et à un du Morbihan, les quatre secteurs de psychiatrie infanto-juvénile sont rattachés aux quatre établissements publics du Finistère² :

- le centre hospitalier régional universitaire(CHRU) de Brest auquel sont rattachés les secteurs 29 G 01, 29 G 02, 29 G 03 et 29 G 04 de psychiatrie ainsi que les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile 29 I 01 et 29 I 02 ;
- le centre hospitalier de Morlaix auquel sont rattachés les secteurs 29 G 05, secteur 29 G 06 et 29 G 07, ainsi que le secteur de psychiatrie infanto-juvénile 29 I 03 ;

¹ Source ARS Bretagne.

² Source ARS Bretagne.

- le centre hospitalier de Landerneau auquel est rattaché le secteur 29 G 13 ;
- le centre hospitalier Etienne Gourmelen de Quimper auquel sont rattachés les secteurs 29 G 89, 29 G 10 et 29 G 11, ainsi que les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile 29 I 04 et 29 I 05 ;
- le centre hospitalier de Quimperlé auquel est rattaché le secteur 29 G 12.

En outre, quatre établissements privés proposent une offre de soins :

- l’Hôtel Dieu à Pont-L’Abbé ;
- la clinique de l’Iroise à Bohars ;
- la clinique Kerfriden à Châteaulin ;
- la clinique Pen An Dalar à Guipavas.

3.1.2 La psychiatrie dans le secteur 13

En octobre 2014, la population du secteur 13 rassemble 73 815 personnes habitant les cantons de Landerneau, Ploudiry, Daoulas, Le Faou et Crozon³. Ces personnes sont regroupées dans trois communautés de communes : celles des pays de Landerneau-Daoulas, de l’Aulne maritime et de la presqu’île de Crozon.

Avant 1990, les soins psychiatriques des patients du secteur 13 étaient gérés par le centre hospitalier de Morlaix. Le centre hospitalier de Landerneau a ouvert ses portes en 1976 mais le service d’hospitalisation de psychiatrie n’a ouvert qu’en 1996, date correspondant à la fermeture ou à la transformation des locaux du centre hospitalier de Morlaix consacrés au secteur 13. Soixante patients et une partie des soignants en poste au centre hospitalier de Morlaix sont venus au centre hospitalier de Landerneau dans des locaux neufs.

Les trois cliniques privées voisines sont actives auprès de la population du secteur et sont en relation avec le centre hospitalier de Landerneau.

3.2 LE CENTRE HOSPITALIER EST A PROXIMITE DE LANDERNEAU, FACILEMENT ACCESSIBLE EN VEHICULE ET DESSERVI PAR UNE LIGNE REGULIERE DE BUS

Le centre hospitalier est un établissement public de santé comptant 470 lits et 30 places en ambulatoire. Il comporte trois pôles :

- le pôle « Lavallot » qui regroupe la médecine – chirurgie (80 lits), la gynécologie-obstétrique – maternité– (18 lits), l’hospitalisation de jour médico-chirurgicale (11 places), les soins de suite et de réadaptation (30 lits), les urgences avec l’unité d’hospitalisation de courte durée, le service d’imagerie médicale doté d’un scanner, le bloc opératoire, la pharmacie, le laboratoire de biologie médicale, le plateau de consultations externes ;
- le pôle « psychiatrie » décrit dans le § 3.3 *infra* ;
- le pôle « personnes âgées » avec l’établissement d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) (290 résidents) à Landerneau en centre-ville.

Le centre hospitalier de Landerneau est piloté par :

- un conseil de surveillance dont le président est le maire de Landerneau ;
- un directoire, présidé par le directeur général du centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Brest.

³ Chiffres apparaissant dans la plaquette de présentation du centre hospitalier Ferdinand Grall.

La direction du centre hospitalier est assurée par une directrice déléguée placée sous l'autorité du directeur général du CHRU de Brest.

La partie du centre hospitalier ouverte en 1976 occupe l'espace situé au Sud de la boucle formée par la voie communale reliant Landerneau à Pencran. Le bâtiment Kipfer, ouvert en 1996, est situé au Nord de cette boucle ; il héberge le pôle psychiatrie en regroupant l'hospitalisation, des lieux d'activités thérapeutiques et un des bureaux du club ; un parc avec un jardin est situé à proximité.



Le pôle Lavalot avec au premier plan le bâtiment Kipfer du pôle psychiatrie



Le bâtiment Kipfer vu du rond-point d'accès

Un rond-point permet aux véhicules d'accéder en sécurité aux parkings des deux parties. Il n'existe cependant pas de cheminement sécurisé pour les piétons ni pour les personnes à mobilité réduite. Les mouvements de patients entre le bâtiment Kipfer et les différentes unités du centre hospitalier sont effectués en véhicule afin de ne pas exposer les patients.

Recommandation

La création d'un cheminement sécurisé pour les piétons et les personnes à mobilité réduite entre le bâtiment Kipfer, unité d'hospitalisation de la psychiatrie, et le reste du centre hospitalier – service des urgences et les autres services – est nécessaire pour éviter d'exposer les patients et le personnel aux dangers de la circulation routière. Cela éviterait en outre des déplacements en véhicule.

3.3 LE POLE PSYCHIATRIE EST ACTIF SUR UN VASTE TERRITOIRE

Le pôle psychiatrie de l'hôpital de Landerneau assure l'offre de soins de psychiatrie générale adulte des patients relevant du secteur 13 (cf. *supra* § 3.1.2) du Finistère. La prise en charge psychiatrique des patients de moins de 16 ans et spécialisée des adolescents de ce secteur est effectuée par le service de psychiatrie infanto-juvénile du CHRU de Brest qui possède notamment une équipe de liaison et une antenne pour les soins ambulatoires sur la presqu'île de Crozon.

Le pôle psychiatrie-secteur 13 est dirigé par un médecin psychiatre chef de pôle, un cadre supérieur de santé et un directeur administratif référent.

Les activités de soins sont dispensées dans les différents sites suivants :

- une unité d'hospitalisation complète (quarante-sept lits) et d'hospitalisation de nuit (quatre lits) à l'hôpital de Landerneau dans le bâtiment Kipfer ;
- deux unités d'hospitalisation de jour (HDJ) : dix places dans l'unité « La Pierre de Lune » à Landerneau et cinq places dans le bâtiment Kipfer ;
- trois centres médico-psychologiques (CMP) : un à Landerneau, un à Pont-de-Buis et un à Crozon ;
- trois centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) : un à Landerneau, un à Pont-de-Buis et un à Crozon.

L'accès aux soins est organisé par les permanences des CMP :

- le CMP de Crozon est ouvert le mardi et vendredi de 10h à 17h ;
- le CMP de Pont-de-Buis ouvert le mercredi de 10h à 17h ;
- le CMP de Landerneau ouvert du lundi au samedi de 8h30 à 21h, les dimanches et jours fériés de 13h30 à 21h, et assurant une permanence téléphonique basculée sur l'unité d'hospitalisation à temps complet en dehors de ses horaires d'ouverture.

Bonne pratique

L'amplitude d'ouverture du CMP de Landerneau – du lundi au samedi de 8h30 à 21h, les dimanches et jours fériés de 13h30 à 21h – et l'existence d'une permanence téléphonique en dehors des heures d'ouverture contribuent à diminuer le nombre d'hospitalisations et en particulier le nombre d'hospitalisations en soins sans consentement.

Le pôle psychiatrie assure par ailleurs une activité de psychiatrie de liaison par des infirmiers et des psychiatres auprès des services d'hospitalisation somatique de l'hôpital ainsi qu'auprès des structures médico-sociales relevant du secteur.

La plaquette de présentation du centre hospitalier évoque ainsi le projet médical :

« Le projet médical 2007 – 2012 a proposé de formaliser ainsi les priorités du secteur : Pour poursuivre la promotion de soins de proximité de qualité :

- *il faut renforcer leur accessibilité ;*
- *mieux répondre aux demandes de soins non programmés, à la crise et à l'urgence ;*
- *amplifier la reconnaissance du rôle des usagers et de leurs familles dans l'organisation des soins ;*
- *adapter les locaux de l'hospitalisation à temps plein et de jour ;*
- *développer des propositions de soins spécifiques pour des catégories particulières de populations ;*
- *soutenir un effort continu de formation et de recherche.*

Ces objectifs restent les priorités actuelles ».

3.4 LE PERSONNEL AU SEIN DU POLE DE PSYCHIATRIE

3.4.1 Les effectifs médicaux et non médicaux

Les effectifs autorisés du pôle psychiatrie ainsi que leur ventilation en fonction des activités, communiqués par la directrice déléguée par son courrier en date du 3 juin 2016, sont les suivants :

Catégorie	ETP** autorisés	PEC** à temps complet	PEC à temps partiel	PEC ambulatoire	CATTP*	Equipe hosp. de liaison soins somatiques	Equipe hosp. de liaison médico-social
IDE*	67	52,16 %	16,26 %	16,77 %	7,94 %	3,88 %	2,98 %
AMA*	5	40 %	14 %	40 %	2 %	2 %	2 %
Encadrement CDS*	5	43 %	23 %	21 %	7 %	3 %	3 %
Encadrement CSS*	1	35 %	20 %	30 %	6 %	6 %	3 %
<i>Encadrement Total</i>		41,66 %	22,5 %	22,51 %	6,83 %	3,75 %	3 %
Psycho*	3	29 %	18,25 %	47,3 %	5 %		0,45 %
ASH*	12,5	86 %	10 %	4 %	0,8 %		
Ergo*	2	58,75 %	17,5 %	1,25 %	20 %		2,5 %
Psychomot*	1	37 %	27 %	24 %	5 %		7 %
AS*	2	45 %	11 %	35 %	7 %		2 %
<i>Total ETP non médical</i>	98,5						
PH*	3,8	38,82 %	5,27 %	46,71 %	3,29 %	2,63 %	3,28 %

* IDE : infirmier diplômé d'Etat – AMA : Assistantes médico-administratives – CDS : cadre de santé – CSS : cadre supérieur de santé – Psycho : psychologue – ASH : Agents des services hospitaliers – Ergo : ergothérapeute – Psycho mot : psychomotricien – AS : assistante sociale – ETP NM : équivalents temps plein non médicaux – PH : praticien hospitalier

** ETP : équivalent temps plein – PEC : prise en charge – CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

Les effectifs médicaux du pôle psychiatrie, prenant en compte à la fois les agents absents (absentéisme pour maladie) et les agents les remplaçant, sont les suivants :

Fonction	Pôle psychiatrie- Secteur 13	Dont temps affecté à l'hospitalisation à temps complet
Praticiens Hospitaliers (PH) Psychiatre	4 psychiatres - 3,8 ETP*	4 psychiatres - 1,48 ETP*
PH attaché associé	0	0
PH contractuel	0	0
TOTAL ETP	3,8	1,48
Postes vacants	1 ETP de PH psychiatre 1 ETP d'assistant médecine générale	
Internes	1	1 interne de médecin générale

* ETP : Equivalent temps plein

Il a été indiqué aux contrôleurs que des candidatures étaient en cours d'évaluation pour un recrutement sur le poste vacant de PH en psychiatrie ainsi que sur le poste vacant de médecin généraliste. Par ailleurs, un poste supplémentaire d'interne en psychiatrie devait être pourvu sur le pôle pour le semestre d'hiver à partir du 2 novembre 2015.

Les quatre psychiatres interviennent à la fois dans le service d'hospitalisation à temps complet, dans les CMP et dans l'activité de psychiatrie de liaison. Ils effectuent par ailleurs une astreinte de sécurité, partagée avec les psychiatres du CHRU de Brest, en assurant une permanence de nuit, de week-ends (samedis après-midi et dimanches) et les jours fériés, pour le service hospitalisation et l'admission aux urgences. Il a été indiqué que cette astreinte n'était pas rémunérée pour les psychiatres de Landerneau et qu'elle consistait principalement à donner des avis téléphoniques – les déplacements à l'hôpital étant rares.

Les contrôleurs ont examiné le planning du mois de juin 2015 des temps médicaux pour chaque site et ont constaté qu'une présence médicale était assurée dans l'unité d'hospitalisation à temps complet par un, deux ou trois psychiatres simultanément du lundi au vendredi toute la journée et par l'un d'entre eux le samedi matin. Par ailleurs, les contrôleurs ont pu constater lors de la visite la présence quotidienne des psychiatres dans l'unité, qui font parfois plusieurs allers et retours entre les CMP et l'hôpital dans la même journée.

Les effectifs non médicaux dans les unités d'hospitalisation sont les suivants :

Fonction	Pôle psychiatrie			dont temps affecté à l'hospitalisation à temps complet		
	Nombre	ETPR ⁴	Postes vacants	Nombre	ETPR	Postes vacants

⁴ ETPR : équivalent temps plein rémunéré

Agents des services hospitaliers (ASH)	17	15,99	0	15	13,67	0
Aides-soignants	0	0	0	0	0	0
Assistants sociales	2	1,91	0	2	1,64	0
Assistants médico-administratives	5	4,86	0	0	0	0
Ergothérapeutes	2	2	0	2	1,8	0
Psychomotricien	1	1	0	1	1	0
Cadre supérieur de santé	1	1	0	1	1	0
Cadres de santé	5	4,91	0	3	3	0
IDE ⁵	72	68,2	0	58	46,1	0
Psychologues	3	3	0	1	1	0

Etant donnée l'organisation des soins dans le pôle psychiatrie (cf. *infra* § 6.3.1), tous les agents du pôle assurent des missions transversales du pôle (comme par exemple les activités de CATTP ou la psychiatrie de liaison...) ou travaillent sur deux sites. Ainsi, les infirmiers affectés à l'unité d'hospitalisation à temps complet (site « Kipfer ») peuvent animer, au sein de cette unité, des ateliers thérapeutiques dédiés aux patients hospitalisés à temps complet et aux patients du CMP ou de l'hôpital de jour. Ils peuvent aussi effectuer des visites à domicile. L'organisation des soins sera plus entièrement détaillée dans le § *infra* 6.3.2.

Il a été choisi de ne pas avoir d'aide-soignant parmi les effectifs. Les agents des services hospitaliers (ASH) participent aux activités de soins, au-delà de la fonction qui leur est propre. Ainsi, ils accompagnent les patients dans la gestion de leur vie quotidienne, participent aux activités thérapeutiques collectives tels que les ateliers d'art floral qu'ils animent, les ateliers « couture » ou « bricolage » de l'hôpital de jour, accompagnent le groupe piscine, organisent l'élaboration des repas thérapeutiques avec des patients et des infirmiers,

⁵IDE : infirmier diplômé d'Etat

participent aux réunions cliniques et aux événements de l'association TREIZERIEN (cf. *infra* § 5.7.2) tout comme les autres soignants de l'équipe. Les ASH rencontrés par les contrôleurs ont exprimé leur satisfaction concernant la place et les tâches qui leur étaient dédiées dans le service.

Les infirmiers (IDE) sont répartis entre les deux équipes : celle de nuit, comprenant chacune quatre personnes et l'équipe de jour. Les infirmiers de jour participent au travail de nuit pour compléter les effectifs lors des congés ou des absences des agents de nuit.

Durant la journée, les infirmiers travaillent selon les horaires de matin (de 6h45 à 14h45), de journée (de 9h à 17h ou de 10h30 à 18h30) ou de soir (de 13h45 à 21h15). Les horaires de travail sont modifiés selon la participation aux repas thérapeutiques (cf. *infra* § 6.3.2), une demi-heure de pause méridienne étant en ce cas récupérée ultérieurement.

De nuit les équipes sont constituées de quatre infirmiers qui travaillent de 21h à 7h selon un rythme alternatif d'une « grande semaine » de 50h et d'une « petite semaine » de 20h.

Les ASH travaillent selon les horaires de matin (de 6h45 à 14h45 ou de 7h30 à 15h30), de jour (de 9h à 17h) ou de soir (de 13h45 à 21h15) avec un aménagement des horaires pour la participation aux repas thérapeutiques tels que décrit ci-dessus.

Un cadre de santé est par ailleurs présent tous les samedis pendant la journée.

Les contrôleurs ont examiné les plannings du mois de septembre 2015 et ont observé :

- la présence simultanée d'un à trois cadres de santé pendant la journée, du lundi au vendredi, sur le site « Kipfer » (hôpital) ;
- la présence simultanée de quatre à sept infirmiers de matin et de soir, tous les jours de la semaine, et de deux à quatre infirmiers de jour (dont un à trois dédiés à l'animation du Club cf. *infra* § 5.7.2) du lundi au samedi, sur le site Kipfer (le fonctionnement journalier des soignants sera détaillé dans le § 6.3.2 *infra*) ;
- la présence d'un à quatre infirmiers dédiée aux activités de CATTP du lundi au vendredi et d'un à cinq infirmiers assurant l'animation de l'atelier jardin ou du « bric-à-brac » quatorze jours dans le mois ;
- la présence de quatre infirmiers chaque nuit ;
- la présence de quatre à six ASH de matin, du lundi au vendredi, de deux ASH de matin les samedis et dimanches et d'un à trois (en grande majorité deux) ASH de soir, tous les jours de la semaine, affectés à l'unité d'hospitalisation à temps complet ;
- la présence de quatre à huit soignants (IDE, ASH, et autres personnels) aux repas thérapeutiques le midi, toute la semaine.

3.4.2 La gestion des ressources humaines

Il a été indiqué aux contrôleurs que, suivant le contrat interne d'objectif et de moyens établi entre le pôle et la direction de l'hôpital, la contrainte budgétaire avait eu comme conséquence la suppression de deux postes d'infirmiers en 2015 et devait encore impacter l'effectif infirmier à hauteur d'un poste avant la fin de l'année 2015.

L'organisation spécifique des soins dans le pôle psychiatrie (cf. *infra* § 6.3) demande aux professionnels formés à d'autres pratiques professionnelles un temps d'adaptation long à l'arrivée dans ce pôle. Il a été ainsi mentionné aux contrôleurs par plusieurs membres du personnel provenant d'autres structures, qu'une ou deux années d'adaptation leur avaient été nécessaires pour s'intégrer dans le fonctionnement particulier du pôle. Les agents rencontrés par les contrôleurs ayant été formés dans le pôle pendant leurs études déclaraient, eux, ne

pas avoir eu de difficulté lors de leur prise de fonction au sein du pôle. Il a été indiqué aux contrôleurs que le nouveau personnel bénéficiait d'une formation afin d'accompagner leur adaptation au fonctionnement du service.

Le bilan d'activité de l'hôpital mentionne qu'au 31 décembre 2014, sur 117 agents non médicaux, 18 étaient contractuels, soit un taux 15,4 % de personnel contractuel.

Le taux d'absentéisme du personnel non médical du pôle psychiatrie était de 5,37 % en 2014 (pour une moyenne de 8,05 % au sein de l'établissement) et en diminution depuis 2010.

Le taux de *turn-over* des agents non médicaux était de 7,7 % en 2014 (pour une moyenne de l'établissement à 8,56 %).

En 2014, 103 agents du pôle psychiatrie ont pu bénéficier d'une ou de plusieurs formations. Ils participent par ailleurs aux journées régionales ou nationales du mouvement de la psychothérapie institutionnelle.

3.5 LE BUDGET DU POLE EST STABLE DEPUIS DES ANNEES MAIS CETTE STABILITE EST PERÇUE COMME UNE MENACE

L'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) pour l'année 2015 pour le centre hospitalier est de 39,5 M€ avec un budget annexe de 11,7 M€ pour l'EHPAD.

La dotation annuelle de financement (DAF) attribuée au secteur 13 est de 6,715 M€ ; elle est inchangée depuis 2011. Dans le rapport d'activité pour l'année 2014, il est écrit : « *Les recettes continuent donc concrètement de diminuer. Rapportée au nombre d'habitants, elles étaient en 2011 de 121 euros en moyenne (moyenne de la région : 144 euros). Vu l'évolution démographique, ce rapport n'a pu que diminuer en 2014. La progression du coût de la vie et le GVT n'étant pas compensés, cette évolution ne pourra se poursuivre* ».

Dans le même rapport est également mentionné : « *La demande de prise en charge est en expansion continue, tirée par l'augmentation d'une population au sein de laquelle les tensions sociales et la précarité persistent, suivant la tendance générale :*

- *file active globale 2013/2014 : + 5,7 % (2010/2015 : + 18,9 %) ;*
- *file ambulatoire exclusive : + 10,85 % (2010/2015 : + 46,5 %) (journées d'hospitalisation à temps plein 2010/2015 : - 7,3 %) ».*

3.6 L'ACTIVITE EST EN CROISSANCE

Entre 2013 et 2014 la file active globale du pôle a augmenté de **5,7 %**⁶ (et de 18,9 % entre 2010 et 2015). Par ailleurs, le nombre de patients suivis exclusivement en soins ambulatoires est en augmentation, avec entre 2010 et 2015 une augmentation de 46,5 % de la file active exclusivement ambulatoire et une diminution de 7,3 % du nombre de journées d'hospitalisation temps plein⁷. L'organisation active du pôle pour faciliter l'accès aux soins de première ligne par le développement de son réseau au sein du territoire, par le rôle pivot des CMP et de leurs activités ambulatoires et pour assurer une continuité entre les soins hospitaliers et ambulatoires semble être confortée par ces chiffres.

Les tableaux ci-dessous donnent un reflet de l'activité du pôle :

⁶ Source : Rapport d'activité 2014, Hôpital de Landerneau

⁷ *Idem*

Pôle Psychiatrie	2013	2014
File active ambulatoire	1 122	1 298
File active hospitalière	403	387

Données	Service d'hospitalisation à temps complet		Hôpital de jour (HDJ)	Unité de Nuit
	2013	2014	2014	2014
File active hospitalière	403	387	133	14
Nombre de lits d'hospitalisation	47	47		
Nombre de journées d'hospitalisation	13 730	15 135	4 496	174
Taux d'occupation	90,5 %	88,29 %	92,80 %	11,92 %

Les taux d'occupation de 2013 et 2014 témoignent d'une certaine pression sur l'hospitalisation. Il a été néanmoins indiqué que l'admission des patients (en urgence ou en soins programmés) n'en souffrait pas étant donné que les quatre lits d'hospitalisation de nuit, situés dans l'unité d'hospitalisation et peu occupés, permettaient une sur occupation du service, de jour, en cas de besoin.

Le 23 octobre 2015, trente-six patients étaient hospitalisés. Le tableau suivant indique le nombre de patients hospitalisés par type de statut d'hospitalisation :

Statuts	Nombre de patients au 23/10/2015
Soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT)	3
Soins psychiatriques à la demande d'un tiers - Urgence - (SPDTU)	0
Soins psychiatriques à la demande d'un tiers – péril imminent (SPPI)	3
Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE)	0
Soins libres (SL)	33
TOTAL	36

Le tableau suivant donne quelques éléments démographiques sur les patients hospitalisés à temps complet le 23 octobre 2015 :

	Soins libres	Soins sans	Total

		consentement	
Nombre d'hommes	15	3	18
Nombre de femmes	18	0	18
âge du patient le plus jeune	28 ans	39 ans	
âge du patient le plus âgé	87 ans	59 ans	

Il a été indiqué qu'il était rare que des mineurs de moins de 16 ans soient hospitalisés à temps complet à Landerneau car ils étaient habituellement pris en charge par les services spécialisés du CHRU de Brest.

Le tableau suivant indique l'activité du service par statut d'hospitalisation en 2014 :

Activité par statut d'hospitalisation	Nombre de mesures	Nombre de patients	Nombre de journées d'hospitalisation	Durée moyenne de séjour (DMS)
Total SPDRE	2	2	363	41 jours
dont urgence	0	0	0	0
dont maire	2	2	363	41
Total SPDT	51	47	692	15,38 jours
dont demande d'un tiers	31	29	381	12,29 jours
dont urgence	14	14	22	22,21 jours
dont péril imminent	6	6	210	23,17 jours
Total soins libres		1 676	13 720	16,99 jours
Total soins en hospitalisation à temps complet	53	1 725	14 775	17,14 jours

Il convient de préciser que la durée moyenne de séjour en 2014 prend en compte l'hospitalisation en soins libres d'un patient hospitalisé depuis 30 ans dans le service et d'un autre patient hospitalisé un jour par semaine durant l'année. Pour le premier patient, il a été indiqué que malgré les solutions recherchées jusqu'au jour de la visite, il n'avait été trouvé aucune structure médico-sociale adaptée à son accueil.

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

4.1 L'ARRIVEE DES PATIENTS ADMIS SANS CONSENTEMENT EST ORGANISEE POUR RESPECTER AU MIEUX LA DIGNITE DES PATIENTS

Les patients en soins libres sont admis directement dans le bâtiment Kipfer du pôle psychiatrie du centre hospitalier de Landerneau si leur admission a été organisée par un centre médico-psychologique du secteur ; ils passent par le service des urgences du centre hospitalier dans le cas contraire. Les formalités administratives pour l'admission sont assurées aux urgences ou dans le service de psychiatrie puis transmises par messagerie au bureau des entrées.

Les patients hospitalisés sans consentement au centre hospitalier de Landerneau, que ce soit à la demande d'un tiers avec ou sans urgence, dans le cadre d'un péril imminent, ou sur décision du représentant de l'Etat, sont admis selon le même schéma. Cependant l'admission

directe dans le bâtiment Kipfer a lieu sous réserve de la présence d'un médecin psychiatre ; en son absence, le patient est dirigé vers le service des urgences.

Le patient arrive au centre hospitalier en véhicule qui peut être une ambulance, un véhicule sanitaire léger (VSL), un véhicule des pompiers, ou exceptionnellement un véhicule de gendarmerie.

Le patient arrivant au service des urgences est reçu au bureau d'accueil par un agent administratif puis par l'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO)) dans des conditions garantissant la confidentialité des échanges. Le patient, arrivant manifestement dans le cadre d'une prise en charge psychiatrique, est placé dans le box faisant face à la salle de soins, afin d'être toujours à la vue d'un soignant, ou dans la salle de consultation pour être examiné par le médecin somaticien. Deux infirmières ou infirmiers – de jour l'un appartient au CMP en charge du patient et l'autre au service de psychiatrie, de nuit les deux appartiennent au service de psychiatrie – se rendent au service des urgences pour prendre en charge le patient après l'examen somatique. De nuit, le médecin urgentiste peut consulter par téléphone le médecin psychiatre de permanence ou éventuellement lui demander de venir. Eventuellement, le patient est placé jusqu'au lendemain dans un box ou dans l'une des quatre chambres des urgences.

Le cas échéant, les accompagnants – notamment les familles – sont installés dans le bureau polyvalent du service des urgences dans lequel l'équipe de psychiatrie peut les rencontrer en toute confidentialité ; un téléphone est disposé dans ce bureau et permet d'appeler l'extérieur.

Il est exceptionnel que les patients soient installés dans la salle d'attente du service des urgences, mais cela est possible si leur état le permet, cette salle étant placée sous la surveillance d'une caméra dont les images sont renvoyées sur un écran dans la salle de soins.

Le règlement intérieur du service des urgences et une fiche « Prise en charge des personnes se présentant pour des soins psychiatriques aux Urgences » décrivent la procédure de prise en charge.

Le transfert du patient du service des urgences vers le bâtiment Kipfer est toujours assuré en véhicule.

Quand le patient ne transite pas par le service des urgences, il est pris en charge directement par des soignants du service de psychiatrie. Il est alors vu par un médecin psychiatre et par un médecin somaticien.

L'inventaire des effets du patient est assuré de façon contradictoire par les soignants du service de psychiatrie ; cet inventaire peut commencer au service des urgences. Le patient conserve ses vêtements. Il revêt un pyjama personnel s'il va se coucher. Si nécessaire, le service de psychiatrie lui prête quelques vêtements (cf. *infra* § 6.4.2).

Selon les informations recueillies, au service des urgences comme au Kipfer, le document permettant à un patient de désigner une personne de confiance est remis ; au Kipfer, les cadres de santé représenteraient ce document jusqu'à ce que l'avis du patient soit pris en toute connaissance de cause.

4.2 LES MODALITES D'ADMISSION SONT SATISFAISANTES MEME SI DES AMELIORATIONS PEUVENT ETRE APPORTEES

4.2.1 Les formalités administratives d'admission

Au service des urgences, après le recueil par l'agent d'accueil des coordonnées de la personne à prévenir, la plaquette d'accueil général du centre hospitalier est remise à chaque patient par un soignant ainsi qu'un formulaire de désignation de la personne de confiance accompagné d'une notice explicative ; ce dernier document est entré en vigueur le 1^{er} août 2015.

Le dossier administratif du patient, établi à l'entrée aux urgences, est transmis au bureau des entrées et au service de psychiatrie par voie informatique. Le dossier médical, sous forme papier, est transporté par l'infirmier de psychiatrie dans le service de psychiatrie, ainsi que le dossier du patient archivé au service des urgences si un tel dossier existe.

Lorsque le patient arrive en psychiatrie sans être passé par les urgences, son dossier administratif est transmis par voie informatique au bureau des entrées, ainsi que les coordonnées de la personne à prévenir. Si son état le permet, le principe de la désignation d'une personne de confiance lui est évoqué par un soignant. Tous les quadrimestres, au moins, les services des urgences et de psychiatrie tiennent une réunion avec les chefs de service, un cadre de santé et un infirmier de chaque service, pendant laquelle sont évoqués les points qui ont pu provoquer des incompréhensions.

Bonne pratique

Les services des urgences et de psychiatrie se réunissent une fois au moins tous les quadrimestres afin de coordonner leurs méthodes et actions pour les admissions en soins psychiatriques.

La décision d'admission pour les hospitalisations en soins sans consentement est préparée par le bureau des entrées avec les éléments transmis par le service des urgences ou le pôle psychiatrie. Pendant les jours ouvrables et en heures ouvrables, la décision est signée par la directrice déléguée ou par un cadre du centre hospitalier ayant reçu délégation ; pendant les jours non ouvrables ou la nuit, la décision est signée par un directeur d'hôpital du centre hospitalier régional universitaire régional de Brest ou de ses antennes (Carhaix, Landerneau, Lesneven, Morlaix), ainsi pour les mois d'août à octobre 2015, treize personnes différentes ont assuré cette délégation.

4.2.2 L'inventaire des effets du patient

Quel que soit le lieu d'admission ou de réadmission, un soignant du service de psychiatrie établit l'inventaire des effets du patient en renseignant un document comportant deux parties :

- une feuille intitulée « information relative à la responsabilité du fait des vols, perte et détériorations des objets déposés dans les établissements de santé » à faire lire et signer par le patient ; ce document est destiné à être conservé dans le dossier médical du patient ; il est signé par le soignant ;
- une « liasse inventaire et dépôts de valeurs et d'objets » comportant quatre volets identiques (copie du premier volet sur les trois suivants par papier carbone) :
 - le premier volet est conservé par le patient, le deuxième est destiné au bureau des entrées pour le registre de l'établissement, le troisième est destiné également au bureau

des entrées pour accompagner le dépôt, le quatrième est classé dans le dossier médical du patient ;

- la liasse inventaire fait apparaître :
 - la liste des « objets déposés auprès de l’administration » tels que les cartes de crédit ainsi que la liste des matériels nécessaires à l’autonomie et conservés par le patient » telles les lunettes, les prothèses auditives ou dentaires ; l’inventaire est signé par le patient quand il est en état de le signer, par l’agent ayant dressé l’inventaire et un autre agent ayant fait l’inventaire contradictoire ;
 - deux cases pour les « dépôts et restitution des objets à l’administration » et « dépôt et restitution des valeurs à la trésorerie » à faire renseigner par le patient ou son représentant pour les dépôts ou les retraits.

Selon les informations recueillies par les contrôleurs, cette procédure mise en place depuis le mois d’avril 2014 présente l’avantage d’être sûre car elle permet d’établir un inventaire contradictoire à l’occasion du début et de la fin de l’hospitalisation. Elle présente l’inconvénient de ne pas permettre de retirer des objets ou de l’argent auprès du bureau des entrées en cours d’hospitalisation. Cependant une certaine tolérance est parfois admise pendant les heures d’ouverture du bureau des entrées – de 8h à 18h – pour que des patients hospitalisés en psychiatrie, accompagnés par un soignant, retirent quelques effets ou un peu d’argent.

Recommandation

La procédure de dépôt et de retrait des valeurs et objets garantit leur parfaite conservation, mais ne permet pas des retraits ou des dépôts en cours d’hospitalisation. Si cette situation est sans importance pour les hospitalisations de courte durée, elle s’avère parfois pénalisante pour les personnes hospitalisées en psychiatrie pour des moyens ou longs séjours. Un assouplissement de la procédure est à rechercher.

4.2.3 La notification de la décision d’admission et les voies de recours

Après l’examen médical effectué dans les 24h suivant l’admission, le patient est reçu en entretien par une infirmière, un infirmier et un cadre de santé du service de psychiatrie qui lui notifie la décision d’admission en soins psychiatriques sans consentement, ainsi que ses droits. Si l’état de santé du patient n’est pas suffisant, cette notification est assurée le lendemain par un cadre de santé. Le cas échéant, si l’état de santé de santé du patient ne le permet pas, cette notification est simultanée à celle du certificat de l’examen médical effectué dans les 72h suivant l’admission, à celle de la décision du maintien en soins psychiatriques sans consentement, ou de la décision de la levée de la mesure de soins sans consentement. Cette notification est reconduite tous les jours jusqu’à ce que l’état de santé du patient le permette.

Le cadre de santé notifie la décision et communique l’avis du médecin psychiatre en faisant une lecture commune avec le patient ; il explique les droits du patient, ses garanties et voies de recours ; il insiste sur la durée d’un mois du maintien en soins ; il est fait mention du contrôle de la décision d’admission par le juge des libertés et de la détention dans les douze jours, mais le contrôle à six mois n’est pas évoqué, selon les informations recueillies par les contrôleurs. Il remet au patient une copie de la notification qui comporte la liste des droits du patient, ses garanties et voies de recours.

La notification de la décision d'admission en soins psychiatriques sans consentement, soumises à la signature du patient, comportent dans l'ordre, les informations suivantes :

- la nature de l'admission (demande d'un tiers, demande d'un tiers en urgence ou péril imminent) ; dans le cas des admissions sur décision du représentant de l'Etat, la notification comporte en en-tête « décision de maintien en soins psychiatriques pour une durée d'un mois » ;
- le considérant avec mention du ou des noms des praticiens ayant établi le ou les certificats d'hospitalisation ;
- l'identité du patient (nom, prénom, situation de famille, profession, domicile) ;
- les mentions que les copies de la décision et du document d'information sur sa situation juridique et ses droits lui sont remises ;
- la signature et le timbre du directeur ou du directeur adjoint du centre hospitalier Ferdinand Grall ;
- les voies de recours devant le tribunal de grande instance de Brest et de la commission départementale des soins psychiatriques (avec mention de leurs adresses postales) ;
- la mention de la possibilité de demander des informations complémentaires sur sa situation juridique au sein du service de psychiatrie (médecin, équipe soignante), au bureau des entrées ou à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge ;
- en dernière ligne « Copie de la présente décision remise à la personne admise en soins le par ... ».

Le document donnant les informations sur la situation juridique et les droits du patient admis en soins sans consentement comporte les points suivants :

- les neuf alinéas de l'article L-3211.3 avec mention du préfet du Finistère, du tribunal de grande instance de Brest, du maire de Landerneau, du procureur de la République de Brest, de la commission départementale des soins psychiatriques du Finistère, du contrôleur général des lieux de privation de liberté, sans mention de leurs coordonnées ;
- la soumission de la décision d'admission au contrôle du juge et des libertés et de la détention « sous huitaine ». Le terme sous huitaine est moins précis que celui retenu par la loi qui est de douze jours. Le document ne fait pas apparaître que cette décision est également soumise au juge dans un délai de six mois ;
- la mention de la possibilité de demander des informations complémentaires sur sa situation juridique au sein du service de psychiatrie (médecin, équipe soignante), au bureau des entrées ou à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge ;
- la signature du patient reconnaissant avoir été informé de sa situation juridique et de ses droits, avec mention de la date ;
- la signature des personnes du service prenant acte du refus du patient de signer le document et les engageant à délivrer à nouveau l'information « dès que son état le permettra ».

Selon les informations recueillies par les contrôleurs, les patients sont satisfaits des pratiques de communication.

Recommandation

Le document donnant les informations sur la situation juridique et les droits du patient admis en soins sans consentement peut être amélioré en ajoutant les adresses des autorités qui peuvent être contactées et l'indication des endroits où est affichée la liste des avocats du barreau de Brest.

Recommandation

Les personnes ayant reçu délégation de signer les décisions d'admission et les documents d'information sur la situation juridique et les droits du patient admis en soins sans consentement doivent être formellement désignées par le directeur d'établissement.

Recommandation

La formalisation de la procédure de communication de ces documents, comme de l'ensemble des actions concourant à l'hospitalisation, serait de nature à s'assurer que les soignants agissent tous dans le respect de tous les droits, sans en omettre.

Lorsqu'une « décision de maintien en soins avec programme de soins pour une durée d'un mois » ou « décision de maintien en soins avec programme de soins jusqu'au XX/XX/XXXX » permettant la poursuite des soins psychiatriques sous une autre forme que l'hospitalisation, est prise par le directeur de l'établissement sur proposition d'un médecin psychiatre, la notification de la situation juridique et des droits est la même.

L'information des patients admis est assurée, même si la documentation est à mettre à jour et la traçabilité à améliorer

4.2.4 Le livret d'accueil et le règlement intérieur

a) Le livret d'accueil général donne des informations concrètes sur l'hôpital.

Le centre hospitalier a édité en mars 2014 un livret d'accueil en format A4, en couleur, comportant la couverture et vingt pages :

- les pages de couverture comportent des photos, des plans, des adresses (celles du centre hospitalier et de l'antenne du centre de transfusion sanguine de Brest), d'un carton format carte de visite – à détacher – pour « faire don d'éléments de mon corps (organes, tissus) après sa mort » ;
- page 1 : le mot du directeur ;
- pages 2 à 4 : la présentation générale de l'établissement avec le descriptif du pôle psychiatrie ;
- pages 5 à 11 : « le mode d'emploi » du centre hospitalier avec des précisions sur l'admission, la conservation des valeurs, les frais, les équipes de soins, le téléphone (payant pour appeler de l'hôpital vers l'extérieur), les repas (7h, 11h30, 18h), les visites (horaires fixés par service), l'existence d'un service social, les associations (les coordonnées sont à récupérer auprès de la direction), le courrier, etc. ;

- pages 12 à 19 : « vos droits, votre santé » avec des informations sur la personne de confiance, l'accès au dossier médical, le droit de vote, l'alcool, le tabac, le respect de la laïcité, la qualité et la sécurité des soins, la prise en charge de la douleur (le CLUD), les réclamations et la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) avec mention de sa composition, la charte de la personne hospitalisée et celle des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.

Comme indiqué précédemment, ce document est remis aux patients transitant par le service des urgences.

b) Les livrets d'accueil spécifiques au pôle psychiatrie donnent des éléments pratiques sur la vie quotidienne, mais donnent peu d'informations sur la situation juridique des patients en soins sans consentement.

Au service des hospitalisations de psychiatrie, au bâtiment Kipfer, trois documents sont remis aux arrivants : le livret d'accueil sous le même format que le document précédent et un livret d'accueil au format A5 en noir au blanc spécifique au pôle psychiatrie et un questionnaire de sortie.

Le livret d'accueil du pôle psychiatrie édité en couleur complète le livret général. Son contenu donne des informations sur l'ensemble des structures du secteur 13. Il comporte huit pages dont les couvertures :

- pages de couverture 1 et 8 : elles sont bâties sur le même modèle que le livret général et font état des différentes unités composant le pôle, avec des photos et un plan ;
- page 2 : la présentation géographique du pôle et du secteur 13, avec une carte indiquant les sites de Landerneau, Crozon et Pont-de-Buis ;
- page 3 : la description du pôle, avec la composition de l'équipe pluridisciplinaire (nombre de médecins, de psychologues, etc.) ;
- pages 4 et 5 : le « mode d'emploi » du secteur 13 en quelques photos et schémas simples ; des informations sur les missions des CMP, du CATTP, sur les hospitalisations à temps complet et à temps partiel de jour ou de nuit, sur les hospitalisations en soins libres et sur celles sans consentement (SDT et SDRE) avec la mention « une information détaillée est disponible auprès du cadre de santé du service », sur la mission de la CDSP et de sa fréquence de passage ;
- page 6 et 7 : des « renseignements pratiques » sur la « vie quotidienne » tels que les repas, les visites, le courrier, le téléphone, les activités thérapeutiques dont celles organisées par les « clubs », la méthode pour prendre rendez-vous avec les médecins, les psychologues et les assistants sociaux.

Le livret d'accueil du bâtiment Kipfer, au format A5 en noir au blanc, complète le livret particulier précédent en donnant des informations plus détaillées sur un certain nombre de points concernant l'hospitalisation et les activités au sein du bâtiment Kipfer. Ce document comporte également huit pages dont les couvertures :

- page de couverture : intitulé du livret et annonce de son objectif ;
- page 1 à 3 : des informations pratiques à l'arrivée telles que la remise de la clé de la porte de l'armoire contre une caution de 7,50 euros ; l'interdiction de fumer et de boire de l'alcool ; les horaires des repas ; la réunion hebdomadaire du lundi à 14h sur les repas ; les horaires et lieux de distribution des médicaments ; la méthode pour prendre rendez-vous avec les médecins, les psychologues et les assistantes sociales ; les horaires de visite ; le

courrier ; le principe d'accès aux téléphones portables personnels ; l'accès au téléphone fixe (pour lequel il est indiqué que des cartes sont en vente dans le hall du rez-de-chaussée du bâtiment Kipfer ;

- page 4 à 6 : des informations pratiques sur le club, la vie quotidienne et les activités telles que le coût d'adhésion au club, le café accueil de 9h tous les matins (sauf le dimanche), des informations générales sur les activités pour préciser que les activités ont toutes un caractère thérapeutique, le fonctionnement de la cafétéria – qui est assimilée à un atelier – la buanderie, la préparation des repas – soignants et soignés prennent leurs repas ensemble, préparent la table et nettoient ensemble –, la nomination quotidienne de deux « poissons pilotes » (cf. *infra* § 6.4.1), les journaux quotidiens disponibles à la cafétéria ;
- pages 7 et 8 : les lieux des différents dispositifs de soin avec les heures d'ouverture et leurs coordonnées.

c) Le règlement intérieur n'est pas à jour des modifications introduites par les lois de 2011 et de 2013.

La version en vigueur du règlement intérieur date du 27 mai 2003. Il ne fait pas état de l'existence de règlements intérieurs spécifiques aux services, mais précise qu'un livret d'accueil doit être délivré à tout patient admis ainsi qu'un questionnaire à déposer à sa sortie. La sous-section 5 « dispositions relatives aux malades mentaux et aux incapables majeurs » fait état des règles applicables aux personnes atteintes de troubles mentaux en hospitalisation libre, en hospitalisation sur demande d'un tiers, ou en hospitalisation d'office. Dans la section 5, à l'article 105 sont évoquées les permissions de sortie des personnes en soins psychiatriques contraints. Dans la section 6, à l'article 128, est évoquée la « sortie à l'insu du service » notamment pour les personnes hospitalisées sans leur consentement. Les lois de 2011 et de 2013 ne sont pas citées.

d) Le règlement intérieur du service des urgences est récent et adapté aux besoins du pôle psychiatrie.

Le service des urgences dispose d'un règlement intérieur interne en date du 14 avril 2015 qui définit avec précision son organisation, c'est-à-dire l'utilisation des équipements, les horaires et les missions des personnels. Ce document est destiné aux personnels du service. Il n'est normalement pas destiné aux patients.

e) Une réflexion globale de restructuration du règlement intérieur et des livrets d'accueil est lancée.

Le plan qualité-risques du centre hospitalier pour la période 2014/2016 a défini une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) – cf. *infra* § 5.8.3 – sur le thème de « révision du livret d'accueil et du règlement intérieur ».

Les contrôleurs ont eu communication des comptes rendus des deux premières réunions tenues le 28 avril 2015 et le 12 mai 2015, avec une première présentation des travaux prévue le 8 mars 2015.

La finalité du groupe de travail, selon les termes du premier compte rendu est « les droits du patient », « la mise à jour du livret d'accueil et la rédaction du règlement intérieur du Kipfer ».

Recommandation

La mise à jour du règlement intérieur et des livrets d'accueil, prévue par une évaluation des pratiques professionnelles, est une nécessité. Le règlement intérieur du centre hospitalier n'est pas à jour des dernières modifications législatives.

Recommandation

Les nuances de contenu entre le règlement intérieur général au centre hospitalier, le livret d'accueil général, le livret d'accueil au pôle psychiatrie, le livret d'accueil au bâtiment Kipfer sont à préciser. La création éventuelle d'un règlement intérieur au pôle psychiatrie et celle d'un autre pour le bâtiment Kipfer doivent faire l'objet d'une réflexion.

4.2.5 Les informations relatives à la loi du 5 juillet 2011 modifiée

Les seules informations écrites disponibles pour les patients sur la mission du juge des libertés et de la détention et sur l'organisation des audiences sont contenues – cf. *supra* § 4.2.2 – dans la notification de la décision d'admission (pour les soins sur décision du directeur à la demande d'un tiers – SDT – et pour péril imminent – SPPI) ou de la décision de maintien en soins (pour les soins sur décision du représentant de l'Etat – SDRE) et dans le document donnant les informations sur la situation juridique et les droits du patient admis en soins sans consentement.

En l'absence de commentaires, ces documents ne permettent pas de comprendre la mission du juge ni les modalités de défense et de recours offertes aux patients.

Le livret d'accueil du pôle psychiatrie donne comme information « la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge est le texte de référence » et renvoie vers le cadre de santé du service.

Selon les informations recueillies par les contrôleurs, quelques jours avant de se rendre à l'audience, un cadre de santé consacre du temps au patient pour lui donner les explications jugées nécessaires.

Les contrôleurs ont constaté que les patients n'exprimaient pas d'appréhension vis-à-vis du juge des libertés et de la détention et qu'ils avaient donc bénéficié d'explications de qualité, mais qu'ils ne disposaient d'aucun outil écrit pour vérifier ces explications ni pour les mémoriser.

Recommandation

En l'absence d'écrit affiché ou distribué aux patients, les patients et leurs personnes de confiance ne disposent d'aucun moyen de se remémorer ou de vérifier les informations délivrées par les cadres de santé du pôle psychiatrie sur la mise en application de la loi de 2011 modifiée, ni sur l'aide juridictionnelle. La délivrance aux patients de tels écrits ou leur affichage apparaît nécessaire, comme l'affichage de la liste des avocats du barreau de Brest ailleurs que dans le bureau des assistantes sociales.

4.2.6 Le recueil des observations des patients (sur la loi de 2011)

Le recueil des observations du patient est obligatoire. Il doit être effectué au moment où le médecin psychiatre envisage une modification de la forme de la prise en charge du patient ou un maintien en soins contraints. Il s'agit pour le médecin de recueillir l'avis du patient sur la modification ou le maintien envisagé et éventuellement d'en tenir compte.

Selon les informations recueillies, ce recueil est effectué et le médecin psychiatre en tient compte. Les contrôleurs ont pu rencontrer un patient pour lequel il était envisagé, sur sa demande, une modification de la prise en charge d'une hospitalisation sous contrainte vers des soins en ambulatoire.

Ce recueil n'est cependant pas formalisé par un écrit.

4.2.7 La période initiale de soins et d'observations

L'admission, ainsi que la période de soins et d'observation est décrite dans le § 4.1 *supra*. Le présent paragraphe décrit des points propres au service des urgences en matière de psychiatrie.

Selon les informations recueillies par les contrôleurs, la durée du maintien en observation du patient dans le box est au minimum d'une heure ; le temps de passage aux urgences varie d'une à quelques heures en fonction de la durée des entretiens et des examens.

L'utilisation de la contention est rare, selon les informations recueillies par les contrôleurs ; les contentions sont décidées le plus souvent par le médecin urgentiste, qui est le premier médecin à recevoir le patient.

Aux urgences, certains patients sont autorisés à fumer, quand ils apparaissent en situation de manque ; ils sont alors conduits dans le petit jardin qui jouxte le bureau polyvalent par un soignant qui reste à proximité. Quand un patient demande à téléphoner, un cadre ou un soignant lui prête le téléphone du service.

Un bracelet d'identification est remis au patient, comme cela est mentionné à la page 6 du livret d'accueil. En général, ce bracelet n'est pas porté par le patient. Lorsqu'un patient est confus, le port du bracelet lui est imposé par prescription médicale ; il est exceptionnel que le patient ôte alors ce bracelet.

A plusieurs reprises pendant le service de nuit, selon les informations recueillies par les contrôleurs, le personnel de santé présent aux urgences s'est senti en danger face à des patients agités et violents. La direction du centre hospitalier cherche à mettre en place une formation qui serait délivrée par la gendarmerie nationale afin que le personnel hospitalier sache faire face à une telle situation soit pour faire partir la personne soit pour la maîtriser.

4.3 LES LEVEES DES MESURES DE CONTRAINTE SONT PRINCIPALEMENT PRONONCEES A L'INITIATIVE DES MEDECINS

4.3.1 L'avis du médecin psychiatre est toujours suivi d'un arrêté préfectoral conforme en matière de levée des ASPDRE

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

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

Il a été précisé aux contrôleurs que l'avis du médecin psychiatre était toujours suivi d'un arrêté préfectoral conforme, sans qu'il soit besoin de solliciter un second psychiatre ou de soumettre le désaccord au juge des libertés et de la détention.

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

Deux assistantes sociales interviennent régulièrement au pôle psychiatrie, en alternance avec les CMP, à hauteur de 0,5 ETP. L'une d'entre elles est présente chaque jour, le matin ou l'après-midi. Leur bureau, situé au milieu de l'étage est directement accessible aux patients.

Sur les six patients admis en SPDRE depuis le 1^{er} janvier 2014, trois ont vu leur mesure levée après avis de leur médecin psychiatre, l'un pour passer sous le régime des soins libres, l'autre pour passer en soins ambulatoires et le troisième pour retourner chez lui, sans soins organisés au motif qu'il ne présentait pas de troubles du comportement patents.

Les trois autres patients admis en SPDRE depuis 2014 ont vu leur hospitalisation s'achever par un transfert vers un autre hôpital ou un décès (des suites d'une crise cardiaque). Le motif de la levée de l'hospitalisation du sixième patient n'était pas renseigné sur le registre (cf. *infra* § 4.5).

4.3.2 Le collège des professionnels de santé se réunit rarement au centre hospitalier de Landerneau

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

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

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

Le collège des professionnels de santé se réunit rarement au centre hospitalier de Landerneau. Cela a été le cas le 19 avril 2013.

Au jour de la visite, un patient hospitalisé sur demande d'un tiers approchait une durée d'hospitalisation de six mois. Il a été précisé aux contrôleurs que cette durée très longue était inhabituelle pour l'établissement.

4.3.3 Le contrôle du juge des libertés et de la détention

a) *Les modalités d'organisation de l'audience pourraient être améliorées*

Lorsqu'un patient est convoqué devant le juge des libertés et de la détention et que ses soins sont liés à une demande d'un tiers, le tiers est invité par le centre hospitalier à assister à l'audience, outre la convocation lancée par le greffe.

Bonne pratique

Le centre hospitalier, indépendamment de la convocation émise par le greffe du tribunal de grande instance, informe le tiers de la date et du lieu de l'audience, quand une personne hospitalisée pour soins sans consentement à la demande d'un tiers est convoquée devant le juge des libertés et de la détention.

L'article L.3211-12-2 du code de la santé publique prévoit que depuis le 1^{er} septembre 2014, les audiences du juge des libertés et de la détention (JLD) doivent se tenir dans une salle spécialement aménagée au sein du centre hospitalier ou, en cas de nécessité, sur l'emprise d'un autre établissement de santé situé dans le ressort du tribunal de grande instance, selon les modalités prévues par une convention signée entre le tribunal et l'agence régionale de santé.

Au tribunal de grande instance de Brest, il a été fait le choix de ne pas organiser d'audience au sein du centre hospitalier de Landerneau au motif que peu de patients sont concernés. Une convention a été signée entre les tribunaux de grande instance de Brest et de Quimper et l'agence régionale de santé de Bretagne (ARS) prévoyant que les audiences du JLD se tiennent les mardis et vendredi matins à l'hôpital psychiatrique de Bohars, et le jeudi matin au centre hospitalier de Morlaix.

Les patients de Landerneau sont reçus en audience à l'hôpital de Bohars ou celui de Morlaix. Le trajet pour se rendre à Bohars dure en moyenne une demi-heure, de même pour Morlaix. Les véhicules affectés au pôle psychiatrie ne sont pas utilisés pour ces transports, les patients s'y rendent en véhicule sanitaire léger (VSL), accompagnés d'un ou de deux infirmiers.

Un marché public a été passé par le centre hospitalier de Landerneau relatif au transport sanitaire en ambulance ou en véhicule sanitaire léger des patients. Selon les informations recueillies, le VSL devrait transporter le patient jusqu'au lieu de l'audience, attendre le temps de l'audience et le ramener directement à la fin de l'audience.

Cependant, en pratique, le VSL n'attend pas le temps de l'audience et doit être rappelé par un infirmier à la fin de l'audience pour venir rechercher le patient.

De ce fait, le VSL pouvant avoir été appelé pour une autre mission, il arrive régulièrement que le patient attende à la fin de l'audience le retour du taxi, en moyenne durant environ quarante-cinq minutes mais ce délai pouvant aller jusqu'à deux heures.

Il a été précisé aux contrôleurs que cette attente générerait du stress pour les patients, certains d'entre eux devenant difficiles à gérer.

Recommandation

Une formule devrait être trouvée pour que les patients n'attendent pas à la sortie de l'audience dans l'hôpital où elle se déroule avant de pouvoir rentrer à l'hôpital de Landerneau,

une telle attente dont la durée peut aller jusqu'à deux heures étant source d'angoisse et d'instabilité.

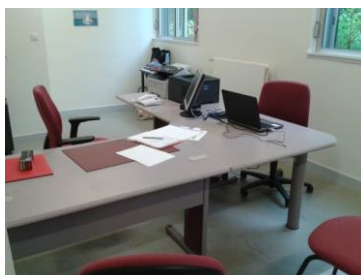
Compte tenu du trajet nécessaire pour se rendre à Bohars ou Morlaix, les patients de Landerneau sont toujours convoqués en milieu de matinée par le JLD, afin de leur permettre de prendre le petit déjeuner avant de venir et d'être de retour pour le déjeuner à l'hôpital.

b) Le déroulement de l'audience du juge des libertés et de la détention apparaît peu solennisé, dans l'intérêt du patient

La salle d'audience est installée dans le bâtiment dédié aux admissions. Celui-ci n'est pas identifié à l'extérieur comme étant une annexe du tribunal de grande instance. De plus, aucun panneau de signalisation de l'hôpital ne donne d'indications sur l'existence d'une salle d'audience ainsi que sur le l'endroit où elle se trouve. Ce n'est qu'à l'intérieur du bâtiment des admissions que des flèches indiquent le cheminement jusqu'à la salle d'audience.

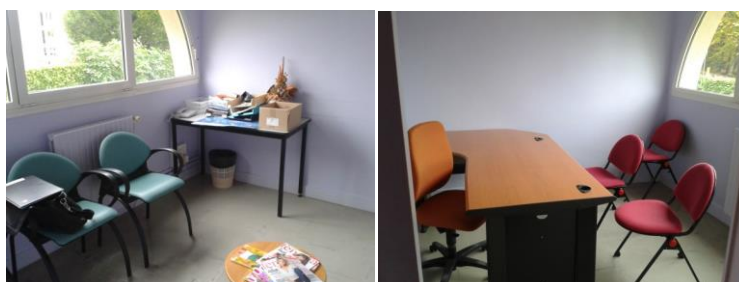
De ce fait, faute d'indication, l'accès du public à la salle d'audience n'apparaît pas suffisamment assuré au sens de l'article L.3211-12-2 du code de la santé publique⁸.

La salle d'audience se présente sous la forme d'un bureau, sans estrade ni aménagement de nature à conférer à l'audience une solennité particulière. Deux ordinateurs et imprimantes sont mis à disposition du JLD et de son greffier. Sur la porte de cette salle, un affichage indique « Juge des libertés », le mot détention ayant sciemment été ôté pour ne pas susciter d'angoisse ou de confusion auprès du patient.



Salle d'audience JLD

Une salle d'attente est aménagée à proximité de la salle d'audience, dédiée aux patients convoqués, à côté de laquelle est installé un bureau d'entretien pour l'avocat, fermé à l'aide d'une porte garantissant la confidentialité des échanges.



Salle d'attente avant l'audience Bureau d'entretien pour l'avocat

Les patients sont convoqués tous les trois quarts d'heure, de telle sorte qu'entre quatre et cinq patients sont reçus en audience chaque matinée.

⁸ L.3211-12-2 du code de la santé publique : « ... Cette salle doit permettre d'assurer la clarté, la sécurité et la sincérité des débats ainsi que l'accès du public »

Afin de ne pas faire attendre le patient, il est prévu un quart d'heure pour l'entretien avec l'avocat, un quart d'heure pour l'audience et un quart d'heure de battement avant l'arrivée du patient suivant. Il a été précisé aux contrôleurs que les accompagnateurs et avocats faisaient tous preuve d'une rigoureuse ponctualité.

Trois JLD interviennent dans le contentieux de l'hospitalisation sous contrainte, à tour de rôle. Ils siègent tous trois sans robe et se présentent au patient comme « juge des libertés ».

Le JLD commence par expliquer au patient son rôle, synthétise le contenu du dossier, puis invite le patient à donner son avis.

Les infirmiers accompagnant le patient assistent à l'audience. Selon les informations recueillies, certains d'entre eux interviennent parfois spontanément au cours de l'audience, mais le JLD ne les interroge pas directement.

A la fin de l'audience, le JLD explique que la décision sera rendue dans l'après-midi et notifie les voies de recours.

Il a été précisé aux contrôleurs que le délibéré n'était pas immédiatement annoncé au patient pour permettre au JLD de prendre un temps suffisant de réflexion et afin d'assurer la sérénité de l'audience. Le caractère différé du délibéré présente néanmoins l'inconvénient de ne pas permettre à l'avocat d'aborder tout de suite avec le patient l'opportunité de l'usage d'une voie de recours.

Les avocats du barreau de Brest ont mis en place une permanence, destinée à assurer la présence d'un avocat commis d'office à chaque audience. Celui-ci reçoit les convocations la veille de l'audience et dispose de peu de temps pour prendre connaissance des dossiers qui ne lui sont pas adressés par voie dématérialisée. De ce fait, il est rare qu'un avocat vienne rencontrer le patient à l'hôpital avant l'audience.

c) Les décisions rendues

Durant les dix premiers mois de l'année 2015, vingt-neuf audiences ont été organisées, concernant les patients de Landerneau. Elles avaient été quatorze en 2014.

En 2015, deux patients ne se sont pas présentés à l'audience, au motif que leur état de santé ne leur permettait pas de comparaître devant le juge. Les patients convoqués se sont tous présentés en 2014.

Aucune mainlevée judiciaire n'a été prononcée en 2014 ni en 2015 et aucun appel n'a été formé contre les décisions rendues par le JLD.

Il a été précisé aux contrôleurs que des mesures d'hospitalisation sans consentement ont été parfois levées par le JLD, au motif que la procédure n'avait pas été respectée, ce type de levée tendant cependant à se raréfier concernant l'hôpital de Landerneau.

Il arrive que les avocats soulèvent des nullités de procédure. Néanmoins, il a été indiqué aux contrôleurs que certains JLD refusaient désormais d'accepter d'examiner ces moyens de nullité s'ils n'étaient pas présentés par écrit et communiqués avant l'audience aux autres parties (procureur de la République et direction de l'hôpital notamment). Or, les avocats recevant les convocations la veille de l'audience, il leur est difficile de procéder à une telle communication préalable, d'autant que ces autres parties ne sont pas présentes à l'audience. L'attention du tribunal a été attirée sur ces difficultés et des réunions seraient programmées entre les JLD et le barreau de Brest afin de les résoudre.

d) *Le passage en programme de soins est rarement utilisé*

Peu de programmes de soins sont mis en place au centre hospitalier de Landerneau.

Durant l'année 2015, aucun patient n'a bénéficié de programme de soins. Deux patients avaient pu en bénéficier en 2014.

Les contrôleurs ont pu constater qu'une confusion existait dans l'esprit des patients et de certains soignants entre la mise en place d'un programme de soins, tel que prévu par la loi, permettant le maintien d'une hospitalisation sous contrainte sous une autre forme que l'hospitalisation complète, et la signature d'un contrat de soins instaurant des règles dans le cadre d'une hospitalisation avec ou sans consentement.

4.4 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES EST LA SEULE AUTORITE VISITANT L'ETABLISSEMENT, SES VISITES SONT REGULIERES, ELLE N'ETABLI PAS SYSTEMATIQUEMENT DE RAPPORT NI DE COMPTE RENDU DE VISITE

Selon les informations recueillies, seuls les membres de la Commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) visitent l'établissement. Ils signent à cette occasion le registre de la loi.

Ni le représentant de l'Etat dans le département, ni le procureur de la République, ni le maire de la commune ne visitent l'établissement, bien que l'article L.3222-4 du code de la santé publique impose ce type de visite au moins une fois par an. L'établissement n'est pas davantage visité par les députés ou sénateurs.

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) est présidée, depuis 2011, par un médecin psychiatre, exerçant à l'hôpital de Quimper.

Elle se compose de deux psychiatres, d'un médecin généraliste, d'un magistrat (juge des libertés et de la détention au tribunal de grande instance de Quimper et d'un membre de l'union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM). Aucun membre d'association de patients ne participe à cette commission.

Les réunions de la CDSP sont organisées par l'agence régionale de santé, qui convoque les différents membres et apportent les dossiers médicaux complets des patients à examiner.

La CDSP se réunit une fois par semestre et effectue des visites d'établissements tous les mois sauf en juillet et août. Cinq hôpitaux se trouvent dans son ressort de compétence et sont visités chacun deux fois par an.

L'hôpital est prévenu plusieurs jours avant la visite et se charge d'en informer le personnel et les patients.

Les patients sont informés oralement, aucune affiche n'étant apposée pour les prévenir de cette visite. Ils peuvent demander à être rencontrés par les membres de la CDSP.

Les dernières visites à Landerneau se sont déroulées les 9 avril et 13 octobre 2015, soit deux semaines avant la visite des contrôleurs pour la dernière.

Lors de cette dernière visite, trois patients ont été rencontrés, tous trois en hospitalisation sous contrainte.

Les contrôleurs ont pu noter que la CDSP n'établit pas ou ne transmet pas toujours de rapport à l'issue de ses visites. Le dernier rapport en possession du centre hospitalier datait de 2013.

Dans ce rapport, il était notamment noté que les certificats médicaux initiaux, servant à justifier la mesure d'hospitalisation sous contrainte, n'étaient pas toujours suffisamment circonstanciés et que les patients visités n'apparaissaient pas bien informés du rôle de la CDSP

et de sa visite. Il était également noté que les arrêtés de certains maires manquaient de motivation ou comportaient des erreurs de réglementation.

Les contrôleurs ont interrogé la CDSP sur les constats consécutifs à la dernière visite survenue en octobre 2015. Il leur a été indiqué que le contenu des certificats médicaux initiaux apparaissait davantage conforme aux exigences de la loi et que les patients apparaissaient désormais bien informés. Il leur a été précisé qu'un rappel réglementaire avait été fait auprès des maires et des modèles d'arrêtés diffusés. Le registre de la loi est apparu aux membres de la CDSP bien tenu.

Il a été indiqué aux contrôleurs que les plaintes reçues par les patients portent essentiellement sur le bien-fondé de la mesure d'hospitalisation sous contrainte. La CDSP n'est pas destinataire de doléances des patients sur leurs conditions matérielles d'hébergement et de prise en charge ou de plaintes relatives à des mauvais traitements.

La CDSP n'a jamais eu à saisir le préfet de la situation d'un patient ni n'a jamais adressé de proposition de mainlevée au juge des libertés et de la détention, aucun des dossiers examinés ne l'ayant, de son point de vue, justifié.

Recommandation

Les dispositions de l'article L.3222-4 du code de la santé publique imposant une visite annuelle minimale de l'établissement par le représentant de l'Etat dans le département, le maire et le procureur de la République ne sont pas respectées. Il convient d'y remédier afin que ces autorités puissent jouer leur rôle de recueil des plaintes éventuelles des patients.

4.5 LA TENUE DU REGISTRE DE LA LOI MANQUE DE RIGUEUR

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

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

Sur chaque feuillet, sont mentionnés : les éléments d'identité du patient, la date et le type d'admission en soins psychiatriques. Pour les ASPDRE, il est précisé l'autorité qui a pris la décision de placement et pour les ASPDT, l'identité du tiers demandeur. Les contrôleurs ont pu constater que les patients admis en SPDRE accueillis à l'établissement l'ont tous été sur arrêté municipal.

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

Une case est enfin laissée pour préciser la date de sortie du patient.

Sont ensuite collés, sur les différentes pages composant le feuillet, l'arrêté d'admission de la personne ou, le cas échéant, la demande d'admission du tiers, les éventuels arrêtés de transfert et l'arrêté de levée de la mesure.

Sont également collés les certificats médicaux d'admission, les différents certificats médicaux de situation : le certificat des 24h, des 72h et les certificats mensuels, et, le cas échéant, les décisions du juge des libertés et de la détention.

Le registre des ASPDRE est ouvert depuis le 10 décembre 2013. Il porte mention de six admissions, la dernière datant du 9 octobre 2015 et ayant été levée le 13 octobre 2015.

Le registre des ASPDT est ouvert depuis le 9 octobre 2014. Il porte mention de soixante-cinq admissions dont vingt-trois en urgence, vingt-neuf sur demande d'un tiers classiques et douze pour péril imminent.

Les registres portaient le visa des membres de la CDSP venus visiter les lieux les 25 mars et 18 novembre 2014, et les 9 avril et 13 octobre 2015, sans qu'aucune observation n'ait été mentionnée.

Les contrôleurs ont pu constater que les registres n'étaient pas toujours bien tenus ; manquent notamment :

- la date de sortie du patient (à une reprise sur le registre ASPDRE et à quatre reprises sur le registre ASPDT) ;
- la mention du décès du patient et le certificat de décès (à une reprise sur le registre ASPDRE) ;
- l'arrêté de levée de la mesure d'hospitalisation et le certificat médical demandant la levée (à une reprise sur le registre ASPDRE).

En outre, un patient hospitalisé en 2015 sous le régime de l'admission sur décision du représentant de l'Etat, ne figurait pas dans le registre, son passage se trouvant mentionné seulement sur les tableaux de suivi réalisés par les équipes.

Recommandation

Il convient de prêter attention à ce toutes que les mentions prévues par l'article L.3212-11 du code de la santé publique figurent sur le registre de la loi.

4.6 LES SORTIES DE COURTE DUREE SONT NOMBREUSES

Les patients peuvent circuler librement au sein du bâtiment de psychiatrie et bénéficier de sorties à l'extérieur, sur prescription médicale, quel que soit leur régime d'hospitalisation.

Les personnes hospitalisées sous contrainte peuvent bénéficier de sorties de courte durée de deux types :

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

Les sorties sont demandées par le patient, la famille ou peuvent être proposées par l'équipe soignante.

Une progressivité dans l'accès aux sorties est instaurée, en fonction de l'évolution de l'état du patient.

Les sorties sont discutées en réunion d'équipe avant d'être accordées, les médecins souhaitant recueillir l'avis du personnel paramédical se trouvant au contact quotidien du patient.

Les sorties accompagnées peuvent se dérouler dans le jardin attenant ou à l'extérieur du domaine de l'hôpital. L'accompagnant est soit un infirmier, soit un membre de la famille, le choix étant opéré par le médecin. Lorsqu'il s'agit d'un membre de la famille, celui-ci est reçu en entretien préalable par l'équipe soignante pour lui expliquer le cadre de la sortie et la responsabilité qui lui incombe.

Un entretien est également toujours réalisé avec la famille qui accueille le patient dans le cadre des sorties non accompagnées de moins de quarante-huit heures. Il est précisé à la famille qu'elle peut ramener le patient à tout moment, avant la fin de la sortie, en cas de difficulté.

Lorsque le patient est hospitalisé à la demande d'un tiers, ce dernier est systématiquement informé de la sortie accordée au patient. Lorsque le patient est hospitalisé sur décision du représentant de l'Etat, celui-ci est prévenu soixante-douze heures avant la sortie afin de pouvoir, le cas échéant, s'opposer à cette dernière. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'aucun refus de la préfecture n'avait jamais été opposé à la sortie des patients.

Les sorties accompagnées peuvent parfois se dérouler en groupe, les patients hospitalisés sous contrainte étant dans ce cas mêlés aux patients en soins libres.

De telles sorties sont également régulièrement organisées en ville pour procéder à l'achat de vêtements et de chaussures pour les patients, ou de matériel pour les activités, les patients étant impliqués dans l'organisation de celles-ci.

Elles peuvent également être organisées à la campagne pour permettre la réalisation d'activités en plein air.

Chaque jour, au moins une activité est proposée à l'extérieur de l'enceinte du bâtiment de psychiatrie, nécessitant une autorisation de sortie.

Il n'existe pas de registre retraçant les sorties des patients. Celles-ci sont mentionnées dans le dossier du patient concerné.

Les contrôleurs ont constaté que des sorties étaient régulièrement organisées à l'initiative des patients, dans l'intérêt de la communauté. Ainsi, durant la visite, une sortie dans un supermarché a été organisée pour procéder à l'achat d'un fer à repasser en remplacement de celui laissé à disposition des patients dans la buanderie. La sortie a été proposée par un patient lors de la réunion hebdomadaire soignants-soignés, celui-ci ayant trouvé sur internet un modèle de fer à repasser peu coûteux. La proposition a été soumise à l'appréciation des autres patients présents à la réunion et l'achat validé en groupe.

5. LES DROITS DES PATIENTS HOSPITALISES

5.1 LA PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS

Le 28 octobre 2015, sur les trente-sept patients hospitalisés dans le service de psychiatrie, neuf bénéficiaient d'une mesure de protection juridique.

Cinq d'entre eux étaient sous tutelle et quatre sous curatelle.

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

Deux assistantes sociales interviennent dans le service, de telle sorte qu'au moins une d'entre elles est présente chaque jour. Elles peuvent jouer le rôle d'intermédiaire entre le patient et son mandataire judiciaire.

Il a été précisé aux contrôleurs que les relations avec les organismes de tutelle n'étaient pas toujours aisées. Au jour de la visite, il était prévu pour un patient sous mesure de tutelle,

hospitalisé sous contrainte depuis près de trois mois, une sortie d'hospitalisation pour intégrer un appartement thérapeutique. Son tuteur s'opposait à ce projet, sans préciser de motif.

Se trouvant en situation de blocage, le personnel soignant avait décidé de saisir le juge des tutelles pour solliciter un changement d'organisme de tutelle ou à tout le moins, un changement d'interlocuteur au sein de l'organisme de tutelle désigné.

5.2 LA CONFIDENTIALITE DES HOSPITALISATIONS EST ASSUREE

Le règlement intérieur dans son article 91, comme le livret d'accueil général, font état de la possibilité pour un patient de conserver le secret de son hospitalisation.

Lorsqu'il souhaite bénéficier de cette procédure, le patient en fait la demande auprès du personnel soignant au moment de son arrivée. Le nom du patient est alors inscrit sur une liste laissée à disposition des agents assurant l'accueil téléphonique de l'hôpital.

Lorsque le patient est inscrit sur la liste de confidentialité, aucune information n'est donnée sur sa présence dans l'hôpital ainsi que sur le motif de son hospitalisation.

Il a été précisé aux contrôleurs qu'aucun patient admis en psychiatrie n'avait jamais demandé à bénéficier de cette procédure.

Outre la procédure de confidentialité, les personnes assurant l'accueil téléphonique de l'hôpital ne divulguent pas d'informations aux personnes n'appartenant pas à la famille proche du patient. Lorsque l'interlocuteur fait partie de la famille proche, les informations données sont limitées et l'appel est transféré au service dans lequel se trouve le patient qui apprécie les informations pouvant être communiquées.

Les contrôleurs ont pu constater qu'au sein du pôle psychiatrie le nom des patients n'est pas mentionné sur les portes des chambres.

De plus, les visites des familles, qui normalement se déroulent au rez-de-chaussée, dans l'espace cafétéria, ne sont autorisées qu'à l'étage lorsque le patient se trouve sous traitement visible pouvant affecter sa dignité (c'est le cas notamment lorsque le patient est sous perfusion), afin de préserver son intimité ainsi que la confidentialité de son traitement.

5.3 UNE PROCEDURE EST MISE EN PLACE POUR L'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

La procédure d'accès au dossier médical est décrite dans le livret d'accueil général de l'hôpital ainsi que dans des dépliants spécifiques à disposition du public sur le présentoir situé en face de l'accueil de l'hôpital.

Deux modalités d'accès au dossier médical sont prévues : la consultation sur place ou l'envoi à domicile d'une copie du dossier.

Pour accéder à son dossier, le patient doit adresser une demande soit au médecin en charge de son suivi si la demande intervient au cours de l'hospitalisation, soit par écrit à la direction du centre hospitalier si la demande intervient après l'hospitalisation, accompagnée de la copie de la pièce d'identité.

Lorsque la demande intervient en cours d'hospitalisation, le médecin est chargé de définir les modalités d'accès du patient, en fonction de son état. Il peut par exemple demander à ce que l'accès au dossier par le patient se fasse en présence d'un médecin conseil choisi par le patient.

La demande d'accès est ensuite transmise au département d'information médicale (DIM) qui se charge de ressortir le dossier et, le cas échéant, d'en faire des photocopies.

Les dossiers des patients admis en psychiatrie étant conservés au pôle psychiatrie, le DIM doit demander la transmission du dossier au responsable du pôle pour pouvoir ensuite procéder aux photocopies.

En cas de demande de consultation sur place, pendant l'hospitalisation, le dossier ne transite pas par le DIM mais est directement mis à la disposition du patient par le service de psychiatrie.

Lorsque le patient a sollicité une copie de son dossier, le coût des photocopies ainsi que les frais d'envoi lui sont facturés, à hauteur de 0,18 euro par photocopie et selon le coût réel pour les frais d'envoi. La consultation sur place est gratuite.

A compter de la réception de la demande, le délai d'envoi du dossier varie entre deux et huit jours, lorsque le dossier date de moins de cinq ans. Dans le cas contraire, le délai est d'environ deux mois. Il a été précisé aux contrôleurs que ces délais, mentionnés dans le dépliant présentant la procédure, pouvaient être plus long pour les dossiers de psychiatrie, en raison du lieu de leur conservation pas directement accessible au DIM.

En 2014, cinq patients hospitalisés en psychiatrie ont sollicité l'accès à leur dossier médical. Au jour de la visite, ils étaient au nombre de quatre pour l'année 2015.

Durant ces deux années, seule une personne hospitalisée en psychiatrie avait sollicité la consultation de son dossier sur place. Il a été précisé aux contrôleurs que ce type de demandes était rare.

5.4 L'ACCES A L'EXERCICE DU CULTES EST BIEN ASSURE

Une aumônière catholique laïque intervient chaque semaine au centre hospitalier de Landerneau. Un bureau lui est dédié au sein duquel elle assure une permanence de 9h à 17h du lundi au vendredi. Elle procède également à une visite de chacun des pôles de l'hôpital une fois par semaine et vient rencontrer les patients en entretien sur demande.

Une liste d'aumôniers représentant les religions juive, orthodoxe, protestante et musulmane, datée de 2008, est disponible au bureau des entrées et consultable sur demande des patients. Il a été précisé aux contrôleurs qu'aucun patient n'avait sollicité l'intervention d'un aumônier autre que celui représentant le culte catholique.

Selon les informations recueillies, la demande d'accès des patients à la pratique du culte catholique est importante.

Outre les entretiens individuels avec l'aumônière, les patients qui le souhaitent peuvent être accompagnés à la messe en ville le dimanche matin. Selon le profil des patients, soit l'accompagnant les y dépose et vient les rechercher à la fin de la messe, soit il assiste à la messe avec eux. L'accompagnement est effectué sur la base du volontariat de l'infirmier concerné, certains agents refusant, notamment pour des raisons de convictions religieuses, de participer à ce type de sortie.

Il a été indiqué aux contrôleurs que le dimanche précédant la visite, un patient avait été accompagné à la messe.

Des sorties sont également organisées à l'occasion des fêtes religieuses. Ainsi, il était prévu lors de la visite d'accompagner les patients qui le souhaitent sur les tombes de leurs proches pour les fêtes de la Toussaint. La journée était programmée comme suit : passage chez le fleuriste puis tournée des cimetières en fonction des demandes des patients, le dimanche matin visite des cimetières de Landerneau et de ses environs et le dimanche après-midi de Crozon et de Pont-de-Buis.

Bonne pratique

Les patients qui le souhaitent peuvent pratiquer leur culte dans les mêmes conditions qu'à l'extérieur de l'hôpital, grâce à l'organisation de sorties sur les lieux de culte le dimanche ainsi qu'à l'occasion des fêtes religieuses.

5.5 LE DROIT DE VOTE EST EXERCÉ À L'OCCASION DE SORTIES EXTÉRIEURES

Des patients demandent régulièrement à faire usage de leur droit de vote. Il a été indiqué aux contrôleurs que près de la moitié des patients votaient à chaque scrutin.

Lorsqu'un scrutin est organisé, celui-ci n'est pas porté à la connaissance des patients par voie d'affichage mais oralement par le personnel soignant. Les infirmiers se déplacent de chambre en chambre pour aller demander individuellement à chaque patient s'il souhaite voter.

Les patients peuvent exercer leur droit de vote, soit en se rendant directement au bureau de vote, à l'occasion d'une sortie extérieure, soit, lorsque la sortie n'est pas possible, en établissant une procuration.

Le bureau des entrées dispose de formulaires de demande de procuration à remplir qui sont remis aux patients sur demande par le personnel soignant de l'unité.

Une fois le formulaire rempli, le bureau des entrées adresse par fax la liste des patients demandeurs à la gendarmerie de Landerneau.

Les gendarmes se déplacent ensuite à l'hôpital pour établir avec les patients les procurations.

Il a été précisé aux contrôleurs qu'il n'y avait que rarement eu de demandes de procuration de la part des patients admis en psychiatrie.

Si le cas se présentait, le patient serait certainement reçu par les gendarmes en dehors du bâtiment de psychiatrie, la vue des gendarmes pouvant susciter de l'anxiété auprès de certains patients, notamment ceux présentant un délire de persécution.

Selon les informations recueillies, les patients admis en psychiatrie ayant souhaité faire usage de leur droit de vote pendant l'hospitalisation, se sont tous déplacés directement au bureau de vote le jour du vote, ou à la gendarmerie pour faire établir une procuration.

Le jour du vote, une voiture du pôle psychiatrie est toujours réservée pour pouvoir emmener les patients dans leurs bureaux de vote respectifs.

Bonne pratique

Lorsque des scrutins sont organisés, les patients qui souhaitent faire usage de leur droit de vote sont accompagnés par des infirmiers dans leurs bureaux de vote respectifs.

5.6 LA COMMUNICATION AVEC L'EXTÉRIEUR EST ORGANISÉE POUR FAVORISER LA PARTICIPATION AUX NOMBREUSES ACTIVITÉS THÉRAPEUTIQUES TOUT EN LAISSANT ACCÈS AUX TÉLÉPHONES, À INTERNET ET AUX VISITEURS

5.6.1 Les visites sont autorisées dans des créneaux horaires compatibles avec les activités, mais les locaux ne préservent pas leur confidentialité

Les patients sont autorisés à recevoir des visiteurs, avec leur accord et sauf contre-indication médicale.

Les visites sont autorisées du lundi au vendredi de 17h à 18h30 et le week-end dès le début d'après-midi. Il a été indiqué que l'application de cette règle est faite avec souplesse lorsque la famille ne peut pas respecter ces horaires (en raison de contraintes de travail par exemple). **En principe les visites ont lieu à la cafétéria.** Lorsque l'état clinique d'un patient ne permet pas de le faire descendre dans les parties communes du rez-de-chaussée, il est possible pour la famille de lui rendre visite dans sa chambre. Exceptionnellement, notamment quand des enfants sont présents, la salle de réunion du rez-de-chaussée peut être mise à la disposition d'un patient et de ses visiteurs.



La salle de réunion du rez-de-chaussée

Les horaires de visite sont cohérents avec ceux des activités ou des ateliers, en vue d'inviter les patients à participer au plus grand nombre d'activités.

L'article 108 du règlement intérieur général précise que « pour des motifs liés à l'état des malades, le droit aux visites peut être restreint. [Ces restrictions] peuvent concerner les visiteurs mineurs de moins de 15 ans ». Les livrets d'accueil spécifiques au pôle psychiatrie ne fixent aucune limite d'âge.

Il a été indiqué que les transports en communs étant rares sur la presqu'île de Crozon, la « voiture solidaire⁹ » du Club de Crozon peut venir en aide aux familles de Crozon pour venir rendre visite à leur proche hospitalisé, lorsqu'ils n'ont pas de moyen de transport.

Selon les informations recueillies par les contrôleurs, les patients reçoivent peu de visites.

Recommandation

En l'absence de pièce(s) réservée(s) aux visites, les visiteurs sont reçus à la cafétéria, en présence des autres patients. L'aménagement de pièces spécifiques pour recevoir des visiteurs, avec éventuellement la mise à disposition de jeux pour les enfants, serait de nature à favoriser le nombre de visites en préservant leur confidentialité.

⁹Cette voiture solidaire est appartenant à l'association Treizerien et est conduite par des patients habilités par le club du CMP de Crozon.

5.6.2 Le téléphone

Pour des raisons médicales, l'accès au téléphone peut être limité ou suspendu pendant des durées fixées par le médecin psychiatre.

a) Un seul téléphone fixe est accessible aux patients, dans des conditions garantissant mal la confidentialité

Un seul téléphone fixe est à la disposition des patients. Situé à proximité de l'accueil au rez-de-chaussée du bâtiment Kipfer, il est accroché au milieu d'une cloison. Son emplacement et l'absence de protection phonique ne permettent pas de garantir la confidentialité des conversations.

Son utilisation est gratuite. Le livret d'accueil n'est pas à jour, car il fait état de vente de cartes téléphoniques à la cafétéria et au club.

Le téléphone est relié à celui du soignant qui surveille la porte d'accès du bâtiment, de 8h30 à 18h30. Pendant cette période, pour appeler à l'extérieur, le patient s'adresse au soignant qui compose le numéro ou le demande au standard du centre hospitalier. Les appels venant de l'extérieur sont reçus sur le téléphone de la permanence de l'accueil ; le patient est recherché puis la communication lui est passée sur le téléphone fixe.

En dehors de ces heures, les appels sont passés *via* les téléphones des soignants de l'équipe de nuit. Le nombre d'appels est réduit car la plupart des patients possèdent un téléphone portable utilisable comme cela est indiqué ci-dessous.

Recommandation

Le téléphone fixe du bâtiment Kipfer ne permet pas de passer des appels en confidentialité. Son isolation phonique est nécessaire.

b) L'accès au téléphone portable est libre pendant une grande partie de la journée.

Les téléphones portables des patients – qui peuvent être des Smartphones équipés d'appareils photo – sont remis aux personnels soignants. **Le principe est que les patients peuvent en disposer librement en dehors des temps d'ateliers** ; leur utilisation est libre de 9h à 10h, de 12h à 13h30 et de 16h30 à 20h ou de 17h à 20h30 selon les personnes interrogées. Des réflexions sont en cours pour interdire les portables pendant les repas et pour prolonger la période d'utilisation dans la soirée. La gestion du téléphone est discutée entre patients et soignants lors des réunions « soignants-soignés » hebdomadaires.

Bonne pratique

Les téléphones portables sont laissés en possession des patients pendant la plus grande partie de la journée sous réserve de ne pas téléphoner pendant les activités ou les ateliers et en évitant de téléphoner pendant les repas. L'heure limite d'utilisation en soirée, de 20h ou 20h30, mériterait d'être repoussée.

5.6.3 Le courrier fonctionne correctement

Les patients peuvent acheter du papier à lettre, des enveloppes timbrées et des crayons à bille à la cafétéria. Les courriers au départ sont déposés dans une corbeille entre 8h30 et 18h30 sous les yeux du soignant qui assure la permanence de l'accueil. Le courrier départ est remis

au vaguemestre de l'hôpital du lundi au vendredi à 9h30 lors de son passage au Kipfer. Le vaguemestre dépose le courrier arrivée à l'accueil ; le soignant de permanence à l'accueil remet ce courrier au patient destinataire dès qu'il le voit passer ; à défaut le courrier est confié à un des soignants de service pour remise en mains propres au patient destinataire.

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

Un ordinateur avec accès à Internet est disposé dans la pièce destinée au club, située au rez-de-chaussée à proximité de la porte d'accès. Les patients y ont accès librement pendant les heures d'ouverture de la porte – de 8h30 à 18h30 – sous réserve de demander au soignant assurant la permanence à l'entrée de donner accès à Internet.



La pièce réservée au club avec à droite le poste informatique avec accès à Internet

La disposition de la pièce, quand les membres du club sont ailleurs, garantit la confidentialité de l'utilisation de l'ordinateur. Le soignant de permanence à l'entrée a pour mission d'accompagner l'utilisation d'Internet. Lors de la visite, les contrôleurs n'ont pas vu de patients utiliser cette station.

Aucun autre accès à un ordinateur n'est possible pour les patients dans le bâtiment Kipfer.

Le Wifi du centre hospitalier, accessible gratuitement à tous les patients sur demande à l'accueil, n'est pas suffisamment puissant pour être exploité au bâtiment Kipfer.

Les patients ne sont pas autorisés à apporter leurs ordinateurs personnels ; cette interdiction est mentionnée dans le livret d'accueil spécifique au pôle psychiatrie. Il n'est pas fait mention de l'interdiction ou de l'autorisation des tablettes, difficiles à utiliser en l'absence de réseau Wifi.

Les téléphones portables, sont gérés comme les autres portables avec accès à internet.

Une réflexion est en cours au sein du pôle psychiatrie pour mettre en libre-service d'autres ordinateurs recevant internet.

Bonne pratique

Un ordinateur avec accès à Internet, avec accompagnement d'un soignant, est en libre-service pendant la journée et les téléphones portables des patients avec accès à internet sont gérés comme les autres téléphones portables.

Les réflexions en cours sur l'augmentation du nombre de stations Internet à libre accès et sur l'élargissement de la portée du Wifi du centre hospitalier, ainsi que sur la mise en place de restrictions d'utilisation pour certains patients en raison de leur état clinique sont à poursuivre.

5.7 LES REPRESENTANTS DES FAMILLES ET DES USAGERS SONT PEU PRESENTS AU QUOTIDIEN, MAIS DES PATIENTS SONT TRES ACTIFS AU SEIN DE L'ASSOCIATION SOIGNANTS-SOIGNES

Il est mentionné dans le livret d'accueil de l'hôpital distribué aux patients que la liste des associations intervenant à l'établissement est disponible à l'accueil.

Les contrôleurs ont pu constater durant leur visite que le personnel de l'accueil ignorait le nom et les coordonnées de ces associations, tout comme la direction de la qualité et le secrétariat de direction.

Il s'avère que sont représentées les associations principales suivantes : France Alzheimer, Que Choisir, et concernant la psychiatrie : l'UNAFAM (union nationale des amis et familles de malades psychiques) et l'association TREIZERIEN.

Recommandation

Une liste des associations intervenant à l'hôpital ainsi que leurs coordonnées doit pouvoir être remise aux patients.

5.7.1 Les associations de familles sont peu présentes

Seule l'union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM) intervient au centre hospitalier de Landerneau.

Cette association est représentée au sein de la CRUQPC, de la CDSP, du conseil de surveillance de l'hôpital et du conseil d'administration de l'association TREIZERIEN.

L'UNAFAM assure des permanences au centre hospitalier de Brest, mais pas au centre hospitalier de Landerneau en raison d'un manque de bénévoles. Il arrive que les familles des patients de Landerneau se rendent à la permanence assurée à Brest.

Aucune brochure n'est éditée par l'association pour être distribuée aux patients ou affichées dans le bâtiment de psychiatrie, aucune information n'est présentée dans le livret d'accueil de l'établissement. Les informations relatives à la tenue des permanences de l'UNAFAM sont simplement publiées dans le journal *Ouest France*.

Il a été précisé aux contrôleurs que certaines familles considéraient parfois n'avoir pas suffisamment de contact avec le médecin psychiatre suivant leur proche. Certains patients auraient également indiqué craindre d'être hospitalisés au centre hospitalier de Landerneau en raison de la promiscuité et du mélange des pathologies dans un seul service, préférant attendre qu'une place se libère en clinique privée.

5.7.2 L'association TREIZERIEN et les clubs constituent une clef de voûte de la prise en charge des patients

Fondée en 1990, l'association TREIZERIEN est une association constituée de patients et de soignants, chargée de proposer des activités thérapeutiques aux patients.

Créée à l'origine pour assurer la gestion d'appartements thérapeutiques, cette association a désormais pour objectif, en application des thèses de la psychothérapie institutionnelle, de faire participer les patients à la conception et à l'organisation des activités les concernant.

Cette association intervient dans tout le secteur, tant en hospitalisation complète que dans les structures de prise en charge ambulatoire, sous la forme de trois clubs : le club *Stezedenn Ar Mor* à Crozon, le club *Les Vallons* à Pont-de-Buis et le club *Pierre de Lune* à Landerneau. Chaque club est autonome dans la gestion du budget qui lui a été attribué et dans le choix des activités.

L'association est dirigée par un conseil d'administration composé d'élus locaux, de représentants de l'UNAFAM, de représentants du centre hospitalier de Landerneau (le plus souvent des médecins psychiatres et des infirmiers élus par leurs pairs et des patients). Un comité de secteur, auquel est déléguée la responsabilité de la vie associative, est composé de manière paritaire de patients et de soignants.

Les soignants participant à la gestion de l'association ne sont pas salariés par l'association mais sont des infirmiers de l'hôpital de Landerneau affectés par l'hôpital au club.

Au jour de la visite, le club *Pierre de Lune* était présidé par un patient, deux autres patients occupant les fonctions de secrétaire et de trésorier.

Les patients hospitalisés à Landerneau sont invités à adhérer à l'association moyennant une cotisation de 2 euros par mois ou de 15 euros par an. L'absence d'adhésion n'empêche pas l'accès aux activités proposées par l'association, à l'exception des séjours thérapeutiques qui, pour des raisons d'assurance, sont réservés aux adhérents. Il a été précisé aux contrôleurs que la plupart des patients adhèrent à l'association.

Des réunions de bureau sont organisées chaque semaine en milieu ouvert et à l'hôpital, ouvertes à tous les patients et à tout le personnel soignant, afin d'aborder les projets et discuter des dépenses.

Une assemblée générale du club est organisée tous les quinze jours et une assemblée générale annuelle regroupant les trois clubs tous les ans pour voter le budget.

Le budget de l'association est principalement alimenté par les subventions de l'hôpital (environ 22 000 euros en 2015), par les recettes issues des ventes de la cafétéria (environ 17 000 euros en 2015) et des produits fabriqués lors des ateliers (environ 4 600 euros en 2015), par les cotisations des adhérents (environ 1 200 euros en 2015) et par les subventions obtenues auprès de la mairie (650 euros).

La gestion quotidienne des comptes du club *Pierre de Lune* est assurée par les patients de Landerneau. Chaque jour quatre à cinq patients volontaires se munissent d'une calculatrice et procède au comptage de la caisse du club ainsi que des dépenses effectuées.

Un fonds de solidarité est mis en place par le club et géré par les patients. Celui-ci permet de faire l'avance de fonds aux patients sans ressources qui auraient besoin de réaliser une dépense. L'argent est ensuite remboursé ou non par le patient en ayant bénéficié sans application de taux d'intérêt, dans un délai non imposé.

L'attribution de ces prêts est décidée par les patients, accompagnés d'un infirmier, qui apprécient l'opportunité de la dépense envisagée et l'impossibilité pour le patient d'obtenir les fonds nécessaires autrement, par exemple en sollicitant la famille.

Ces prêts sont souvent accordés pour permettre l'achat de cigarettes ou de vêtements.

Ce fonds de solidarité est également utilisé pour indemniser les patients qui se sont fait voler des effets personnels qu'il n'a pas été possible de retrouver.

Bonne pratique

L'existence d'un fonds de solidarité permet aux patients de bénéficier de prêts pour acheter des produits de première nécessité, en particulier des vêtements.

5.8 LES INCIDENTS SONT SUIVIS ET LEUR TRAITEMENT ASSURE, CEPENDANT LES MODALITES DE DEPOT DES PLAINTES ET DES RECLAMATIONS SONT QUASIMENT INACCESSIBLES

5.8.1 Le traitement des plaintes et réclamations

Les patients peuvent adresser leurs réclamations :

- à la commission départementale des soins psychiatriques, comme cela apparaît en page 5 du livret d'accueil du pôle psychiatrie. Il est à noter que son adresse n'est pas mentionnée ;
- au service, à la direction de la qualité et des relations avec les usagers, à un médiateur de l'établissement, à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) comme cela apparaît en page 17 du livret d'accueil du centre hospitalier. L'adresse du centre hospitalier apparaît en quatrième page de couverture ;
- aux personnes mentionnées dans le document donnant les informations sur la situation juridique et les droits du patient admis en soins sans consentement – cf. *supra* § 4.2.2. Il est à noter qu'aucune adresse n'est mentionnée.

La case de rédaction libre du questionnaire de satisfaction, insérée dans le livret d'accueil, peut aussi être utilisée pour recueillir des observations des patients.

Lors de l'admission, il n'est pas prévu de dispositif permettant aux patients admis en soins sans consentement de contester cette mesure par écrit.

Cependant, selon les informations recueillies par les contrôleurs, les réclamations des patients étant en premier lieu exprimées oralement sont prises en compte sans délai dans le contexte de la psychothérapie institutionnelle. Des réponses sont apportées et débattues entre soignants et soignés, ce qui diminue considérablement voire supprime les observations écrites formulées par les patients.

Recommandation

Les documents indiquant les autorités à contacter pour adresser des réclamations doivent comporter leurs adresses.

En 2014, dix-huit réclamations portant sur l'ensemble des services de l'hôpital ont été reçues par la direction. Les réclamations sont le plus souvent formulées par écrit (en 2014, dix-sept par courrier et une orale sous forme d'entretien). Le délai moyen entre l'arrivée de la réclamation et la clôture du dossier est de vingt-huit jours (minimum : trois jours ; maximum : soixante-dix-sept jours). La médiation est proposée selon le degré de gravité et le motif de la réclamation : en 2014, sept médiations ont été organisées pour l'ensemble des services de l'hôpital.

En 2014, deux réclamations sur dix-huit (soit 11 %) concernaient le pôle psychiatrie. La répartition des réclamations concernant le pôle psychiatrie se présentait comme suit :

- une sur les aspects médicaux de la prise en charge ; il s'agissait de l'absence d'information donnée au conjoint d'un patient sur le transfert de ce dernier ;

- une sur la maltraitance, la médiation ayant été assurée par l'un des deux médecins médiateurs du centre hospitalier ; il s'agissait d'une agression d'un patient par un autre patient.

En 2015, à la date du contrôle, neuf réclamations portant sur l'ensemble des services de l'hôpital ont été reçues, aucune ne concernait le pôle psychiatrie.

Selon les informations recueillies par les contrôleurs, les réclamations formulées par des patients hospitalisés dans le pôle psychiatrie vers la CRUQPC sont rares, car elles sont traitées sans délai à travers les échanges fréquents soignants-soignés. Il a par ailleurs été indiqué aux contrôleurs que lorsqu'un patient se plaignait de la disparition de ses effets personnels, une enquête était diligentée au sein du service de psychiatrie et qu'en fonction des conclusions de cette dernière, le fond de solidarité du Club (cf. *supra* § 5.7.2) intervenait pour rembourser le patient.

Le livret d'accueil général – cf. *supra* § 4.2.4.a – comporte des informations communes à l'ensemble du centre hospitalier relatives aux plaintes, aux réclamations et à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC).

Le règlement intérieur du centre hospitalier – cf. *supra* § 4.2.4.c – donne des informations sur la CRUQPC. La mission et la composition de la CRUQPC sont fixées également par la note du 30 octobre 2014 du directeur général du centre hospitalier régional universitaire de Brest ; son règlement intérieur est entré en vigueur le 5 mai 2015. Cependant, la composition de la CRUQPC n'est affichée à aucun endroit, elle est difficilement accessible : elle n'est pas non plus disponible à l'accueil ; les patients ne sont donc pas en mesure de déterminer qui contacter notamment parmi les représentants des usagers. Sur le site internet du centre hospitalier, la composition affichée est périmée car elle date du 17 juillet 2012.

Une présentation de la CRUQPC est affichée sur un panneau situé à proximité du bureau des entrées du centre hospitalier avec la mention de coordonnées postales et téléphoniques. **Un tel affichage n'existe pas dans le pôle psychiatrie.**

Recommandation

Une information écrite, par affichage à défaut de remise individuelle à chaque patient, dans le bâtiment Kipfer, comme celle existant à proximité du bureau des entrées du centre hospitalier, sur la mission de la CRUQPC ainsi que l'identité et les coordonnées de ses membres – notamment des représentants des usagers – est indispensable.

Le rythme des réunions est trimestriel. Les contrôleurs ont eu communication des comptes rendus des réunions de l'année 2014.

Les thèmes des recommandations émises par la CRUQPC sont :

- le respect de la dignité, de la vie privée, des croyances, de l'intimité du patient ;
- l'information du malade et de sa famille ;
- les directives anticipées relatives aux conditions de fin de vie.

L'enquête annuelle¹⁰ ISATIS 2014, menée par téléphone par un institut de sondage indépendant en juillet et en août auprès de 200 patients ayant séjourné plus de 48 heures, quinze jours à trois semaines après leur sortie, a donné des résultats « bons dans l'ensemble

¹⁰ Les résultats accessibles aux usagers sont disponibles sur le site www.scopesante.fr

et au-dessus de la moyenne nationale... un retour moins positif sur la restauration, comme sur le score national » selon les termes du compte rendu de la réunion du 5 décembre 2014.

L'exploitation des vingt-cinq questionnaires de satisfaction de sortie du pôle psychiatrie donne en 2015 – avec un taux de réponse non connu par les contrôleurs – des résultats inférieurs à l'exploitation des 1 080 réponses obtenues en 2014 (taux de réponse de 20 %) pour l'ensemble du centre hospitalier comme le montre le tableau ci-dessous :

Thème du questionnaire de satisfaction de sortie	Centre hospitalier 2014 (1 080 réponses) – taux de très satisfaits	Centre hospitalier 2015 (315 réponses) – taux de très satisfaits	Pôle psychiatrie 2015 (25 réponses) – taux de très satisfaits
Urgences	95 %	96,2 %	<u>72,9 %*</u>
Accueil à l'arrivée	97,9 %	97,7 %	87,5 %
Information	93,6 %	94,5 %	<u>64,6 %*</u>
Soins	95,3 %	94,5 %	82,7 %
Douleur	93,1 %	93 %	<u>73,9 %*</u>
Repas	78,2 %	78,4 %	70,8 %
Chambre	87 %	86,4 %	73 %
Environnement	88,8 %	89,7 %	<u>66,4 %*</u>
Livret d'accueil	91,7 %	94,5 %	<u>45,5 %*</u>
Conditions de sortie	94,7 %	91,7 %	<u>63,2 %*</u>
Sécurité	98,1	99,3 %	95,7 %
Recommanderiez-vous l'établissement ?	98,7 % de oui	99,3 %	100 % de oui

* Les écarts de l'ordre de 20 % sont soulignés ; ceux de l'ordre de 30 % sont soulignés et en caractères gras.

Les priorités institutionnelles ce qui concerne la psychiatrie en matière d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) pour la période 2014-2016 du centre hospitalier sont les suivantes :

- les vigilances et la sécurité des soins dont la contention en psychiatrie ; le respect des droits du patient et l'éthique dont l'information du patient et notamment en cas de dommage lié aux soins ;
- les priorités de Santé Publique dont la prise en charge de la crise suicidaire ;
- la qualité de la prise en charge du patient dont la prise en charge de la douleur – IPAQSS¹¹ le dépistage et la prise en charge des troubles nutritionnels – IPAQSS.

Elles font apparaître, comme cela a déjà été évoqué *supra* au § 4.2.4, le besoin de faire évoluer les livrets d'accueil.

5.8.2 Les violences et les événements indésirables

Les événements indésirables font l'objet d'un recensement actif : les professionnels remplissent sur l'intranet du centre hospitalier, sous l'application ENNOV, une fiche d'événement indésirable. Ces fiches sont adressées automatiquement au « vigilant » concerné pour les risques liés aux vigilances sanitaires réglementaires et/ou au « référent du

¹¹ Indicateur Pour l'Amélioration de la Qualité des Soins et la Sécurité

domaine de risque » identifié pour les autres domaines de risque. Ces personnes sont nominativement désignées par une note du directeur.

Les fiches d'événements indésirables sont instruites en cellule de gestion des risques (CGR). Elles sont clôturées par le vigilant ou le référent du risque. Le déclarant, le cadre de l'unité et les personnes associées au traitement reçoivent automatiquement un mail à la clôture de la fiche.

Les référents des différentes vigilances transmettent à l'équipe Qualité les événements graves (niveau de gravité 3 et 4) dans les plus brefs délais. L'analyse est réalisée par le vigilant avec les personnes concernées par l'événement en associant le/les membres de la CGR que l'équipe qualité aura sollicité(s) en fonction de son (leur) expertise(s).

La CGR se réunit théoriquement tous les mois.

La gravité des risques est évaluée au moyen de la grille suivante :

DEGRE	GRAVITE	
1	Mineure	sans dommage
2	Significative	risque non vital, conséquence avec préjudice temporaire et/ou dégradation de l'image de l'établissement sans effet dans le temps
3	Critique	conséquence grave, altération de l'état de santé du patient, incapacité permanente partielle. Impact fort pour l'établissement
4	Catastrophique	menace du pronostic vital, irréversibilité, séquelles graves, décès et/ou impact majeur pour l'établissement

Une analyse de ces événements est systématiquement réalisée par un pilote issu de la CGR.

Un tableau retrace la date, la nature, l'émetteur (service, fonction), les faits, le dommage éventuel, l'action immédiate entreprise et la réponse apportée pour chaque événement indésirable.

Le bilan de l'année 2014 des événements indésirables hors chutes – les chutes formant la majorité des événements indésirables, les statistiques sont établies avec et sans chute afin de gagner en lisibilité – pour l'ensemble du centre hospitalier donne les informations suivantes :

Gravité retenue	Total d'événements indésirables
1	143
2	115
3	25
4	5
Non précisée	130
Total	418

Le pôle psychiatrie a été en 2014 à l'origine de cinquante-neuf fiches, soit 14 %

Au moment du contrôle, le bilan pour l'année 2015 donnait qualitativement les informations suivantes :

Risque	Total	Pôle psychiatrie	%
01-Médicament	10	1	10 %
02-Produits sanguins/Hémovigilance	4	0	
03-Matériovigilance	4	0	
04-Infectiovigilance/Hygiène	2	1	50 %
06-Informatique/Logiciovigilance	13	0	
08-Identitovigilance	7	1	14 %
09-Soins patients	31	0	
10-Vie hospitalière	28	11	39 %
12-Maltraitance ou Agression patients/usagers	4	2	50 %
13-Risques professionnels	26	1	3,8 %
14-Logistique\1-Courrier/Téléphone	3	1	33 %
14-Logistique\4-Restoration	3	0	
14-Logistique\7-Locaux/installations techniques	8	1	12,5 %
15-Incendie	2	1	50 %
01-Médicament/Pharmacovigilance/Erreur médicamenteuse	1	0	
08-Identitovigilance\1-Erreur administrative (enregistrement/dossier)	1	0	
08-Identitovigilance\2-Erreur au cours de la prise en soins	2	0	
14-Logistique\3-Linge	3	0	
Total général	152	20	100 %

Selon les informations recueillies par les contrôleurs, le nombre de fiches établies au sein du pôle psychiatrie ne reflète qu'une partie des événements indésirables. Les raisons suivantes ont été évoquées :

- les réunions fréquentes entre soignés et soignants – celles quotidiennes du matin et celles hebdomadaires – permettent de trouver des suites à des événements indésirables sans suivre la procédure. A titre d'exemple, voici l'extrait de la description apparaissant dans ENNOV « *Patient trouvé dans sa chambre en train de fumer, lors du passage des infirmiers de nuit. Ce qui est régulier* » ;
- certains patients cassent du matériel et une fiche n'est pas rédigée à chaque fois. A titre d'exemple, voici l'extrait de la description apparaissant dans ENNOV « *Le service est régulièrement confronté à de la casse de matériel lors des crises clastiques d'une patiente. Dimanche dernier la patiente a profité du moment de rangement de la vaisselle dans l'armoire de la salle à manger pour casser une grande quantité de vaisselle (20 assiettes, un saladier, de nombreux bols, etc.). Cette même patiente s'est introduite dans les diverses chambres du service et a détruit des oreillers des couvre-lits, des couvertures, cela sur tout son temps d'hospitalisation* ». Ainsi, les contrôleurs ont pu constater que l'ensemble du personnel soignant était encore marqué par le comportement d'un patient, parti à la date

du contrôle, particulièrement destructeur ; il avait notamment détruit la totalité des décorations murales (tableaux, compositions murales, etc.) à l'exception d'une seule, détérioré les revêtements muraux de plusieurs pièces, et détruit des meubles et des literies.

Bonne pratique

Les réunions quotidiennes et hebdomadaires soignants-soignés au bâtiment Kipfer conduisent à trouver des réponses adaptées à la plupart des événements indésirables (EI), même si cette situation a pour conséquence de diminuer le nombre de fiches d'EI et de fausser les statistiques du centre hospitalier.

5.9 LE COMITE D'ETHIQUE

Il a été indiqué aux contrôleurs que depuis la mise en place d'une direction commune au centre hospitalier de Landerneau et au CHRU de Brest, il a été décidé par le comité médical de l'établissement (CME) en 2010 que le centre hospitalier de Landerneau devait avoir son propre comité d'éthique. Il a cependant été mentionné que les questions d'éthiques des services s'occupant de gériatrie, de médecine somatique ou de psychiatrie ne faisaient pas l'objet des mêmes sujets de préoccupations éthiques et que le pôle psychiatrie menait une réflexion autonome sur les questions éthiques spécifiques à sa pratique telles que les pratiques de contention et la question du consentement aux soins. Le personnel du pôle a participé à des actions du comité d'éthique du CHRU de Brest.

6. LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION

6.1 DES LOCAUX SPACIEUX ET DE NOMBREUX EQUIPEMENTS SOUFFRENT DE QUELQUES DEFAUTS STRUCTURELS

Le service d'hospitalisation est installé sur le site du bâtiment Kipfer. Ce bâtiment ouvert en mai 1996 souffre des problèmes d'étanchéité et d'humidité pour lesquels des travaux étaient en cours lors de la visite. Ces travaux concernaient l'étanchéité de la structure et le drainage extérieur ainsi que la restructuration des parties communes au rez-de-chaussée et à l'étage.

Le rez-de-chaussée du bâtiment comprend des parties communes. L'entrée donne sur un grand hall de 129 m² où se trouvent le comptoir de l'infirmier d'accueil, situé à proximité de la porte d'entrée, l'espace cafétéria constitué de tables rondes et de chaises.



Le poste de l'accueil à l'entrée du bâtiment Kipfer

Ce hall distribue les accès aux autres espaces du rez-de-chaussée, notamment les suivants :

- l'escalier ouvert et des deux ascenseurs d'accès à l'étage ;
- le bureau du club de 14 m² ;
- une salle de réunion de 35,50 m² ;
- une salle polyvalente (salle « Molène ») de 120 m² ;
- un bureau de 18 m², dédié aux entretiens médicaux ;
- deux toilettes ;
- le couloir d'accès aux ateliers, en travaux lors de la visite, contenant notamment des toilettes ;
- la salle de laverie de 22 m² équipée de deux lave-linge, de deux sèche-linge et d'une table à repasser avec son fer ;
- l'atelier d'ergothérapie de 63 m², contenant trois plans de travail, un four à poterie, un four de cuisine et de nombreux matériaux disposés sur des étagères, et dont les portes extérieures s'ouvrent sur une petite terrasse aménagée d'un petit banc et d'une table en bois ;



Atelier d'ergothérapie

- l'atelier bois de 61m², équipé de machines et outils de menuiserie ;



Atelier bois

- l'atelier imprimerie, inutilisé lors de la visite.



La salle de la laverie du club, dans le bâtiment Kipfer

Le matériel utilisé pour les nombreuses activités (bois, ergothérapie, relaxation, jardinage...) est fourni par le Club suite aux commandes effectuées par les patients et validées par le Club ou par le comité de secteur de l'association TREIZERIEN selon le montant de la commande.

L'étage du bâtiment est situé en rez-de-jardin sur l'arrière du bâtiment. A cet étage se trouve, à la sortie de l'escalier ouvert, un grand hall commun distribuant trois ailes d'hospitalisation, respectivement nommées unité 1, unité 2 et unité 3. Si ces unités sont séparées dans des espaces distincts de l'étage, l'organisation des soins et de la vie dans ces unités est globale. Ainsi, les patients affectés dans les chambres de chaque unité peuvent accéder à tous les espaces communs des autres unités.

Lors de la visite, le service était doté de vingt-six chambres ouvertes dont six de trois places, huit de deux places et douze d'une place. Cinq chambres étaient fermées en raison des travaux. La superficie des chambres de trois places est de 30 m², celle des chambres de deux places de 24 m² à 30 m² et celle des chambres simples de 18 m². Toutes les chambres sont dotées d'un local sanitaire avec douche et de toilettes.

Ainsi, plus de deux tiers (71 %) des chambres sont doubles ou triples. Il a été dit aux contrôleurs que cela avait été un choix institutionnel lors de la conception architecturale du service, afin que les patients ne soient pas seuls. Cependant, les contrôleurs ont pu entendre plusieurs patients se plaindre de la promiscuité liée à ces chambres multiples car ils étaient réveillés en pleine nuit par l'un des occupants, noctambule ou ronfleur, ou encore car ils subissaient les mauvaises odeurs d'un patient présentant un manque d'hygiène.

Aucune chambre n'est spécifiquement aménagée pour des soins intensifs d'isolement. Néanmoins, une chambre située à proximité du bureau de soins infirmiers de l'unité 2 est aménagée spécifiquement avec le placement de son interrupteur à l'extérieur et la fixation de son pommeau de douche au mur, le reste de l'aménagement étant identique aux autres chambres.

Les chambres sont normalement dotées d'un lit, d'une armoire, d'une table de nuit, d'une table, d'une chaise et d'un fauteuil pour chaque occupant. Les contrôleurs ont noté que tables et chaises étaient manquantes dans plusieurs chambres.

Recommandation

Le renouvellement du matériel d'aménagement des chambres est à assurer.

Une lampe murale est apposée au-dessus de chaque lit. L'ouverture des fenêtres des chambres est sécurisée par une clef en possession des soignants. Les armoires des chambres peuvent être fermées par des clefs mises à disposition des patients par le Club. Le sol des chambres est couvert d'un revêtement plastifié, parfois décollé par l'humidité.

Les chambres ne peuvent pas être fermées à clef depuis l'intérieur. Elles sont équipées d'un bouton d'alarme, qui, lorsqu'il est actionné, émet un signal lumineux à l'extérieur de la chambre au-dessus de sa porte ainsi qu'un signal sonore au niveau du poste de l'infirmier d'accueil et sur les téléphones numériques sans fils (DECT) portés par les infirmiers.

Une chambre double de l'unité 2 a été installée spécifiquement afin d'accueillir une personne avec enfant. Un sas de 18 m² est disposé devant l'entrée de cette chambre et aménagé d'une table, de chaises et d'une commode. L'ensemble de cette chambre double et de ce sas compose une sorte de studio, pouvant être isolé du reste du service. Il a été indiqué que cet espace pourrait être utilisé en cas d'admission d'une patiente nécessitant d'être hospitalisée

en compagnie de son bébé ou encore d'un patient nécessitant le maintien dans un espace fermé, mais qu'il n'avait jamais utilisé en tant que tel.

Les salles de douches des chambres sont notamment dotées d'une douche à l'italienne, d'un lavabo, d'un miroir et son étagère et d'une chaise en plastique. Elles présentent un problème d'évacuation de l'eau par le sol. Cinq d'entre elles ont bénéficié de travaux afin de pallier ce problème. Pour les autres, les problèmes d'évacuation engendrent des flaques persistantes au sol après chaque douche et des traces d'humidité aux plafonds, incitant les patients à utiliser les salles de bains communes.

Deux salles de bains communes sont installées dans chaque unités d'hébergement, une comportant une douche et l'autre un WC et une baignoire. Les contrôleurs ont observé qu'il manquait l'installation de patères et de rideaux de douche dans la majorité des salles de bains. Toutes les salles de bains peuvent être fermées de l'intérieur avec la possibilité pour le personnel de les ouvrir par l'extérieur avec une clef. Un à deux WC sont accessibles depuis les parties communes de chacune des unités.

Recommandation

Des patères doivent être installées dans toutes les salles de bain.

Les unités 2 et 3 contiennent chacune un office et une salle à manger situés dans leur espace commun.

Une terrasse extérieure accessible depuis le hall commun aux trois unités et depuis l'unité 2 est installée sur le rez-de-jardin. Cette terrasse est aménagée d'une grande table et de chaises, essentiellement utilisées par les fumeurs. Elle est en partie couverte et est fermée par une palissade en bois limitant la vue. Il a été indiqué aux contrôleurs que cette limitation opaque avait été choisie afin de préserver l'intimité des patients utilisant cette terrasse, qui, sans la palissade, auraient été visibles depuis l'espace public situé en face de celle-ci.

Recommandation

Le remplacement de la palissade de bois clôturant la cour de promenade par un dispositif permettant aux patients de voir sans être vus serait de nature à réduire un sentiment d'enfermement exprimé par quelques patients.



La palissade fermant la cour de promenade.

Un patio disposé au sein de l'espace commun de l'unité 2 était fermé lors de la visite en raison des problèmes d'infiltrations depuis le toit qui engendraient une dégradation du sol à son pourtour. Il avait été indiqué que les travaux en cours devaient remédier à ces problèmes et

qu'une couverture de ce patio était prévue et qu'il serait accessible aux patients après les travaux.

Des salons de télévision équipés de fauteuils, de téléviseurs et d'un piano pour l'un d'entre eux et des salons nommés « tisanerie », équipés de plaques chauffantes, sont disposés dans chaque unité. Lors de la visite, le salon de télévision de l'unité 2 et les tisaneries des unités 2 et 3 étaient fermés pour travaux. La tisanerie de l'unité 1 est équipée de deux vélos d'appartement. Une table de ping-pong est disposée dans le grand hall commun aux trois unités.

Une bibliothèque de 24 m², située dans l'unité 1, est équipée d'une table, de chaises et de rayonnages couvrant tous ses murs et contenant des livres et des magazines provenant essentiellement de dons mais aussi d'achats effectués par le Club.



Bibliothèque

Une salle de 20 m², dédiée à l'atelier floral, est installée dans l'unité 1. Dans l'unité 3, une salle est dédiée à l'atelier esthétique et une salle des « objets trouvés » est utilisée pour le stockage des affaires oubliées par les patients.

L'étage comprend par ailleurs une salle de pharmacie située dans l'unité 2, une salle de soins infirmiers et un bureau infirmier dans chacune des unités ; huit bureaux dont deux bureaux dédiés aux cadres de santé, un espace de pause-réunion pour le personnel soignant situé dans l'unité 1, deux salles d'atelier et une salle dédiée aux soins de « pack » ou « packing » (cf. *infra* § 6.3.2).

Les grands espaces communs de l'étage, notamment le grand hall distribuant les trois unités ainsi que les halls des unités sont aménagés de quelques fauteuils, de tables et d'horloges murales.



Grand hall desservant les trois unités

Les locaux sont aménagés pour l'accès aux personnes à mobilité réduite.

Les oiseaux et chats sont admis dans les locaux qui contiennent notamment une cage d'oiseaux installée dans le grand hall de l'étage.



Cage à oiseaux installée dans le grand hall

Les locaux étaient propres et bien entretenus dans leur ensemble. Néanmoins, les contrôleurs ont pu observer les traces d'humidité sur plusieurs plafonds et murs, problème qui devait être résolu par les travaux en cours. Si les peintures des parties communes étaient récentes¹², la poursuite des travaux intérieurs avec le rafraîchissement des murs de certaines salles de bains et chambres semblait nécessaire lors de la visite. Certains éclairages ne fonctionnaient pas dans les parties communes et n'avaient pas été remplacés malgré le signalement de ce problème depuis plusieurs mois. Par ailleurs, les locaux n'étaient pas dotés d'une décoration très chaleureuse. Les contrôleurs encouragent la poursuite des travaux de rénovation du bâtiment, notamment des salles de bains et notent que la maintenance des locaux ainsi que l'aménagement et la décoration du service nécessitent l'engagement d'un effort particulier.

Aucun espace intérieur n'est spécifiquement dédié ni aménagé pour les visiteurs. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'après les travaux, les espaces extérieurs pourraient offrir des espaces plus intimes pour les visites et qu'un projet était en cours pour créer un espace intérieur dédié aux visiteurs, notamment pour les enfants.

A l'extérieur, les travaux en cours aménageaient un vaste espace vert entourant le bâtiment. A une centaine de mètres de l'entrée du bâtiment Kipfer se situe le jardin thérapeutique, composé d'une serre, d'un verger, de rangs de potager, de massifs ornementaux, d'une cabane de jardin et de mobilier extérieur.



Vues du jardin entretenu lors des activités thérapeutiques

6.2 LES ELEMENTS STRUCTURELS AUTORISENT UN FONCTIONNEMENT GLOBALEMENT SEREIN

6.2.1 La restauration

Le centre hospitalier assure sa restauration de façon autonome selon le principe de la préparation froide différée. Il dessert également l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EPHAD) et l'hôpital de jour situés à proximité du centre-ville de Landerneau, ainsi que le self du personnel.

¹² Il a été indiqué qu'elles avaient été refaites entre 2011 et 2012 et que les patients avaient participé aux choix des couleurs.

La cuisine centrale prépare en moyenne 1 200 repas (déjeuners et dîners) par jour. Dix-neuf personnes y travaillent ; sept sont présents pendant les week-ends et les jours fériés.

La préparation froide différée consiste à préparer pendant les jours ouvrables un à trois repas simultanément et à les conserver à la température de 3° C - les plats chauds sont réfrigérés de 63° C à 10° C dans un délai maximum deux heures dans un réfrigérateur spécifique puis transférés dans des chariots réfrigérés à 3° C.

Certains mets tels que les steaks hachés, les rôtis de veau ou les pommes de terre frites, sont préparés pour être consommés le jour même. Ces repas sont consommés au plus tard dans les trois jours. Cette méthode permet de ne pas confectionner de repas pendant les week-ends.

Pour les petits déjeuners, le café (50 % robusta et 50 % arabica) est préparé dans l'office du service et le pain est livré directement dans les services à 6h.

Pour le bâtiment Kipfer, la nourriture est préparée dans des plats pour huit à douze personnes. Pour les autres services, les plats sont préparés en portions uniques.

Les trames des menus sont planifiées sur six semaines par la diététicienne du centre hospitalier en relation avec le chef de cuisine. Le déjeuner comporte un hors d'œuvre, une viande ou un équivalent avec une garniture, un fromage et un dessert (fruit ou lacté) ; le dîner comporte une viande ou un équivalent, une garniture et un dessert (fromage, fruit ou lacté). Aucune viande halal ni aucun plat kasher n'est proposé. Les patients peuvent modifier les menus du jour en choisissant les mets de substitution dans une liste qui demeure la même toute l'année.

La cuisine prépare également des menus correspondant à des régimes – sans sel, texture modifiée (pour éviter les « fausses routes »), végétarienne et végétalienne – et également des menus sans porc.

Au pôle psychiatrie, au Kipfer, tous les lundis à 14h, comme cela est mentionné dans le livret d'accueil en format A5, est organisée une réunion soignants-soignés visant à recueillir l'avis des patients sur les menus de la semaine suivante. Participent à cette réunion tous les patients volontaires, deux soignants et un psychologue. Ainsi des plats de substitution, prévus par le service de restauration, peuvent être demandés pour la semaine suivante. Le menu quotidien est affiché tous les matins dans les salles à manger avant le café accueil de 9h servi à la cafétéria. Les contrôleurs ont eu communication des demandes de modification des menus pour la semaine du lundi 26 octobre au lundi 2 novembre inclus.

Le comité de liaison alimentation nutrition (CLAN) est réuni trois fois par an sous la présidence d'un représentant du président de la commission médicale d'établissement (CME). Les travaux du CLAN sont inclus dans le bilan d'actions 2014 et le programme d'amélioration 2015.

Des analyses biologiques des produits et des surfaces sont conduites conformément à la réglementation.

6.2.2 La blanchisserie

La blanchisserie du centre hospitalier a pour mission le lavage du linge plat et les affaires marquées des personnes hébergées à l'EHPAD.

6.2.3 Les transports

Les transports des patients hospitalisés sont assurés soit par des véhicules du centre hospitalier soit par les véhicules – ambulances ou véhicules sanitaires légers – de la *société des ambulances de Landerneau*, soit par taxi :

- la flotte des véhicules du centre hospitalier – EHPAD compris – compte vingt-quatre véhicules ; le pôle psychiatrie dispose du tiers de la flotte soit huit véhicules (quatre *Citroën* C3, un *Citroën* BERLINGOT, une *Renault* Clio, un *Renault* TRAFIC PASSENGER et un fourgon *Renault* MASTER aménagé à neuf places) pour assurer les liaisons avec les différents sites du pôle (les CMP, le CATTP, l'hôpital de jour) et le transport des patients pour les différentes activités ;
- la *société des ambulances de Landerneau* assure les transports vers un autre établissement ou vers un établissement de soins privés pour des raisons de diagnostic ou de soins avec un éventuel retour vers le centre hospitalier de Landerneau ainsi que les transports et transferts internes au centre hospitalier de Landerneau (entre les différents sites) du lundi au vendredi et à titre exceptionnel le samedi ;
- les véhicules sanitaires légers (VSL) assurent le transport entre le centre hospitalier et le site de Bohars du centre hospitalier régional universitaire de Brest pour les audiences avec le juge des libertés et de la détention ; ce mode de transport a été abordé dans le § 4.4.3 *supra* et fait l'objet d'une recommandation ;
- une ligne de bus assure la liaison entre la gare routière/gare ferroviaire et le centre hospitalier. La fréquence de passage est d'un bus toutes les cinquante minutes environ. La durée du trajet est de dix minutes.

Le bus de la ligne 3 est utilisé par les patients pour aller à Landerneau.

La traversée du rond-point entre le Kipfer et le reste du centre hospitalier est dangereuse pour les piétons comme cela est mentionné dans le § 3.2 *supra*.

6.2.4 La sécurité

Les articles 19 à 35 du règlement intérieur traitent de la sécurité.

L'accès au centre hospitalier est réservé à ses usagers, à leurs accompagnants, à leurs visiteurs et à ceux qui y sont appelés en raison de leurs fonctions. Il n'existe pas de dispositif de vidéo-surveillance, sauf pour la salle d'attente du service des urgences ; l'écran de contrôle est situé dans la salle de soins du service ; le système ne permet aucun enregistrement.

Le centre hospitalier n'est pas clos. L'accès par voie routière est libre, l'accès pour les piétons est également libre. Ainsi la circulation piétonne autour du bâtiment Kipfer est totalement libre, ce qui a conduit à la construction d'une palissade de bois pour préserver les patients utilisant la cour de promenade des regards extérieurs.

Les portes du bâtiment Kipfer sont ouvertes de 8h30 à 18h30, heure de la fin des visites. Pendant ce créneau, une infirmière ou un infirmier assure la surveillance de la porte d'accès ; il doit s'assurer que les personnes en soins sans consentement ou en soins libres avec des restrictions de mouvement ne s'éloignent pas et demeurent près des bancs situés à proximité de la porte ou sont accompagnés par un soignant. Entre 18h30 et 8h30, la porte d'accès est fermée ; une sonnerie permet de joindre les soignants qui sont présents dans le bâtiment.

Les portes des chambres des patients ne comportent pas d'oculus. Cette disposition préserve l'intimité des patients mais nécessite l'entrée dans la pièce pour s'assurer de leur état de santé.

Le préfet du département du Finistère a exprimé un avis favorable à la poursuite de l'activité du bâtiment Kipfer le 16 septembre 2014 sur proposition de la présidente de la commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité.

Lors du contrôle, la sécurité était assurée par le personnel du centre hospitalier. Le service technique compte sept personnes, dont un titulaire du diplôme SSIAP¹³, qui suivait la formation pour l'acquisition du diplôme SSIAP³, trois titulaires du diplôme SSIAP¹ et deux plombiers. Une astreinte technique est assurée de nuit et pendant les week-ends et jours fériés.

Tous les bâtiments sont équipés de système de détection d'incendie.

6.3 UNE ORGANISATION DES SOINS ORIGINALE ET DYNAMIQUE, DANS LA RECHERCHE PERMANENTE DE LA SOCIALISATION DES PATIENTS

6.3.1 Présentation générale

Depuis les années 1980, l'organisation des soins du secteur 13 du Finistère a la particularité de s'attacher au courant de la psychothérapie institutionnelle, né dans les années 1940-1950 de la volonté que le patient soit partie prenante, activement, de ses soins. Pour ce faire, la psychothérapie institutionnelle tente de « *...profiter au maximum des structures existantes afin d'essayer d'exploiter tout ce qui peut servir à "soigner" les malades qui y vivent¹⁴* ».

Dans ce courant, l'organe essentiel dans l'organisation des soins du secteur est formé par les clubs soignants-soignés, émanations de l'association TREZERIEN (cf. *supra* 5.7.2). Il a été expliqué aux contrôleurs que « *la pathologie psychiatrique étant la maladie par excellence de l'intersubjectivité, l'association [...] permet d'ouvrir des espaces de parole aux malades et de contribuer à créer des liens sociaux jouant ainsi le rôle de lieu d'entraînement aux aptitudes sociales* ».

Les contrôleurs ont pu observer tout au long de leur visite, que la socialisation des patients au travers des clubs et de la démarche thérapeutique proposée par le secteur, contribuait à prévenir l'isolement des patients, à favoriser leur autonomie et à les aider à entrer en relation avec le groupe, malgré leur difficulté de relation liée à leur maladie.

Le CMP est le pivot de l'organisation des soins du secteur qui s'attache à faciliter l'accès aux soins, notamment par la permanence du CMP de Landerneau, ouvert tous les jours de la semaine et par une permanence téléphonique assurée jour et nuit.

Par ailleurs, le secteur travaille activement sur le maillage territorial, notamment par l'activité de l'association TREZERIEN, ainsi que par l'activité de psychiatrie de liaison¹⁵ ou encore par la volonté de se mettre en lien avec les médecins généralistes du secteur.

L'organisation des soins fait en sorte d'établir un lien permanent entre l'hospitalisation et les soins ambulatoires (CMP et CATT), notamment par l'animation, chaque jour, d'activités thérapeutiques, sur le site de Kipfer, comme au CMP, à l'hôpital de jour ou en ville, où participent des patients hospitalisés ainsi que des patients du CMP et de l'hôpital de jour. Par ailleurs, les infirmiers affectés à l'unité d'hospitalisation travaillent également dans des CMP ou effectuent des visites à domicile. Les psychiatres ont tous une activité hospitalière et ambulatoire.

¹³SSIAP : service de sécurité incendie et d'assistance.

¹⁴ Jean Oury, « La psychothérapie, de Saint-Alban-sur-Limagnole à La Borde », extrait d'une conférence faite à Poitiers (Vienne) le 15 mars 1970.

¹⁵ Le secteur a instauré des équipes de liaison pour l'intervention sur les autres pôles de l'hôpital ainsi qu'une équipe de psycho-gériatrie de liaison intervenant dans les EPHAD du secteur et une équipe intervenant dans les structures médico-sociales.

Enfin, un lien continu entre les patients hospitalisés et les patients pris en charge en CMP, en hôpital de jour et en CATTP, s'exerce au travers de l'animation des Clubs et de l'association TREZERIEN.

6.3.2 Les soins au sein de l'unité d'hospitalisation

Le projet de soin de l'unité d'hospitalisation s'appuie, comme l'organisation des soins dans l'ensemble du secteur, sur la démarche de psychothérapie institutionnelle. Ainsi, la prise en charge individuelle des patients est étayée par la dynamique de socialisation et d'autonomisation des patients qui s'opère notamment par l'incitation à la participation à la vie collective dans l'unité ainsi qu'aux activités thérapeutiques au sein de l'unité et à l'extérieur.

Pour certains patients en phase clinique aiguë et qui présentent des troubles du comportement ou des difficultés relationnelles importantes à leur arrivée, un temps d'adaptation est aménagé en retrait de la vie collective, avec notamment la possibilité de prendre les repas en chambre.

Les soins individuels reposent sur le dispositif suivant :

- la prise en charge médicale par les psychiatres qui reçoivent les patients en entretiens individuels dès leur arrivée ou le lendemain de leur arrivée si celle-ci a eu lieu la nuit ou le week-end et au minimum une fois par semaine (parfois quotidiennement) pendant l'hospitalisation. Les entretiens avec les psychiatres se déroulent en principe avec la présence d'un infirmier mais parfois sans. Chaque patient bénéficie d'un psychiatre référent désigné en fonction de son suivi antérieur (déjà initié en CMP ou en hospitalisation) ou du jour de son arrivée. Il a été indiqué que les patients pouvaient demander à changer de psychiatre référent et qu'en ce cas, l'examen de la demande et la réponse apportée étaient effectués par l'équipe de soins ;
- les entretiens individuels infirmiers, qui ont lieu dès l'arrivée du patient (lors de l'arrivée aux urgences ou lors de l'arrivée directe dans le service) et au cours de son hospitalisation selon la demande du patient. La prise en charge avec un infirmier du service d'hospitalisation peut être poursuivie après la sortie lors de visites à domicile ;
- les entretiens individuels avec un psychologue (en présence d'un infirmier), soit suite à un suivi initié en CMP, soit par indication lors des réunions cliniques ;
- pour certains patients, des séances individuelles avec le psychomotricien (relaxation, travail corporel) ;
- pour certains patients, les soins de « packing¹⁶ », prescrits par les psychiatres selon une indication décidée en équipe et avec l'accord du patient, effectués par une équipe de soignants (infirmiers, psychiatres et psychologue), désignés et volontaires pour ces soins.

Tous les entretiens individuels et soins sont formalisés dans le dossier médical du patient.

Au-delà des soins individuels formalisés, il a été indiqué que tout élément de la vie quotidienne du patient pouvait être utilisé afin de tisser un lien thérapeutique. Les contrôleurs ont pu observer que dans tous les lieux communs, des soignants et des ASH étaient en permanence présents, disponibles et au contact des patients durant toute la

¹⁶ Les soins dits de « packing », « pack » ou « enveloppements thérapeutiques » consistent à l'enveloppement froid et humide du patient en présence de soignants et à utiliser le temps de réchauffement du patient pour mettre en place une psychothérapie à partir des sensations induites par l'enveloppement, permettant de travailler sur l'image corporelle.

journee ainsi qu'en debut de nuit. Les patients restant dans leur chambre etaient visites frequemment. La disponibilite permanente des soignants et des ASH aupres des patients est remarquable.

Les objectifs therapeutiques sont parfois contractualises oralement avec les patients, notamment pour ceux qui sont soignes sans leur consentement. Ces contrats de soins moraux ont ete presentes de la part de certains patients aux controleurs comme etant des « programme de soins » – cf. *supra* § 4.4.3.d.

Les programmes de soins tels qu'ils sont defines par la loi du 5 Juillet 2011 sont tres peu utilises¹⁷. Il a ete indique que ce dispositif semblait peu pertinent car, dans la majorite des cas, des lors que le patient est en capacite de sortir de l'hopital, les soins avec son consentement sont privilegies. La duree moyenne de sejour en 2014 des patients hospitalises sans leur consentement (41 jours en SPDRE et 15,38 jours en SPDT) ne semble pas demontrer que les sejours hospitaliers en soins sous contrainte soient allonges par cette pratique. Par ailleurs, l'organisation des soins ambulatoires en CMP privilegiant la continuite des soins par les equipes connaissant les patients, avec notamment la possibilite de mettre en place des visites a domicile par les infirmiers du service hospitalier, la continuite des liens entre les patients par la vie des Clubs et l'organisation commune des activites therapeutiques entre « l'intra » et « l'extra »-hospitalier, privilegient l'adhesion aux soins et le maintien des liens avec les patients a leur sortie d'hopital, pour un moindre recours aux mesures contraignantes tels que les programmes de soin pris dans le sens de la terminologie de la loi de 2011.

En dehors des prises en charge individuelles, les soignants et les ASH sont repartis quotidiennement dans l'organisation de la vie institutionnelle, l'animation des activites et du Club. Selon les plannings observes par les controleurs, le personnel se repartit de la facon suivante dans la journee :

- deux infirmiers sont postes a l'infirmierie, le matin et le soir pour la gestion des soins, des traitements et de la vie quotidienne des unites ;
- deux a trois ASH sont presentes matin et le soir, affectees notamment aux taches de service ;
- deux infirmiers sont affectes, matin et soir a l'accueil ;
- un infirmier est dedie a se rendre au sein du service des urgences en cas d'arrivee d'un nouveau patient ;
- le dimanche, un soignant accompagne les patients a l'office religieux et deux a la promenade de l'apres midi ;
- un a deux infirmiers animent avec des patients la vie du Club et le « cafe-accueil » du matin ;
- un infirmier co-anime chaque jour, matin et soir, la cafeteria avec un patient ;
- deux ASH et deux autres soignants sont dedies a la preparation des repas therapeutiques le midi en semaine avec les patients et six soignants participent a ce repas (trois a l' unite 1 et trois a l' unite 3) ;
- tous les soignants presents accompagnent le repas le soir ;
- en semaine, un ou deux soignants sont parfois dedies a faire des accompagnements a l'exterieur le matin ou des visites a domicile l'apres-midi ;

¹⁷ En 2014, deux patients ont beneficie de la mise en place d'un programme de soins et aucun en 2015.

- les ergothérapeutes, le psychomotricien, des ASH et des infirmiers, animent chaque jour les activités thérapeutiques (cf. *infra* § 6.5) et les diverses réunions (cf. *infra* § 6.3.3).

La permanence infirmier de la banque située dans le hall d'accueil permet au service de rester ouvert la journée, tout en contrôlant les allers et venues des patients vers l'extérieur. L'infirmier d'accueil, qui a connaissance de tout le déroulement de la journée, reçoit et oriente les visiteurs et est au contact des patients déambulant dans le hall commun et les oriente au besoin vers les activités.

Les infirmiers de nuit visitent et distribuent les traitements aux patients qui sont en chambre entre 21h et 22h et proposent à tous les patients une tisane dans le réfectoire commun de l'unité 2 entre 21h30 et 22h, puis effectuent au moins trois rondes dans la nuit.

6.3.3 La coordination clinique et institutionnelle

La coordination clinique et institutionnelle du service hospitalier et du secteur s'organise au sein de nombreuses instances.

Les rencontres d'équipe autour des sujets cliniques ont lieu lors :

- des transmissions entre les équipes de nuit et de jour, le matin et le soir, en présence des infirmiers de nuit, des ASH et des infirmiers de jour ;
- des réunions cliniques le mardi matin et le mercredi soir où sont présents psychiatres, infirmiers, psychologues, psychomotricien, ergothérapeute, cadres de santé, ASH et assistante sociale ;
- des réunions de synthèse « des 24 heures » du secteur, quotidiennes en semaine de 9h30 à 10h30, comprenant les soignants (infirmier et cadre de santé) du service hospitalier, un soignant de l'hôpital de jour, un soignant du CMP de Landerneau, un psychiatre, un psychologue, une assistante sociale, le psychomotricien, une secrétaire où sont évoquées les entrées, les sorties, les événements à travailler dans la journée ainsi que des cas de patients hospitalisés ou suivis en CMP ;
- des *staffs* ponctuels sur des situations cliniques particulières.

Les réunions institutionnelles dédiées au personnel sont :

- les réunions d'équipes deux fois par semaine dans le service ;
- les réunions de secteur « inter-13 » les jeudis à 11h15 qui se déroulent en ville, à la « maison pour tous » de Landerneau où est représentée chaque unité ;
- les conseils de pôle une fois par trimestre (le jeudi à la place de la réunion de secteur) ;
- les réunions entre le service des urgences et le pôle psychiatrie (cf. *supra* § 4.2.1) ;
- les réunions de projets spécifiques (mise à jour du livret d'accueil, révision du protocole sur la contention, travaux, évaluations des pratiques professionnelles...) ;
- les réunions trois à quatre fois par an entre les cadres de santé, le médecin chef de service et les équipes de nuit qui se tiennent la nuit pendant les horaires de travail des équipes de nuit.

Les patients hospitalisés participent, avec les soignants, à diverses instances qui organisent la vie institutionnelle du service et du secteur telles que:

- les réunions de préparation de la « feuille du jour » pour le « café-accueil » du lendemain (cf. *infra* § 6.4.3) ;
- les réunions du service soignants-soignés les mercredis après-midi (cf. *infra* § 6.4.5) ;
- les réunions « menu » des lundis (cf. *supra* § 6.2.1) ;

- les réunions quotidiennes des comptes du Club (cf. *infra* § 6.4.3) ;
- la réunion cafétéria le vendredi pour instaurer le planning de permanence de la semaine et le choix des courses (cf. *infra* § 6.4.4) ;
- les réunions du Club de Landerneau qui se tiennent deux fois par semaine (groupe fermé chargé de l'élaboration des projets du Club, de la préparation des assemblées générales) ;
- les assemblées générales du Club de Landerneau tous les quinze jours qui se tiennent dans une salle municipale de Landerneau en présence des patients hospitalisés ainsi que des patients du CMP de Landerneau et de l'hôpital de jour (groupe ouvert) ;
- le comité de secteur de l'association TREIZERIEN (cf. *supra* § 5.7.2), réunion mensuelle paritaire soignants-soignés où siègent des patients élus ;
- le comité des fêtes du secteur et autres activités de l'association TREIZERIEN.

6.4 LA VIE QUOTIDIENNE EST ORGANISEE DANS LA CONTINUTE DES SOINS POUR SOCIALISER LES PATIENTS ET LES AUTONOMISER

6.4.1 L'accueil des patients est respectueux de la dignité des patients.

Dès l'arrivée du patient dans le service de psychiatrie, le livret d'accueil spécifique au bâtiment Kipfer lui est remis.

Lorsque le patient arrive en psychiatrie sans être passé par les urgences, il est pris en charge par deux infirmiers qui procèdent à son installation et le présentent dès que possible à un médecin psychiatre et à l'interne de médecine générale du service.

Le patient est installé dans sa chambre par les soignants qui l'ont accueilli. La clé de son placard lui est remise ; l'inventaire des effets est achevé au plus tard à ce moment.

La visite du bâtiment Kipfer est organisée le lendemain de son arrivée par un patient faisant fonction de guide, appelé « poisson pilote », nommé pour la journée sur la base du volontariat pour assurer cette mission.

Bonne pratique

La visite guidée du bâtiment Kipfer pour un patient nouvellement arrivé est assurée par un autre patient, le « poisson pilote », nommé pour la journée sur la base du volontariat. Cette fonction socialise à la fois le patient « poisson pilote » et le patient arrivant.

6.4.2 Les patients disposent en tout temps d'effets vestimentaires respectueux de leur dignité.

Lors de la visite, tous les patients hospitalisés portaient des habits civils. **Il a été indiqué qu'aucun pyjama d'hôpital n'était à disposition dans le service hospitalier afin qu'aucun patient n'en soit vêtu.** Ainsi, lorsqu'une personne est admise en urgence sans vêtement, les soignants ont l'obligation de lui trouver des habits seyants, soit en utilisant le vestiaire de dépannage du Club, soit en accompagnant le patient à son domicile pour aller chercher ses habits, soit en allant avec lui dans un commerce pour qu'il achète des habits à sa taille. Il est parfois donné des chemises d'hôpital lorsque le patient est perfusé car ces chemises ouvertes permettent la pose de la perfusion.

Bonne pratique

La démarche active du service permettant aux patients de ne pas être vêtus de pyjama d'hôpital démontre la volonté de respecter la dignité des patients.

L'inventaire et la conservation des effets personnels ont été décrits dans le § 4.2.2 *supra*. Les affaires oubliées par les patients sont stockées dans une salle dédiée dans des sacs nominatifs rangés par ordre alphabétique sur des étagères. Il a été indiqué que les affaires étaient parfois rapportées aux patients lors de visite à domicile.

6.4.3 Le rythme de vie

La journée début par le petit déjeuner, pris dans les salles à manger à 8h.

Entre 9h et 9h30, les activités de la journée sont présentées lors du « café-accueil » animé par le Club dans la salle à manger de l'unité 2. Lors de ce moment, la « feuille du jour », élaborée la veille par des patients et des soignants, est expliquée et remise à chaque patient présent, afin qu'il puisse connaître et participer aux tâches de la journée. Parmi celles-ci se trouvent des tâches de nettoyage et de rangement (vaisselle, nettoyage du coin fumeur, installation et débarrassage du couvert pour le déjeuner), les soins aux animaux du service (chats, oiseaux), l'écriture du menu, l'achat des journaux pour la collectivité, la visite des locaux pour les nouveaux arrivants (assurée par un patient nommé « poisson pilote »), et la participation aux comptes du club. Un proverbe choisi par les patients est lu à la fin de cette réunion.

Les contrôleurs ont pu assister à un café-accueil, auquel participaient dix-neuf patients. Tous se sont montrés volontaires pour participer aux tâches de la communauté et aucune d'elles n'est demeurée non attribuée.

Les nombreuses activités thérapeutiques, au sein du bâtiment Kipfer, dans le jardin ou en ville, sont décrites dans le § 6.5 *infra*.

Le déjeuner est servi à 12h30.

En semaine ce repas est « thérapeutique ». Un groupe de six patients et de quatre soignants et ASH l'organise et mange avant l'heure prévue du repas afin d'être disponible pour le service et le rangement de ce repas. Les autres patients et les soignants (infirmiers, ASH et d'autres soignants) mangent ensemble lors de ce déjeuner, dans les salles à manger à l'étage.

L'après-midi, un goûter est proposé à 16h avec proposition de café ou de chocolat chaud, servis dans la salle à manger de l'unité 3 ou dans l'atelier d'ergothérapie.

Le soir, le repas est servi à 19h. Le service est effectué par les ASH en présence des infirmiers. Lors de ce repas, les patients sont incités à aider à mettre le couvert, au service et à débarrasser la table.

Une tisane est proposée à 21h30 dans le réfectoire de l'unité 2. Les patients sont conviés à regagner leur chambre après le temps de cette tisane, vers 22h.

6.4.4 La cafétéria

La cafétéria est ouverte tous les jours de 11h au déjeuner et de la fin du déjeuner à 18h. **Elle est animée par un soignant et par un patient selon un planning de permanence élaboré chaque semaine, le vendredi, et sur la base du volontariat des patients.**

La cafétéria se présente comme un lieu convivial, dans lequel les patients rencontrent le plus souvent leur famille.

Il a été précisé aux contrôleurs qu'il arrivait qu'aucun patient ne soit volontaire pour tenir la cafétéria. Dans ce cas, celle-ci n'est pas ouverte, cette fermeture étant de nature à susciter l'implication des patients pour la semaine suivante.

Les patients volontaires sont également sollicités pour faire l'inventaire des produits de la cafétéria en fin de semaine et procéder à la liste des achats nécessaires.

Les achats et recettes de la cafétéria sont gérés par le Club et le prix des produits fixé par les patients.

Les produits proposés à la vente à la cafétéria sont les suivants :

Boissons fraîches	Boissons chaudes		
<i>Coca-cola™</i>	1,50 €	Petit café	0,70 €
<i>Coca-cola™</i> zéro	1,10 €	Grand café	1,10 €
<i>Perrier™</i>	1,20 €	Thé	0,90 €
<i>Pampril™</i> : orange, ananas	1,30 €	Chocolat chaud grand	1,20 €
<i>Orangina™</i>	1,30 €	Chocolat chaud petit	0,80 €
<i>Schweppes™</i>	1,20 €		
<i>Ice tea</i>	1,10 €	Glaces	
Limonade	0,70 €	Cône	1,00 €
Diabolo	0,90 €	Sorbet	0,50 €
Sirop	0,20 €		
Lait au sirop	1,10 €		
Lait	0,90 €		
<i>Cacolac™</i>	1,00 €		

<u>Divers</u>	<u>Euros</u>	<u>Divers</u>	<u>Euros</u>
Pile R6 l'unité	0,60	Protège-slip	2,40
Rasoir jetable	0,40	Gel douche	2,00
Mouchoirs papier	0,40	Gant de toilette	1,60
Mousse à raser	2,00	Chaussons selon le prix	
Savonnette	0,60	Stick lèvres	1,80
<i>Steradent™</i>	3,60	Lingettes lunettes x2	0,20

Dentifrice	1,40	Coupe ongles	1,80
Shampoing	2,30	Pince à épiler	1,50
<i>Tampax™</i>	3,80	2 paires mi-bas	2,00
Serviettes hygiéniques	2,30	<u>Papeterie</u>	<u>Euros</u>
Peigne	1,50	Papier à lettres grand modèle	1,50
Déodorant/mini déodorant	3,20/1,00 femme /2,00 homme	Papier à lettres petit modèle	1,00
Coton tiges/ boules <i>Quies™</i>	0,80	Enveloppe timbrée	0,76
Brosse à dents	1,50	Enveloppe	0,05
Sudoku	3,70	Stylo bille	0,30

Des confiseries et des légumes cultivés dans les jardins du pôle psychiatrie sont vendus à la cafétéria.

6.4.5 L'expression collective et l'autonomie

La participation des patients à la vie de l'institution et à leur autonomisation est sans cesse recherchée dans l'organisation du service.

Le « poisson pilote », le « café-accueil » du matin, les réunions des comptes du Club, les réunions « menu » les lundis, les assemblées générales du Club ou encore les réunions « soignants-soignés » du service les mercredis après-midi, sont autant de lieux pour favoriser la socialisation des patients et les rendre actifs dans la vie de l'institution.

Les contrôleurs ont assisté à une assemblée générale de Club du CMP de Crozon et à une réunion soignants-soignés le mercredi après-midi. Lors de cette dernière, les contrôleurs ont pu constater la présence de dix-huit patients et d'une dizaine de soignants (infirmier, ASH, médecins, psychologue, cadre de santé, psychomotricien...) et la diversité des sujets débattus et des informations échangées tels que :

- le choix et les modalités de l'achat d'un nouveau fer à repasser pour la buanderie ;
- le choix des sorties du dimanche ;
- le choix des programmes de télévision dans les salons communs au vu des événements sportifs ;
- l'information et l'échange de questions sur l'avancée des travaux en cours du bâtiment Kipfer ;
- les problèmes de maintenance d'éclairage et d'évacuation des salles de douches ;
- l'information et l'échange de questions sur le changement de médecin chef de pôle ;
- l'information et un débat sur l'organisation de la fête du secteur ;
- les problèmes de cohabitation dans les chambres multiples.

Cette réunion permet aussi de discuter des règles de vie au sein de l'hospitalisation. L'animation de cette réunion était effectuée par les patients qui établissaient l'ordre du jour et en rédigeaient le compte rendu, aidés par les soignants.

L'autonomisation des patients est sans cesse recherchée afin de réduire les effets de l'institutionnalisation et du handicap social engendrés par la pathologie psychiatrique. Ainsi, la « feuille du jour » délivrée lors du café-accueil le matin permet aux patients de se repérer dans les activités proposées la journée ; la réunion quotidienne des comptes du Club, la rémunération des activités thérapeutiques (cf. *infra* § 6.4.9), l'activité cafétéria ou encore l'achat du matériel pour la fabrication des objets personnels lors des ateliers d'ergothérapie permettent l'apprentissage de la gestion de l'argent ; l'accompagnement des patients chez eux ou dans les commerces pour aller chercher les affaires dont ils ont besoin (vêtements, cigarettes, affaires d'hygiène...) les dispense d'attendre de l'hôpital la fourniture de leurs effets personnels ; l'incitation à la participation aux tâches ménagères (rangement des tisaneries, de l'atelier d'ergothérapie, élaboration du repas thérapeutique, mise en place du couvert, débarrasser les tables, faire leur lit...) ainsi qu'aux activités institutionnelle (« poisson-pilote », élaboration de la « feuille du jour », animation des réunions) les incitent à prendre une place dans la vie collective ; enfin, les nombreuses activités thérapeutiques, organisées notamment à l'extérieur de l'établissement leur permettent de se socialiser et de garder un lien avec le monde extérieur.

Bonne pratique

La démarche du secteur tournée vers la socialisation, l'autonomisation des patients et l'entretien de leurs liens avec l'extérieur mériterait d'être appliquée dans d'autres établissements.

6.4.6 L'accès aux espaces extérieurs

Les portes de l'unité d'hospitalisation ne sont pas fermées en journée. Néanmoins, l'infirmier d'accueil surveille les entrées et sorties du bâtiment. Les patients hospitalisés sans leur consentement ne sont pas autorisés à sortir seuls du bâtiment.

Au sein du service, la terrasse à l'étage – en rez-de-jardin – est ouverte de 7h30 à 12h30, de 13h45 à 19h et de 19h45 à 20h45. Cette terrasse est surtout utilisée par les fumeurs. La salle d'activité d'ergothérapie offre elle aussi une petite terrasse extérieure permettant aux patients de sortir prendre leur café et de fumer lors de la pause.

Les patients hospitalisés sous contrainte peuvent participer, selon leur choix, aux activités et aux sorties individuelles quotidiennes qui se déroulent en dehors du service et sont, en ce cas, toujours accompagnés par des soignants.

6.4.7 Le tabac

Les patients fumeurs peuvent fumer sur la terrasse selon les horaires d'ouverture indiqués dans le § 6.4.6 *supra* et lors de ses deux dernières ouvertures ponctuelles lors de la tisane du soir (entre 21h30 et 22h), qui leur permettent de fumer leurs dernières cigarettes de la journée.

Pour les patients hospitalisés sans leur consentement, l'achat du tabac est effectué lors de sorties accompagnées ou par l'intermédiaire du Club qui organise la sortie d'un patient et d'un soignant dans la journée pour effectuer les achats.

La délivrance de substituts nicotiniques (patchs) est possible sur prescription.

6.4.8 La sexualité

La pratique de la sexualité n'est pas envisagée dans le service. Il a été indiqué que les séjours étant courts en moyenne, cette question ne se posait pas pendant l'hospitalisation. Néanmoins, une vigilance est effectuée sur les comportements de certains patients présentant un comportement sexuel inadapté lié à leur pathologie, afin qu'il n'y ait pas d'abus sexuels sur une personne vulnérable.

Aucun préservatif n'est mis à disposition dans le service.

Lors de la visite, un patient s'est déclaré gêné dans sa pratique de la masturbation du fait de ne pas disposer de chambre individuelle.

Recommandation

La question de la sexualité et la prévention des infections sexuellement transmissibles par la mise à disposition de préservatifs ne sont pas envisagées dans le service. Bien que la durée moyenne de séjour soit courte, la place de la sexualité pour les personnes hospitalisées sous contrainte mérite une réflexion.

6.4.9 La gestion du pécule et de l'argent des patients non conservé au bureau des entrées

a) L'argent apporté par les patients

Outre l'argent conservé au sein du bureau des entrées à l'arrivée du patient, dont la gestion n'est pas aisée (cf. *supra* § 4.2.2), les patients sont autorisés à conserver avec eux, au sein du service, leurs moyens de paiement ainsi qu'une somme d'argent ne dépassant pas 100 euros. Lorsque la somme détenue par le patient est supérieure à 100 euros, soit celui-ci est accompagné à la banque pour la déposer sur son compte, soit elle est remise à un proche désigné par le patient.

Les chambres sont toutes équipées de placards fermant à clef. Les patients qui le souhaitent se voient remettre une clef par le club en échange d'une caution de 7,50 euros. Cette caution peut être avancée par le club lorsque le patient n'a pas les moyens de la payer. Les cadres de santé du service disposent également de la clef de tous les placards, afin de pouvoir les ouvrir en cas de perte ou de suspicion de vol.

Les patients qui rencontrent des difficultés dans la gestion et la conservation de leurs espèces et moyens de paiement peuvent demander à ce que ceux-ci soient conservés par le personnel soignant avec les téléphones portables. Cette solution n'est proposée qu'aux patients rencontrant de réelles difficultés, le projet de soins visant à favoriser l'autonomie de chacun. En cas de disparition d'argent ou de bien, une enquête est réalisée par le cadre de santé référent qui interroge les personnels et les patients puis réalise une fouille de la chambre du plaignant, en présence de ce dernier, dans l'espoir de retrouver l'argent ou le bien disparu.

Lorsque ces premières investigations sont infructueuses, le cadre fait une annonce à tous les patients, demandant que le bien disparu soit déposé dans la boîte aux lettres du club de manière anonyme. Au besoin, il est annoncé une fouille de l'unité ou des trois unités.

Il a été précisé aux contrôleurs que les biens disparus réapparaissent souvent avant que soit procédée à une fouille des unités.

Lorsque la disparition est avérée et qu'il n'apparaît plus possible de retrouver le bien, le club peut financer le remplacement du bien (cf. § *supra* 5.7.2).

Selon les informations recueillies, environ une disparition d'argent ou de bien est signalée chaque mois par les patients.

b) L'argent gagné par les patients pendant l'hospitalisation : « le pécule »

De l'argent est distribué chaque mois aux patients par l'hôpital, sous la forme d'un pécule, en application d'une circulaire et d'un arrêté du 14 février 1958 relatifs à l'organisation du travail thérapeutique dans les hôpitaux psychiatriques.

Ce pécule est calculé en timbres, chaque patient recevant pour le mois une somme correspondant à la valeur de zéro, un, deux, trois ou quatre timbres par jour, en fonction de son comportement.

Une réunion dite « pécule » est organisée tous les lundis matins, à laquelle participent les patients et soignants qui le souhaitent. L'un des objectifs de cette réunion est de décider de la distribution du pécule et du montant qui sera attribué à chaque patient.

Les patients sont incités à participer à au moins une de ces réunions par mois, afin que le montant de leur pécule puisse être décidé en leur présence. En cas de refus, le pécule sera fixé par les participants en l'absence du patient concerné.

Le montant du pécule est fonction du comportement observé par le patient dans la vie collective, de telle manière que plus le patient participe aux tâches communes et plus il s'intègre dans le groupe, plus son pécule sera élevé.

Il a été précisé aux contrôleurs que le nombre de tâches effectuées n'était pas déterminant, l'implication dans la vie collective étant appréciée au regard des capacités de chacun et des efforts fournis. L'inscription de la personne dans les soins et son adhésion à ceux-ci sont également prises en compte.

Selon les informations recueillies, certains patients vivent mal ce système d'attribution du pécule, ayant l'impression d'être notés et jugés par les autres patients.

Les contrôleurs s'interrogent sur le sens de cette pratique qui si elle leur a été présentée comme vecteur de considération pour les patients et apparaît source de motivation pour l'implication des patients dans la vie de la collectivité, semble pouvoir également être vécue comme une forme d'exclusion lorsqu'ils n'adhèrent pas à la démarche de soin proposée.

Les patients peuvent également obtenir un pécule complémentaire, non soumis à l'appréciation des autres patients, en participant à certaines activités.

C'est le cas pour l'atelier d'entretien du jardin ainsi que l'activité lavage de voitures. Une convention a été passée avec l'hôpital permettant aux patients de procéder au lavage des voitures du service contre paiement d'une somme de 5.

6.4.10 L'hygiène et l'esthétique

L'entretien ménager des locaux et des chambres est effectué par les ASH. Les patients sont incités à aider les agents dans ce travail, notamment pour le rangement des salles à manger communes, des tisaneries et de la terrasse extérieure en rez-de-jardin.

L'entretien du linge des patients dont les serviettes de toilette, à l'exception du linge plat de la literie, appartient aux patients.

Les ASH vérifient tous les jours la propreté des draps. Les patients sont incités à déposer eux-mêmes les draps sales dans les sacs de linge sale et à faire leur lit, aidés par les ASH.

Il appartient aux patients de décider de confier leur linge à des proches pour le laver à l'extérieur ou de le laver eux-mêmes en utilisant le matériel de la buanderie du club. Deux machines à laver, deux sèche-linge et un fer à repasser sont ainsi disponibles dans le local de la buanderie du bâtiment Kipfer, sous réserve de payer la prestation au club – 1,80 euro pour un lavage, poudre comprise, et 1,80 euro pour un séchage.

Eventuellement, pour les patients sans famille et dans l'incapacité de laver leurs affaires, le linge marqué à leur nom peut être confié à la buanderie du service hospitalier au même titre que celui des personnes hébergées à l'EHPAD.

Dans le livret d'accueil en format A5 il est écrit « si pour l'entretien de votre linge, vous avez des difficultés, vous pouvez prendre contact avec le club pour avoir des informations relatives au fonctionnement de cet atelier ».

Il a été indiqué qu'il était possible de dépanner les patients démunis d'affaires de toilette (shampoing, savon, rasoir, serviettes de toilette...), mais que dans la mesure du possible, les patients arrivés sans leurs affaires étaient soit accompagnés chez eux pour récupérer leurs propres affaires, soit accompagnés dans un commerce afin qu'ils achètent le nécessaire d'hygiène cf. *supra* § 4.2.

Les patients peuvent faire leur toilette dans les douches de leur chambre ou dans les salles de bains communes des unités à partir de 7h30 le matin. En dehors des problèmes d'évacuation de l'eau au sol dans les douches de certaines chambres, les patients interrogés n'ont pas évoqué de difficulté concernant l'accès aux salles de bains.

Pour l'accès à un salon de coiffure, il a été indiqué que soit les patients se déplacent dans un salon en ville, soit une coiffeuse (homme/femme) se déplace à l'hôpital.

L'atelier esthétique est proposé individuellement par les soignants.

6.5 LES ACTIVITES THERAPEUTIQUES SONT NOMBREUSES, DIVERSIFIEES ET BIEN SUIVIES.

De nombreuses activités thérapeutiques sont proposées tous les jours de la semaine, avec au moins une activité extérieure par jour, à laquelle les patients hospitalisés sont emmenés en véhicule, accompagnés d'un ou plusieurs soignants.

Les contrôleurs ont constaté selon le planning de la semaine précédant la visite, qu'en plus du café-accueil et de l'animation du Club proposés du lundi au samedi, de l'animation de la cafétéria proposée tous les jours de la semaine et de l'organisation du repas thérapeutique le midi du lundi au vendredi, les patients ont une proposition de trois à six activités thérapeutiques par jour, dont au moins une se déroule à l'extérieur, à l'exception du samedi où seul le café-accueil, le Club et la cafétéria sont proposés. La grande majorité de ces activités thérapeutiques est ouverte aux patients du CMP, de l'hôpital de jour de Landerneau et du CATTP.

Les activités thérapeutiques suivantes étaient notamment proposées lors de la visite :

- du lundi au samedi, l'animation du Club accompagné de un à trois référents soignant(s) par jour (cf. *supra* § 5.7.2) ;
- du lundi au samedi, l'animation du café-accueil le matin (cf. *supra* § 6.4.3) ;
- tous les jours de la semaine, l'animation de la cafétéria (cf. *supra* § 6.4.4) ;
- les ateliers animés par les ergothérapeutes dans l'atelier au rez-de-chaussée, de 10h à 12h et de 14h30 à 17h, les lundis, mardis, mercredis matins, jeudis et vendredis (lors de la visite, six à huit patients hospitalisés étaient présents à cet atelier) ;

- temps écriture animé par un ergothérapeute et un soignant les jeudis matins à la bibliothèque ;
- les permanences bibliothèque tenues par un soignant et un patient ;
- les ateliers relaxation, animés par un ergothérapeute et le psychomotricien le mardi de 16h45 à 17h30 et le vendredi de 9h45 à 10h30, dans salle de réunion à côté du Club, incluant trois à quatre patients ;
- l'atelier pâtisserie pour un patient (atelier individuel) animé par un ergothérapeute le jeudi après-midi, à l'office de l'unité 2 ;
- l'atelier dessin, le mercredi après midi, animé par un ergothérapeute ;
- l'atelier « des saveurs », une fois par mois, animé par la diététicienne et des soignants, en ville à Landerneau ;
- l'atelier jardin, de 9h à 17h, les lundis et jeudis sur le site de Kipfer et le vendredi au CMP de Pont-de-Buis, animé par deux soignants ;
- l'atelier « bric-à-brac », deux fois par semaine, la journée à Landerneau ;
- l'atelier « bois » animé par le psychomotricien et deux soignants, dans la salle de menuiserie au rez-de-chaussée, les mardis et vendredis, matins et après-midi ;
- l'atelier « jeux » au CMP de Landerneau les mardis matins ;
- l'atelier « art floral », animé par les ASH les vendredis matins ;
- la sortie piscine les lundis matins, incluant six à sept patients accompagnés par deux soignants ;
- l'atelier sport animé par le psychomotricien et deux soignants (dont un du CMP et un de l'hôpital) le vendredi de 16h à 17h30 dans une salle de sport communale ;
- l'atelier mémoire de 14h30 à 16h le vendredi ;
- le « café papot' » proposé le mardi ;
- l'atelier théâtre proposé le vendredi matin ;
- les « balades » du dimanche après-midi, promenades extérieures ou visites culturelles, incluant six patients accompagnés de deux soignants ;
- l'accompagnement à la messe, en ville à Landerneau, par un soignant le dimanche matin ;
- le lavage des voitures le jeudi après-midi ;
- l'accompagnement aux permanences des associations concernant l'alcoolisme, « Vie libre » (trois fois par mois) et « Alcooliques anonymes » (une fois par mois) ;
- diverses réunions telles que la réunion « menu » du lundi, la réunion « Distri pécule » le mardi, la réunion des comptes du Club du lundi au samedi, la réunion soignants-soignés le mercredi après-midi, l'assemblée générale du Club à Landerneau tous les quinze jours où sont présents trois soignants ainsi qu'un référent de chaque activité, les réunions du comité de secteur les premiers mercredi du mois.

A ces activités thérapeutiques peuvent être ajoutés les soins quotidiens des animaux (oiseaux et chats). L'offre de nombreuses activités quotidiennes, variées, au sein du service comme à l'extérieur est originale et remarquable.

6.6 LES SOINS SOMATIQUES

6.6.1 L'accès au médecin généraliste

Lors de la visite, le poste d'un ETP de médecin généraliste sur le service était vacant. La prise en charge somatique des patients est assurée par l'interne de médecine générale affecté à temps plein dans le service de psychiatrie et supervisé par les praticiens hospitaliers psychiatres du service, dont l'un d'eux a une formation initiale de médecine générale, et par les médecins seniors des autres pôles de l'hôpital, en cas de nécessité.

L'examen somatique d'arrivée est effectué dans le service des urgences, pour les patients qui y sont admis, ou directement dans le service de psychiatrie.

Un protocole prévoit qu'un bilan biologique et un électrocardiogramme soient prescrits à tout patient arrivant, ainsi que la mesure de leurs constantes biologiques (poids, taille, tension artérielle, pouls, température, évaluation de la douleur).

Les résultats biologiques sont transmis par voie informatique aux médecins du service.

En dehors de la présence des médecins dans le service, les médecins des urgences sont mobilisés en cas de besoin.

Il a été indiqué aux contrôleurs que la prise en charge somatique des patients hospitalisés en psychiatrie s'était améliorée au cours des dernières années, avec notamment le constat d'une baisse importante du nombre de patients présentant des troubles somatiques liés aux effets secondaires des traitements psychiatriques, comme par exemple, les pneumopathies d'inhalation.

6.6.2 Les consultations spécialisées

Lorsque cela est nécessaire, les patients sont adressés en consultation auprès des médecins spécialistes disponibles au sein des autres pôles de l'hôpital.

Les consultations dentaires et ophtalmologiques sont effectuées auprès de praticiens libéraux en ville.

Concernant l'addictologie, l'hôpital de Landerneau dispense des consultations d'alcoologie et de tabacologie ainsi que des consultations spécialisées d'addictologie au CHRU de Brest. Les prises en charge spécifiques peuvent être orientées vers le centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) du CHRU de Brest.

6.6.3 Les soins de rééducation

Il a été indiqué que l'hôpital de Landerneau fait face, comme tous les établissements de santé actuellement en France, à une difficulté de recrutement de kinésithérapeutes. Ainsi, il a été indiqué que lorsqu'un patient bénéficiait de prescription de soins de kinésithérapie, il était difficile de le faire accéder à ces soins et qu'il fallait solliciter à de nombreuses reprises les kinésithérapeutes de l'hôpital afin qu'ils se déplacent sur le site de Kipfer.

6.6.4 Le comité de lutte contre la douleur (CLUD)

Le comité de lutte contre la douleur (CLUD) de l'hôpital de Landerneau est présidé par un praticien hospitalier du service de médecine et est composé de façon permanente d'une infirmière, d'un aide-soignant, d'un agent administratif, d'un représentant des usagers, d'un pharmacien et de référents douleur désignés pour chaque secteur de l'hôpital, chargés notamment de former le personnel de chaque service. Le CLUD travaille à l'élaboration de recommandations, de protocoles et d'évaluations des pratiques concernant la douleur.

L'évaluation de la douleur est en principe effectuée à l'arrivée de chaque patient, ainsi que les deux premiers jours suivant l'admission, par une échelle formalisée dans le dossier patient informatisé (échelle « ESV » ou « ALGOPLUS »). En 2014 un audit concernant dix dossiers du

service de psychiatrie montrait que cette évaluation avait été effectuée dans huit dossiers sur dix, par un médecin ou un infirmier.

Lorsque cela est nécessaire, les patients hospitalisés en psychiatrie peuvent être adressés aux consultations spécialisées de la douleur ou en hôpital de jour pour une évaluation de la douleur à l'hôpital de Landerneau.

6.7 LA PHARMACIE NE SOULEVE PAS DE DIFFICULTE MAIS LA DISPENSATION DES MEDICAMENTS PEUT ETRE AMELIOREE

Les prescriptions médicamenteuses font l'objet d'une prescription informatisée sur le logiciel du dossier patient informatisé de l'hôpital ; elles sont toutes relues par un pharmacien.

A l'exception de certains médicaments spécifiques qui ne sont pas dans la dotation globale du service et qui sont alors préparés nominativement par la pharmacie à usage interne (PUI), les traitements sont préparés au sein du service de psychiatrie qui dispose d'une dotation globale de médicaments au sein du local de pharmacie de l'unité 2.

Ce sont les infirmiers de nuit qui préparent quotidiennement les traitements des patients. Ils sont ensuite vérifiés et distribués par les infirmiers de jour ou de nuit. La délivrance des traitements est proposée durant un créneau d'une heure avant chaque repas et en début de nuit. En dehors de ceux qui restent en chambre pour des raisons cliniques, les patients viennent chercher leur traitement dans la salle de pharmacie de l'unité 2 où deux infirmiers délivrent de façon concomitante les médicaments, dans une même salle. Toutes les administrations et non-administrations de traitements sont consignées sur le logiciel informatique.

Recommandation

La distribution des traitements à deux patients en même temps dans le local de pharmacie ne permet pas la confidentialité des échanges entre le patient et l'infirmier.

En dehors des relectures des prescriptions, les pharmaciens ne pratiquent pas d'activité clinique au sein du service de psychiatrie.

6.8 LE RECOURS A L'ISOLEMENT N'EST PAS PREVU ET LE RECOURS A LA CONTENTION EST LIMITE ET ENCADRE

Le service a fait le choix délibéré de ne jamais avoir recours à l'isolement des patients. Il a été indiqué aux contrôleurs que la pratique d'isolement des patients semblait peu propice en terme thérapeutique étant donné que le patient isolé était alors peu accessible aux soignants, ce qui pourrait retarder sa prise en charge thérapeutique, alors que la contention, lorsqu'elle était prescrite, permettait de maintenir un contact sécurisé et immédiat avec les soignants.

La procédure de prescription de la contention, nommée « *Garantir les droits et le principe de bientraitance et de dignité du patient dans le cadre de mise en place d'une contention physique* » était en cours de rédaction lors de la visite. Elle faisait l'objet d'un groupe de travail d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) depuis 2010 réactivé depuis le mois de Juin 2014. Ce groupe de travail, comprenant six à huit membres du service (médecins, cadre de santé, infirmiers, ASH) s'était réuni onze fois entre le mois de juin 2014 et le jour de la visite et était en cours de finalisation de la procédure visant à encadrer la pratique de la contention (définition des indications, modalités de prescription et de surveillance, formation du

personnel, information du patient et de sa famille) et à mettre en œuvre la traçabilité et l'évaluation de cette mesure.

La prescription de contention est informatisée. Lorsqu'un médecin prescrit une mesure de contention, la date et l'heure de début et de fin sont renseignées. Les modalités de surveillance des patients par les infirmiers et l'information des familles des patients sont automatiquement prescrites sur le logiciel.

Il a été indiqué que les médecins visitaient au moins deux fois par jour les patients sous contention et que les infirmiers effectuaient une surveillance horaire. La traçabilité de la surveillance des patients contenus par les infirmiers est informatisée. Cette traçabilité actuellement inscrite en texte libre, faisait l'objet d'un travail en cours pour être plus systématique et formalisée dans le dossier patient informatisé de l'hôpital.

Il a été mentionné que pour la toilette, les patients bénéficiaient d'une levée de la contention et que la toilette s'effectuait avec autant de soignants que cela le nécessitait.

Il a été indiqué que la contention était prescrite le moins possible et pour un temps le plus court possible et que cette prescription devait être renouvelée toutes les 24 heures sur le logiciel et était réévaluée chaque jour en réunion d'équipe. Néanmoins, lors de la visite, deux patients faisaient l'objet d'une prescription de contention « si besoin ». Il a été indiqué que pour l'un des patients, cette contention était effectuée aux poignets, lorsque le patient était seul et éveillé dans sa chambre, afin d'éviter qu'il s'automutile et que pour l'autre patient, la contention était appliquée parfois la nuit pour lui permettre de s'endormir et que cette contention était levée dès qu'il trouvait le sommeil.

Il a été indiqué que lorsque la contention physique était appliquée à un patient hospitalisé en soins libres, le statut d'hospitalisation du patient était modifié pour être placé en soins sans consentement lorsque la contention devait se poursuivre au-delà de 12 heures.

Pendant la visite, la prescription de contention a été appliquée au cours d'une nuit à un patient hospitalisé sous contrainte. Il a été indiqué que cette prescription avait été effectuée par le médecin urgentiste de garde après avis téléphonique pris auprès du psychiatre d'astreinte et que ce dernier s'était rendu au chevet du patient dès sa prise de fonction le lendemain matin. Concernant l'information des familles, il a été indiqué qu'elle avait lieu dès la mise en place de la contention (ou le lendemain matin si celle-ci a eu lieu la nuit), par le psychiatre qui a prescrit la mesure. Lorsque les patients sont mis en contention, la visite des familles est organisée au chevet du patient, avec son accord.

Un registre nominatif des patients mis sous contention, informatisé et élaboré à partir des prescriptions des mesures de contention, est transmis au service de psychiatrie de façon trimestrielle par le service informatique. Ce registre a été transmis aux contrôleurs lors de la visite. Il figure sur ce registre le nom des personnes soumises aux mesures de contention, la date et l'heure des observations et des surveillances (en texte libre) de cette prescription. Le registre ne permet pas d'établir le temps de contention de chaque patient ni d'identifier l'indication de cette prescription. Le registre montrait que quinze patients avaient fait l'objet d'application de contention physique entre le mois de juin et le mois de septembre 2015.

Le matériel de contention utilisé dans le service est constitué de sangles de poignet, abdominales et de cheville.

Bonne pratique

Le service ne pratique jamais l'isolement ni l'enfermement des patients dans leur chambre. Si le contenu du registre de contention physique nécessite d'être amélioré, l'utilisation de la contention physique dans le service est minimale et fait l'objet d'une volonté de bienveillance et de transparence, notamment vis-à-vis des familles et des autorités de contrôle.

7. L'AMBIANCE GENERALE

Dans un contexte d'isolement géographique et de difficultés de recrutement médical, le centre hospitalier Ferdinand Grall de Landerneau s'est inspiré du mouvement de psychothérapie institutionnelle en réponse aux besoins de soins psychiatriques du secteur 13 du Finistère en s'inscrivant dans une réelle dynamique partenariale.

Les contrôleurs ont pu apprécier l'importance des collaborations au sein du pôle ainsi que les articulations étroites entre les différents métiers présents à l'extérieur autant qu'à l'intérieur du pôle au service du soin, de la socialisation et de l'accompagnement des patients.

Le choix délibéré de maintenir les unités ouvertes en réussissant à faire participer les patients à des activités variées et nombreuses, dans un dialogue soignants-soignés continu et recherché, intégrant les ASH parmi les soignants, est structurant au regard du droit pour les patients d'aller et venir librement, comme l'absence de recours au port du pyjama ou à des chambres d'isolement qui n'existent pas.

Les contrôleurs ont pu constater le dynamisme et l'engagement de toute une équipe, active pour préserver la dignité des patients et rechercher leur autonomisation et leur socialisation.

Cette dynamique ne devrait pas rester sans impact sur les travaux de réflexion d'ores et déjà conduits sur la communication des informations des patients sur leur situation juridique et sur leurs droits.