



Rapport de visite :
Centre hospitalier de
Plouguernével
(Côtes-d'Armor)

Entre le 7 et le 16 septembre 2016 - 1^e visite

SYNTHESE

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), six contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier de Plouguernével (Côtes-d'Armor) entre le 7 et le 16 septembre 2016. Le rapport de constat portant sur cette visite a été adressé au centre hospitalier le 13 décembre 2016 ; ses observations ont été intégrées au rapport de visite joint.

Dans le département des Côtes-d'Armor, dans le champ de la psychiatrie, le centre hospitalier (CH) relève du service public hospitalier. Il est géré par l'association hospitalière de Bretagne (AHB).

Le CH est implanté 2 route de Rostrenen à Plouguernével (Côtes-d'Armor). Il dispose là de 139 lits et de cinq chambres d'isolement, répartis entre cinq unités d'hospitalisation complète. Il dispose à Noyal-Pontivy, dans le centre hospitalier du Centre-Bretagne (CHCB), de deux unités comptant vingt et un lits. Ces unités ont été visitées ainsi que le service des urgences du CHCB.

Le CH, implanté dans un parc de 16,25 ha, est situé dans un secteur rural éloigné des centres commerciaux. Les dates de construction des bâtiments s'échelonnent entre le XVII^{ème} siècle et le milieu du XX^{ème}. Tous ont fait l'objet de rénovation.

Un peu plus de 500 personnes travaillent dans le CH : 30 médecins pour 23,65 ETP et 499 membres du personnel soignant, éducatif, social, administratif et technique pour 460 ETP. Les difficultés de recrutement de médecins, psychiatres ou somaticiens, sont réelles mais le recrutement des autres catégories de personnel est assuré au sein du bassin d'emploi.

Le personnel de l'établissement assure une prise en charge des patients attentive et professionnelle. Les contrôleurs ont en particulier constaté que les activités étaient nombreuses et que les patients étaient invités à y participer ; les activités qualifiées ailleurs d'occupationnelles étant comprises et gérées comme des activités thérapeutiques. L'équipement de la salle de sport et les véhicules mis en place pour acheminer les patients participent pleinement à cela. La liberté d'aller et venir dans le CH de Plouguernével est une réalité, même pour les patients de l'unité fermée SEGAL pour lesquels elle est organisée autant que faire se peut.

Les patients hospitalisés en soins sans consentement ne reçoivent pas les informations prévues par la loi. Ainsi, les certificats médicaux des 24 et 72 heures ne leur sont pas transmis, même si une information sur les droits leur est dispensée à l'occasion de l'examen médical des 72 heures. Les droits des patients admis sur décision du représentant de l'Etat ne leur sont notifiés qu'au moment de la saisine du juge des libertés et de la détention, soit huit à dix jours après le début de l'hospitalisation. La décision préfectorale fait état des droits de recours à son encontre mais non des voies pour ces recours. L'ensemble des droits reconnus légalement aux patients admis sans consentement sont mal maîtrisés par les soignants et, par suite, par les bénéficiaires eux-mêmes. Le recueil des observations des patients semble formel et la perception de son utilité assez vague. L'initiative de l'unité GAUGUIN d'utiliser le kit pédagogique « histoire de droits » édité par *Psycom* pour informer les patients de leurs droits est à développer, comme d'ailleurs le directeur général écrit s'y attacher. Les marges de progrès sont donc importantes et on ne peut que se réjouir que, ainsi que l'affirme le directeur général dans sa réponse, depuis la visite des contrôleurs des avancées ont été conduites.

En matière de contention et d'isolement, le CH s'est doté de registres bien avant d'y être contraint par la loi. L'exploitation des informations contenues est un chantier de réflexion qui a besoin d'être poursuivi et dont peut également s'emparer la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP).

La mise sous contention est pratiquée. Elle est apparue raisonnée.

Le placement en chambre d'isolement mérite d'être soumis à de nouvelles réflexions notamment sur les fréquences et les durées. Sans pour autant paraître manifestement abusif, le caractère exceptionnel défini par la loi est mal appréhendé.

La situation suivante a été rencontrée à plusieurs reprises : une personne ayant fait l'objet d'une hospitalisation sans consentement sur décision du maire n'a pas été maintenue dans le CH en deçà des 48 heures et au-delà de 24 heures en l'absence d'arrêté préfectoral, au motif que le certificat médical des 24 heures était contraire au certificat initial. La délégation départementale des Côtes-d'Armor (DD22) de l'agence régionale de santé (ARS) de Bretagne, se référant à l'article L. 3113-2¹ du CSP a considéré que le CH aurait dû attendre l'arrêté préfectoral ou le terme des 48 heures.

Le CH s'en est tenu quant à lui au principe qu'en l'absence d'arrêté préfectoral et au vu du certificat médical des 24 heures, contraire au certificat initial, la personne ne pouvait être placée en soins sans consentement en se fondant sur le contenu de l'article L. 3111-2-2² : le certificat médical des 72 heures, qu'il soit conforme ou contraire au certificat médical initial, devenait inutile compte tenu de la nécessité de confirmation du certificat initial par les deux certificats médicaux (24 heures et 72 heures).

La décision de la DD22 de l'ARS Bretagne est discutable, d'autant que des décisions contraires – conformes à l'orientation prise par le CH – sont prises par des départements voisins dépendant de la même ARS.

¹ Article L. 3213-2 « *En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical, le maire et, à Paris, les commissaires de police arrêtent, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires, à charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'Etat dans le département qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'admission en soins psychiatriques dans les formes prévues à l'article L. 3213-1. Faute de décision du représentant de l'Etat, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de quarante-huit heures.*

La période d'observation et de soins initiale mentionnée à l'article L. 3211-2-2 prend effet dès l'entrée en vigueur des mesures provisoires prévues au premier alinéa ».

² Quatrième alinéa de l'article L. 3111-2-2 : « *Lorsque les deux certificats médicaux ont conclu à la nécessité de maintenir les soins psychiatriques, le psychiatre propose dans le certificat mentionné au troisième alinéa du présent article la forme de la prise en charge mentionnée aux 1° et 2° du I de l'article L. 3211-2-1 et, le cas échéant, le programme de soins. Cette proposition est motivée au regard de l'état de santé du patient et de l'expression de ses troubles mentaux ».*

OBSERVATIONS

LES BONNES PRATIQUES SUIVANTES POURRAIENT ETRE DIFFUSEES

1. BONNE PRATIQUE 36

La gestion des biens des patients assortie d'une évaluation des situations permet d'inventorier les besoins et de mettre en œuvre un accompagnement social de qualité, l'accès au droit commun des plus démunis et la mobilisation de ressources associatives pour soutenir l'innovation.

2. BONNE PRATIQUE 44

L'équipement de la salle de sport, la diversité des activités et la mise à disposition de deux infirmiers offrent aux patients une vraie opportunité d'activités sportives

3. BONNE PRATIQUE 44

Les activités offertes aux patients sont nombreuses et variées. Elles s'inscrivent toutes dans un cadre thérapeutique sans être pour autant thérapeutiques au sens strict du terme. Elles participent à la socialisation des patients.; cependant ces activités pourraient apparaître dans les règlements d'unité et dans le livret d'accueil.

4. BONNE PRATIQUE 52

L'intervention d'une psychologue du travail et la mise en œuvre d'un retour d'expérience dès lors qu'un événement indésirable avec violence sur agent est accompagné d'un arrêt de travail sont systématiques. Cela ne doit pas rester exclusif de la mise en place d'une supervision.

5. BONNE PRATIQUE 58

Au sein de l'unité SEGAL, chaque mardi matin une réunion d'information des patients arrivants sur le fonctionnement de l'établissement et sur leurs droits est tenue par l'infirmier d'animation et l'assistante sociale. .

6. BONNE PRATIQUE 64

Le volume des activités proposées aux patients de l'unité PISSARRO et la méthode participative d'élaboration du programme hebdomadaire d'activités participent à la socialisation des patients.

LES MESURES SUIVANTES DEVRAIENT ETRE MISES EN ŒUVRE

1. RECOMMANDATION 21

La date de délivrance des informations relatives aux droits des patients, prévues à l'article L.3211-3 du code de la santé publique, doit être renseignée sur le registre de la loi, conformément aux dispositions de l'article L.3212-11 du même code.

2. RECOMMANDATION 22

Lors des visites de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), les entretiens sollicités par les patients n'entrent qu'exceptionnellement dans le champ de ses attributions. En conséquence, l'information des patients est à améliorer sous différentes formes : dans le document

de notification des droits, dans l'affichage comme à l'occasion des formations du personnel afin que les patients comprennent sa mission.

3. RECOMMANDATION 25

Les droits des patients admis en soins sur décision du représentant de l'Etat doivent leur être notifiés dès leur admission. Le fait que l'attestation de la notification de ces droits doit être jointe à la saisine du JLD ne saurait justifier que cette notification soit différée jusqu'à cette saisine. Une copie de la décision préfectorale qui doit mentionner les voies et délais de recours et du formulaire de leurs droits doit leur être remise.

4. RECOMMANDATION 26

Le recueil des observations des patients semble de pure forme et la perception de son utilité assez vague. Il convient de sensibiliser les équipes aux enjeux de cette collecte et de la protocoliser.

5. RECOMMANDATION 27

Le livret d'accueil doit mentionner la possibilité de demander la confidentialité de la présence des patients dans l'établissement. Les agents en charge des procédures d'admission doivent recueillir cette information et l'intégrer dans le dossier.

6. RECOMMANDATION 29

Le livret d'accueil, les règlements intérieurs propres à chaque unité, les affichages au sein des unités méritent d'être complétés sur les droits des patients en soins sans consentement et sur le déroulement de la vie courante.

7. RECOMMANDATION 40

Selon les termes de la loi, le placement en chambre d'isolement doit être exceptionnel. Si les mises à l'isolement sont manifestement raisonnées, la réflexion doit être poursuivie afin qu'elles deviennent exceptionnelles dans le nombre de patients concernés et dans la durée du séjour.

8. RECOMMANDATION 47

Les transports en commun, inexistant le dimanche, ne permettent pas aux visiteurs de se rendre aisément au centre hospitalier de Plouguernevel ni aux patients de se déplacer de façon autonome. Une meilleure desserte serait à rechercher.

9. RECOMMANDATION 49

La mise en place d'une boîte à lettres au sein du centre hospitalier est à examiner afin d'éviter que le courrier au départ des patients soit posté à l'extérieur par les patients concernés, les soignants ou d'autres patients.

10. RECOMMANDATION 49

Un accès à Internet devrait être rendu possible dans chaque unité afin de permettre aux patients de préparer leurs sorties ou de communiquer.

11. RECOMMANDATION 50

Une organisation plus structurée de l'équipe chargée des soins somatiques, par exemple sous la forme d'un service avec un projet de service, permettrait d'offrir des soins renforcés, en particulier préventifs, auprès d'une population fragilisée.

12. RECOMMANDATION 51

La remise des médicaments aux patients dans la salle à manger au moment des repas ne préserve pas le secret médical. Une réflexion sur des modalités mieux appropriées devrait être engagée par l'établissement.

13. RECOMMANDATION 51

En matière de sexualité, il importe que l'espace éthique achève sa réflexion et déploie des formations afin que les soignants puissent évoluer en s'appuyant sur une doctrine commune. La mise à disposition de préservatifs pour les patients n'est qu'un aspect de la doctrine.

14. RECOMMANDATION 62

Le mobilier des chambres destinées à recevoir deux patients au sein de l'unité PISSARRO est insuffisant. Chaque patient doit pouvoir disposer d'une armoire et d'une table.
L'installation de patère(s) dans les locaux sanitaires des chambres de l'unité PISSARRO est nécessaire de façon à éviter de poser sur le sol des vêtements ou des serviettes.

15. RECOMMANDATION 65

La caméra de vidéosurveillance de la chambre d'isolement de PISSARRO porte manifestement atteinte à l'intimité des patients car son champ couvre l'espace de la douche, sans flexible. Une modification de ce champ est à prévoir.

16. RECOMMANDATION 76

Le projet de l'unité d'addictologie est fondé sur la libre adhésion à l'hospitalisation, jugée nécessaire du point de vue thérapeutique et sur le principe qu'un patient dont l'addiction est concomitante avec une autre pathologie reste dans son unité d'affectation.
Cependant, des affectations prématurées en addictologie de patients non adhérents, conduisent à des situations de violence aboutissant à des placements dans les chambres de « surveillance attentive » de l'unité d'addictologie.
Il convient de protocoliser, à l'échelle du centre hospitalier, les conditions d'admission en addictologie afin d'éviter ces situations.

17. RECOMMANDATION 76

En dépit de la faible fréquence des hospitalisations en soins sans consentement dans l'unité d'addictologie, il est nécessaire de former son personnel à l'accueil et à l'information de tels patients sur leurs droits.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
OBSERVATIONS	4
SOMMAIRE	7
RAPPORT	10
1. LES CONDITIONS DE LA VISITE	11
2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT	12
2.1 L'ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE DANS LE DEPARTEMENT DES COTES-D'ARMOR REPOSE SUR DES ETABLISSEMENTS PRIVES.....	12
2.2 L'ORGANISATION DU CENTRE HOSPITALIER DE PLOUGUERNEVEL	13
2.3 LE PERSONNEL MEDICAL ET SOIGNANT APPARAÎT EN NOMBRE SUFFISANT ; L'ORGANISATION DES SOINS SOMATIQUES MANQUE DE COORDINATION INSTITUTIONNELLE	16
2.4 LE BUDGET, BIEN QUE TOUCHE PAR LA DIMINUTION DE LA DOTATION ANNUELLE DE FINANCEMENT DEPUIS 2013, N'EST PAS UNE SOURCE DE PREOCCUPATION MAJEURE.....	18
2.5 L'ACTIVITE EVOLUE POUR DEVELOPPER LES SOINS AMBULATOIRES ET REDUIRE LES HOSPITALISATIONS	18
2.6 LES CONTROLES INSTITUTIONNELS SONT IRREGULIERS	20
2.6.1 Le registre de la loi	20
2.6.2 La commission départementale des soins psychiatriques	21
2.6.3 La visite des autorités.....	22
2.7 LES INSTANCES CHARGEES DE L'EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE SONT PRESENTES MAIS INSUFFISAMMENT SOLLICITEES	22
2.7.1 La place laissée aux représentants des familles et des usagers	22
2.7.2 La commission des usagers	23
2.7.3 Le comité d'éthique « l'espace éthique »	23
2.7.4 Le questionnaire de satisfaction	23
3. LE DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT	25
3.1 L'ARRIVEE DES PATIENTS ADMIS SANS CONSENTEMENT EST A AMELIORER AFIN QUE LES PATIENTS AIENT UNE MEILLEURE CONNAISSANCE DE LEURS DROITS	25
3.1.1 Les modalités d'admission des patients en soins sans consentement.....	25
3.1.2 La notification de la décision d'admission et les voies de recours	25
3.1.3 Le recueil des observations des patients	26
3.1.4 La désignation d'une personne de confiance.....	26
3.1.5 La période initiale de soins et d'observation dans chaque unité	27
3.1.6 Les cas de sur occupation et de transfert.....	27
3.1.7 La confidentialité sur l'hospitalisation	27
3.2 L'INFORMATION DES PATIENTS EST A AMELIORER MEME SI QUELQUES BONNES PRATIQUES SONT RELEVÉES	27
3.2.1 Le livret d'accueil.....	27
3.2.2 Le règlement intérieur	28
3.3 LA PREPARATION DE LA SORTIE EST TRAVAILLEE	29
3.3.1 Les sorties de courte durée.....	29
3.3.2 L'avis préalable des médecins psychiatres	31
3.3.3 Le passage en programme de soins	31
3.3.4 La levée de la mesure.....	32
3.3.5 Les conditions d'hébergement en sortie d'hospitalisation, l'étayage social	32
3.4 LA MISSION DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION S'EXERCE EN BONNE ARTICULATION AVEC LE CENTRE HOSPITALIER	32
3.4.1 Les modalités d'organisation de l'audience	32
3.4.2 Le déroulement de l'audience du juge des libertés et de la détention	33

4. LES DROITS DES PATIENTS	34
4.1 LA PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS EST ASSUREE	34
4.2 LE SOUCI DE GESTION DES BIENS DES PATIENTS S'ETEND AUX PERSONNES DEMUNIES	35
4.3 L'ACCES AU DOSSIER MEDICAL EST FACILITE PAR UNE BONNE ORGANISATION.....	36
4.4 LE DROIT DE VOTE EST ORGANISE	37
4.5 LES ACTIVITES RELIGIEUSES SONT ACCESSIBLES DANS LEUR DIVERSITE	37
5. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION	38
5.1 UN RECOURS A L'ISOLEMENT IMPORTANT MAIS UNE DEMARCHE DE REVISION DES PRATIQUES EN COURS.....	38
5.2 LE RECOURS A LA CONTENTION, DEPOURVU DE LIEN AVEC LE STATUT D'HOSPITALISATION, DEMEURE MODESTE.....	40
5.3 LE REGISTRE PREVU PAR L'ART L 3222-5-1 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE EST EN COURS D'ELABORATION, CE QUI DONNE LIEU A UNE REFLEXION INTERESSANTE SUR LES PRATIQUES.....	41
6. LES CONDITIONS GENERALES D'HOSPITALISATION.....	42
6.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR DANS L'ETABLISSEMENT EST REELLE ET ORGANISEE, MEME POUR L'UNITE FERMEE SEGAL	42
6.2 LA VIE COURANTE : LES PATIENTS BENEFICIENT DE SERVICES DE BONNE QUALITE	45
6.2.1 La restauration	45
6.2.2 L'hygiène	46
6.2.3 La sécurité.....	47
6.2.4 Les transports.....	47
6.2.5 L'accès au tabac	48
6.3 LES RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR : MALGRE LES DISPARITES ENTRE LES UNITES, LE SOUCI DU BIEN-ETRE DU PATIENT PREVAUT	48
6.3.1 Le téléphone	48
6.3.2 Le courrier	48
6.3.3 La télévision	49
6.3.4 L'informatique et l'accès à internet	49
6.3.5 Les visites	49
6.4 LES SOINS SOMATIQUES	49
6.4.1 L'accès au médecin généraliste.....	49
6.4.2 Les consultations spécialisées	50
6.4.3 La pharmacie.....	50
6.4.4 Le laboratoire.....	51
6.5 LA SEXUALITE FAIT L'OBJET D'UNE REFLEXION ET D'ACTION DE FORMATION A L'AHB QUI DOIVENT SE DEPLOYER DANS LE CENTRE HOSPITALIER DE PLOUGUERNEVEL	51
6.6 LES INCIDENTS SONT SUIVIS MAIS LA SUPERVISION N'EST PAS ORGANISEE	52
6.6.1 Le traitement des plaintes et réclamations.....	52
6.6.2 Les événements indésirables	52
7. LES CONDITIONS PROPRES A CHAQUE UNITE	53
7.1 L'UNITE MATISSE (22G07)	53
7.1.1 Les locaux.....	53
7.1.2 Les moyens humains et l'organisation	53
7.1.3 Les patients	54
7.1.4 Le projet thérapeutique	54
7.2 L'UNITÉ SEGAL (22G07)	56
7.2.1 Les patients	56
7.2.1 Les locaux.....	56
7.2.2 Les moyens humains et l'organisation	57
7.2.3 L'arrivée	58
7.2.4 Le projet thérapeutique	58
7.3 L'UNITE INTERSECTORIELLE DE REHABILITATION ET DE SOINS PROLONGES PISSARRO.....	60

7.3.1	Les locaux	61
7.3.2	Les moyens humains et l'organisation	62
7.3.3	Les patients	63
7.3.4	Le projet thérapeutique	63
7.4	L'UNITE INTERSECTORIELLE GAUGUIN	66
7.4.1	Les locaux	66
7.4.2	Les moyens humains et l'organisation	67
7.4.3	Les patients	67
7.4.4	Le projet thérapeutique	68
7.5	L'UNITE INTERSECTORIELLE DE GERONTO-PSYCHIATRIE (UIGP)	70
7.5.1	Les locaux	71
7.5.2	Les moyens humains et l'organisation	71
7.5.3	Les patients	72
7.5.4	Le projet thérapeutique	72
7.6	L'UNITE D'ADDICTOLOGIE DU SERVICE INTERSECTORIEL D'ADDICTOLOGIE.....	73
7.6.1	Les locaux	74
7.6.2	Les moyens humains et l'organisation	74
7.6.3	Les patients	75
7.6.4	Le projet thérapeutique	76
7.7	L'UNITE MEDICO-PSYCHIATRIQUE (UMP) ET LE SERVICE DES URGENCES AU CENTRE HOSPITALIER DU CENTRE-BRETAGNE A NOYAL-PONTIVY	78
7.7.1	Les locaux	78
7.7.2	Les moyens humains et l'organisation	78
7.7.3	Le projet thérapeutique	79
8.	AMBIANCE	80

Rapport

Contrôleurs :

- Vianney Sevaistre, chef de mission ;
- Hubert Isnard ;
- Anne Lecourbe ;
- Dominique Lodwick ;
- Alain Marcault-Derouard ;
- Dorothée Thoumyre.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, six contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier de Plouguernevel, situé 2 route de Rostrenen à Plouguernevel (Côtes-d'Armor) et un passage dans ses deux unités – l'unité intersectorielle de géronto-psychiatrie adultes (UPA) et l'unité médico-psychologique (UMP) – implantées dans le centre hospitalier du Centre Bretagne (CHCB) de Noyal-Pontivy à Pontivy (Côtes-d'Armor), et du service des urgences du CHCB au même endroit, entre le 7 et le 16 septembre 2016.

Cette visite était la première. Elle est indépendante de celles de l'unité pour malades difficiles (UMD) du centre hospitalier de Plouguernevel qui ont eu lieu en avril 2009 et en juin 2015

Le rapport a été adressé au directeur général de l'association hospitalière de Bretagne, directeur du centre hospitalier de Plouguernevel par courrier en date du 13 décembre 2016 en vue de recueillir ses observations. Le directeur général a fait parvenir par courrier en date du 24 janvier 2017 ses observations qui sont intégrées dans le présent document.

1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 7 septembre 2016 à 14h30. Ils l'ont quitté le 16 septembre à 11h30. Ils ont conduit une visite de nuit le 14 septembre 2016.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par le directeur général, le président de la commission médicale de l'établissement (CME), la directrice des soins, la directrice de la qualité, de la sécurité et de la gestion des risques.

Le 12 septembre, la mission des contrôleurs a été présentée aux personnes citées précédemment, aux psychiatres chefs de secteur, aux cadres de santé de chaque secteur, à la directrice adjointe en charge des finances, des systèmes d'information et des coopérations, au directeur technique et logistique, à la responsable du service de l'accueil et des admissions.

Des contacts ont été établis avec le cabinet du préfet des Côtes-d'Armor, la présidente du tribunal de grande instance (TGI) de Saint-Brieuc et le procureur de la République près ce TGI, la déléguée territoriale de l'agence régionale de santé (ARS) et le maire de Plouguernevel. Les contrôleurs ont rencontré le président du conseil d'administration de l'association hospitalière de Bretagne dont dépend l'établissement. Par ailleurs, ils ont assisté à une audience de la juge des libertés et de la détention (JLD).

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

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

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

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

Une réunion de restitution a eu lieu le 16 septembre en présence du directeur général, de la directrice générale adjointe en charge des ressources humaines et de la communication, de la directrice adjointe en charge des finances, des systèmes d'information et des coopérations, de la directrice des soins, de la directrice de la qualité, de la sécurité et de la gestion des risques, des cadres de santé de chaque secteur, du directeur technique et logistique, de la responsable du service de l'accueil et des admissions et du médecin psychiatre responsable du secteur 56G09 (Morbihan).

2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 L'ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE DANS LE DEPARTEMENT DES COTES-D'ARMOR REPOSE SUR DES ETABLISSEMENTS PRIVES

Dans le département des Côtes-d'Armor, le service public hospitalier (PSPH) dans le champ de la psychiatrie repose uniquement sur des établissements privés : le centre hospitalier (CH) Saint Jean-de Dieu à Dinan, la fondation Bon Sauveur à Bégard et l'association hospitalière de Bretagne à Plouguernével dont dépendent le centre hospitalier (CH) de Plouguernével et l'unité pour malades difficiles (UMD) de Plouguernével. Dans les trois autres départements bretons, au moins un établissement public de santé mentale est présent sur le territoire.

Dans le département des Côtes-d'Armor, les sept secteurs de psychiatrie générale les trois secteurs de psychiatrie infanto-juvénile sont rattachés à ces trois établissements privés³ :

- le CH Saint Jean de Dieu à Dinan auquel sont rattachés les secteurs 22G04, 22G05 et 22G06 de psychiatrie générale et 22I02 de psychiatrie infanto-juvénile
- la fondation Bon Sauveur à Bégard à laquelle sont rattachés les secteurs 22G01, 22G02 et 22G03 de psychiatrie générale et 22I01 de psychiatrie infanto-juvénile
- le CH de Plouguernével prend en charge les patients des secteurs 22G07 (cantons de Corlay, Gouarec, La Chèze, Loudéac, Maël-Carhaix, Merdrignac, Mûr-de-Bretagne, Plouguenast, Rostrenen, Saint-Nicolas-Du-Pélem et Uzel) et 56G09 du département du Morbihan (cantons de Baud, Cléguérec, Gourin, Guémené-sur-Scorff, Pontivy et Rohan) de psychiatrie générale, et 22I03 de psychiatrie infanto-juvénile ; l'UMD de Plouguernével prend en charge les patients des régions Bretagne, Pays-de-la-Loire et Basse-Normandie.

Le secteur 22G07 (Côtes-d'Armor) placé sous la responsabilité d'un médecin du CH de Plouguernével comporte :

- les trois unités d'hospitalisation à temps plein pour adultes du CH de Plouguernével :
 - l'unité MATISSE ;
 - l'unité intersectorielle de réhabilitation psycho-sociale et de soins prolongés PISSARRO ;
 - l'unité intersectorielle d'hospitalisation sous contrainte SEGAL ;
- les deux hôpitaux de jour pour adultes (HJA) de Rostrenen (quinze places) et de Loudéac (vingt places) ;
- les centres médico-psychologique (CMP) et centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP) de Rostrenen et de Loudéac.

Le secteur 56G09 (Morbihan) placé sous la responsabilité d'un médecin du CH de Plouguernével comporte :

- les deux unités d'hospitalisation à temps plein pour adultes au CH de Plouguernével :
 - l'unité intersectorielle GAUGUIN ;
 - l'unité intersectorielle de géronto-psychiatrie (UIGP) ;
- l'unité d'hospitalisation à temps plein pour adultes du CH de Plouguernével au CHCB de Noyal-Pontivy : unité de psychiatrie adultes (UPA) (vingt et un lits) ;
- l'unité médico-psychologique (UMP) du CH de Plouguernével au CHCB de Noyal-Pontivy ;
- l'hôpital de jour pour adultes (HJA) de Pontivy (seize places) ;

³ Source ARS Bretagne.

- les CMP et CATTP de Pontivy, Baud et Gourin.

Le **service intersectoriel d'addictologie** (intersecteur 22Z01) placé sous la responsabilité d'un médecin du CH de Plouguernével comporte :

- l'unité d'hospitalisation à temps plein adultes d'addictologie au CH de Plouguernével ;
- l'équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) au CHCB de Noyal-Pontivy ;
- l'hôpital de jour pour adultes en addictologie (HJAA) de Pontivy (huit places) ;
- le centre médico-psychologique spécialisé (CMPS) de Rostrenen et Loudéac.

L'intersecteur 22I03 (secteurs 22G07 et 56G09) placé sous la responsabilité d'un médecin du CH de Plouguernével comporte :

- les centres médico-psychologiques enfants et adolescents (CMPEA) de Loudéac, de Rostrenen, de Pontivy et de Gourin ;
- les hôpitaux de jour enfants (HJE) de Rostrenen (six places), de Loudéac (six places) et de Pontivy (dix places) et adolescents de Pontivy (cins places).

Les activités de psychiatrie également sous la responsabilité de médecins du CH de Plouguernével sont les suivantes :

- l'unité pour malades difficiles (UMD) à vocation interrégionale « Christian Codorniou » de quarante lits pour patients à Plouguernével, sur un autre site que le CH ; cette unité n'est pas sectorisée ;
- le service de médecine de dix lits et de soins de suite de quinze lits (SMSS) « Henri Garnier » à Plouguernével, sur le même site que le CH ;
- le centre de soins de suite et de réadaptation addictologique (CSSRA) « L'Avancée » de quarantelits à Saint-Brieuc ;
- l'unité de soins de longue durée (USLD) « Résidence Keramour » de trente lits à Rostrenen.

Dans ces secteurs, l'hospitalisation en soins psychiatriques sans consentement suit l'une des deux voies suivantes :

- l'admission *via* le service des urgences du centre hospitalier du Centre Bretagne à Pontivy ou autre service d'urgence et de médecine de ville, dans l'une ou l'autre des six unités d'hospitalisation à temps complet (SEGAL, MATISSE, GAUGUIN, PISSARRO, UIGP, addictologie) au centre hospitalier de Plouguernével, après passage à l'unité SEGAL ;
- la transformation d'une admission en soins libres en soins sans consentement au sein du centre hospitalier de Plouguernével.

2.2 L'ORGANISATION DU CENTRE HOSPITALIER DE PLOUGUERNEVEL

Le centre hospitalier de Plouguernével est un établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) géré par l'association hospitalière de Bretagne (AHB).

L'AHB est une association privée à but non lucratif régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, fondée le 28 mai 1993. Elle a été admise à participer au service public hospitalier par décret n° 94-1092 du 16 décembre 1994 pour le centre hospitalier de Plouguernével et deux autres unités, la résidence Keramour de Rostrenen, unité de soins de longue durée, et le centre de soins de suite et de réadaptation en addictologie *L'Avancée* de Saint-Brieuc.

L'AHB gère des établissements et développe des compétences au service de la personne dans les domaines de la santé mentale, du handicap, de la dépendance, de la médecine et des soins de suite, de la prévention, de la réadaptation et de la réinsertion, de l'accompagnement social.

L'AHB réunit des structures et des compétences au service de la personne dans trois champs d'activité : le sanitaire, le médico-social et le social.

L'AHB emploie 1 345 collaborateurs (CDI et CDD) au 31 décembre 2015, avec un effectif permanent de 1 193 salariés, dans trois départements (Côtes-d'Armor, Finistère et Morbihan) déployés sur vingt sites de psychiatrie, neuf établissements et services médico-sociaux, une structure sociale, deux services de soins de suite, un service de médecine et une unité de soins de longue durée, avec un budget global de 68 millions d'euros, à 70 % dans le sanitaire et à 30 % dans le médico-social.

Les hospitalisations complètes assurées par l'association hospitalière de Bretagne se répartissent ainsi à la date de la visite :

- 139 lits auxquels s'ajoutent cinq chambres d'isolement sur le site du CH de Plouguernével ; les cinq unités d'hospitalisation complète sont décrites dans les § 2.5 et 7 *infra*. ;
- 21 lits sur le site du centre hospitalier du Centre-Bretagne (CHCB) à Noyal-Pontivy ;
- 40 lits à l'UMD de Plouguernével.

Le centre hospitalier est situé à proximité du centre de la commune de Plouguernével, qui compte 1 742 habitants⁴, et quelques commerces de proximité. Il est éloigné des centres commerciaux importants.

Plouguernével est desservie par la route vers les principales agglomérations environnantes. La commune est à 50 minutes de Saint-Brieuc (62 km), et à 48 minutes de Noyal-Pontivy (46 km) ; elle est desservie plusieurs fois par jour par les transports en commun routiers, avec un arrêt à l'entrée de l'hôpital. La commune ne bénéficie d'aucun autre transport en commun.

Le centre hospitalier est implanté sur un parc de 16,25 ha et dispose sur ce site de 45 196 m² de surface utile de bâtiments dont 36 % de surfaces inoccupées.

L'accès des véhicules et des visiteurs (en rouge sur le plan ci-dessous) est situé à l'Ouest du site. La distance entre ce portail et le portail réservé aux piétons, à l'Est du site, est de 600 m.

Le site accueille six unités d'hospitalisation à temps complet (en bleu sur le plan). Quatre d'entre elles débouchent sur une vaste pelouse d'un hectare, entourée d'arbres.

Le service de médecine et de soins de suite Henri Garnier apparaît en jaune sur le plan ; il est séparé du centre hospitalier par une clôture.

Les bureaux de la direction générale et ceux des médecins, quand ils ne sont pas dans les unités sont concentrés dans la partie Est du site. Prochainement les ateliers d'ergothérapie, qui constituent le groupe de trois bâtiments les plus au Nord du site, seront déménagés pour être rapprochés du bâtiment de la direction générale, des bureaux des médecins mais également de la cafétéria et du salon de coiffure. Dans son courrier en date du 24 janvier 2017, le directeur général précise « le salon de coiffure n'est plus actif, le service étant réalisé au sein des unités de soin ».

Les dates de construction des bâtiments s'échelonnent entre le XVII^{ème} siècle et le milieu du XX^{ème}. Tous ont fait l'objet de rénovation.

Des routes goudronnées en excellent état relient les bâtiments.

⁴ INSEE, population de 2013.

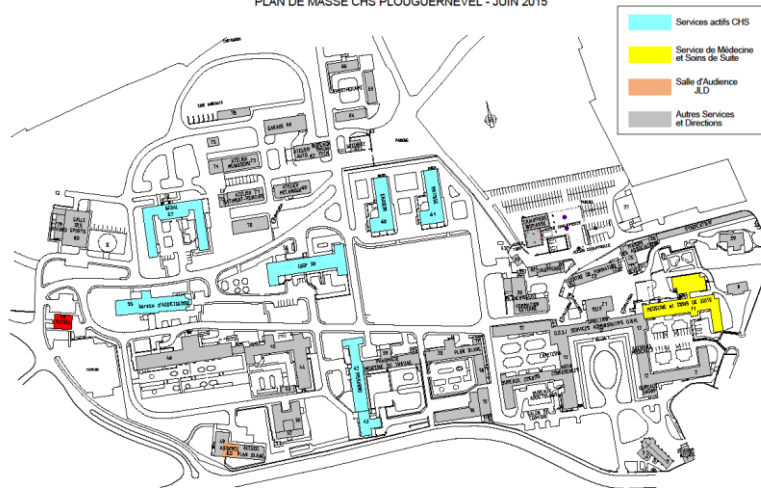


© IGN 2016 - www.geoportail.gouv.fr/mentions-legales

Longitude : 3° 15' 12.8" W
Latitude : 48° 14' 28.6" N

2 ROUTE DE ROSTRENEV PLOUGUERNEVEL

PLAN DE MASSE CHS PLOUGUERNEVEL - JUIN 2015



2.3 LE PERSONNEL MEDICAL ET SOIGNANT APPARAÎT EN NOMBRE SUFFISANT ; L'ORGANISATION DES SOINS SOMATIQUES MANQUE DE COORDINATION INSTITUTIONNELLE

L'association hospitalière de Bretagne emploie 1 300 personnes sur l'ensemble de ses sites. Un peu plus de 500 personnes travaillent dans le centre hospitalier de Plouguernével. Les effectifs comptabilisés au mois de juin 2016 étaient les suivants :

Catégories de personnel	Nombre	ETPR ⁵
<i>personnel médical</i>	30	23,65
Praticien hospitalier psychiatre en détachement	7,00	
Psychiatre contractuel	10,00	19,15
PAA		
Praticien généraliste avec DIU		
Généraliste	7,00	4,50
Spécialistes (par spécialité)	3,00	
assistant		
interne	3,00	
<i>personnel services de soins et de rééducation</i>	273	245,72
cadre supérieur		
cadre sante	16,00	15,04
IDE (infirmier diplômé d'Etat)	189,00	176,79
Aide- soignant	20,00	17,95
ergothérapeute	10,00	7,38
psychologue	24,00	17,70
autre	14,00	10,86
<i>personnel éducatif et sociaux</i>	30	27,75
personnel socio-éducatif	16,00	17,55
assistante sociale	14,00	10,19
<i>personnel administratif et technique</i>	196	186,61
ASH (agent des services hospitaliers)	56,00	46,87
assistant médico- administratif		
autre	140,00	139,75
Total	529	483,73

Les difficultés de recrutement portent sur les médecins, psychiatres et généralistes, et également sur les orthophonistes (ces derniers appartiennent à la catégorie « autres » de « personnel services de soins et de rééducation » du tableau ci-dessus).

Le recrutement des autres catégories de personnel ne pose pas de difficulté. Trois instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) sont implantés à proximité, à Saint-Brieuc, à Lorient (Morbihan) et à Pontivy (Morbihan); le centre hospitalier de Plouguernével est un lieu privilégié de stages pour les soignants en formation.

⁵ ETPR : emplois temps plein de référence.

Les mutations internes au CH de Plouguernevel sont privilégiées avant de faire appel à un recrutement extérieur. Il n'existe pas de *turn over* organisé entre l'intra et l'extrahospitalier.

En cas d'absence d'un agent, la direction fait appel à des CDD puis à des intérimaires ; l'usage est de ne pas rappeler une personne de l'équipe à laquelle appartient l'agent absent en dehors du délai de prévenance.

Les équipes de nuit sont fidélisées, comme les équipes de jour. Les remplacements d'un soignant appartenant à une équipe de jour par un autre appartenant à une équipe de nuit ne sont pas pratiqués dans les unités de psychiatrie, très rarement dans le service de médecine et de soins de suite.

Les équipes de nuit sont organisées par unité avec deux personnes, soit deux infirmiers soit un infirmier et un aide-soignant, à l'exception de l'unité SEGAL qui disposent de quatre personnes en vue de pouvoir transporter un patient, maintenir une présence de soignants dans l'unité et, le cas échéant, assurer les remplacements dans les autres unités.

Le tutorat infirmier est organisé pour tout infirmier débutant en psychiatrie ; pour les autres arrivants, la procédure d'accueil est seule mise en œuvre.

Les départs sont peu nombreux ; ils sont occasionnés en général par des départs en retraite.

Les soignants bénéficient d'une formation professionnelle tous les trois ans au titre du déploiement professionnel continu (DPC). La formation Oméga est obligatoire pour le personnel sanitaire et pour le personnel médico-social ; la formation initiale est de quatre jours pour les premiers et de trois jours pour les seconds ; la formation continue est obligatoire dans un délai de trois à quatre ans et dure deux jours.

Une commission de formation annuelle définit les orientations en matière de formation ; les droits des patients ne sont pas une formation prioritaire.

Le taux d'absentéisme fluctue autour de 5 % : 5,58 % en 2013, 6,26 % en 2014, 4,25 % en 2015, et 4,90 % pour les six premiers mois de l'année 2016. Aucune explication n'a été donnée sur le taux élevé de 2014.

En cas d'agression dit « incident critique majeur », la directrice des soins, la directrice des ressources humaines ou le cadre d'astreinte est immédiatement appelé sur place ; il dialogue avec la personne agressée, la fait éventuellement raccompagner chez elle ; un des psychologues appartenant au groupe d'intervention des psychologues (GIP) intervient pour assurer les prises en charge collectives et individuelles. La médecine du travail suit l'activité du GIP. Annuellement de l'ordre de trois ou quatre incidents suivent un tel traitement.

Chaque unité est placée sous la responsabilité d'un médecin psychiatre ; les patients sont suivis par un psychiatre de leur secteur d'appartenance, même quand ils changent temporairement d'unité. Chaque unité bénéficie des services d'un médecin somaticien référent et de médecins somaticiens suppléants, mais il n'existe pas d'instance de coordination entre les somaticiens ni au sein d'une même unité ni entre les unités. Un projet de soins somatiques fait l'objet d'une réflexion au sein de l'établissement.

Les samedi, dimanche et jours fériés, les psychiatres du centre hospitalier assurent un tour de garde et les généralistes un tour d'astreinte. Pour le personnel soignant, les équipes sont réduites dans le sens où aucun personnel chargé des activités thérapeutiques n'est présent sur le site.

Le soir et la nuit en semaine ce sont les généralistes qui sont de garde et les psychiatres d'astreinte.

2.4 LE BUDGET, BIEN QUE TOUCHE PAR LA DIMINUTION DE LA DOTATION ANNUELLE DE FINANCEMENT DEPUIS 2013, N'EST PAS UNE SOURCE DE PREOCCUPATION MAJEURE

Le budget de l'association hospitalière de Bretagne (AHB) est de l'ordre de 68 millions d'euros, comme cela apparaît *supra* dans le § 2.2.

La dotation annuelle de financement (DAF) du CH et de l'UMD de Plouguernevel s'élève en 2016 à 38 millions d'euros dont 5,7 millions d'euros pour l'UMD et à 32 millions d'euros pour le CH.

La DAF a connu une évolution spectaculaire à la baisse depuis 2013 date à laquelle l'agence régionale de Bretagne (ARS) a introduit un système d'actualisation des DAF de psychiatrie. L'enveloppe régionale d'actualisation des moyens pour l'exercice 2013 de 3,6 millions d'euros a été répartie entre les treize établissements bretons en fonction d'un indicateur composite composé de trois indices (la DAF par habitant des secteurs desservis, la DAF par file active, la DAF par activité RIMPSY). Le CH est apparu comme étant sur-doté de 27 % en raison d'une population desservie très inférieure aux moyennes.

La DAF du CH de 2013 est restée au niveau de celle de 2012, en 2014 également.

En 2015, la DAF régionale ayant été diminuée, la DAF du CH a été diminuée de 1 million d'euros et les autres établissements de la région sont restés au même niveau.

En 2016, un nouvel indice composé de sept indices a conduit à diminuer la DAF de plusieurs établissements dont celle du CH de Plouguernevel qui a perdu 86 000 euros.

Pour 2017, le CH attend une nouvelle diminution de la DAF, du même ordre qu'en 2016.

Le budget du CH est alimenté à 90 % par la DAF et à 10 % par les autres entrées telles que les forfaits journaliers. Les dépenses de personnel constituent 86 % du total des dépenses. Des actions de maîtrise des coûts ont été lancées et des orientations apparaissant dans le projet d'établissement visent à prendre en compte l'évolution de la DAF.

Selon les termes du directeur général exprimés dans l'analyse du compte financier de 2015 « *A la fin 2015, la situation du CH de Plouguernevel reste saine* ».

2.5 L'ACTIVITE EVOLUE POUR DEVELOPPER LES SOINS AMBULATOIRES ET REDUIRE LES HOSPITALISATIONS

Le nombre de mesures et le nombre de patients hospitalisés au cours de l'année 2015 ont augmenté de 10 % depuis 2012 alors que pendant la même période la durée moyenne de séjour (DMS) et la durée moyenne d'hospitalisation (DMH) ont diminué de 12,5 % et que le taux d'occupation des lits est resté à 93 %.

En moyenne annuelle sur les trois dernières années, 230 patients (en 270 mesures) font l'objet de soins sans consentement : 200 patients admis à la demande d'un tiers ou pour péril imminent (SPDT et SPI) et 30 sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE).

Activité par statut d'hospitalisation psy adulte	Nombre de mesures	Nombre de patients	Nombre de journées	DMS	DMH
Total soins sur décision du représentant de l'État (SDRE)	29	26	2 456	84,7	94,5
dont maire (SDRE)	29	26	2 456	84,7	94,46
Total soins à la demande d'un tiers (SDT)	253	220	8 441	33,6	38,37
dont DT	39	36	1 619	42,6	44,97
dont urgence	154	131	5 742	37,5	43,83
dont péril imminent	60	53	1 080	18	20,38
Total soins libres	1 680	1 289	42 609	24,7	33,06
Total soins	1 962	1 535	53 506	26,7	34,86
Proportion soins sans consentement sur total soins	14,37 %	16,02 %	20,36 %	/	/
Nombre de lits	160				
taux occupation	93,37 %				

2015	total établissement	22G07	56G09	Addictologie 22Z01
File active	1 152	469	666	215
Nb de lits en hospi complète	160	72	70	18
Nb de journées d'hospitalisation	53 506	25 899	22 297	5 310
Taux d'occupation	93,37 %	102,84 %	87,27 %	80,82 %

Cette description générale de l'activité n'est pas représentative de celle de chacune des unités dont les missions sont différenciées :

- l'unité SEGAL, avec vingt lits auxquels s'ajoutent quatre lits réservés aux accueils en urgence, qui accueille tous les patients en soins sans consentement, a connu un taux d'occupation de 107,5 % en 2015 avec une file active de 225 patients en 7 847 journées d'hospitalisation : 26 patients admis en SPDRE (DMS et DMH de 93,8 et de 610 jours) et 200 patients en SPDT ou SPI (DMS et DMH de 23,5 et de 26,5 jours) ;

- les unités MATISSE (22G07) et GAUGUIN (56G09) avec respectivement vingt-cinq et vingt-quatre lits, qui sont des unités de soins de courtes durées ont connu des taux d'occupation respectifs de 94,35 % et 91,46 % en 2015 avec une file active de 296 et 316 patients en 8 609 et 8 012 journées d'hospitalisation : pour MATISSE trois patients en SPDRE (DMS et DMH de 1,25 et de 1,67 jours) et soixante-treize patients en SPDT ou SPI (DMS et DMH de 23,3 et de 26,5 jours), pour GAUGUIN quatre patients en SPDRE (DMS et DMH de 3 jours) et cinquante-six patients en SPDT ou SPI (DMS et DMH de 15,3 et de 17,5 jours) ;
- l'unité PISSARRO, avec vingt-sept lits, qui reçoit les patients « au long cours », a connu un taux d'occupation de 95,92 % en 2015 avec une file active de trente-huit patients en 9 443 journées d'hospitalisation, sans patient en SPDRE et avec onze patients en SPDT ou SPI (DMS et DMH de 35,1 et de 38,3 jours) ;
- l'unité intersectorielle de géro-psycho-geriatrie (UIGP), avec vingt-cinq lits a connu un taux d'occupation de 85,1 % en 2015 avec une file active de 195 patients en 7 757 journées d'hospitalisation, sans patient en SPDRE et avec trois patients en SPDT ou SPI (DMS et DMH de 0,38 et de 8 jours) ;
- l'unité d'addictologie, avec dix-huit lits a connu un taux d'occupation de 80,82 % en 2015 avec une file active de 215 patients en 5 310 journées d'hospitalisation, sans patient en SPDRE et avec trois patients en SPDT ou SPI (DMS et DMH de 6 jours).

Le projet d'établissement, en cours d'élaboration qui traduit les préoccupations développées ces derniers mois, comporte les axes suivants :

- rendre le patient acteur de son soin ;
- encourager les populations et familles à se responsabiliser, ce qui devrait notamment permettre de diminuer les durées d'hospitalisation et de développer les soins ambulatoires ;
- développer l'information du patient sur ses droits ;
- prendre davantage en compte les attentes des usagers.

2.6 LES CONTROLES INSTITUTIONNELS SONT IRREGULIERS

2.6.1 Le registre de la loi

Les contrôleurs ont consulté les trois derniers registres renseignés, ouverts respectivement les 29 décembre 2015, 17 mars 2016 et 29 mai 2016.

Sur chaque feuillet sont mentionnés les éléments d'identité du patient, le type d'admission en soins psychiatriques, l'identité du tiers demandeur pour les hospitalisations à la demande d'un tiers, l'autorité qui a arrêté la mesure pour les hospitalisations sur décision du représentant de l'Etat, la date et le dispositif des décisions du juge des libertés et de la détention (JLD), et la date de la levée de la mesure.

Sont également renseignées les dates des éventuels programmes de soins ainsi que l'identité du tuteur ou curateur.

Sont ensuite collés, sur les différentes pages composant le feuillet, l'arrêté provisoire d'admission de la personne ou, le cas échéant, la demande d'admission du tiers, les certificats médicaux d'admission, les différents certificats médicaux de situation : le certificat des 24h, des 72h, les certificats mensuels, et, le cas échéant, l'avis du collège des professionnels de santé.

Sont également collées les décisions du JLD dans leur intégralité ainsi que les autorisations de sortie de courte durée.

Les arrêtés préfectoraux et décisions du directeur de l'hôpital d'admission, de maintien de la mesure, de modification de la forme de la prise en charge ou de levée ne sont pas reproduits mais sont mentionnés dans le registre.

Les registres sont apparus globalement bien tenus, à l'exception toutefois de la mention de la date de délivrance des informations exigées par l'article L.3211-3 du code de la santé publique, qui n'est jamais présente, contrairement à ce qu'impose l'article L.3212-11 du code de la santé publique.

Recommandation

La date de délivrance des informations relatives aux droits des patients, prévues à l'article L.3211-3 du code de la santé publique, doit être renseignée sur le registre de la loi, conformément aux dispositions de l'article L.3212-11 du même code.

Les contrôleurs ont pu constater que les registres présentés ne portaient trace d'aucune visite d'autorités.

2.6.2 La commission départementale des soins psychiatriques

La composition de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) a été fixée par l'arrêté préfectoral du 23 avril 2015. Le représentant d'association agréée de personnes malades et de familles de personnes atteintes de troubles mentaux est « non désigné à ce jour ».

Le membre nominativement désigné par le premier président de la cour d'appel de Rennes (Ille-et-Vilaine), la présidente du tribunal de grande instance de Saint-Brieuc, devrait être prochainement remplacée, car elle a quitté ses fonctions le 1^{er} septembre 2016.

En 2013, la CDSP a visité un établissement, en 2014 deux, en 2015 un. Pour l'année 2016 l'objectif est de visiter les trois établissements du département par une équipe de la CDSP composée de deux membres, un médecin et un non médecin. Son activité est faible au regard de ses obligations.

Les contrôleurs ont eu communication du rapport annuel 2015 de la CDSP, du compte rendu de la visite du centre hospitalier et de l'UMD de Plouguernevel qui s'est déroulée le 27 novembre 2015 et du procès-verbal de la réunion de la CDSP en date du 8 juin 2016.

Les contrôleurs ont rencontré le président de la CDSP qui a dressé les constats suivants :

- « le nombre relativement élevé de soins sans consentement pour péril imminent (SPI) – 60 mesures pour le centre hospitalier et 190 mesures pour les trois établissements du département en 2015 – s'explique par la difficulté d'avoir recours à un tiers ; ce volume ne paraît pas exorbitant aux yeux de la CDSP ;
- le nombre de patients ou de leurs conseils qui expriment des réclamations auprès de la CDSP a diminué considérablement depuis que le juge des libertés et de la détention tient des audiences foraines ; ainsi la CDSP a reçu deux réclamations en 2013, autant en 2014 comme en 2015. Lors de la visite de l'UMD et du centre hospitalier de Plouguernevel en 2015, 18 patients ont été rencontrés par les membres de la CDSP, aucun n'a exprimé de réclamation ;
- les attributions de la CDSP définies par l'article L. 3223-1 du code de la santé publique sont limitées et semblent faire doublon avec des missions assurées par le juge de la liberté et de la détention ou par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté ».

Les attributions de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) définies par l'article L. 3223-1 du code de la santé publique sont définies et limitées. Ainsi l'examen par la

CDSP des registres d'isolement et de contention, n'apparaît pas. Cet examen est à conduire sans attendre de modification du code, car il entre dans le champ des compétences générales de la CDSP.

Recommandation

Lors des visites de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), les entretiens sollicités par les patients n'entrent qu'exceptionnellement dans le champ de ses attributions. En conséquence, l'information des patients est à améliorer sous différentes formes : dans le document de notification des droits, dans l'affichage comme à l'occasion des formations du personnel afin que les patients comprennent sa mission.

2.6.3 La visite des autorités

Le préfet des Côtes-d'Armor et le sous-préfet de Guingamp ont visité l'unité SEGAL en octobre 2015. Deux ans auparavant, le maire de Plouguernevel et le sous-préfet de Guingamp ont visité l'établissement. Les visites ne sont pas annuelles.

Le nouveau maire de Plouguernevel étant employé par le centre hospitalier ne visite pas l'établissement pour des raisons déontologiques évidentes. Il a délégué cette mission à l'un de ses adjoints. Une visite de sécurité a été conduite par l'un des adjoints au maire de Plouguernevel le 19 novembre 2015.

La présidente du tribunal d'instance de Saint-Brieuc et le procureur de la République près de ce tribunal ne se rendent pas annuellement au centre hospitalier. Ils ont fait part aux contrôleurs lors, de leur entretien, des solutions qui sont mises en place pour pallier l'absence d'avocat à l'audience des douze jours.

La dernière visite de la CDSP remonte au 27 novembre 2015 (cf. *supra* § 2.6.3).

2.7 LES INSTANCES CHARGÉES DE L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE SONT PRÉSENTES MAIS INSUFFISAMMENT SOLLICITÉES

2.7.1 La place laissée aux représentants des familles et des usagers

Il n'y a pas d'implication des usagers en dehors de la commission des usagers (CDU) et du conseil d'administration (CA).

Dans sa lettre en date du 24 janvier 2017, le directeur général précise « les représentants des usagers participent également au CLAN (comité de liaison en alimentation et nutrition), à l'espace éthique, aux groupes d'autoévaluation dans le cadre de la certification ou aux groupes de travail dans le cadre de la démarche de projet d'établissement ».

Le taux de participation des usagers à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) puis à la CDU est de l'ordre de trois personnes présentes sur quatre.

Les contrôleurs ont rencontré l'un des représentants des usagers qui participe à la CDU. Cette personne juge que l'image de l'établissement à l'extérieur est globalement positive et que les patients sont plutôt satisfaits de la prise en charge à l'exception de la qualité de l'alimentation. Les patients regrettent cependant l'insuffisance d'activités thérapeutiques. Elle remarque qu'il y a peu de plaintes, sans pouvoir donner d'explication à ce faible chiffre. Il y a eu un véritable effort conduit depuis plusieurs années pour améliorer la qualité des locaux.

2.7.2 La commission des usagers

Depuis sa création en 2002 la CRUQPC comprend parmi ses membres deux représentants des usagers titulaires et deux représentants des usagers suppléants au titre de l'union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM), de la CFDT Retraités et du collectif inter-associatif sur la santé CISS-Bretagne.

Lors du contrôle de l'unité pour malades difficiles (UMD) par le CGLPL en juin 2015 il avait été constaté que les représentants des usagers ne connaissaient pas les différents sites de l'AHB. Depuis cette date, la CRUQPC s'est réunie à chaque fois dans un établissement différent de l'AHB avec l'organisation, pour les membres de la commission, d'une visite de cet établissement.

En 2015, la CRUQPC s'est réunie quatre fois, les lundi 2 mars, 1^{er} juin, 21 septembre et le vendredi 4 décembre. On notera que la commission a examiné lors de ces quatre séances la synthèse des questionnaires de sortie, les événements indésirables, l'analyse des registres des mises en chambres d'isolement, les demandes de dossiers médicaux, plaintes, réclamations et médiations. La commission a été associée à la rédaction du règlement intérieur de l'unité d'addictologie.

2.7.3 Le comité d'éthique « l'espace éthique »

Le comité d'éthique se réunit quatre fois par an sous la forme d'un « espace éthique » qui comprend un représentant des usagers et des familles. Il est animé par un bureau. La présidente et la vice-présidente de l'espace éthique ainsi que l'une de ses animatrices ont suivi un diplôme universitaire (DU) d'éthique. Il peut être saisi par un service à l'aide d'un formulaire disponible sur l'intranet de l'établissement ou il peut s'auto-saisir.

Le comité a mis au point une grille d'analyse lui permettant de traiter les sujets de façon plus efficace. Chaque sujet donne lieu à une note préalable puis un débat en séance plénière.

Les saisines donnent lieu à rédaction d'un avis adressé dans un premier temps à l'auteur de la saisine puis le document est publié sur l'intranet avec une information générale.

Ont été ainsi traités en 2016 :

- en saisine par un tiers : vie sexuelle en institution et déviance, le refus de traitement ;
- en auto-saisine : l'alimentation et prochainement isolement et contention.

Ce n'est qu'après quatre ans de fonctionnement que le comité commence à être connu du personnel et son utilité reconnue, selon les dires d'une de ses animatrices.

2.7.4 Le questionnaire de satisfaction

Le nombre de questionnaires retournés chaque année est compris entre 375 et 400.

Le taux moyen de retour des questionnaires de sortie et de satisfaction en 2015 est de 33,18 % des patients des unités d'hospitalisation à temps plein du centre hospitalier.

Pour ces unités (375 réponses) la moyenne de satisfaction générale est de 15,67/20. L'appréciation moyenne la plus élevée concerne les activités thérapeutiques proposées avec 17,95/20 et l'appréciation moyenne la plus faible concerne la qualité des repas avec 12,91/20.

On trouvera ci-dessous la synthèse des trois années 2015, 2014 et 2013 relatives à l'information sur les droits et au respect de ceux-ci :

VOTRE APPRÉCIATION CONCERNANT VOS DROITS

Les informations concernant vos droits d'usager vous ont-elles paru ? (Taux de réponse 93,1 %)	Moyenne 14,56/20	Moyenne 14,17/20	Moyenne 14,48/20
Très satisfaisantes	31,2 %	28,1 %	29,1 %
Satisfaisantes	61,3 %	61,3 %	63,8 %
Peu satisfaisantes	4,9 %	8,4 %	5,3 %
Non satisfaisantes	2,6 %	2,2 %	1,8 %
	2015 375 quest.	2014 399 quest.	2013 370 quest.
Le respect de vos droits (dignité, confidentialité) vous a-t-il semblé ? (Taux de réponse 94,1 %)	Moyenne 15,54/20	Moyenne 15,25/20	Moyenne 15,92/20
Très satisfaisant	44,8 %	40,5 %	48,3 %
Satisfaisant	47 %	52,1 %	46 %
Peu satisfaisant	6,8 %	5,3 %	4 %
Non satisfaisant	1,4 %	2,1 %	1,7 %

3. LE DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT

3.1 L'ARRIVEE DES PATIENTS ADMIS SANS CONSENTEMENT EST A AMELIORER AFIN QUE LES PATIENTS AIENT UNE MEILLEURE CONNAISSANCE DE LEURS DROITS

3.1.1 Les modalités d'admission des patients en soins sans consentement

L'unité SEGAL est la seule accueillant directement des patients en soins sans consentement, que ce soit sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) ou sur demande d'un tiers (SDT).

Lorsque le service des admissions est prévenu d'une demande d'admission sur décision du représentant de l'Etat, il vérifie la régularité des documents transmis par télécopie – dans la majorité des cas la procédure est initiée par un arrêté municipal – avant de déclencher l'organisation matérielle de l'admission. Une équipe d'infirmiers de l'unité SEGAL, en général deux soignants, part chercher la personne pour la ramener vers l'unité.

Les patients admis sur demande d'un tiers arrivent en majorité depuis le service des urgences de l'hôpital de Pontivy ; ils sont plus rarement adressés par un médecin de ville ou un centre médico-psychologique (CMP).

A l'arrivée du malade à l'entrée de l'hôpital, les agents du service des admissions vérifient la régularité des pièces justifiant l'admission en soins sans consentement.

En cas d'arrivée la nuit ou le week-end, le cadre d'astreinte exécute ces formalités d'admission.

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

La procédure diffère selon le mode d'admission.

Pour les patients admis en SDRE, l'arrêté préfectoral de confirmation arrive en général dans les 24 heures suivant l'entrée. Il est notifié au patient par le cadre de l'unité SEGAL – et le week-end, le cadre de garde. Le patient signe le formulaire de notification lequel est renvoyé à l'agence régionale de santé (ARS), une copie étant conservée dans le dossier administratif du patient. Aucune copie de l'arrêté préfectoral et de sa notification n'est donnée au patient. S'il en fait la demande, le cadre de santé, lui remet une copie de la décision.

Il a été affirmé que l'ARS adressait ultérieurement au patient par lettre un exemplaire de l'arrêté de SDRE. Cette affirmation n'a pas pu être vérifiée.

Les certificats de 24 heures et de 72 heures ne sont pas transmis au patient. L'arrêté de maintien ainsi que la forme de prise en charge sont notifiés.

Dans son courrier en date du 24 janvier 2017, le directeur général précise « une information préalable est faite au patient par le médecin avec le certificat médical des 72 heures, si le patient ne signe pas cette information, deux infirmiers attestent de l'incapacité ou du refus de signature ».

Les droits ne seront notifiés qu'au moment de la saisine du juge des libertés et de la détention (JLD) ce qui peut n'intervenir selon les cas, qu'après huit à dix jours d'hospitalisation. En outre, le formulaire des droits fourni par l'ARS est incomplet : il ne mentionne pas les coordonnées des autorités que le patient peut saisir.

Recommandation

Les droits des patients admis en soins sur décision du représentant de l'Etat doivent leur être notifiés dès leur admission. Le fait que l'attestation de la notification de ces droits doit être jointe à la saisine du JLD ne saurait justifier que cette notification soit différée jusqu'à cette

saisine. Une copie de la décision préfectorale qui doit mentionner les voies et délais de recours et du formulaire de leurs droits doit leur être remise.

Pour les patients admis en SDT, les droits afférents à leur situation ainsi que la décision d'admission du directeur de l'établissement, qui est signée dans la journée, sont notifiés immédiatement par le cadre de santé de l'unité SEGAL ou en dehors de ses horaires de travail par le cadre d'astreinte délégataire du directeur général. Une copie de la décision et du formulaire des droits est laissée au patient.

Des patients admis en soins libres peuvent changer de statut. Ils sont alors, le plus souvent, admis sur le fondement de l'article L.3212-3⁶ du code de la santé publique visant les cas d'urgence (SPDTU). Si aucun tiers ne peut être contacté, le changement d'admission sera prononcée sur le fondement de l'article 3212-1-II 2°⁷ du même code prévu pour les cas de péril imminent (SPDTI). Le formulaire des droits remis aux patients hospitalisés en soins sans consentement comporte une erreur sur l'adresse du Contrôleur général des soins de liberté. Il convient de corriger l'adresse pour mentionner 16-18 quai de la Loire CS 70048 75921 Paris cedex 19.

3.1.3 Le recueil des observations des patients

En principe, le médecin doit remplir un formulaire de recueil des observations du patient, formulaire disponible dans le logiciel de gestion des patient et qui peut être imprimé pour être ensuite versé dans la partie administrative du dossier du patient. Pour les patients admis en SDRE, ce document est également transmis à l'ARS avec le certificat de 72 heures.

Si le médecin ne fait pas ce recueil, le cadre de santé est supposé le substituer ou bien un IDE.

En pratique, peu de patients formulent des observations.

Recommandation

Le recueil des observations des patients semble de pure forme et la perception de son utilité assez vague. Il convient de sensibiliser les équipes aux enjeux de cette collecte et de la protocoliser.

3.1.4 La désignation d'une personne de confiance

Le médecin doit également informer la personne sur le rôle de d'une personne de confiance et recueillir les informations données pour sa désignation. Lorsqu'il ne le fait pas ou bien lorsque

⁶ Article L.3212-3 du code de la santé publique : « En cas d'urgence, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, le directeur d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 peut, à titre exceptionnel, prononcer à la demande d'un tiers l'admission en soins psychiatriques d'une personne malade au vu d'un seul certificat médical émanant, le cas échéant, d'un médecin exerçant dans l'établissement. *Dans ce cas, les certificats médicaux mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 3211-2-2 sont établis par deux psychiatres distincts. (...) »*

⁷ Article L.3212-1-II 2° du code de la santé publique : « 2° Soit lorsqu'il s'avère impossible d'obtenir une demande dans les conditions prévues au 1° du présent II et qu'il existe, à la date d'admission, un péril imminent pour la santé de la personne, dûment constaté par un certificat médical établi dans les conditions prévues au troisième alinéa du même 1°. Ce certificat l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins. Le médecin qui établit ce certificat ne peut exercer dans l'établissement accueillant la personne malade ; il ne peut en outre être parent ou allié, jusqu'au quatrième degré inclusivement, ni avec le directeur de cet établissement ni avec la personne malade. »

cette désignation est différée en raison de l'état du patient, le service des admissions adresse par mail des relances.

3.1.5 La période initiale de soins et d'observation dans chaque unité

Aucune prescription n'est systématique en période d'observation, notamment les jours précédant la rédaction du certificat de 72 heures (cf. § 7.2 *infra*). Cette période d'observation est donc personnalisée en fonction de la clinique du patient.

3.1.6 Les cas de sur occupation et de transfert

La capacité d'accueil de l'unité fermée est de vingt lits plus quatre lits, ces derniers devant, en principe, être libres en fin de semaine pour permettre les entrées pendant le week-end de patients en soins contraints. En pratique, il arrive que jusqu'à vingt-six patients soient admis dans cette unité, si des patients sont en chambre d'isolement, dans l'attente de transferts de patients pour libérer des lits, ces transferts n'ayant jamais lieu en fin de semaine.

Le cadre de cette unité refuse que même en cas de sur occupation, les chambres d'isolement soient utilisées comme chambres ordinaires ; il n'est jamais arrivé qu'un patient en sortie d'isolement n'ait pas de solution d'hébergement ordinaire.

3.1.7 La confidentialité sur l'hospitalisation

Le bureau des admissions ne transmet jamais d'information sur un patient par téléphone quel que soit l'interlocuteur. Toutes les demandes doivent être faites par écrit.

Lorsque le patient a manifesté le désir de ne recevoir ni appel téléphonique ni visite, en principe le standard de l'hôpital est prévenu. A défaut, en cas d'appel, l'agent du standard vérifie la présence de la personne appelée et passe le service sans autre formalité.

La possibilité de disposer de la confidentialité de l'hospitalisation n'est pas mentionnée dans le livret d'accueil ni dans les règlements intérieurs.

A l'unité SEGAL, cette information est mal recueillie et traitée : elle n'est ni systématiquement recueillie, ni tracée dans le dossier patient ; selon les interlocuteurs, une bonne partie des soignants ignore que les patients peuvent demander le secret de leur présence.

Recommandation

Le livret d'accueil doit mentionner la possibilité de demander la confidentialité de la présence des patients dans l'établissement. Les agents en charge des procédures d'admission doivent recueillir cette information et l'intégrer dans le dossier.

3.2 L'INFORMATION DES PATIENTS EST A AMELIORER MEME SI QUELQUES BONNES PRATIQUES SONT RELEVÉES

3.2.1 Le livret d'accueil

Le livret d'accueil est remis à chaque patient lors de son arrivée au sein de l'unité par le cadre ou l'infirmier qui le reçoit.

Le livret d'accueil, en format A5, comporte plusieurs parties :

- un livret agrafé de douze pages présentant l'association hospitalière de Bretagne (AHB) avec en page 1 un mot de bienvenue, en page 2 la présentation générale de l'AHB avec ses principales branches (sanitaire, médico-social, social, structures en partenariat), en page 3

l'organisation (tableau présentant les différentes instances), en page 4 une carte faisant apparaître les principales instances, en page 5 les principes de la démarche qualité et de la gestion des risques (dont la CRUQPC⁸ - dénomination ancienne de la commission des usagers), en page 6 les frais de séjour et leur modalité de prise en charge, en page 8 le service social et ses missions, en pages 9 et 10 les « droits et informations » des patients (accès au dossier médical, personne de confiance, plaintes et réclamations, information et consentement des patients, droits civiques, photos, cultes) ; la première de couverture porte le titre de livret d'accueil et la dernière de couverture l'adresse et les coordonnées du centre hospitalier ;

- dans ce livret un autre livret de seize pages présentant le centre hospitalier de Plouguernevel, en page 2 la présentation des secteurs de psychiatrie couverts, en page 3 les coordonnées du bureau des admissions et des documents à fournir à l'admission, en pages 4 et 5 les modalités d'accueil dans les unités d'hospitalisation à temps plein, les unités de prise en charge ambulatoire, l'unité de psychiatrie de liaison, l'équipe de liaison et de soins en addictologie, en page 9 le principe des équipes pluri professionnelles, en pages 7 à 12 une présentation des secteurs de psychiatrie adultes, du secteur intersectoriel d'addictologie et celui de psychiatrie infanto-juvénile, en pages 13 et 14 des informations sur le séjour (règlements intérieurs propres aux unités, horaires, repas, linge, chambres, organisation des consultations médicales, médicaments, armes, boissons alcoolisées et substances toxiques, visites, sorties), en page 15 des informations sur la vie de l'hôpital (parc, horaires d'ouverture de la cafétéria, prêts de livres et de DVD, courrier, dépôt d'argent et de valeurs) et des informations pour héberger des proches à proximité ; la première de couverture porte le titre de « centre hospitalier de Plouguernevel » et la dernière de couverture l'adresse et les coordonnées du centre hospitalier ;
- un questionnaire de sortie et une enveloppe non timbrée avec l'adresse du centre hospitalier.

Un dépliant de l'assurance maladie donne des informations sur ce qu'elle peut rembourser ou prendre en charge.

Le livret d'accueil ne présente aucune information sur les droits des patients en soins sans consentement.

3.2.2 Le règlement intérieur

Le règlement intérieur (RI) de chaque unité est rédigé selon la même trame, sur deux pages en recto, en intégrant quelques spécificités propres à chaque unité. Chaque rubrique est ornée d'une vignette pour en faciliter la compréhension.

Les rubriques du RI sont les suivantes :

- le contrôle des inventaires ;
- la chambre ;
- les repas ;
- le linge et nécessaire de toilette ;
- l'argent et objet de valeur ;
- les appareils électriques ;

⁸ CRUQPC : commission des relations des usagers et de la qualité de la prise en charge.

- les animaux ;
- le tabac ;
- les boissons alcoolisées et substances dangereuses toxiques et illicites ;
- les médicaments ;
- les armes, objets dangereux et inflammables ;
- le téléphone ;
- le courrier ;
- la détente ;
- les visites ;
- le coucher ;
- le respect des personnes et des lieux de soins ;
- le respect des locaux et l'hygiène.

Il est précisé qu'en cas de manquement au RI le patient sera vu en entretien avec le médecin et un cadre infirmier.

Le règlement intérieur est affiché dans chacune des unités dans un lieu de passage. En revanche, il n'est pas affiché dans les chambres ni remis aux patients. Les précisions qu'il apporte sur différents sujets (téléphone, courrier, conservation des valeurs, horaires des repas, tabac, visites, etc.) sont élémentaires mais parfois insuffisantes – par exemple il ne précise pas comment acheter du tabac ni les horaires d'ouverture de la cafétéria.

Le livret d'accueil et le règlement intérieur ne donnent pas de précisions sur :

- les mesures d'hospitalisation sans consentement et les droits associés, les sorties ;
- la gestion des biens et notamment l'argent de poche ;
- l'utilisation de la salle de sport ou gymnase, des équipements sportifs, des salons de coiffure ;
- la composition des différentes instances, leurs règles de fonctionnement, même si certaines de ces informations apparaissent dans les projets d'établissement⁹ ;
- la discrétion que peut demander un patient sur son hospitalisation.

Recommandation

Le livret d'accueil, les règlements intérieurs propres à chaque unité, les affichages au sein des unités méritent d'être complétés sur les droits des patients en soins sans consentement et sur le déroulement de la vie courante.

3.3 LA PREPARATION DE LA SORTIE EST TRAVAILLEE

3.3.1 Les sorties de courte durée

a) Les sorties accompagnées d'une durée inférieure à 12 heures

Les sorties accompagnées sont très largement utilisées pour les activités à l'extérieur de l'établissement, les consultations médicales spécialisées et la réalisation d'achats en ville. Les demandes sont faites par le médecin psychiatre de l'unité, gérées par le secrétariat de l'unité en

⁹ Projet de prise en charge, projet de soins, projet médical, projet qualité sécurité et gestion des risques, projet schéma directeur des systèmes d'information, projet social.

liaison avec le secrétariat de la direction du centre hospitalier et les autorisations sont obtenues dans des délais courts, d'une journée ouvrable.

Les patients sont accompagnés le plus souvent par un soignant de l'unité dans laquelle ils sont accueillis. Lorsque le patient est hospitalisé sur décision du représentant de l'Etat, il est accompagné par deux soignants.

Les contrôleurs ont pu constater en parcourant le registre de la loi que les sorties accompagnées étaient nombreuses et régulières, quel que soit le statut sous lequel le patient est hospitalisé.

A titre d'exemple, un patient admis en péril imminent depuis le mois de mai 2016 avait pu bénéficier au jour de la visite de six sorties accompagnées, dont une pour participer à une randonnée aux alentours de l'hôpital, une pour aller faire une radiographie à Pontivy et quatre pour procéder à des achats en ville.

Un autre patient admis à la demande d'un tiers en urgence depuis le mois de janvier 2016 avait pu bénéficier au jour de la visite de douze sorties accompagnées dont huit pour se rendre à des séances de sismothérapie, une pour une consultation médicale spécialisée, deux pour procéder à des achats et une pour se rendre à des obsèques.

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

Les sorties non accompagnées sont prescrites, dans la grande majorité des cas, pour permettre un retour du patient à son domicile ou en famille.

Ces sorties sont utilisées pour maintenir les liens familiaux et tester la capacité du patient à évoluer vers une prise en charge autre que sous la forme d'une hospitalisation complète.

Les contrôleurs ont pu constater que ce type de sortie pouvait être autorisé quel que soit le statut sous lequel le patient est hospitalisé.

c) Les cas d'opposition écrite du représentant de l'Etat

Il n'a pas été fait état lors des entretiens d'opposition du préfet lors de demandes de sortie.

d) L'information des tiers

Pour les patients hospitalisés à la demande d'un tiers, ce dernier n'est informé d'une sortie que lorsqu'elle est définitive. Dans ce cas la copie de la décision de fin de mesure lui est adressée par voie postale.

3.3.2 L'avis préalable des médecins psychiatres

a) L'avis conjoint

L'examen du registre de la loi n'a pas fait apparaître d'opposition du préfet à une demande de levée de soins sans consentement qui aurait justifié le recours à un deuxième avis de psychiatre.

b) Le collège des professionnels de santé

Le service d'accueil tient à jour, sur un tableau *Excel*, la programmation des réunions des collèges des professionnels de santé. Les secrétariats médicaux reçoivent chaque lundi la liste des patients dont la situation doit être examinée par le collège au moins deux mois à l'avance.

Le collège comprend le médecin psychiatre en charge du patient, un autre psychiatre du service et un soignant. Sauf exception, le soignant est le cadre de santé de l'unité d'accueil du patient. Le patient est reçu par le collège et il est informé de la décision prise dès la fin de la réunion.

3.3.3 Le passage en programme de soins

Selon les informations recueillies, les programmes de soins ne sont jamais utilisés pour des patients en hospitalisation complète.

Dans son courrier en date du 24 janvier 2017, le directeur général précise : « les programmes de soins s'inscrivant dans la continuité des hospitalisations sans consentement sont régulièrement utilisés pour la suite du projet thérapeutique des patients ».

Lorsque des ruptures de programmes de soins se produisent :

- pour les personnes admis en SPDRE, en particulier quand un rendez-vous pour une injection n'est pas honoré, une visite médicale à domicile est organisée ; un certificat est alors adressé à l'ARS et, le cas échéant, la gendarmerie peut être sollicitée pour réintégrer le patient à Plouguernevel ;
- pour les personnes en SDT, si la visite à domicile ne permet pas de convaincre le patient de revenir librement au centre hospitalier, cette visite permet dans la plupart des cas au patient d'accepter de se présenter à son centre médico-psychologique (CMP) habituel ; quand ce n'est pas le cas, l'ARS est sollicitée pour admettre la personne en SPDRE en cas de risque de trouble à l'ordre public.

On notera que les autorisations de sortie de courte durée sont collées dans les registres de la loi ainsi que les décisions du collège des professionnels de santé et le contenu des programmes de soins.

3.3.4 La levée de la mesure

Il est fréquent que la sortie d'un patient en SDRE soit préparée progressivement avec une transformation de son statut en SDT puis en soins libres.

La présence dans le registre de la loi des autorisations de sortie de courte durée, des décisions du collège des professionnels de santé et du contenu des programmes de soins permet un accès aisé à l'ensemble des informations concernant un patient.

3.3.5 Les conditions d'hébergement en sortie d'hospitalisation, l'étayage social

La sortie des patients est conditionnée par la pertinence de l'accueil dans la famille, évaluée par le service social ; à défaut, un établissement spécialisé (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – EHPAD, maison d'accueil spécialisé – MAS – ou foyer d'accueil médicalisé – FAM) est recherché.

3.4 LA MISSION DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION S'EXERCE EN BONNE ARTICULATION AVEC LE CENTRE HOSPITALIER

3.4.1 Les modalités d'organisation de l'audience

La saisine du juge des libertés et de la détention (JLD) est assurée par l'ARS pour les patients admis en SDRE et par le bureau des admissions pour les patients en SDT.

Pour les patients en SDRE, le bureau des admissions transmet à l'ARS un avis motivé du psychiatre, le document de demande de l'assistance d'un avocat signé par le patient et le document « information du patient sur ses droits et voies de recours » signé par le patient, à défaut par un soignant qui atteste que la personne n'a pas pu signer ce document. Aucune information sur la composition du barreau de Saint-Brieuc n'est affichée.

Pour les personnes en SDT, la saisine, pièces (décisions, certificats médicaux, et autres pièces du dossier selon la situation) sont transmis directement au greffe par le bureau des admissions.

Depuis septembre 2014, les avocats du barreau de Saint Brieuc ne se déplacent pas à Plouguernevel pour toutes les audiences du JLD. Une note du bâtonnier en date du 29 mars 2016 explique « *Nous avons acté l'impossibilité d'être présent aux audiences de Bégard et Plouguernevel, considérant que le poids d'audiences, nécessitant des trajets, de prendre connaissance du dossier, de nous entretenir avec le malade, pour assister quelquefois un seul patient, voire deux ou trois, soit une rémunération de 330 euros au mieux, n'était pas supportable.* »

Pour chaque audience, un avocat est convoqué et le bâtonnier répond en constatant l'impossibilité d'en dépêcher. Dès lors la régularité de l'audience est sauve ce qui a été confirmé par la cour d'appel de Rennes.

Aussi, avec l'accord du JLD en charge de l'audience de Plouguernevel, il a été convenu que les avocats assureront une permanence à une audience dédiée tenue une à deux fois par mois, selon un planning arrêté trois mois à l'avance. Sur cette audience mensuelle sont examinés :

- les dossiers faisant l'objet d'un contrôle semestriel venus à échéance depuis la dernière audience mensuelle avec avocat ;
- les dossiers initiaux de la semaine ;

- les dossiers dont les patients auront demandé un réexamen de leur affaire par le juge en présence d'un avocat.

Ainsi qu'il a été constaté par les contrôleurs, et confirmé par les soignants, cette procédure demeure confuse pour beaucoup de patients : lors de la notification de la convocation à l'audience, le soignant leur explique le caractère obligatoire – selon la loi – de l'assistance d'un avocat, puis, le document du bâtonnier faisant savoir qu'il ne désignerait pas d'avocat.

3.4.2 Le déroulement de l'audience du juge des libertés et de la détention

Avant l'audience par le juge des libertés et de la détention (JLD), le patient est généralement informé par le médecin psychiatre au cours d'un entretien individuel. Une copie du dossier destiné au JLD peut lui être remise s'il en fait la demande (unité PISSARO). A cette occasion, le cadre d'unité ou un infirmier fait signer au patient la note de demande d'un avocat (unité PISSARO).

L'audience se déroule dans un bâtiment qui n'est plus utilisé qu'à cet effet. Les patients y sont accompagnés par un ou deux soignants, éventuellement en véhicule. Si l'état du patient le lui permet, celui-ci peut se rendre seul à l'audience (unité MATISSE).

Une salle d'audience assez vaste a été aménagée. La JLD préfère utiliser une salle plus petite, qu'elle estime mieux appropriée à la rencontre avec des personnes souffrant de troubles mentaux.

Cette salle où se déroule l'audience est meublée d'un bureau, sur lequel est installé un poste informatique, et de chaises pour les patients et éventuellement les soignants s'ils assistent à l'audience ce qui est rare, de façon générale, la JLD est seule avec le patient et la greffière. Les soignants qui accompagnent le patient restent dans la salle d'attente dans laquelle donne la salle d'audience, la porte entre les deux pièces restant entrebâillée pour respecter le caractère public de l'audience.

Les contrôleurs ont pu assister à une audience qui se tenait sans avocat.

La juge - qui ne portait pas de robe - et la greffière se tenaient d'un côté du bureau, le patient de l'autre. La faible distance qui les séparait est parue de nature à briser la solennité de la rencontre au profit d'un dialogue confiant au cours duquel certains patients se sont accoudés au bureau. La magistrate s'est présentée comme « juge de la liberté » et a expliqué son rôle. Elle s'est enquis du contexte de l'hospitalisation et de l'appréciation du patient sur sa prise en charge.

Elle a expliqué l'absence d'avocat et la possibilité de réexamen au cours d'une nouvelle audience où un avocat pourrait être présent (Cf. ci-dessus) ; elle a fait signer un document sur lequel le patient pouvait formuler un choix sur cette question. Au cours de l'audience précédente, deux patients sur les six convoqués ont exprimé le choix d'un réexamen.

La décision est rendue sur le siège, la juge explicitant au patient le sens et la portée de son ordonnance.

Les modalités de tenue de l'audience sont apparues comme l'occasion de reprendre sa situation avec le patient, avec l'effet de modération apporté par une personne tierce à l'hôpital. Les soignants ont confirmé que si beaucoup de patients « culpabilisent » avant l'audience, le comportement de la JLD dissolvait ces inquiétudes.

4. LES DROITS DES PATIENTS

4.1 LA PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS EST ASSUREE

Il existe un partenariat de qualité entre le personnel de l'AHB, et plus particulièrement celui de son service social, et les associations assurant la protection juridique des patients. Les contrôleurs ont constaté que ce travail participe au maintien de la dignité des patients notamment ceux privés de liberté.

Le centre hospitalier de Plouguernével accueille 155 patients dont 59 sous mesure de protection au 12 septembre 2016. Parmi ces derniers, 7 sont pris en charge par l'unité de mandataires judiciaires à la protection des majeurs du centre hospitalier.

Unité	Nb Total de patients	Tutelle aux biens	Tutelle aux biens et à la personne	Curatelle renforcée eux biens	Curatelle renforcée aux biens et à la personne	Sauvegarde de justice	Qui exerce les mesures ?
MATISSE	24		4	5	3		UDAF-ACAP
Pissarro	20	3	14		3		5 UDAF 5 Familles 5 AHB-2 ACAP- 1 APM 2 ATIS
SEGAL	25	2	4	1	1		1 AHB 1 Famille 6 UDAF-ACAP et APM 22
GAUGUIN	24		2		4	1	5 MSA Tutelle 1 APM 22 1 UDAF
UIGP	23	1	3		2		1 AHB 2 UDAF 2 ACAP- 1 Famille
UPA	21				4		3 UDAF-1 ATIS
Addicto.	18				2		2 UDAF
TOTAL	155	6	27	6	19	1	59

La grande majorité des mesures est assurée par l'une des associations habilitées :

- l'association Costarmoricaïne d'accompagnement et de protection (ACAP) ;
- l'association de protection des majeurs (APM 22) ;
- l'association de tutelle et d'insertion sociale du Morbihan ;
- l'union départementale des associations familiale (UDAF).

L'unité de mandataires judiciaires à la protection des majeurs du centre hospitalier de Plouguernével ne gère que sept mesures, mais sont concernés des patients hospitalisés depuis et pour longtemps. Les mandataires extérieurs désignés par le magistrat consultent les dossiers puis rencontrent le patient en présence de l'assistante sociale ou, dans l'unité SEGAL, de l'infirmière animatrice.

Il est alors procédé à une évocation des droits des patients et de la façon dont les mandataires vont pouvoir intervenir : des visites, des contacts réguliers avec le service social et des transferts d'argent sur leur compte à la banque du centre hospitalier.

Le service social du centre hospitalier assume pleinement tout au long de l'hospitalisation les fonctions de conseil, d'orientation et de soutien des personnes et des familles en situation de vulnérabilité et procède si nécessaire à une demande de mise sous tutelle.

Dans l'esprit du projet de service et avec professionnalisme, l'équipe met en œuvre l'accompagnement social au cas par cas et développe un partenariat avec l'ensemble des services sociaux du territoire. Les relations de qualité établies avec les associations en charge d'une mesure de protection juridique permettent d'aborder sereinement les difficultés qui peuvent survenir telles que la durée trop longue de mise en place d'une mesure et les questions financières qui en résultent ou les divergences dans l'approche d'un projet de sortie.

Les juges des tutelles sont tenus informés de l'évolution des patients protégés par des bilans de situation en sus de la transmission du compte de gestion annuel.

La protection juridique des majeurs ne pourrait être pleinement assurée sans l'investissement du service social de l'hôpital.

4.2 LE SOUCI DE GESTION DES BIENS DES PATIENTS S'ÉTEND AUX PERSONNES DEMUNIES

Au sein du centre hospitalier de Plouguernével plusieurs services et associations tentent d'apporter leur concours à toute action susceptible de prévenir les difficultés sociales ou médico-sociales rencontrées par la population accueillie et d'y remédier.

Il s'agit non seulement de protéger et promouvoir le bien-être de l'ensemble des patients, mais aussi de répondre aux besoins spécifiques de ceux qui sont en situation d'exclusion sociale ou d'errance et pour lesquels l'accès aux droits est un enjeu majeur pour toute élaboration de projet de sortie.

L'établissement dispose d'un compte bancaire et d'un compte d'une régie de dépôt, habilitée à recevoir et à restituer les sommes d'argent, les titres et valeurs mobilières, les moyens de règlement et les objets de valeur déposés par les hébergés. Il est alimenté par les versements des familles, des mandataires ou des tiers.

Chaque retrait donne lieu à l'établissement d'un double bordereau dont un volet est remis au patient et l'autre conservé à l'accueil.

Si une admission à lieu le week-end, il est possible de déposer les biens au coffre à l'accueil du centre hospitalier.

Un inventaire contradictoire est réalisé dans les unités où sont accueillis les malades : il est enregistré dans le dossier informatisé de chaque patient. Les contrôleurs ont constaté que cet inventaire est souvent lacunaire.

Le dispositif mis en œuvre vise un accès simplifié aux moyens de paiement et à l'argent de chacun, lesquels peuvent être déposés à leur demande dans le coffre de chaque unité. Il s'agit de petites sommes permettant quelques achats le plus souvent effectués avec ou par un personnel « référent » de chaque équipe.

Les patients disposent en outre d'un placard fermant à clef dans leur chambre.

Les vols, très rares, donnent lieu à un dépôt de plainte à la gendarmerie de Rostrenen.

Parmi la population accueillie, toutes les personnes n'ont pas de revenus ni de familles solidaires.

La mise en place par les assistantes sociales d'une couverture maladie universelle est comparée à un véritable « parcours du combattant » pour recouvrir ou accéder à des droits sociaux.

Lors de la visite des contrôleurs la problématique des jeunes a été abordée :

« Par exemple, à l'unité de soins SEGAL, trois jeunes de moins de 25 ans sont hospitalisés sur la période de la visite. Un cumul de difficultés se présente pour un jeune hospitalisé depuis un an : rupture familiale, pas de projet possible avec la mission locale ni le conseil départemental, pas de revenus, pas de logement. L'état de santé actuel ne permet pas d'orientation en structure médico-sociale, ni en centre de réadaptation.

Les deux autres situations sont en attente de projet car l'état de santé n'est pas stabilisé pour aborder la question avec ces jeunes. Même si le service social de l'AHB est mobilisé sur l'accompagnement des jeunes, ces situations restent complexes et nécessitent un étayage global (éducatif, social, insertion, médical) en complémentarité et en articulation avec les partenaires extérieurs. Des progrès sont nécessaires ».

Toujours sur ce même registre de « l'indigence » le recours à des aides sous forme de crédits ou de subventions est organisé avec des associations, une pour chaque secteur de psychiatrie « Espoir » et « Bruyère » et d'une association pour l'addictologie « les Ajoncs d'or ».

Ces associations ont pu favoriser l'accès au logement, organiser un secours ponctuel ou plus globalement soutenir au sein des unités des initiatives visant l'accès à l'autonomie. Certains patients sont, selon les témoignages recueillis, « hospitalo-requérants » car porteurs, outre de dépendances plus ou moins lourdes, d'états pathologiques multiples, évolutifs, graves nécessitant la présence d'une équipe hospitalière. Leur hospitalisation doit pouvoir être prolongée autant que de besoin ce qui implique l'aménagement d'activités adaptées au cas par cas quel que soit le statut de soin ou leur situation financière.

Bonne pratique

La gestion des biens des patients assortie d'une évaluation des situations permet d'inventorier les besoins et de mettre en œuvre un accompagnement social de qualité, l'accès au droit commun des plus démunis et la mobilisation de ressources associatives pour soutenir l'innovation.

4.3 L'ACCES AU DOSSIER MEDICAL EST FACILITE PAR UNE BONNE ORGANISATION

Au centre hospitalier de Plouguernével les délais de conservation du dossier médical sont supérieurs à ceux prévus par l'article R.1112-7 du code de la santé publique : les archives remontent à 1934.

Il n'est pas rare que des familles (ayants droit) s'enquière de l'histoire d'un parent ou grand-parent témoin de son temps depuis l'hôpital psychiatrique.

Les modalités de communication du dossier d'un patient font l'objet d'une procédure formalisée communiquée à l'ensemble du personnel. Le document y afférant a été diffusé en 2012 et reste valide. Les droits et modalités d'accès au dossier des patients admis sans consentement sont précisément décrits : désignation d'un médecin si nécessaire et éventuelle saisine de la commission départementale des soins psychiatriques.

Les demandes d'accès au dossier médical sont traitées par le secrétariat du directeur avec célérité.

En 2015 il a reçu quarante et une demandes concernant des patients hospitalisés depuis moins de cinq ans et dix-neuf demandes pour des personnes hospitalisées depuis plus de cinq ans.

Les délais de réponse ont été de 3,6 jours pour les premiers, et 9,5 jours pour les seconds.

Conformément aux dispositions légales la consultation d'informations recueillies dans le cadre d'une hospitalisation sous contrainte est subordonnée à la désignation d'un médecin qui apprécie l'opportunité de communiquer les informations médicales.

Le formulaire « communication du dossier patient, traçabilité des documents transmis » doit être renseigné lors de la communication du dossier au patient. Il retrace très précisément les informations et documents transmis. Il est versé ensuite au dossier patient.

De plus, il existe un « guide du dossier patient » à l'usage du personnel qui a pour but de définir les règles de gestion de ce dossier : responsabilité, tenue, confidentialité, composition, utilisation, accessibilité en temps utile, archivage.

Le secrétariat du directeur tient à jour le registre des demandes. Au moment de la visite des contrôleurs une requête, non satisfaite en 2016 faisait l'objet d'un recours auprès de la commission d'accès aux documents administratifs (CADA), exception justifiée par les circonstances.

4.4 LE DROIT DE VOTE EST ORGANISE

L'information concernant le droit de vote est transmise à chaque unité par la directrice des soins quinze jours avant les élections. Dans la semaine qui précède le vote, une liste de patients désirant voter est établie. Si le patient peut se déplacer, une autorisation de sortie est établie, dans le cas contraire, une procuration est établie avec le concours de la gendarmerie.

4.5 LES ACTIVITES RELIGIEUSES SONT ACCESSIBLES DANS LEUR DIVERSITE

Tel qu'il est indiqué dans le livret d'accueil, les ministres des différents cultes peuvent rendre visite aux patients à leur demande.

Une liste avec coordonnées est disponible au secrétariat.

5. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

5.1 UN RECOURS A L'ISOLEMENT IMPORTANT MAIS UNE DEMARCHE DE REVISION DES PRATIQUES EN COURS

L'ensemble des responsables rencontrés a témoigné de la volonté de faire évoluer les pratiques en matière d'isolement et de recours aux contentions ; une formation devait être mise en œuvre dès le mois d'octobre 2016 permettant une réflexion sur les postures de chacun.

Selon les interlocuteurs, il y a vingt ans le recours à l'isolement était inconnu dans l'établissement et s'est installé en raison d'une concentration dans l'hôpital des patients les plus lourds avec pathologie incluant des passages à l'acte.

Les procédures

Le placement en chambre d'isolement (CI) a fait l'objet de fiches de protocole différentes selon les mises à l'isolement en urgence et sans urgence. La fiche de mise en chambre d'isolement (MCI) reprend, pour les indications, les préconisations de la Haute autorité de santé (HAS) ; elle précise que sont des contre-indications non somatiques :

- l'utilisation de la chambre d'isolement à titre de punition ;
- l'état clinique ne nécessitant pas un isolement ;
- l'utilisation uniquement pour réduire l'anxiété de l'équipe de soins ou pour son confort ;
- l'utilisation uniquement liée au manque de personnel.

Ce protocole indique la nécessité d'informer le patient des raisons de l'isolement et, en cas d'urgence, d'appeler le médecin dès la mise à l'isolement. Le service de sécurité doit être prévenu de la présence du patient dans la CI.

Une fiche de « prescription et suivi médical » de mise en CI est tenue et versée au dossier du patient. Elle précise que le renouvellement de l'isolement ne peut porter sur une durée supérieure à 24 heures ce qui implique que, en principe, le patient est visité au moins une fois par jour par un médecin. Toutefois, selon les interlocuteurs rencontrés, aucun élément ne permet de garantir que le médecin voit réellement le patient pour le renouvellement de la MCI dès lors qu'une prescription à distance est possible.

Dans son courrier en date du 24 janvier 2017, le directeur général soutient que « la prescription et son éventuel renouvellement se font sur des documents papier dans l'unité de soins et il n'y a donc pas de possibilité de prescription à distance ».

A l'unité SEGAL, il a été confirmé que lorsqu'un patient est à l'isolement, un psychiatre passe tous les jours y compris les week-ends. S'il est sous contentions, un généraliste l'examine tous les jours.

Le protocole prévoyant que les IDE peuvent, en cas d'urgence, placer en isolement et sous contentions, cette « compétence » leur permet d'affirmer qu'il n'y a pas de prescriptions « si besoin » dans l'établissement.

Dans son courrier en date du 24 janvier 2017, le directeur général indique « dans de telles situations qui surviennent en dehors de la présence du médecin référent de l'unité, le médecin d'astreinte sur place est appelé pour confirmer (ou infirmer) cette mesure. Les IDE sont par ailleurs formés sur l'utilisation des contentions ».

A SEGAL, le cadre interdit d'enfermer dans leur chambre les patients qui ne relèvent pas strictement d'une chambre d'isolement – avec ce qu'elle comporte d'éléments de sécurité –, pour ne pas laisser se développer n'importe quelle pratique.

En principe, après 24 heures de CI, si le patient est entré en soins libres, son mode d'admission est revu, la décision de modification appartenant au médecin.

Toutefois, l'examen du registre d'isolement de l'unité PISSARRO entre le 1^{er} janvier 2016 et le 14 septembre 2016, permet de constater que dix-huit patients ont passé tout ou partie d'un week-end dans la CI, avec un placement décidé avant ou pendant le week-end, onze décisions de levées d'isolement ont été prises le lundi suivant, soit 60 % des cas. Sur cette période comptant trente-six week-ends, la CI été occupée un week-end sur deux. Pendant cette période également, une patiente admise en soins libres a été placée quatorze fois en chambres d'isolement dont cinq fois avant de passer sous le statut de soins sans consentement (SPDTU) pour des durées de 2,98 jours, 2,96 jours, 1,74 jour, 0,8 jour et 3,04 jours ; un autre patient en soins libres est demeuré 4,04 jours puis 0,86 jour en chambre d'isolement avant de changer de statut.

La règle interne du centre hospitalier – de faire placer un patient sous le statut de soins sans consentement quand la durée de mise à l'isolement dépasse 24 heures – n'est pas respectée car des durées supérieures à 48 heures, voire 72 heures ont été relevées.

Le placement en CI peut se faire dans une unité différente de celle d'admission mais sur décision du psychiatre de l'unité de départ.

Les placements en chambre d'isolement des six premiers mois de l'année 2016 sont retracés dans le tableau suivant :

Unité (nb de CI)	Statut d'admission	NB de patients	Nb de journées	Nb de séquences d'isolement	DMS isolement (en jours)
PISSARRO (1 CI)	SDT	7	21	13	1,62
	SL	6	23,43	17	1,73
SEGAL (2 CI)	SDRE	4	9,28	5	1,86
	SDT	28	291,22	45	6,47
	SL	2	3,08	2	1,54
MATISSE (1 CI)	SDRE	1	1	1	1
	SDT	17	80,37	17	4,73
	SL	3	3,7	3	1,23
GAUGUIN (1 CI)	SDT	18	60,69	23	2,64
	SL	4	16,82	6	2,8
Total établissement	SDRE	5	10,28	6	1,43
	SDT	70	423,28	98	3,86
	SL	15	47,03	28	1,82

Les durées moyennes d'isolement de chaque unité telles qu'elles apparaissent dans ce tableau ne sont pas représentatives de la typologie des unités, dès lors que les chambres d'isolement sont utilisées par des patients d'autres unités.

On constate que des patients admis en soins libres connaissent des séquences d'isolement relativement durables à l'unité PISSARRO alors que l'établissement s'est donné pour règle de revoir le statut après 24 heures d'isolement.

Au cours de ces six mois, soixante et onze patients ont fait un séjour en chambre d'isolement (certains ont changé de statut et apparaissent donc deux fois dans le tableau ci-dessus) avec une durée moyenne de 3,91 jours.

Compte tenu du nombre de lits et de patients pour cette période, ces placements ne peuvent être regardés comme rares.

Recommandation

Selon les termes de la loi, le placement en chambre d'isolement doit être exceptionnel. Si les mises à l'isolement sont manifestement raisonnées, la réflexion doit être poursuivie afin qu'elles deviennent exceptionnelles dans le nombre de patients concernés et dans la durée du séjour.

5.2 LE RECOURS A LA CONTENTION, DEPOURVU DE LIEN AVEC LE STATUT D'HOSPITALISATION, DEMEURE MODESTE.

La mise en contention fait également l'objet de protocoles explicités dans des fiches de procédures ainsi qu'une fiche de procédure générale. Cette fiche détaille les indications, contre-indications et non indications et le matériel à utiliser. Une fiche de prescription doit être renseignée notamment sur la mise en œuvre du déroulement des phases du protocole (motifs, information du patient, matériel) ; elle comporte des consignes de surveillance. Cette fiche est signée par le médecin prescripteur. Une fiche de surveillance est également renseignée. Ces deux fiches sont versées au dossier du patient.

Outre les mises sous contention qui peuvent s'ajouter aux placements en CI, des patients peuvent être mis sous contention la nuit. Notamment des personnes âgées ou très désorientées qui dorment en *Sécuridrap*[®] ou dans des lits à barreaux. Hormis ces cas, il n'a pas été constaté de contentions hors des chambres sécurisées.

La question de la contention est travaillée par les équipes au regard du matériel utilisé et de la durée.

L'observation des placements sous contentions pour les six premiers mois de l'année est résumée dans le tableau suivant :

Unité	Statut d'admission	NB de patients	Nb de journées	Nb de séquences de contention	DMS contention (en jours)
PISSARRO	SDT	2	23,68	14	1,69
	SL	4	498,25	34	14,65
SEGAL	SDRE	1	0,08	1	0,08
	SDT	6	34,15	36	0,95
	SL	1	0,42	1	0,42
MATISSE	SDT	3	3,96	4	0,99
	SL	0	0	0	0
GAUGUIN	SDT	6	5,4	6	0,9
	SL	7	208,5	103	2,02
Total établissement	SDRE	1	0,08	1	0,08
	SDT	17	67,19	60	1,12
	SL	12	706,82	138	5,12

On constate que le statut d'admission n'est guère en rapport avec le placement sous contention et qu'elles sont le fait principalement de deux unités.

Le nombre de placement sous contention demeure modeste au regard du nombre de patients.

5.3 LE REGISTRE PREVU PAR L'ART L 3222-5-1 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE EST EN COURS D'ELABORATION, CE QUI DONNE LIEU A UNE REFLEXION INTERESSANTE SUR LES PRATIQUES

Lors de la visite, un registre d'isolement est associé à chaque chambre. Il s'agit d'un cahier dans lequel les rubriques suivantes sont renseignées manuellement : date, nom, prénom, âge, sexe, statut (SL/SDT/SDTU/SPI), heures de début et de fin, durée de l'isolement, unité d'origine du patient, mise en chambre d'isolement avec ou sans urgence (avec urgence : mention du renfort nécessaire, de la demande de venue du médecin de garde appelé dans les quinze minutes), nom du soignant renseignant le registre, nom du médecin prescripteur.

Régulièrement, le médecin du département de l'information médicale, relève les données de ces registres pour établir les tableaux de suivi. L'établissement s'est ainsi doté, bien avant que la loi ne lui en fasse obligation, d'un outil d'observation des pratiques qui témoigne de son souci de ne pas les banaliser.

La mise en place du registre prévu par l'article L 3222-5-1 du code de la santé publique, qui n'est pas encore aboutie, a été l'occasion de créer un groupe de travail sur le recours à l'isolement et à la contention, avec l'objectif d'élaborer un registre suffisamment riche pour être, comme la loi le prévoit, un outil d'observation des pratiques. L'objectif de la démarche est de mieux cerner les circonstances du recours à ces pratiques pour diminuer leur mise en œuvre.

6. LES CONDITIONS GENERALES D'HOSPITALISATION

6.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR DANS L'ETABLISSEMENT EST REELLE ET ORGANISEE, MEME POUR L'UNITE FERMEE SEGAL

Les patients en soins sans consentement hospitalisés dans les unités ouvertes peuvent se déplacer dans le centre hospitalier sous réserve d'être accompagnés ou d'appartenir à un groupe constitué accompagné par un soignant.

Les patients en soins sans consentement hospitalisés dans l'unité SEGAL, fermée, peuvent circuler dans le centre hospitalier accompagnés par un soignant dans le cadre d'une activité organisée.

Lorsqu'un patient en soins sans consentement participe à une activité, par exemple en ergothérapie, le soignant qui l'a accompagné peut s'absenter ; dans ce cas, le retour vers l'unité peut être assuré par la personne en charge de l'activité.

Lorsqu'arrive le moment du début d'une activité, si le patient ne se présente pas spontanément, un soignant vient le solliciter sans pour autant le contraindre à participer.

Le port du pyjama est rare. Les contrôleurs n'en ont vu que pour les personnes placées en chambre d'isolement.

La cafétéria est située au rez-de-chaussée du bâtiment de la direction. Elle est ouverte en semaine de 13h30 à 17h15 et les week-ends et jours fériés de 14h à 16h30, comme cela apparaît dans le livret d'accueil. Les règlements intérieurs des unités ne font pas mention de la cafétéria.

A l'intérieur, les patients disposent de quatre ensembles de deux tables avec quatre sièges chacun, de cinq tables avec deux sièges chacun, séparées par des paravents de façon à créer de l'intimité. Un grand miroir recouvre la cloison faisant face au mur donnant sur l'extérieur. Une banque et des rayonnages occupent une extrémité de la pièce ; c'est là que les patients font leurs achats. A l'autre extrémité sont placées trois présentoirs vitrés, avec la bimbeloterie proposée à la vente. Sont en vente des boissons, des biscuits et de la confiserie, vendus par paquet ou à l'unité, des produits d'hygiène pour hommes et femmes et les objets exposés dans les présentoirs (porte-monnaie...).

A l'extérieur sont disposés quatre tables avec quatre sièges chacune, deux bancs et des fauteuils de jardin. La cafétéria est distante de 300 mètres des unités UIGP, GAUGUIN, MATISSE et PISSARRO, et de 400 m de l'unité SEGAL et du service d'addictologie.

La fréquentation de la cafétéria varie en fonction des heures, des jours et des conditions météorologiques. Elle peut par beau temps recevoir une trentaine de personnes.

Le « centre de documentation » de l'association hospitalière de Bretagne (AHB), situé au rez-de-chaussée du bâtiment destiné à la formation du personnel, était fermé pour travaux au moment de la visite des contrôleurs. Ce centre dessert le centre hospitalier de Plouguernevel ainsi que les autres unités de l'AHB. Il héberge deux structures : le « centre de documentation des professionnels » abonné à des revues professionnelles est réservé au personnel de l'AHB et la « bibliothèque vidéothèque patients et résidents » destinée à toutes les personnes présentes sur le site.

Le livret d'accueil précise « *la bibliothèque/vidéothèque vous propose des livres, bandes dessinées, livres audio, DVD, etc. du mardi au vendredi de 13h30 à 16h30* ». Les règlements intérieurs des unités du centre hospitalier ne font pas état des heures d'ouverture aux patients.

Les DVD sont choisis par les patients et remis à un soignant de l'unité d'appartenance qui est tenu de le rendre dans un délai qui varie en fonction de la proximité géographique – dix jours pour les unités du centre hospitalier de Plouguernevel.

Les livres (bandes dessinées, romans, livres variés) peuvent être empruntés par les patients dans la limite de cinq livres pour dix jours. Le stock est renouvelé par la bibliothèque intercommunale.

Le centre de documentation diffuse vers chaque unité¹⁰ tous les trimestres une quinzaine à une vingtaine de revues invendues représentant une dizaine de titres, choisis en fonction de la qualité des patients ; ainsi l'UMD – exclusivement masculine – n'est pas destinataire de la presse féminine.

Les unités du centre hospitalier sont chacune destinataire de deux exemplaires des quotidiens *Ouest-France* et *Le Télégramme*.

En temps normal, de l'ordre de quatre à cinq patients fréquentent quotidiennement le centre de documentation.

Les installations sportives communes sont regroupées dans la salle de sport ou gymnase, avec à proximité plusieurs bouledromes et un terrain pour le *frisbee*. Par ailleurs des unités possèdent des installations sportives en intérieur (rameurs, vélo, etc.) et extérieures (bouledromes, panneaux de basket-ball, etc.).

La salle de sport (gymnase) est située à proximité de la porte d'accès du centre hospitalier. Les unités de soins en sont distantes de 100 à 300 mètres – la cafétéria en est à 500 mètres.

Au rez-de-chaussée, la salle abrite un terrain multisports avec des marques au sol pour le handball, le basket-ball, le tennis et le badminton, un espalier, deux tables de tennis de table, un jeu de palets, un sac de frappe, une barre d'étirement, un stepper, plusieurs vélos d'extérieur. Le rez-de-chaussée abrite également le bureau des deux infirmiers assurant l'encadrement des activités physiques et sportives, un vestiaire et des sanitaires.

Le sous-sol abrite une salle de musculation avec une quinzaine d'appareils variés (vélo elliptiques, vélos d'appartement, marcheurs, rameur, presses...), une salle de gymnastique et une salle de balnéothérapie, un vestiaire, des sanitaires et des rangements.

Le tableau de service décrit simultanément l'emploi du temps des deux infirmiers d'encadrement et celui du gymnase :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin	Randonnée avec SEGAL	Individuels de SEGAL	Individuels de SEGAL et de GAUGUIN	Individuels de toutes unités	Individuels de toutes unités
	Activités au gymnase	MATISSE au gymnase	PISSARRO au gymnase	Rencontres inter hôpitaux	PISSARRO au gymnase

¹⁰ Pendant la visite des contrôleurs, l'unité PISSARRO a été ainsi destinataire d'un ou plusieurs exemplaires des douze revues suivantes : *VSD, Femmes actuelles, Prima, Votre beauté, Avantages, Pleine Vie, Notre temps, Rock & Folk, Elle, Voiles et voiliers, Sélection, Femmol.*

Après-midi	Addictologie piscine tous les 15 jours	Addictologie en marche ou gymnase	PISSARRO en sortie extérieure	Rencontres inter hôpitaux	Individuels de toutes unités
	Addictologie Boule ou marche selon météo	PISSARRO Marche ou gymnase	MATISSE en sortie extérieure	Sorties extérieures	Entretien du gymnase

Les horaires d'ouverture de la salle de sport – du lundi au vendredi de 8h30 à 12h et de 13h30 à 16h30 – n'apparaissent pas dans les règlements intérieurs des unités ni dans le livret d'accueil.

L'inscription aux activités organisées dans la salle de sport est soumise à l'accord préalable des médecins de l'unité d'appartenance.

L'unité SEGAL envoie tous les matins une moyenne de quatre à cinq patients entre 8h30 et 10h30 ; l'unité MATISSE envoie de deux à six patients tous les jours, l'UIGP envoie jusqu'à trois patients tous les jours pour faire du vélo.

Pour les activités à l'extérieur, les deux infirmiers chargés de la salle de sport disposent d'un minibus de huit places, les unités PISSARRO et SEGAL disposant chacune d'un minibus de neuf places.

La balnéothérapie est utilisée les vendredis matins et les lundis et mardis matins et après-midi, sous le contrôle d'un psychomotricien pour un patient par séance.

La fréquentation moyenne est de 110 patients par semaine soit plus d'une vingtaine par jour.

Bonne pratique

L'équipement de la salle de sport, la diversité des activités et la mise à disposition de deux infirmiers offrent aux patients une vraie opportunité d'activités sportives

Les ateliers d'ergothérapie sont hébergés dans trois bâtiments situés à 100 m des unités les plus proches et à 300 m des unités les plus éloignées.

Un des bâtiments est l'atelier de la psychomotricienne.

Les ateliers des deux autres bâtiments (cuisine, vie quotidienne, informatique avec trois postes connectés à Internet, peinture, poterie, mosaïque, cuir, pyrogravure, gravure, construction en bois, etc.) sont animés par trois ergothérapeutes pour 2,5 ETP, dont le nombre va croître pour atteindre 3,8 ETP en octobre 2016. Une ergothérapeute peut animer un atelier comptant au plus six patients, certains ateliers tels que la cuisine ne pouvant recevoir au plus que trois patients.

Des ateliers à l'extérieur sont organisés. Lors de la visite des contrôleurs, le centre hospitalier participait à la manifestation organisée par l'association *L'art dans les chapelles* sur le thème des chapelles de la rivière Blavet. Trente patients étaient associés à cette manifestation.

Les ateliers d'ergothérapie sont ouverts du lundi au vendredi de 9h30 à 12h et de 13h30 à 16h30.

Bonne pratique

Les activités offertes aux patients sont nombreuses et variées. Elles s'inscrivent toutes dans un cadre thérapeutique sans être pour autant thérapeutiques au sens strict du terme. Elles

participent à la socialisation des patients.; cependant ces activités pourraient apparaître dans les règlements d'unité et dans le livret d'accueil.

6.2 LA VIE COURANTE : LES PATIENTS BENEFICIENT DE SERVICES DE BONNE QUALITE

6.2.1 La restauration

Pour la restauration des patients comme pour le self du personnel, l'Association hospitalière de Bretagne (AHB) a passé un marché avec la société *MEDIREST*. Ce prestataire produit les repas dans son unité de production, cuisine centrale, située à Rostrenen, à 6 km du centre hospitalier de Plouguernevel.

Les denrées sont livrées directement par *MEDIREST* sur les lieux de consommation, le centre hospitalier ne dispose plus de personnel et n'utilise donc pas de locaux pour la fonction restauration.

Le contrat avec *MEDIREST* résulte d'un appel d'offres qui est en cours de révision pour un nouveau marché, du 1^{er} janvier 2017 jusqu'au 31 décembre 2019.

Il est apparu aux contrôleurs que le partenariat entre l'AHB et *MEDIREST* était de qualité, à la fois très élaboré et contractuel, revu s'il le faut en fonction des besoins et bien contrôlé. *MEDIREST* assure la restauration pour les quatorze structures de l'AHB en recueillant les besoins avec des groupes de travail dans les unités et en garantissant la sécurité alimentaire dans le cadre d'un budget contenu (en moyenne 1 000 repas par jour pour environ 7 euros par personne et par jour).

La qualité passe notamment par l'utilisation de produits locaux. La liaison froide est utilisée avec un réchauffage des plats dans les unités.

Les menus sont négociés avec des cycles de six semaines, et un stock tampon avec des produits frais est disponible avec un choix pour les arrivants.

Le remplacement de la protéine du déjeuner et du dîner est toujours possible par du jambon, du steak haché ou du poisson.

Le régime individuel est établi sans limite, il est saisi sur informatique par les soignants sur le logiciel *ORBIS Restauration* puis traité par le service des achats qui le transmet à *MEDIREST* avant 9h30 chaque jour. Une offre de mets « en extra » est proposée, telle que la raclette très appréciée dans les services.

Pour les petits déjeuners et goûters, les services passent commande tous les mardis avant 9h30 pour une livraison le jeudi, sur une liste très complète.

Le comité de liaison alimentaire et nutrition (CLAN) s'est réuni à trois reprises en 2015.

Les échanges portent sur l'ensemble de la fonction restauration et concernent notamment l'analyse des enquêtes de satisfaction : les questionnaires de sortie qui contiennent une question relative à la restauration, les deux enquêtes que *MEDIREST* réalise chaque année, les fiches de liaison *MEDIREST* sur la satisfaction des repas renseignées par le personnel.

Même si le résultat (12,91/20) issu des questionnaires de satisfaction généraux en 2015 paraît moyen, l'appréciation est plus nuancée dans les autres enquêtes spécifiques à la restauration, et au cours des entretiens des contrôleurs avec les patients et les soignants, il n'a pas été fait état de critiques majeures.

En 2015, le CLAN s'est attaché à développer les offres de repas moulinsés, à mettre en place une fiche de prescription de régime, à faire fournir des repas enrichis et mixés, à réaliser des enquêtes de satisfaction pour les consommateurs du self du personnel.

Une visite de la cuisine centrale de MEDIREST a été organisée avec des médecins, des soignants et des patients, ainsi qu'une dégustation de nouveaux produits.

6.2.2 L'hygiène

Pour l'ensemble de l'AHB, l'hygiène est suivie par un médecin, un infirmier hygiéniste et une secrétaire à quart temps.

Ils prennent en charge la prévention concernant les protocoles de soins, assurent la surveillance relative à la légionellose et établissent des bilans avec les analyses réalisées par des laboratoires spécialisés.

Le **comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)** travaille en réseau avec le comité central de lutte contre les infections nosocomiales qui regroupe les cinq départements de l'Ouest de la France. Le CLIN s'est réuni trois fois en 2015 ; il a examiné les résultats des scores obtenus selon les barèmes nationaux : ICALIN, ICATB et ICSHA. Il a travaillé sur la révision de procédures diverses, s'est consacré à la formation du personnel, aux audits et à l'évaluation, à la surveillance, aux relations externes, aux enquêtes et à la communication interne. Ces mêmes domaines sont déclinés dans le projet du CLIN pour 2016.

Le lavage du linge personnel des patients est pris en charge par les familles dans la mesure du possible. Dans certaines unités, le lavage du linge peut être assuré par le patient dans l'unité ou dans un atelier d'ergothérapie au titre d'une activité thérapeutique. Le linge peut être traité par la blanchisserie avec une facturation à la famille de 5 euros par filet. Les contrôleurs s'interrogent sur ce fonctionnement qui peut poser problème pour des patients sans famille ni ressources financières.

Dans son courrier en date du 24 janvier 2017, le directeur général écrit « en cas de difficulté financière, pour les 5 euros, les associations interviennent pour une aide financière ».

Le linge hôtelier et le linge des patients est traité dans une blanchisserie qui prend en charge le linge de l'ensemble de l'AHB (environ deux tonnes par jour), située dans le centre hospitalier de Plouguernevel. Elle emploie treize personnes dans des locaux spacieux, rénovés en 1993, en bon état, et avec un équipement performant mais vieillissant. Beaucoup d'investissements ont été réalisés et la certification RABC¹¹ a été obtenue. La fonction « linge » fait l'objet, comme les autres domaines, d'une documentation, de protocoles et de procédures et d'audits qualité, disponibles sur le serveur qualité.

Pour les coupes de cheveux, les patients peuvent prendre rendez-vous par téléphone par l'intermédiaire du cadre de l'unité ou d'un infirmier dans un salon de coiffure en ville ou avec la coiffeuse qui opère dans les unités du centre hospitalier. Le coût est à la charge du patient. Selon les informations recueillies par les contrôleurs, le salon de coiffure du centre hospitalier a été rarement utilisé pendant l'été.

Les services d'une esthéticienne sont accessibles sous réserve de prendre rendez-vous par téléphone *via* le cadre d'unité ou un infirmier.

¹¹ La certification RABC (Risk Analysis and Biocontamination Control) répond à une démarche qualité destinée aux blanchisseries. Elle propose un système de management qui limite les contaminations microbiennes à travers l'analyse et la maîtrise des risques relatifs au traitement de textiles. Les principes de la démarche ont été formalisés par la norme NF EN 14065, éditée en 2003.

6.2.3 La sécurité

Le centre hospitalier dispose d'un service de sécurité qui a pour missions d'assurer la sécurité incendie et la sécurité des conditions de travail.

Ce service est composé de trois chefs de service SSIAP 3 (Service Sécurité Incendie et Assistance à Personne), dont deux ayant suivi la formation OMEGA (gestion de la violence), et d'un agent SSIAP 2.

Une astreinte continue est assurée avec au moins une personne au centre hospitalier ; trois agents sont présents en journée. Aucune ronde de nuit n'est effectuée.

Le service n'est pas appelé à intervenir auprès des patients, sauf si le cadre d'astreinte en fait la demande.

La prévention des risques est suivie par ce service qui a la charge de veiller à la mise à jour constante du « document unique », avec l'évaluation des risques et qui intègre désormais les risques psycho-sociaux. Pour ces actions le service est rattaché au service qualité.

Le service sécurité est informé de l'utilisation des chambres d'isolement et il assure l'entretien des caméras qui s'y trouvent.

Tous les soignants sont équipés d'un dispositif d'alarme pour travailleur isolé (DATI) se déclenchant par arrachement du fil, par perte de verticalité ou manuellement. En cas de déclenchement d'un appareil, les soignants des unités voisines rallient ainsi que les agents de sécurité, s'ils sont disponibles.

6.2.4 Les transports

Sur les quatre-vingt-treize véhicules de l'AHB, gérés par le service transport implanté dans le centre hospitalier de Plouguernevel, vingt-trois (vingt voitures légères et trois véhicules à neuf places) sont utilisés par les unités du centre hospitalier. Cette flotte est bien entretenue, cinq chauffeurs assurent l'entretien courant. Le personnel soignant conduit les véhicules.

Le planning d'utilisation est soumis à une procédure gérée par le service accueil. Les transports pour honorer les rendez-vous extérieurs et les activités thérapeutiques des patients sont organisés par l'unité d'appartenance du patient ou par les organisateurs des activités.

Il convient d'ajouter que cinq prestataires, pour des transports en ambulance ou en véhicule sanitaire léger, sont régulièrement sollicités.

Les transports en commun sont assurés par les autobus du réseau interurbain. Seule la ligne Loudéac-Carhaix passe à proximité du centre hospitalier. Les dessertes sont peu nombreuses : quatre passages par jour dans chaque sens en périodes scolaires (vers 8h, 9h, 14h et 17h) et trois pendant les congés scolaires (vers 9h, 14h et 17h) du lundi au samedi. Aucun bus ne circule le dimanche.

Recommandation

Les transports en commun, inexistant le dimanche, ne permettent pas aux visiteurs de se rendre aisément au centre hospitalier de Plouguernevel ni aux patients de se déplacer de façon autonome. Une meilleure desserte serait à rechercher.

6.2.5 L'accès au tabac

Il est interdit de fumer à l'intérieur des locaux. Deux endroits sont privilégiés par les patients : les entrées des unités, qui sont souvent à l'abri des intempéries, et les parcs ou terrasses privés des unités.

Pour certains patients, les paquets sont gérés par les infirmiers qui distribuent un nombre limité de cigarettes au moment des repas. D'autres patients conservent leurs paquets.

Les patients peuvent acheter leur tabac lorsqu'ils font des excursions ou par l'intermédiaire d'un infirmier qui sort dans ce but de l'ordre d'une fois par semaine.

La gestion du tabac ne ressort pas comme une difficulté, ce qui est exceptionnel dans de tels établissements.

6.3 LES RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR : MALGRE LES DISPARITES ENTRE LES UNITES, LE SOUCI DU BIEN-ETRE DU PATIENT PREVAUT

6.3.1 Le téléphone

Une cabine téléphonique, dotée d'une bonne isolation phonique, permet aux patients de recevoir les appels reçus dans l'unité au numéro indiqué sur le règlement intérieur.

La règle d'accès au téléphone varie selon les unités.

Dans les unités MATISSE, GAUGUIN et en addictologie, la ligne téléphonique dans chaque chambre peut être utilisée moyennant paiement d'un branchement à 8 euros ; à la sortie, selon la consommation, un remboursement peut être effectué. Les téléphones portables peuvent être conservés et utilisés sans limite par les patients.

Dans l'unité SEGAL, les patients ne peuvent conserver leur **téléphone portable** au motif qu'ils pourraient faire un mauvais usage des caméras et appareils photos dont ils sont équipés et qu'ils pourraient harceler des proches. Ce retrait est donc justifié comme une protection de la famille. A 19h30, les patients qui ont un téléphone portable peuvent consulter leur messagerie.

La cabine téléphonique installée dans l'unité ne fonctionne plus. Les patients peuvent utiliser – après le petit déjeuner et jusqu'à 20h30 – le téléphone du service ; un soignant compose le numéro de l'interlocuteur, puis, le téléphone sans fil est confié au patient pour qu'il puisse converser dans sa chambre ou dans la cour.

Dans l'unité de gériatrie-psychiatrie (UIGP), les chambres ont été conçues pour recevoir une ligne téléphonique, cependant les matériels ont été démontés. Les chambres ne peuvent plus être équipées de téléphones. Un des patients présents à L'UIGP lors de la visite des contrôleurs disposait sans limite de son téléphone portable personnel.

Dans le parc, les cabines téléphoniques permettant d'appeler à l'extérieur du centre hospitalier ont été enlevées à l'exception de deux : la première est sans téléphone, la seconde possède un téléphone qui n'est pas en état de marche. La cafétéria ne vend pas de cartes de téléphone, devenues inutiles.

L'accès au téléphone mérite une réflexion pour l'adapter à l'état clinique du patient plutôt qu'à des règles générales aux fondements discutables.

6.3.2 Le courrier

A l'arrivée : les patients reçoivent les courriers ou les colis des mains du responsable de l'unité ou en son absence d'un infirmier. Les patients ouvrent les lettres et colis à leur diligence, le plus souvent dans leurs chambres. Dans l'unité SEGAL les colis sont ouverts devant un infirmier.

La cafétéria vend des enveloppes timbrées, du papier à lettre et des crayons à bille.

Au départ : en l'absence de boîte à lettres au sein du centre hospitalier, le courrier est posté dans une boîte à lettre de *La Poste* lors des sorties organisées pour les patients ; les patients qui ne sortent pas confient leur courrier à un autre patient ou à un soignant accompagnateur, ou encore au secrétariat d'unité qui le remet au vagemestre.

Recommandation

La mise en place d'une boîte à lettres au sein du centre hospitalier est à examiner afin d'éviter que le courrier au départ des patients soit posté à l'extérieur par les patients concernés, les soignants ou d'autres patients.

6.3.3 La télévision

Les chambres ne sont pas équipées de téléviseur. Deux salons par unité, ouverts en permanence aux patients, sont équipés de téléviseurs et de lecteurs de DVD. La télécommande est gérée par les patients. Selon les informations recueillies par les contrôleurs, cette disposition ne soulève pas de difficulté.

6.3.4 L'informatique et l'accès à internet

Les patients peuvent utiliser internet dans la salle informatique équipée de trois ordinateurs de l'ergothérapie mais sans connexion Wifi.

Dans l'unité PISSARRO, une salle informatique équipée de trois ordinateurs, sans accès à Internet, est accessible sur demande des patients ou dans le cadre d'activités programmées.

Recommandation

Un accès à Internet devrait être rendu possible dans chaque unité afin de permettre aux patients de préparer leurs sorties ou de communiquer.

6.3.5 Les visites

A l'exception de SEGAL, les unités ne disposent pas d'espace pour les visites. Les patients reçoivent dans leur chambre ou éventuellement dans le réfectoire, les salles de télévision ou la cafétéria.

Les soignants font preuve de souplesse dans les horaires de visite, mentionnés dans le livret d'accueil.

Les mineurs sont acceptés, quel que soit leur âge, mais les soignants conseillent de ne pas faire venir les enfants âgés de moins de 14 ou 15 ans.

6.4 LES SOINS SOMATIQUES

6.4.1 L'accès au médecin généraliste

Les soins somatiques sont réalisés par cinq médecins généralistes réalisant 3,9 équivalents temps plein (ETP). Chaque service dispose d'un médecin généraliste référent. Les samedi, dimanche et jours fériés les généralistes assurent un tour d'astreinte.

Le soir et la nuit en semaine un généraliste est de garde.

Les patients en hospitalisation sans consentement sont vus dans les 24 heures, ce délai pouvant être rallongé, selon les médecins rencontrés, si le patient est agité et que son état clinique ne permet pas de l'examiner.

Il n'y a pas de bilan d'entrée standardisé mais chaque patient bénéficie d'un examen clinique, d'un bilan biologique et d'un électrocardiogramme (ECG).

Par la suite le patient peut être vu à sa demande, à la demande du médecin généraliste ou sur proposition de l'équipe. Il existe, dans tous les services, un cabinet médical réservé au médecin généraliste.

Recommandation

Une organisation plus structurée de l'équipe chargée des soins somatiques, par exemple sous la forme d'un service avec un projet de service, permettrait d'offrir des soins renforcés, en particulier préventifs, auprès d'une population fragilisée.

6.4.2 Les consultations spécialisées

Un cardiologue se rend une fois par semaine au centre hospitalier pour lire les ECG et donner un avis cardiologique si nécessaire.

Les autres consultations spécialisées ont lieu soit au centre hospitalier de Centre-Bretagne (CHCB) à Noyal-Pontivy soit au centre hospitalier de Carhaix en fonction du lieu de résidence du patient.

Les patients en hospitalisation sans consentement sont systématiquement accompagnés d'un soignant.

L'établissement a recours à trois dentistes exerçant en libéral pour les soins dentaires courants des patients. Pour les interventions chez des patients présentant des risques d'agitation, pour les extractions dentaires, l'établissement a recours au Réseau de soins dentaire de Saint-Brieuc.

Les examens radiologiques sont réalisés dans les centres hospitaliers de Carhaix ou de Noyal-Pontivy, soit en libéral à Carhaix.

Les hospitalisations ont lieu dans les deux mêmes établissements. Les patients admis en SDRE sont accompagnés par deux soignants qui restent présents à l'hôpital. Les patients en SDT sont accompagnés par un soignant qui ne reste auprès du patient que si son état clinique le nécessite.

6.4.3 La pharmacie

La pharmacie est ouverte, en semaine de 8h à 18h30 et fermée le week-end. Pour pallier cet accès limité aux médicaments, une armoire pharmaceutique d'urgence est accessible à l'unité GAUGUIN. Sa composition a été élaborée par les psychiatres et les médecins généralistes de l'établissement. Il n'a pas été fait état par les médecins rencontrés de difficultés liées à cette organisation.

Toutes les prescriptions sont validées par un pharmacien et sont éventuellement accompagnées d'un avis. Il existe un médecin référent pour la prescription d'antibiotiques et le comité du médicament composé de médecins psychiatres et de généralistes se réunit trois à quatre fois par an.

Le réassortiment de la dotation de chaque unité est fait chaque semaine avec un complément quotidien en fonction des entrées de patients.

Une visite avec un contrôle du stock de médicament est faite de façon annuelle par le préparateur référent de l'unité.

La délivrance des médicaments aux patients est faite le plus souvent au moment des repas dans la salle à manger.

Recommandation

La remise des médicaments aux patients dans la salle à manger au moment des repas ne préserve pas le secret médical. Une réflexion sur des modalités mieux appropriées devrait être engagée par l'établissement.

6.4.4 Le laboratoire

Les prélèvements sont faits le matin dans le service et les résultats sont disponibles dans l'après-midi sous format papier. A partir du mois d'octobre 2016 les résultats seront directement transmis dans le dossier patient sur le logiciel ORBIS.

Les examens biologiques sont réalisés par le centre hospitalier de Centre-Bretagne (CHCB).

Selon le rapport annuel remis aux contrôleurs, le CLUD s'est réuni trois fois en 2015. Le bilan du programme d'actions 2015 fait état de soixante-trois professionnels soignants formés à l'utilisation des échelles de douleur ORBIS, de vingt-deux professionnels formés à la douleur en santé mentale ainsi que la tenue d'une conférence sur le même sujet. On notera par ailleurs l'existence d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) sur les pratiques psychocorporelles.

Ce bilan et les échanges avec les professionnels sont en faveur d'un CLUD actif.

6.5 LA SEXUALITE FAIT L'OBJET D'UNE REFLEXION ET D' ACTIONS DE FORMATION A L'AHB QUI DOIVENT SE DEPLOYER DANS LE CENTRE HOSPITALIER DE PLOUGUERNEVEL

L'AHB a lancé une réflexion sur le sujet de la sexualité. Le secteur médico-social a engagé des actions de formation avec deux personnes qui mettent en place des espaces de parole et des groupes de parole. Une formation est réalisée chaque année pour dix personnes. Ces actions doivent être également déployées au centre hospitalier.

Un outillage, avec une mallette pédagogique (manuel, gravures et vidéo) est disponible. Les risques pris par les patients sont abordés, de même que des formes de prostitution ou les diverses formes possibles de mise en danger à court ou long terme. Le recours à des assistants sexuels, sans rémunération et avec discrétion, est une alternative qui est étudiée.

Les soignants veillent à ce qu'il n'y ait que des relations consenties. Aucun interdit n'a été formalisé. En l'absence de règle définie, aucun préservatif n'a été mis à la disposition des patients. Pour que les patients en obtiennent, il est nécessaire que les soignants en passent la commande à la pharmacie, cette contrainte doit être levée.

Recommandation

En matière de sexualité, il importe que l'espace éthique achève sa réflexion et déploie des formations afin que les soignants puissent évoluer en s'appuyant sur une doctrine commune. La mise à disposition de préservatifs pour les patients n'est qu'un aspect de la doctrine.

6.6 LES INCIDENTS SONT SUIVIS MAIS LA SUPERVISION N'EST PAS ORGANISEE

6.6.1 Le traitement des plaintes et réclamations

Les plaintes et réclamations sont directement transmises à la direction générale qui les répercute sur la direction des soins et le médecin chef. Le suivi en est assuré par la direction générale.

La direction a reçu quinze plaintes et réclamations en 2014, dix-sept en 2015 et douze en 2016.

En 2016 les plaintes et réclamations ont porté sur les sujets suivants :

- demande de remise gracieuse du forfait hospitalier ;
- souhait de changer de service ;
- plainte d'un proche relative à la prise en charge d'une patiente ;
- désaccord sur une prescription médicamenteuse ;
- contestation du comportement du responsable d'un hôpital de jour ;
- agression à son arrivée dans l'unité ;
- prise en charge en pédopsychiatrie ;
- alimentation ;
- prise en charge médicale.

6.6.2 Les événements indésirables

Les événements indésirables (EI) sont signalés par voie informatique au supérieur hiérarchique et au service qualité.

Le service qualité élabore un tableau de suivi par service qui est transmis au responsable de l'unité.

Le nombre de signalements d'EI a progressivement augmenté depuis 2004 passant de 46 la première année à 500 en 2014 avec un pic en 2011 (669 signalements) faisant suite à l'informatisation de la déclaration.

En 2015 339 signalements ont été enregistrés dont un tiers pour la blanchisserie (anomalies relatives au traitement du linge).

Les signalements les plus fréquents portent sur l'atteinte aux personnes : agressions physiques ou verbales sur du personnel ou d'autres patients. Un tiers de ces événements (23/72) a nécessité un appel à renfort.

Dans l'unité PISSARO, les agressions de patients sur le personnel sont gérées exclusivement comme des accidents du travail et ne donnent pas lieu à l'établissement d'une fiche d'événement indésirable. Dans d'autres unités, ces agressions donnent lieu systématiquement à l'établissement d'une telle fiche.

Tout événement indésirable avec violence sur personnel ayant entraîné un arrêt de travail donne lieu à un retour d'expérience et l'intervention d'une psychologue du service de médecine du travail.

Bonne pratique

L'intervention d'une psychologue du travail et la mise en œuvre d'un retour d'expérience dès lors qu'un événement indésirable avec violence sur agent est accompagné d'un arrêt de travail sont systématiques. Cela ne doit pas rester exclusif de la mise en place d'une supervision.

7. LES CONDITIONS PROPRES A CHAQUE UNITE

7.1 L'UNITE MATISSE (22G07)

L'unité MATISSE est une unité **ouverte** comportant vingt-cinq lits et une chambre d'isolement. Elle reçoit les patients résidant dans le secteur 22G07 à l'exception des patients admis en SPDRE qui doivent dans ce cas rester dans l'unité SEGAL. L'unité a vocation à recevoir des patients pour des séjours courts d'environ trois semaines mais ces patients coexistent avec quelques patients hospitalisés au long cours pour lesquels aucun projet de sortie n'a pu être trouvé.

7.1.1 Les locaux

L'unité MATISSE est installée dans un bâtiment bien entretenu et rénové, comportant deux niveaux.

Au rez-de-chaussée (663 m²), on entre dans le service par un hall qui dessert à droite l'escalier avec au centre une cabine téléphonique (*point phone* pour recevoir des appels uniquement) vitrée et sans plafond, et à gauche le bureau du responsable infirmier. En face on accède à une zone de circulation dans laquelle se trouvent des sanitaires et un distributeur de boissons.

Dans ce couloir de circulation, à gauche on trouve le bureau infirmier et la salle de pause du personnel, une salle de réunion et un premier salon-télévision pour les patients. Un second salon-télévision à droite, est contigu au premier et à la salle à manger répartie sur deux pièces. L'accès à une cour jardin est possible depuis la salle à manger qui est très lumineuse et bien meublée.

Un couloir à droite de la zone de circulation centrale, conduit sur l'aile à droite de l'entrée, où se trouvent onze chambres individuelles d'une superficie de 14,50 m² en moyenne. Un ascenseur permet de monter à l'étage. Outre les pièces destinées au linge propre et sale, à l'office de cuisine, au ménage, sont installés : un bureau pour le médecin psychiatre, un bureau pour le médecin généraliste, le poste infirmier et à côté, la chambre d'isolement.

A l'étage, quatorze chambres individuelles ont des surfaces variables comprises entre 12,76 m² et 20,56 m². Sont également installés une seule salle d'activité avec rangement mais peu utilisée, un bureau, une salle de réunion, un salon, des sanitaires communs, une douche et une salle de bains et des pièces pour le linge et le ménage.

Chaque chambre dispose d'une salle d'eau avec lavabo, douche et WC.

L'ensemble de ces locaux est en très bon état et très propre.

Les chambres disposent d'un système d'appel par fil et bouton relié au poste de soins ; les fils sont courts pour éviter les risques de suicide. Les chambres disposent également d'un téléphone.

7.1.2 Les moyens humains et l'organisation

a) Le personnel médical

Quatre médecins psychiatres (1,05 ETP) interviennent dans l'unité dont le médecin chef de service permettant ainsi la présence d'un médecin chaque jour (matin ou après-midi).

Un médecin généraliste (0,75 ETP) est le médecin référent de l'unité et passe tous les jours, voire deux fois par jour si nécessaire.

b) Le personnel soignant

Tous les postes de l'organigramme sont pourvus.

En journée, le service est composé de 12,6 ETP d'infirmiers (deux hommes et onze femmes). Tous les jours de 7h à 14h30 et de 14h à 21h30, trois infirmiers sont présents, avec un infirmier

supplémentaire de 8h30 à 16h en semaine. Le service de nuit est assuré par deux infirmières, avec cinq infirmières pour 4,5 ETP. L'équipe totale comprend seize femmes et deux hommes. Aucun aide-soignant n'est affecté dans le service.

Les agents de service logistique (ASL) sont au nombre de six, des femmes, dont quatre à temps partiel. En semaine, l'une travaille de 6h30 à 14h, une autre de 7h30 à 15h et une troisième de 13h30 à 21h. Durant le week-end, deux agents sont en poste de 6h30 à 14h et de 13h30 à 21h.

Dans le service, interviennent également des ergothérapeutes, un psychomotricien le vendredi matin, une psychologue sur rendez-vous et prescription médicale, une neuropsychologue sur rendez-vous et prescription médicale et deux assistantes sociales à temps partagé.

Le responsable d'unité de soins étant nouveau dans le service, le planning des réunions ne sera arrêté qu'en octobre 2016.

7.1.3 Les patients

L'unité reçoit essentiellement des patients pour des séjours de courte durée de quelques semaines mais rarement inférieurs à quinze jours. Elle reçoit par ailleurs quelques patients pour des longs séjours (supérieurs à 282 jours) qui le jour du contrôle sont au nombre de trois. Deux sont hospitalisés sans leur consentement et un est en soins libres.

7.1.4 Le projet thérapeutique

a) La vie quotidienne

La journée type commence par le petit déjeuner servi à 8h en semaine et à 8h30 le week-end ; tous les patients sont à peu près autonomes, y compris pour l'hygiène personnelle.

A partir de 9h les activités se répartissent entre l'ergothérapie pour certains, des rendez-vous à l'extérieur accompagnés, des entretiens médicaux ou avec les assistantes sociales.

Le déjeuner est servi à 12h30 dans la salle à manger, sauf exception.

L'après-midi est consacré à d'éventuelles activités (marche, sport, sorties ou entretiens etc.) ou à la sieste, à des visiteurs ou à la cafétéria.

Il n'est pas servi de goûter.

L'heure de dîner est fixée à 18h45 et ensuite les patients restent dans les salons de télévision, ou retournent dans leurs chambres où aucun poste de télévision n'est installé.

Le coucher est encouragé vers 23h.

Toutes les portes d'accès à l'unité sont ouvertes en journée, de 8h30 à 20h30 environ ; les portes des chambres demeurent ouvertes pendant la nuit.

Tous les patients ont droit à des visites mais lors de la visite des contrôleurs, seuls treize d'entre eux en bénéficiaient. Ces visites sont privilégiées l'après-midi.

Le courrier est transmis par le secrétariat au vagemestre.

Des achats divers (tabac, timbres...) peuvent être demandés aux infirmiers.

Dans un coffre situé dans le bureau du veilleur de nuit, sont déposées les pochettes individuelles des patients qui contiennent notamment l'argent. Les soignants tiennent un registre des sommes utilisées pour les achats.

Chaque patient conserve dans sa chambre ses vêtements.

Il est permis de fumer à l'extérieur du bâtiment et certains fument dans leur chambre ; les soignants ont alors une action pédagogique. Les briquets sont conservés dans les chambres. Un

des patients est limité dans le cadre de son contrat de soins, avec un nombre de cigarettes distribué par les soignants.

A la demande des patients, les représentants des cultes peuvent être appelés par les soignants.

b) Les activités

Les patients les plus dépendants peuvent, par groupe de trois deux fois par semaine, sortir dans le parc accompagnés par un soignant. Les plus actifs participent par groupe de trois ou quatre une fois par semaine à des « marches rapides » à l'extérieur de l'établissement. Des sorties régulières sont organisées au marché de Rostrenen le mardi matin avec deux ou trois patients accompagnés d'un infirmier. Enfin au printemps et en été des sorties à la journée peuvent être organisées.

Par ailleurs les patients de l'unité ont accès aux activités organisées à l'extérieur du service. Une ergothérapeute passe chaque semaine pour fixer le planning de ces activités pour les patients du service.

c) L'isolement

La chambre d'isolement est équipée d'un lit central avec sommier en métal et matelas couvert de tissu et dont la tête et le pied sont relevables. Une couverture y est posée. Un bouton d'appel peut être utilisé et une caméra est reliée au moniteur dans la salle de soins contiguë.

La fenêtre fixe est vitrée avec du verre dépoli ; elle est surmontée d'une imposte avec partie coulissante et grille.

Les portes du sas sont verrouillables en position ouverte ou fermée pour la protection des agents. Un deuxième accès à cette chambre est possible par une porte dans la chambre voisine. Une vitre de contrôle entre la salle de soins et la chambre d'isolement est toujours occultée depuis l'installation de la caméra ; les soignants y ont placé une pendule.

Le coin toilette non verrouillable par les patients dispose d'un lavabo avec eau chaude, une douche et un WC. L'ensemble est en parfait état.

Un sas dans lequel se trouve un placard contenant le matériel de contention et les registres précède **la chambre d'isolement**. Il existe un registre de mise en chambre d'isolement et un registre de mise sous contention ; ils sont bien tenus.

d) Les soins

Les patients sont vus par le médecin psychiatre et par le médecin généraliste dès leur arrivée dans les 24 heures, parfois 48 heures.

Les patients n'ont pas d'infirmier référent mais ils sont vus régulièrement, une à deux fois par semaine, en entretien par un infirmier. Par ailleurs un infirmier de l'équipe participe systématiquement aux entretiens du patient avec son médecin.

Pour ces « patients au long cours », deux des médecins organisent une réunion de synthèse par mois et le troisième médecin deux fois par mois ; le personnel soignant participe de ce fait à une réunion de synthèse chaque semaine. Y sont conviés : les soignants du CMP, la psychologue, les assistantes sociales, ergothérapeutes et psychomotriciennes, les tuteurs et les membres de la structure médico-psychologique si possible, le cadre et un ou deux infirmiers, et la secrétaire.

A noter qu'il n'existe pas de supervision de l'équipe par une personne extérieure.

Le personnel soignant est fortement impliqué dans la mise en œuvre d'activités thérapeutiques. Ainsi les patients peuvent bénéficier, sur prescription médicale, de séances de sophrologie ou de relaxation, voire de relaxation en baignoire. Une infirmière réalise des soins d'esthétique.

La pratique de l'isolement est rare puisque sur une période de quatorze mois il a été dénombré quarante-trois épisodes de mise en chambre d'isolement (MCI) le plus court ayant duré neuf heures et le plus long, vingt-cinq jours. La pratique de la contention est exceptionnelle avec dix épisodes de contention concernant neuf patients sur une période de douze mois.

e) L'information des patients

i) Sur le fonctionnement de l'unité

A son arrivée dans l'unité le patient a un entretien avec un infirmier. Celui-ci lui fait visiter les locaux, lui présente le personnel présent et lui explique le déroulement d'une journée. Le règlement intérieur de l'unité n'est pas remis en mains propres mais est affiché dans un lieu de passage, en revanche le livret d'accueil de l'établissement est laissé dans la chambre.

ii) Sur leurs droits

L'information sur les droits est essentiellement le fait du médecin psychiatre à l'occasion de la remise des différents certificats ; cependant il est envisagé d'organiser prochainement une réunion patients-soignants sur les droits et devoirs des patients. Cette réunion pourrait s'appuyer sur un kit pédagogique « histoire de droits » édité par *Psycom* tel qu'il est utilisé dans l'unité GAUGUIN.

7.2 L'UNITÉ SEGAL (22G07)

7.2.1 Les patients

L'unité SEGAL, seule unité **fermée** de l'établissement, n'accueille que des patients, hommes et femmes, en soins sans consentement. Aucun patient en soins contraints n'est affecté ailleurs que dans cette unité sauf s'il est déjà connu de l'établissement. L'unité est équipée de deux chambres d'isolement.

Elle a une capacité affichée comme étant de vingt lits plus quatre lits ce qui signifie qu'elle est supposée accueillir vingt patients en temps ordinaire mais disposer de quatre lits pour faire face à des arrivées en urgence importantes, notamment pendant les week-ends où les transferts d'une unité à l'autre ne sont pas possibles. En pratique, les vingt-quatre lits sont la plupart du temps occupés.

Les autres unités peuvent aussi transférer dans cette unité des patients qui sont en crise ou qui fuguent.

Exceptionnellement, des mineurs peuvent y séjourner, ils sont alors placés dans la chambre située face à la salle de repos du personnel, dans laquelle un IDE se tient toujours la nuit.

Bien que l'unité SEGAL soit considérée comme une unité de crise, des patients y font des séjours très longs : lors de la visite, sur vingt et un patients hospitalisés, deux étaient présents depuis près d'un an, un depuis trente-huit mois et deux depuis six ans.

7.2.1 Les locaux

L'unité est installée dans un bâtiment d'un seul niveau, de plain-pied, en forme de U. les chambres sont réparties dans les branches du U, les locaux collectifs et de soins dans sa base. La disposition des bâtiments laisse un espace intérieur utilisé en partie pour stationner les véhicules, en partie par des parterres engazonnés et en partie par une cour fermée.

Ces locaux comportent :

- vingt chambres individuelles – dont une adaptée pour les personnes à mobilité réduite – et deux chambres doubles ;
- deux chambres d'isolement ;
- une salle de bains ;
- une salle à manger meublée de sept tables avec chacune quatre chaises ;
- deux salles de séjour avec chacune un écran de télévision ;
- deux salons pour les visiteurs ;
- un poste infirmier, deux bureaux pour les médecins et un bureau pour le cadre de l'unité, une salle de détente et de veille pour le personnel et divers locaux techniques (linge propre, linge sale, matériel de ménage) ;
- deux cours sont accessibles, l'une – la plus grande – en journée sauf aux heures de repas, l'autre jusqu'à 23h. Il a été indiqué que les patients pouvaient aller y fumer la nuit.

Chaque chambre, d'une surface d'environ 14 m², est meublée d'un lit, d'une table de chevet, d'une table et d'une chaise. Un placard permet d'entreposer les affaires personnelles du patient, il ferme avec une clef laissée à la disposition de l'occupant. Elle est équipée d'une salle d'eau comprenant une douche – sans flexible -, une vasque posée sur un meuble, un WC avec abattant et couvercle. La fenêtre est formée d'un carreau fixe, sur sa partie inférieure, et d'une imposte composée de deux battants coulissants dont celui qui est laissé mobile est masqué du côté extérieur par une grille de métal. La possibilité d'ouverture de ce battant étant de 10 cm, la fenêtre ne permet, en pratique, aucune aération.

Les chambres doubles, d'une surface de 21 m², disposent du même équipement sanitaire qui partage la chambre en deux espaces distincts pour chacun des occupants. Chaque espace est éclairé par une fenêtre.

Les salles d'activité font défaut, ce qui est dommageable dans une unité fermée bien que les patients puissent participer à des activités hors de l'unité. Le projet de rénovation ne prévoit pas de remédier à ce déficit.

7.2.2 Les moyens humains et l'organisation

L'effectif médical est de 1,2 ETP de psychiatre effectué par deux personnes, l'une à temps plein et l'autre deux demi-journées. Un médecin généraliste passe tous les jours.

L'effectif soignant de l'unité SEGAL est renforcé pour tenir compte de la particularité des personnes accueillies.

L'équipe soignante standard est formée de quatre IDE le matin (7h-14h30), quatre IDE l'après midi (14h-21h30) auxquels s'ajoutent un IDE d'animation (poste toujours occupé par la même personne) et un IDE de jour (8h30-16h). L'équipe de nuit (21h15-7h15) comporte quatre IDE dont un est d'astreinte pour remplacer hors de l'unité en tant que de besoin. L'effectif minimum est de trois IDE.

Les IDE de jour sont chargés, outre des activités d'animation, de l'accueil, de la gestion des dossiers et de la pharmacie.

La demi-heure de chevauchement des horaires des trois équipes permet des transmissions détaillées sur la situation de chaque patient ; l'IDE de jour, si elle est dans le service à au moment des transmissions de demi-journée est chargée de la surveillance des patients ce qui permet à l'ensemble des soignants des deux équipes de participer aux transmissions.

Deux ASL sont en service le matin et un l'après-midi.

Dans le poste de soins, des écrans reportent les images des caméras de surveillance des chambres d'isolement et de celles de surveillance des cours : une caméra mobile pour la grande cour et une fixe pour la petite.

7.2.3 L'arrivée

Deux IDE accueillent le patient à son arrivée dans le service ; pour les patients admis en SDRE, ce sont ceux qui sont allés le chercher. Ils le conduisent dans sa chambre, lui montrent le fonctionnement des installations et lui remettent le livret d'accueil de l'établissement et le règlement intérieur de l'unité. Ils lui font visiter le service, cours, espace fumeurs, salle de restauration et lui indiquent les horaires des repas ; ils précisent qu'un entretien avec un psychiatre aura lieu dans les 24 heures ainsi qu'un examen médical par un médecin somaticien. Le patient est également informé que l'unité est fermée et de ce que cela implique.

Un inventaire des effets personnels est réalisé et les affaires sont rangées dans l'armoire de la chambre dont le patient conserve, sauf exception et sur prescription, la clef. Au jour de la visite des contrôleurs, un seul patient ne disposait de sa clef qu'avec un accompagnant). Il a été également constaté que les inventaires n'étaient ni précis dans le descriptif ni exhaustifs et, ne figurant que dans le dossier électronique du patient, ils n'étaient pas signés par ce dernier.

Ces formalités sont reportées si le patient arrivant est très agité et est placé en chambre d'isolement.

La mise en pyjama à l'arrivée est exceptionnelle, réalisée sur prescription médicale et ne concerne que des patients sous surveillance renforcée avec restriction d'accès aux effets personnels.

Chaque mardi matin, une réunion d'information des patients arrivants sur le fonctionnement de l'établissement et sur leurs droits est tenue par l'IDE d'animation et l'assistante sociale.

Bonne pratique

Au sein de l'unité SEGAL, chaque mardi matin une réunion d'information des patients arrivants sur le fonctionnement de l'établissement et sur leurs droits est tenue par l'infirmier d'animation et l'assistante sociale. .

7.2.4 Le projet thérapeutique

L'ouverture de l'unité est évoquée.

a) La vie quotidienne

L'accès au **tabac** n'est restreint que pour certains patients mais aucun ne dispose de tabac ou d'allumettes. Si le patient est démuné de tabac, ponctuellement le service peut lui en avancer ; il dispose d'un budget pour ces avances. Sinon des substituts nicotiques (patchs) lui sont proposés.

Les **relations sexuelles** ne sont pas expressément interdites « *si elles sont consenties par des personnes clairvoyantes* ». Selon les interlocuteurs rencontrés, les patients n'en parlent guère et cette question n'est pas discutée en équipe.

Les **courriers** sont distribués sans être ouverts mais les colis doivent être ouverts par le destinataire devant un soignant.

Tous les **appareils électriques** qui peuvent être conservés « au cas par cas » selon les patients, ne peuvent être utilisés que dans la chambre : un ordinateur portable, un poste de radio, MP3, etc.

La **télévision**, installée dans les salons, peut être regardée jusqu'à 23h, exceptionnellement, selon le programme, plus tard.

Les patients ont libre accès à leur chambre toute la journée.

Un **distributeur de café** est à disposition des patients. Une boisson coûte 0,60 euro. Dans une unité fermée, un tel distributeur est le bienvenu.

b) Les activités

Deux cours sont accessibles directement par les patients, l'une – la plus petite – jusque 23h. Chacune dispose d'un allume-cigare. Certains patients ont le droit de sortir dans « le grand parc ».

Les visites se déroulent dans les salons pour visiteurs ou dans les chambres.

L'IDE de jour anime des activités thérapeutiques au sein de l'unité.

Les patients peuvent, sur prescription, participer à des séances d'ergothérapie (cf. § 6.1) ; chaque semaine, un ergothérapeute vient élaborer le programme de la semaine.

Ceux qui ont une prescription d'activité sportive peuvent s'y rendre tous les matins et sont encouragés à le faire.

Lors de la semaine de la visite, la fréquentation des activités extérieures à l'unité a été la suivante :

- lundi, six patients en randonnée ; neuf étaient sans activité dont cinq qui venaient d'entrer.
- mardi, six patients au sport ;
- mercredi huit patients au sport, trois ont refusé d'y aller et un était en permission ;
- jeudi, deux patients en randonnée.

c) L'isolement

Les deux chambres d'isolement sont identiques, installées de part et d'autre du poste de soins. Chacune est précédée d'un sas avec un placard où sont entreposés des contentions et les effets du patient. Elle comporte, en son centre, un lit fixé au sol et dans un coin, un WC en inox. Une salle d'eau attenante est équipée d'une douche et d'un lavabo ; elle est fermée à clef. Une horloge à affichage analogique est visible par le patient alité.

Une caméra visionne l'ensemble de la chambre, à l'exception des WC au-dessus desquels elle est placée. Ses images sont reportées sur des écrans placés dans le poste de soins. Un bouton d'alarme permet d'appeler les soignants, il est inaccessible pour des personnes attachées sur le lit. La surveillance de chaque chambre est également possible depuis le poste de soins à travers un fenestron placé dans la cloison qui le sépare de chaque chambre ; chaque fenestron est masqué par un rideau.

Les patients en chambre d'isolement y prennent leur repas apporté sur un plateau avec pour tout couvert une cuiller. Il ne leur est jamais laissé de journaux ou diffusé de musique mais la possibilité d'y mettre un poste de radio est envisagée.

L'unité tient un registre d'isolement. Ses mentions ne retracent par réellement l'occupation de la chambre d'isolement car n'y figurent pas toujours les patients placés par d'autres unités.

L'utilisation des contentions n'est pas inhabituelle, éventuellement à la demande du patient ; tel a été le cas pendant la visite des contrôleurs, une patiente a demandé à être placée sous contention, elle a été détachée la nuit après endormissement.

d) Les soins

Chaque patient a un infirmier référent, parfois deux : l'IDE se « positionne » sur un patient mais parfois, le cadre impose la référence. L'IDE référent est chargé de l'anamnèse du patient et du suivi de soins personnalisés.

Les entretiens médicaux se déroulent toujours avec un infirmier.

Tous les mercredi matin, une synthèse réunit tous les médecins – psychiatres et somaticiens – le cadre de l'unité, un ou deux IDE, l'assistante sociale, l'ergothérapeute. La situation de chaque patient est évoquée, sous ses aspects médicaux et sociaux ; c'est aussi le lieu de l'élaboration du projet de soins.

Le patient a au moins un entretien avec l'infirmier référent par semaine, sauf les patients très anciens qui peuvent n'en avoir qu'un par mois. Ces entretiens ne sont pas exclusifs d'entretiens « à la demande ». Les patients témoignent que les soignants sont disponibles.

Des réflexions sont conduites au sein de l'unité sur les refus de traitement, la position actuelle étant que si le refus de traitement n'empêchait pas le patient de vivre en communauté, il convenait de lui laisser le temps d'accepter son traitement.

L'unité d'addictologie ne prend pas de patients en soins sous contrainte. Lorsqu'un traitement d'addictologie est estimé nécessaire et que le patient y est consentant, la mesure de contrainte est levée pour qu'il puisse passer en unité d'addictologie – cf. *infra* § 7.6.2).

Il a été indiqué que les prescriptions « si besoin » étaient rares car en cas de situation d'urgence, les IDE étaient autorisés à placer en isolement avec ou sans contentions.

7.3 L'UNITE INTERSECTORIELLE DE REHABILITATION ET DE SOINS PROLONGES PISSARRO

L'unité de soins prolongés et de réhabilitation psycho-sociale PISSARRO est une unité **ouverte** qui accueille à la fois des patients relevant de soins prolongés et des patients pour lesquels un projet de sortie de l'hospitalisation à temps plein est à construire et à mettre en œuvre, après un travail sur l'autonomie. Le *turn-over* des patients de cette unité est très faible (quinze sorties depuis décembre 2013).

Cette unité est équipée d'une chambre d'isolement.

Seuls sont admis dans cette unité des patients déjà présents dans le centre hospitalier depuis au moins six mois, réhabilitables dans le long terme, sélectionnés par une commission d'admission et pour lesquels aucune solution de sortie n'est possible soit en raison d'une pathologie en cours de stabilisation soit en l'absence de place dans une maison d'accueil spécialisée.

Les patients qui atteignent l'âge de 60 ans sont transférés en priorité vers des EHPAD.

L'unité PISSARRO est le résultat de la fusion en 2013 des unités STEFAN et RENOIR. Le nombre de lits est appelé à passer dans le courant de l'année 2017 de vingt-sept à vingt et ne disposera que de chambres individuelles, dont une destinée à une personne à mobilité réduite. Lors de la visite des contrôleurs, dix-neuf chambres étaient occupées, une chambre à deux lits était occupée par deux patients et une chambre était indisponible.

7.3.1 Les locaux

Le bâtiment abritant l'unité PISSARRO est tout en longueur et comporte deux niveaux : un rez-de-chaussée légèrement surélevé, accessible par un escalier et par une rampe pour les personnes à mobilité réduite, et un rez-de-jardin en contrebas.

Au rez-de-chaussée, la porte d'accès ouvre sur un sas qui donne sur un couloir qui va d'une extrémité à l'autre du bâtiment. A proximité du sas se trouvent le bureau médical, celui du responsable d'unité, la salle de détente du personnel, ainsi qu'un salon de télévision. Dans le couloir, à droite de l'entrée, sont situés les locaux de vie (la salle à manger, les offices, le local linge sale et linge propre, un salon avec télévision et la cabine téléphonique). A gauche le couloir sépare d'un côté des chambres à un lit et e l'autre des bureaux (deux postes pour les infirmiers), d'autres chambres à un lit (dont la chambre d'isolement), puis se rétrécit sur un palier pour desservir les chambres à deux lits sur un seul côté et la salle de bains comportant une baignoire.

Une porte du rez-de-chaussée ouvre sur un jardin clos équipé de bancs, de deux tables de tennis de table, d'un baby-foot sous abri, d'un boulodrome, agrémenté de quelques arbres et de pelouses. Le parc et l'entrée de l'unité sont équipés d'allume-cigarettes et de cendriers.

Au rez-de-jardin, un couloir dessert des bureaux, des salles de réunion, des salles d'activité dont un atelier cuisine, un atelier vie quotidienne (avec machine à laver le linge, sècheuse, table et fer à repasser), une salle informatique (trois postes non reliés à Internet), trois salles d'activité (meublées comme des salles de classe), une salle de relaxation ou de gymnastique, une salle de musicothérapie et les vestiaires du personnel.

Un petit potager clos, entretenu par les patients, est situé à proximité de l'escalier d'entrée.

Lors de la visite des contrôleurs, vingt patients étaient hospitalisés dans l'unité, dont deux dans la même chambre.

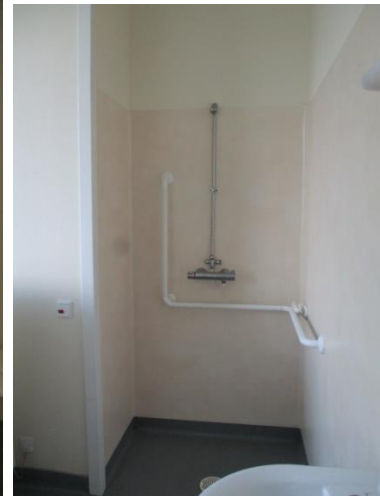
- vingt-sept lits, sans compter le lit de la chambre d'isolement ;
- une chambre d'isolement dite chambre de soins intensifs ;
- treize chambres individuelles ;
- sept chambres doubles dont six occupées par un patient et une occupée par deux patients ;
- aucune chambres à trois lits ou davantage ;
- une douche par chambre ;
- une salle de bains (avec baignoire) ;
- un WC par chambre situé dans la salle de bains et cinq WC communs.

Les meubles des chambres à un et deux lits sont identiques. La différence porte sur le nombre de lits, de siège (un pour chacun) et de table de nuit (une pour chacun). Quand deux patients occupent la même chambre, ils disposent pour eux deux d'une seule armoire et d'une seule table qui sert pour le petit déjeuner ou comme table de travail.

Un bouton d'appel est accessible de chaque lit. Une lampe murale est placée au-dessus de chaque lit. Les fenêtres sont coulissantes, une butée ne permet pas de les ouvrir de plus de 10 cm. Chaque chambre est équipée d'un radiateur réglable.

Dans le local sanitaire, le lavabo est surmonté d'un miroir et d'un éclairage. Il est équipé d'un porte-serviettes et d'une tablette. Une prise électrique permet de brancher un rasoir ou un sèche-cheveux. Les douches sont à l'italienne, avec pour certaines des tabourets. Les robinets permettent de régler la température de l'eau. Le WC est équipé d'une lunette. Aucun local sanitaire n'est équipé de patère.

Les portes de ces locaux sont équipées d'un verrou qui permet au patient de s'isoler.
L'unité PISSARRO dispose de nombreuses salles d'activités.



Recommandation

Le mobilier des chambres destinées à recevoir deux patients au sein de l'unité PISSARRO est insuffisant. Chaque patient doit pouvoir disposer d'une armoire et d'une table.

L'installation de patère(s) dans les locaux sanitaires des chambres de l'unité PISSARRO est nécessaire de façon à éviter de poser sur le sol des vêtements ou des serviettes.

7.3.2 Les moyens humains et l'organisation

Les effectifs sont les suivants :

- médecin psychiatre : 1 pour 1/3 d'ETP ;
- médecin généraliste : 1 pour 1/3 d'ETP ;
- responsable d'unité : 1 pour 1 ETP ;
- infirmiers diplômés d'Etat (IDE) : 13 pour 12 ETP ;
- aides-soignants (AS) : 9 pour 7,5 ETP ;
- agents des services logistiques (ASL) : 5 pour 5 ETP ;
- animateurs : 2 pour 2 ETP ;
- psychologue : 0,6 ETP ;
- assistante sociale : 0,3 ETP.

Le médecin psychiatre, chef du secteur 22G07, est le seul de sa spécialité à exercer dans l'unité. Il intervient également dans les unités SEGAL et MATISSE pour suivre les patients appartenant à son secteur. Il est présent sur le site du centre hospitalier le lundi après-midi, le mardi matin, un mercredi matin sur deux, le jeudi matin, et le vendredi après-midi.

Un médecin somaticien exerce dans l'unité et partage son temps entre cette unité et MATISSE tout en consacrant une demi-journée par semaine à une maison d'accueil spécialisée (MAS).

Le service de jour est assuré par deux équipes. L'équipe du matin prend son service à 7h et le quitte à 14h30, l'équipe d'après-midi le prend à 14h et le quitte à 21h30. L'équipe de nuit prend le service à 21h15 et le quitte à 7h15. Les transmissions sont assurées de 7h à 7h15, de 14h à 14h30, et de 21h15 à 21h30 ; le responsable d'unité participe aux transmissions de 14h à 14h30.

L'équipe du matin compte en semaine deux IDE, trois AS, deux ASL, et pendant les week-ends et jours fériés deux IDE, deux AS et une ASL.

L'équipe d'après-midi compte en semaine et pendant l'après-midi deux IDE, une AS et une ASL.

Le rythme de travail des animateurs est de 9h à 16h30. Ils sont épaulés ou remplacés par des AS des équipes du matin en milieu de matinée. Ainsi, des activités sont organisées en semaine *a minima* par deux animateur(s) ou AS et au mieux par cinq personnes (deux animateurs et trois aides-soignants), la moyenne étant de trois ou quatre personnes. Le taux d'encadrement est d'un soignant pour un maximum de trois patients lors des sorties et d'un soignant pour un maximum de six patients en activités en atelier.

L'équipe de nuit compte deux IDE ou une IDE et une AS.

7.3.3 Les patients

La file active de l'unité en 2015 était constituée de trente-huit patients : vingt-sept patients étaient présents au 1^{er} janvier 2015, cinq ont quitté l'unité et ont été remplacés par cinq nouveaux, les six autres patients ont été des occupants de la chambre d'isolement ou des personnes en transit venant d'autres unités du centre hospitalier.

Lors de la visite des contrôleurs, le patient le plus jeune avait 23 ans, le plus âgé, 60 ans ; la durée d'hospitalisation la plus longue était de treize ans. Une patiente était placée en chambre d'isolement le jour de l'arrivée des contrôleurs, elle en est sortie le lendemain. Les vingt patients présents étaient sous tutelle. Une patiente était en SDTU depuis le 16 mars 2016 et bénéficiait de sortie de 12 et 48 heures.

7.3.4 Le projet thérapeutique

a) La vie quotidienne

Le régime quotidien est le suivant :

- 7h30- 8h45 : petit déjeuner en chambre, toilette ;
- 9h15- 9h30 : début des activités ;
- 10h15 : hydratation (eau avec du sirop) dans le réfectoire pour les patients présents qui le désirent ;
- 11h30- 11h45 : fin des activités ;
- 12h30- 13h45 : déjeuner ;
- 14h- 14h30 : début des activités ;
- 15h15- 15h30 : café avec une madeleine au réfectoire pour les patients présents ;
- 16h30- 18h ou plus tard : fin des activités ;
- 18h30- 19h30 : dîner ;
- 23h environ : fin des programmes télévisés, coucher.

La dispensation des médicaments est assurée en chambre au moment du petit déjeuner, dans le réfectoire au moment du déjeuner et du dîner, en salles de soins avant le coucher.

Un **distributeur de café** est à disposition des patients. Une boisson coûte 0,60 euro.

Deux patients de PISSARRO disposaient lors de la visite des contrôleurs de téléphones portables. L'un en disposait librement, l'autre en disposait de façon limitée de 9h à 12h pour des raisons médicales ; ce patient le prenait dans le bureau du responsable de l'unité et le remettait au même endroit en fin de matinée.

b) Les activités

Les horaires des activités sont mentionnés ci-dessus.

Aucune activité n'est planifiée le week-end ni les jours fériés. Les patients peuvent se rendre à la cafétéria, regarder des films, se promener dans le parc ou le jardin clos. En hiver, quand les sorties dans le parc sont difficiles, la chorale des patients est réunie.

Les patients en soins sans consentement bénéficient des activités au même titre que les autres patients. Pour les sorties à l'extérieur du parc, des permissions doivent être sollicitées dans les délais requis, avec un préavis de 48 heures, ce qui est une contrainte compte tenu du mode d'organisation (planification le vendredi après-midi pour la semaine suivante).

Le mercredi et le vendredi matin, tous les patients sont invités à participer à une séance d'activités physiques (vélo d'appartement, jeux d'adresse, baby-foot, etc.) avec les infirmiers de la salle de sport.

Le vendredi après-midi les patients, les soignants, les animateurs, le psychologue, l'assistante sociale, se réunissent pour planifier les activités de la semaine suivante. Le tableau est renseigné par un patient.

Quelques rares activités, comme l'équithérapie, sont financées par les patients. Les activités sont globalement financées par une des trois associations de l'AHB, qui tiennent leurs ressources du centre hospitalier, selon les informations recueillies par les contrôleurs.

Le bilan de l'unité pour l'année 2015 fait apparaître les éléments suivants :

- les activités d'animation (achats à l'extérieur, sport, cuisine, marche, sortie à la demi-journée et à la journée, etc.) sont au nombre de 4 481
- les sorties pour consultations (pédicure, dentiste, coiffure, radiographies, famille d'accueil, etc.) au nombre de 283 pour 27 patients.

Une moyenne de 3,5 activités par patient est organisée par semaine hors week-end, chaque activité correspondant à une matinée ou à un après-midi.

Les contrôleurs ont constaté que les patients étaient occupés.

Bonne pratique

Le volume des activités proposées aux patients de l'unité PISSARRO et la méthode participative d'élaboration du programme hebdomadaire d'activités participent à la socialisation des patients.

c) L'isolement

La chambre d'isolement de l'unité PISSARRO était inoccupée lors de la visite des contrôleurs. Cependant, pendant cette période, elle avait été préparée pour accueillir un patient violent ; la mise à l'isolement n'a pas été décidée car le patient a été calmé au cours d'un entretien. Des contentions avaient été pendant disposées sur le lit de la chambre d'isolement.

La chambre d'isolement (CI) de l'unité PISSARRO est située entre deux bureaux de soignants, le « bureau infirmier local veille » et le « poste infirmier ». Cette disposition permet une bonne surveillance.

Ces deux bureaux ont la vue sur la CI chacun à travers un oculus (un carré de 30 cm de côté pour le premier bureau et un rectangle de 30 sur 50 cm pour le second) qui peut être masqué par un store vénitien. Dans le poste infirmier le moniteur de la caméra permet d'avoir la vision sur la CI et une partie des sanitaires – la douche est visible mais le lavabo et la cuvette des WC ne le sont

pas. Il n'y a pas d'enregistrement. Quand un patient est mis en CI, il peut lui être dit qu'il est placé sous vidéosurveillance mais la procédure n'est pas formalisée.

L'accès à la CI se fait par un sas dont la porte sur le couloir ne comporte pas d'indication ni opercule ni œilleton. Le sas comporte un placard dans lequel sont stockés une caisse avec les contentions prêtes à l'usage, un tabouret en mousse destiné à servir de table pour les repas, des pyjamas, des couvertures, des serviettes de toilette. La porte du sas donnant sur la CI comporte un oculus rectangulaire de 30 cm sur 50 cm.

La CI mesure 3,40 m de longueur sur 2,90 m de largeur (9,86 m²), avec un local sanitaire attenant. Le lit métallique avec un matelas en mousse, avec les extrémités inclinables manuellement, est fixé au sol, à 80 cm du mur. Le sommier est une plaque métallique ajourée en nid d'abeille.

Le local sanitaire comporte un lavabo surmonté d'une glace, un WC à l'anglaise et une douche à l'italienne ; la température de l'eau de la douche et du lavabo est préréglée. Ce local est fermable par une porte qui est verrouillée en position ouverte ou fermée. Selon les informations recueillies par les contrôleurs, cette porte demeure verrouillée en position ouverte.

Le plafonnier, la veilleuse, les prises de courant, l'éclairage du local sanitaire, les volets roulants de la fenêtre et les réglages de la climatisation sont commandés depuis le sas. La fenêtre ne peut pas être ouverte. Elle est surmontée d'un fenestron coulissant obturée par une plaque métallique en nid d'abeille qui interdit le passage d'objets quand il est ouvert.

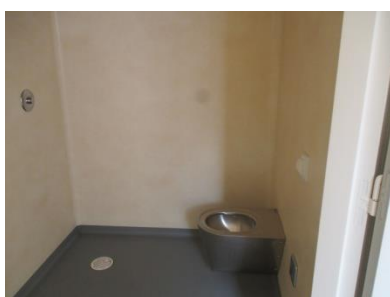
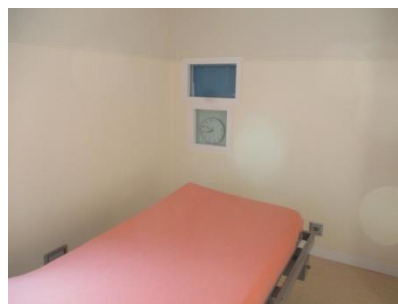
Une horloge encastrée est située au pied du lit, en dessous de l'oculus donnant sur le poste infirmier.

En tête de lit est situé le bouton d'appel.

Ces locaux et leurs équipements étaient parfaitement entretenus lors de la visite des contrôleurs.

Recommandation

La caméra de vidéosurveillance de la chambre d'isolement de PISSARRO porte manifestement atteinte à l'intimité des patients car son champ couvre l'espace de la douche, sans flexible. Une modification de ce champ est à prévoir.



d) Les soins

Chaque patient se voit désigner un infirmier et un aide-soignant référent. Les entretiens médicaux se déroulent toujours avec un infirmier.

Des réunions de synthèse sont organisées chaque semaine par le médecin psychiatre avec le médecin généraliste. Le responsable d'unité, un infirmier, un aide-soignant, la secrétaire médicale sont systématiquement conviés. D'autres personnes (psychologue, animateur, assistante sociale, ergothérapeute...) sont également conviées en fonction du thème de la réunion :

- tous les quinze jours, sont examinés les situations de deux ou trois patients ; tous les patients sont ainsi examinés au moins trois fois par an ;
- en alternance tous les quinze jours, est examiné le projet personnalisé d'un patient. Cette réunion est préparée avec le patient et avec son tuteur. Le tuteur est invité à la réunion. Le patient est convié à la fin de la réunion afin de travailler collégalement son projet. Chaque patient est convoqué une fois par an ;
- une fois par an, une réunion est consacrée à l'examen des activités de chaque patient ; les contrôleurs ont assisté à cette réunion.

Aucune prescription « si besoin » pour les mises à l'isolement ou pour les contentions n'est rédigée par un médecin. Les prescriptions sont renouvelées quotidiennement, le cas échéant.

Le médecin psychiatre de permanence ou le médecin somaticien d'astreinte, quand les médecins de l'unité ne sont pas présents, est sollicité sans délai pour prescrire le placement en chambre d'isolement et éventuellement une mise sous contention.

Les contentions ne sont prescrites que pour les patients placés en chambre d'isolement, éventuellement pour lutter contre les risques de chute. Les prescriptions sont renouvelées quotidiennement, le cas échéant.

7.4 L'UNITE INTERSECTORIELLE GAUGUIN

L'unité GAUGUIN est avec L'UPA de Pontivy l'une des deux unités d'hospitalisation à temps plein du secteur 56G07. Elle a vocation à devenir intersectorielle tel qu'il est précisé dans le projet de prise en charge 2013-2017.

Sa capacité est de vingt-quatre lits. Elle accueille des patients souffrant de troubles psychiatriques justifiant des soins intensifs, en soins libres ou sans consentement généralement après stabilisation et passage à l'unité fermée SEGAL.

L'unité est équipée d'une chambre d'isolement, similaire à celle de l'unité MATISSE.

7.4.1 Les locaux

L'unité dispose de deux niveaux de plus de 600 m² chacun. Le rez-de-chaussée comporte deux salons, une salle de réunion qui constituent les lieux de vie collectifs, deux salles à manger, dont une plus petite permet de recevoir les familles ou d'organiser le retrait d'un patient, le bureau de veille infirmier, deux bureaux médicaux, le poste infirmier, les offices (restauration et entretiens) qui sont bien équipés.

Au rez-de-chaussée se trouvent également onze chambres individuelles. Quatre de ces chambres sont utilisées pour des patients(tes) nécessitant une surveillance renforcée. Celles-ci ne disposent pas de cordon d'appel pour la douche, ni de téléphone ; le mobilier est sommaire et les affaires personnelles sont enlevées à l'exception de leurs vêtements. Le protocole prévoit un passage toutes les demi-heures. Le personnel soignant ne renseigne pas de registre, la traçabilité

est assurée sur le dossier informatisé du patient. La question d'une « analyse de ces données par le DIM » est évoquée par l'équipe.

L'étage comporte une salle de réunion, deux salons, une salle d'activité, un bureau, la lingerie, les vestiaires, les « offices » et treize chambres individuelles dont une aménagée pour une personne à mobilité réduite (PMR), ainsi qu'une salle de bains avec douche, baignoire et un sanitaire commun.

Toutes les chambres sont équipées d'un local sanitaire avec douche, lavabo, miroir au-dessus du lavabo, porte-serviettes et patère, d'un sanitaire et d'un placard individuel ; la porte de ce local peut être fermée depuis l'intérieur par un loquet. Elles sont claires et parfaitement entretenues. Les patients peuvent fermer leur chambre en journée au moyen de leur badge.

Les locaux sont ouverts en journée jusqu'à 22h30 avec une tolérance pour les fumeurs jusqu'à 23h.

7.4.2 Les moyens humains et l'organisation

L'unité GAUGUIN dispose du personnel suivant :

- 0,75 ETP de psychiatre contractuel ;
- 0,50 ETP de médecin généraliste ;
- 0,98 ETP de cadre de santé ;
- 16,38 ETP d'infirmiers ;
- 0,30 ETP de psychologue ;
- 0,40 ETP d'assistante sociale ;
- 4,99 ETP d'agents des services logistiques ;
- 1 ETP d'autre agent.

Trois infirmiers interviennent par roulement de 7h à 14h30 et de 14h à 21h30 et un infirmier supplémentaire intervient de 8h30 à 16h.

L'organisation du travail fait l'objet d'une fiche détaillée précisant la répartition des tâches entre les trois infirmiers présents le matin et l'après-midi.

L'infirmier de jour a pour fonction la mise en place d'activités au sein de l'unité, l'accompagnement et la gestion de l'argent des patients.

Deux infirmiers assurent la nuit. Ils ont en charge les tâches usuelles de distribution des médicaments, de surveillance, l'accueil des éventuelles entrées, la préparation journalière des médicaments, la gestion des dates de péremption. Ils se répartissent les deux étages.

Deux agents des services logistiques interviennent de 6h30 à 14h, et un seul de 13h30 à 21h.

L'équipe compte 3 hommes pour 2,5ETP et 10 femmes pour 10 ETP.

Le médecin généraliste intervient tous les jours au sein des deux unités GAUGUIN et SEGAL de 9h30 à 18h.

Deux médecins psychiatres sont présents en alternance à l'unité GAUGUIN et à l'unité intersectorielle de géronto-psychiatrie (UIGP) le matin et l'après-midi. Un tableau de service des psychiatres est établi et diffusé chaque semaine.

7.4.3 Les patients

Lors de la visite des contrôleurs l'unité GAUGUIN compte vingt-quatre patients dont quatorze hommes et dix femmes.

Parmi eux deux font l'objet d'une mesure de curatelle renforcée aux biens et à la personne, quatre d'une curatelle renforcée et un d'une sauvegarde de justice.

Vingt et un patients sont admis en soins libres. Le patient le plus âgé en soins libres a 90 ans, le plus jeune, 23 ans ; le patient le plus âgé ainsi que le plus jeune étaient auparavant à l'unité SEGAL, ils sont depuis neuf mois à l'unité GAUGUIN.

Le seul patient admis en SDT « péril imminent » a 52 ans. Le seul patient admis en SDT en urgence a 35 ans. Le seul patient admis à la demande d'un tiers a 44 ans.

Les données font apparaître une proportion stable de mesures d'admissions sans consentement – dont aucune sur décision du représentant de l'Etat :

Année	2013	2014	2015
Nombre total d'hospitalisations	311	404	500
Nombre d'admissions sous contrainte	53	63	61
Dont à la demande d'un tiers	15	9	5
Dont à la demande d'un tiers en urgence	24	40	38
Dont péril imminent	14	14	18

Les patients intègrent généralement l'unité GAUGUIN après un passage à l'unité SEGAL.

Lorsqu'il s'agit d'une admission à la demande d'un tiers, les patients sont connus des équipes des CMP. S'ils présentent un risque suicidaire, ils font l'objet d'une surveillance renforcée. Ils sont alors, avec leur accord, placé dans l'une des chambres permettant la surveillance renforcée, tout en étant libres d'aller venir dans l'unité. Leur vulnérabilité est évaluée lors de leur arrivée dans l'unité par le médecin psychiatre qui établit la prescription en ce sens. Cette disposition s'applique quel que soit le statut d'admission des patients et le recueil de leur avis est systématique.

Les nécessaires adaptations de prise en charge face au profil problématique « *des jeunes patients âgés de 18 à 25 ans arrivant en décompensation psychotique avérée, en rupture sociale, scolaire depuis des années ayant des conduites addictives, opposants, ayant des idées morbides* » sont confirmées dans cette unité par le personnel médical et soignant.

Il est évoqué à ce propos la nécessité d'offrir un cadre structurant et l'intérêt d'assortir la prise en charge médicale d'une bienveillante autorité.

Pour l'ensemble des patients les pathologies sont le plus souvent lourdes, même si la prise en charge en amont par l'unité SEGAL a pu contribuer à une certaine stabilisation.

L'enjeu et la difficulté du travail est donc de s'inscrire dans un projet thérapeutique partagé et individualisé de préparation de sortie.

Les prescriptions de contention concernent les patients qui risquent des chutes, et sont en fauteuil dans la journée et au lit la nuit. Lors de la visite des contrôleurs un seul patient en faisait l'objet. Aucun patient n'était en chambre d'isolement.

7.4.4 Le projet thérapeutique

a) La vie quotidienne

Le réveil des patients se déroule de 7h30 à 8h après les transmissions nuit-jour. C'est à ce moment que sont faits, le cas échéant, les bilans sanguins, prises de constantes et l'aide à la toilette.

Le petit déjeuner entre 8h et 8h30 se déroule dans la salle à manger et correspond à la première prise de médicaments.

Le déjeuner est prévu à 12h30 ainsi que la prise de médicaments. Il peut avoir lieu dans la chambre sur prescription médicale ; des régimes alimentaires spécifiques peuvent être également assurés sur prescription médicale.

Les visites des familles sont autorisées entre 14h et 18h30. Il est spécifié que les visites doivent autant que possible intervenir hors temps d'entretien ou d'activités thérapeutiques.

Si un patient bénéficie d'une autorisation « médicale » de sortie de quelques heures, 48h au maximum, il peut quitter l'établissement à compter de 14h et doit rentrer avant 20h.

Le dîner a lieu à 18h45.

Les patients sont invités à rejoindre leur chambre au plus tard vers 22h30.

Tous les patients ont des visites, le droit de téléphoner avec leur portable ou avec une ligne installée à leur demande. Les fumeurs sont invités à fumer à l'extérieur.

Le règlement intérieur de l'unité est remis à chaque patient.

Le linge personnel est entretenu par les familles, l'hôpital peut y faire face s'il y a absence ou carence familiale.

Les patients en chambre d'isolement font l'objet de mesures restrictives (non accès systématique au téléphone, affaires personnelles) qui ont pour corolaire une présence et une attention accrues des personnels soignants à leur égard.

b) Les activités

Les activités font partie intégrante de la prise en charge thérapeutique.

Au petit déjeuner l'organisation de la journée des patients est reprise avec eux en fonction des plannings hebdomadaires qu'ils ont établis avec les infirmiers.

L'infirmier de jour assure cette fonction essentielle d'accompagnement aux activités extérieures ou au sein de l'unité.

C'est à ce moment aussi que les entretiens ou temps d'activité thérapeutiques sont rappelés avec l'assistante sociale, psychologue, ergothérapeute, psychomotricien, kinésithérapie, balnéothérapie.

Ces prises en charge individuelles ou en petits groupes se déroulent de 9h à 12h15 et de 14h à 16h30.

Il a pu être observé lors de la visite comment des patients très anxieux, parfois opposants pouvaient être apaisés par la mobilisation et l'accompagnement de personnels soignants ou spécialisés afin d'éviter les situations de crise ou de rupture.

c) L'isolement

Une chambre d'isolement près du poste infirmier, dispose d'un patio extérieur grillagé en libre accès dans la journée. Elle se compose d'un sas d'entrée, d'un coin toilette avec douche et sanitaire fermant à clef, d'un lit au centre de l'espace disponible. La surveillance est exercée

depuis le bureau infirmier au travers d'une vitre et à l'aide d'une caméra vidéo dont le champ respecte l'intimité des patients.

Au moment de la visite aucun patient n'était en chambre d'isolement. Le registre fait apparaître dix-neuf cas durant un trimestre.

d) Les soins

L'admission dans l'unité peut se faire à tout moment. La procédure a été travaillée en équipe et formalisée.

Dans le cas d'un transfert de l'unité SEGAL, un protocole d'admission spécifique est appliqué.

Il est ainsi prévu de vérifier avec le patient son degré d'autonomie en renseignant une fiche spécifique.

Il est également convenu de vérifier que la personne de confiance est désignée, de renouveler l'arrêt de travail, de faire l'inventaire des objets personnels en encourageant le dépôt des numéraires et des cartes bancaires.

C'est en général l'infirmier qui fait l'entretien d'accueil qui restera le référent du malade. Pour autant la fonction de référent n'est pas formalisée.

Le curateur ou tuteur, la famille sont tenus informés du transfert.

L'ensemble des soins médicaux et paramédicaux est retracé dans le dossier informatisé ou papier du patient : évaluation de la douleur (tous les huit jours) vérification des dates d'injection retard, etc.

C'est aussi au cours de ce premier entretien que sont programmées avec le patient les dates des entretiens d'évaluation (J+4), d'anamnèse (J+7) puis les évaluations tous les dix jours jusqu'à la sortie.

Les réunions de synthèse permettent d'affiner le projet thérapeutique individualisé. Il est noté qu'elles associent les familles en recueillant leur adhésion et sont pluridisciplinaires.

Le projet thérapeutique est donc centré sur la « personne globale » et vise la mise en œuvre d'une solidarité de responsabilité au cas par cas pour préparer la sortie. Le contrat de soins fait donc référence aux éléments psycho-sociaux, aux questions d'isolement ou d'exclusion sociale à prendre en considération.

Les réunions avec des partenaires ou futures équipes accueillantes peuvent être organisées, car certaines sorties nécessitent la mise en place d'un partenariat avec des services extérieurs, la mission locale, par exemple.

La sortie est prononcée par le médecin. Elle est en règle générale assortie d'une prise en charge ambulatoire qui doit néanmoins faire l'objet d'une adhésion du patient.

7.5 L'UNITE INTERSECTORIELLE DE GERONTO-PSYCHIATRIE (UIGP)

L'unité intersectorielle de géronto-psychiatrie accueille des patients de plus de 60 ans atteints de troubles démentiels. Ces syndromes démentiels engendrent des risques de fugue, de sorte que l'unité est **fermée** pour raison de sécurité. Tout patient qui sort doit être accompagné par un membre de sa famille ou par un soignant. Seuls deux patients sont autorisés à se rendre seuls à la salle de sport.

L'UIGP n'est pas équipée de chambre d'isolement.

7.5.1 Les locaux

L'UIGP est installée dans un bâtiment en bon état, qui comprend deux niveaux.

Le niveau inférieur, en rez-de-jardin, est occupé par :

- une salle de réunion ;
- les vestiaires du personnel ;
- un salon d'esthétique et de coiffure ;
- une grande salle d'activités essentiellement physiques ;
- une salle d'activité peinture ;
- une salle d'activité cuisine qui bénéficie d'un accès à une cour fermée entourée de feuillages ;
- une salle d'animation ;
- un bureau pour la gérontologie des secteurs 22 et 56 ;
- le bureau de la neuropsychologue avec une salle d'attente.

Au rez-de-chaussée, le hall d'entrée conduit à un couloir.

A gauche et au fond, se trouvent deux salons de télévision et la salle à manger en deux parties. La salle à manger est meublée de cinq tables rondes et d'une rectangulaire, les sièges sont matelassés et certains ont des accoudoirs.

Une porte-fenêtre dans le grand salon permet d'aller sur une terrasse surplombant l'entrée de l'unité et agréablement meublée et fleurie.

Dans le couloir on accède aux offices, aux sanitaires et à l'ascenseur.

En face de l'entrée, est installé le bureau du responsable infirmier, suivent les deux bureaux des médecins puis le poste infirmier.

Le couloir se poursuit dans la zone d'hébergement en forme de T, avec vingt-deux chambres, une salle de bains et la salle de pause du personnel au milieu.

Au total vingt-cinq lits sont installés à l'UIGP, dix-neuf chambres ont un lit et trois chambres ont deux lits. Chaque chambre est équipée d'un lit médicalisé, d'une armoire avec une clé conservée par les soignants et d'une table de nuit avec un cordon court et bouton d'appel ; les lignes téléphoniques sont démontées.

Chaque chambre dispose d'une salle d'eau avec lavabo, douche et WC.

L'unité dispose aussi de trois lits spéciaux pour patients atteints de la maladie d'Alzheimer, équipés de barrières pouvant être abaissés.

A l'extrémité de l'aile droite, une rampe permet d'accéder à une cour, également accessible depuis la salle de détente du personnel, mais cette cour excentrée est peu utilisée par les patients.

L'ensemble est en bon état et très propre.

Toutes les fenêtres sont en deux parties coulissantes sur 10 cm, surmontées d'une imposte basculante.

7.5.2 Les moyens humains et l'organisation

Tous les postes prévus à l'organigramme sont pourvus.

Trois médecins psychiatres travaillent à l'UIGP, un médecin est présent l'après-midi et les deux autres sont présents le matin. Ils travaillent également à l'unité GAUGUIN ainsi qu'au CMP.

Un cadre responsable d'unité est présente tous les jours au moins de 8h30 à 16h.

En journée, sont affectés : huit infirmières (7,5 ETP), neuf aides-soignants (8 ETP) – trois hommes et six femmes –, et trois agents des services logistiques (3 ETP) – deux femmes et un homme.

Le service de nuit est composé de 4,5 ETP d'infirmières, soit cinq femmes.

La présence minimum des soignants en journée est constituée de deux infirmières et de deux aides-soignants en semaine, de 7h à 14h30 : infirmières et aides-soignants, un infirmier de 14h à 21h30 et un aide-soignant de 13h30 à 21h.

La nuit sont présentes deux infirmières de 21h15 à 7h15.

Une animatrice est présente dans le service de 9h à 16h30.

Une assistante sociale à temps partiel et deux infirmières du réseau gérontologique de l'AHB qui sont en lien avec les EPHAD et les domiciles partagés, ainsi que la neuropsychologue du centre hospitalier travaillent également à l'UIGP.

Les contrôleurs ont abordé la question du tutoiement des patients par les soignants, afin de proscrire tout comportement humiliant. En Bretagne, le tutoiement, lié à la langue bretonne, est très utilisé, y compris entre générations différentes, de sorte que la responsable du service est vigilante sans refuser cet usage systématiquement.

7.5.3 Les patients

Lors de la visite des contrôleurs, vingt-trois patients étaient hospitalisés à l'UIGP, onze femmes et douze hommes. Aucun n'était admis en SPDRE ni SPDT ; un homme était arrivé en urgence et une femme pour cause de péril imminent sans pour autant avoir été admise en SPI.

Aucun patient n'était placé en chambre d'isolement. Quatre patients étaient sous tutelle.

Le plus jeune patient hospitalisé avait 56 ans et le plus âgé, 94 ans.

La majorité des patients viennent des EPHAD. La durée moyenne de séjour est variable, environ de vingt et un jours.

Onze patients bénéficiaient d'une prescription de contention séquentielle, dont l'objectif est de prévenir les chutes ou l'épuisement.

Vingt et un patients avaient des visites.

Il est souvent difficile d'expliquer à des patients atteints de démence la différence entre la personne de confiance et la personne à prévenir, cette inscription est donc fréquemment différée.

7.5.4 Le projet thérapeutique

a) La vie quotidienne

Peu de patients sont placés dans ce service en soins sans consentement, les audiences du juge des libertés et de la détention sont donc rares. La notification des droits est souvent différée en raison de l'état des patients lors du premier rendez-vous avec le médecin psychiatre ou généraliste.

Le petit déjeuner (7h30) est pris dans les chambres, le déjeuner est servi à 12h15 dans la salle à manger sauf exception et le repas du soir est pris vers 18h30 dans les chambres. Quatre ou cinq personnes doivent être aidées pour la prise des repas.

De nombreux patients sont en situation de grande dépendance et l'effectif en personnel est parfois insuffisant.

Les biens des patients sont inventoriés et souvent remis à la famille. Un coffre permet de conserver des effets personnels dans le bureau de la responsable de l'unité.

Les sorties sont effectuées avec la famille ou avec un soignant ; la cafétéria est utilisée selon les possibilités des patients.

Il n'est pas autorisé de fumer dans les locaux, les patients fumeurs sortent dans la cour ; le tabac est conservé dans la salle de soins.

Compte tenu de l'âge des patients, il a été dit aux contrôleurs que la question des relations sexuelles ne se posait pas.

Tous les patients peuvent téléphoner ; ils reçoivent surtout des appels des familles, un combiné leur est dédié ; les numéros appelés sont contrôlés et parfois limités à la demande de certains correspondants. Un des patients présents à L'UIGP lors de la visite des contrôleurs disposait sans limite de son téléphone portable personnel.

b) Les activités

Les activités sont organisées dans l'unité par une animatrice qui s'adapte aux possibilités et aux goûts des patients.

Les séances de cuisine sont très appréciées, des mets locaux tels que les crêpes sont réalisés avec le matériel adéquat.

La salle de gymnastique au niveau inférieur est très bien équipée pour les personnes âgées.

Le salon de coiffure et d'esthétique permet également aux soignants de prendre en charge les patients.

c) L'isolement

L'UIGP ne disposant pas de chambre d'isolement, en cas de besoin, il est fait appel aux autres unités : GAUGUIN, PISSARRO ou MATISSE. Ce recours est rare, approximativement deux ou trois fois par an.

La contention a pour but de prévenir les chutes, en cas d'agitation ou d'épuisement ; elle est enregistrée dans un classeur et réévaluée périodiquement. Des barrières et des sangles peuvent être utilisées, et les *Pyjadraps*[®], sortes de sac de couchage limitant les mouvements et donc les risques de chute, sont privilégiés.

d) Les soins

Les médicaments sont distribués par les infirmières au moment des repas.

Le service gère les patients qui arrivent en situation de crise et leur assure les soins nécessaires. Ensuite, le service cherche des solutions pour la sortie : le retour dans la famille quand il est possible et souhaitable, avec le recours éventuel à des équipes mobiles de soutien, l'unité de soins de longue durée (USLD) de Rostrenen, par exemple, ou des EPHAD, mais qui sont en nombre insuffisant.

Le médecin somaticien est présent tous les matins dans le service.

Le calme et la bienveillance règnent dans l'unité UIGP.

7.6 L'UNITE D'ADDICTOLOGIE DU SERVICE INTERSECTORIEL D'ADDICTOLOGIE

Le service intersectoriel d'addictologie assure des prises en charge en ambulatoire à travers les CMP spécialisés, les CATTP spécialisés, un hôpital de jour spécialisé et une équipe d'addictologie de liaison.

L'hôpital de jour est à Pontivy et l'équipe d'addictologie de liaison (ELSA) basée à Noya-Pontivy.

Le service intersectoriel d'addictologie gère au sein du centre hospitalier de Plouguernevel l'unité ouverte hospitalière d'addictologie et depuis juillet 2009 l'intervention de personnels d'ELSA.

7.6.1 Les locaux

Les locaux de l'unité sont ouverts sur le parc en journée et en début de soirée. La superficie est de 800 m², de plain-pied.

Elle dispose d'une salle à manger, d'une salle de réunion, d'une salle de détente, de deux salons équipés de téléviseurs, d'une large terrasse.

Le personnel dispose de deux bureaux médicaux, d'un bureau polyvalent utilisé par l'assistante sociale, le psychologue et les infirmiers.

Le tout est parfaitement entretenu.

Ce pavillon clair et moderne compte dix-huit chambres d'hébergement individuelles équipées de salles d'eau avec douche et toilettes. Un sanitaire commun est à disposition des patients ainsi qu'une salle de bains avec baignoire. Trois chambres situées près de l'infirmierie, permettant une surveillance attentive, peuvent accueillir des patients en cure.

7.6.2 Les moyens humains et l'organisation

En 2016 l'unité intersectorielle d'addictologie dispose de 22,99 équivalents temps plein (ETP) répartis comme suit :

- 1,05 ETP de psychiatre contractuel ;
- 0,50 ETP de médecin généraliste ;
- 1 ETP de cadre de santé ;
- 13,34 ETP d'infirmiers ;
- 0,50 ETP de psychologue ;
- 0,60 ETP d'assistante sociale ;
- 4,50 ETP d'agents des services logistiques (ASL) ;
- 0,50 ETP d'autre agent.

Une technicienne de l'intervention sociale et familiale intervient en addictologie sur prescription médicale.

L'équipe est stable.

Le tableau de service hebdomadaire des médecins psychiatres et du médecin généraliste présents sur le site de Plouguernevel fait apparaître une présence en continu toute la semaine, matin et après-midi pour les psychiatres et en demi-journée pour le généraliste. L'intervention des médecins psychiatres dans les CMP permet de garantir une bonne connaissance des contextes locaux et des patients en amont de leur hospitalisation.

Il en est de même des assistantes sociales et psychologues lesquelles assurent deux demi-journées par semaine de présence au sein de l'unité.

Les neuf infirmiers de jour sont répartis en deux équipes qui travaillent de 7h à 14h30 et de 14h à 21h30. Sont également présents le matin deux ASL et l'après-midi un ASL.

Un personnel infirmier dit d'animation est présent de 8h30 à 16h. L'analyse des plannings permet de comptabiliser cinq intervenants le matin et quatre l'après-midi (hors médecins, psychologue, assistante sociale ou autre).

L'équipe des infirmiers de nuit est composée de neuf personnes. Ils interviennent à deux chaque nuit de 21h15 à 7h15.

Si un problème aigu se pose en addictologie avec un patient, le généraliste contacte le médecin psychiatre. Les entretiens avec les personnels soignants et d'encadrement confirment qu'en règle générale la gestion des risques est une affaire collective qui implique l'ensemble de la chaîne de responsabilité.

La stratégie mise en œuvre pour garantir la « bonne santé du service » repose sur un subtil équilibre entre une autorité médicale incontestée et l'évidente légitimité d'un personnel « d'encadrement » assurant avec constance l'organisation du quotidien.

Pour chaque patient est désigné un infirmier et un aide-soignant référents. Ainsi un soignant peut être référent de plusieurs patients. Les espaces de régulation et de prise de décision telles que les réunions de transmission de 7h, 14h et 21h pour les équipes de jour et de nuit auxquelles participe la responsable de l'unité, les réunions de synthèse, mais aussi la réunion du service deux à trois fois par an, la réunion d'encadrement tous les trois mois, les actions de formation collective sont autant d'instances investies par le personnel. La traçabilité des réflexions, observations et propositions qui y sont émises sont repérables dans les dossiers des patients, cahier de réunion de synthèse ou cahier de réunion d'information conduite chaque samedi avec les patients entrants

Ces instances à visée participative et mobilisatrice sont adossées à la conviction que les patients sont là de leur plein gré et que leur propre investissement dans la démarche qui leur est proposée en addictologie implique l'ensemble des intervenants. Elles trouvent donc leurs corollaires dans la mobilisation et la participation des personnes hospitalisées dans le projet thérapeutique et l'organisation de la vie quotidienne.

7.6.3 Les patients

Lors de la visite des contrôleurs, quinze hommes et trois femmes sont hospitalisés dans l'unité d'addictologie. Tous sont admis en soins libres et deux d'entre eux font l'objet d'une curatelle renforcée exercée par l'UDA.

Le patient le plus jeune a 23 ans et le plus âgé, 59 ans.

A la date du contrôle la durée la longue d'hospitalisation est de quarante-trois jours.

Les addictions concernent essentiellement l'alcool, avec un rajeunissement important de la population, et quelques addictions au cannabis ou à l'héroïne

La durée moyenne d'hospitalisation est de trois semaines, une quatrième semaine peut s'imposer en fonction du déroulement du sevrage.

Les statistiques de fiches d'événements indésirables portent sur six enregistrements entre le 1^{er} janvier 2016 et le 5 septembre 2016. Elles font apparaître quatre événements relatifs à la coordination de la prise en charge et à des défauts dans le circuit des médicaments et deux événements relatifs à l'atteinte aux personnes, dont une agression physique.

Les contrôleurs ont constaté que la question du transfert sur décision médicale pendant les week-ends (fiche incident du 25 juin 2016) d'un patient hospitalisé sous contrainte à l'unité GAUGUIN et l'admission à la demande des urgences d'un patient en crise a soulevé la question de l'absence de formalisation d'une procédure d'admission spécifique en addictologie (fiche incident du 4 mai 2016).

Recommandation

Le projet de l'unité d'addictologie est fondé sur la libre adhésion à l'hospitalisation, jugée nécessaire du point de vue thérapeutique et sur le principe qu'un patient dont l'addiction est concomitante avec une autre pathologie reste dans son unité d'affectation.

Cependant, des affectations prématurées en addictologie de patients non adhérents, conduisent à des situations de violence aboutissant à des placements dans les chambres de « surveillance attentive » de l'unité d'addictologie.

Il convient de protocoliser, à l'échelle du centre hospitalier, les conditions d'admission en addictologie afin d'éviter ces situations.

Les patients peuvent être admis en addictologie quel que soit leur mode d'admission. Cependant, de fait le service a une très faible expérience des modalités d'exercice des droits des personnes hospitalisées sans consentement : dans la mémoire collective est connue une seule admission faisant suite à la demande d'un juge de l'application des peines et d'un service pénitentiaire d'insertion et de probation.

Recommandation

En dépit de la faible fréquence des hospitalisations en soins sans consentement dans l'unité d'addictologie, il est nécessaire de former son personnel à l'accueil et à l'information de tels patients sur leurs droits.

7.6.4 Le projet thérapeutique

a) La vie quotidienne

L'infirmier référent conduit l'entretien d'accueil. Il a à ce titre la charge d'ouvrir le dossier patient. Il l'informe sur les règles de vie, vérifie que tous les documents – règles de vie, livret d'accueil – lui ont été remis. Il aborde les questions relatives à la désignation d'une personne de confiance et recueille son avis sur la transmission d'informations au médecin traitant.

L'accueil de personnes en soins sans consentement est très rare dans l'unité : un patient pendant quinze jours en 2015. Les personnes hospitalisées sous contrainte sont dans les unités SEGAL et GAUGUIN et accueillies pour des durées spécifiques tels que la participation à des groupes de parole.

Tous les patients ont le droit de téléphoner soit avec la ligne personnelle installée dans leur chambre, soit à partir d'une cabine téléphonique qui leur est réservée, soit avec leur propre téléphone portable ; tous peuvent recevoir des visites, tous sont inscrits à des activités.

Il n'existe pas de règles restrictives particulières concernant le courrier.

Aucun patient n'est isolé ni dans sa chambre ni en chambre dédiée à l'isolement puisqu'il n'en existe pas dans cette unité.

Les repas se prennent dans la salle à manger à 8h, 12h30, 18h45 avec une adaptation au cas par cas suivant l'état du patient. Il est noté dans le règlement intérieur de l'unité que les denrées périssables ne peuvent être conservées en chambre. Les proches peuvent venir déjeuner dans l'unité en prévenant trois jours avant.

Le linge personnel peut être lavé par la blanchisserie de l'hôpital moyennant participation.

b) Les activités

Chaque semaine entre le vendredi et le dimanche soir chaque patient élabore son projet « d'emploi du temps » pour la semaine suivante. Une fiche hebdomadaire individuelle permet de noter les rendez-vous médicaux, entretiens mais aussi la participation aux activités proposées :

- le mardi un atelier cuisine de 9h à 15h ;
- le mercredi matin de 9h à 10h30 et après-midi de 13h30 à 15h l'informatique, les groupes info alcool, info tabac et les réunions néphalistes avec les associations : alcooliques anonymes, Poher alcool ;
- les activités de médiation corporelle telle que l'ergothérapie (en 2015 ont été décomptés 1 141 participations), les activités d'esthétique, la sophrologie gérée par une infirmière sophrologue une fois par semaine (en 2014, quatre-vingt-dix patients ont bénéficié de séances en groupe ou en individuel à raison d'une à quatre séances durant leur séjour) ;
- la balnéothérapie sur prescription médicale peut être proposée le mardi matin de 8h45 à 10h30 ;
- la participation à des activités sportives au sein de l'établissement complète l'ensemble.

Après une période de sevrage « *variable en fonction de l'état physique et psychique du patient, il est invité à participer aux groupes de paroles qui font partie intégrante du programme de soin* ». Ces groupes de cinq à six participants sont ouverts aux patients des unités MATISSE, GAUGUIN ou SEGAL *via* l'addictologie de liaison. Chacun y participe trois fois par semaine durant une heure et demie jusqu'à sa sortie de l'hôpital. Il y a donc six groupes par semaine animés par un(e) infirmier(e).

c) Les soins

Chaque patient est suivi par un psychiatre, un généraliste, un(e) infirmier(e) référents. Cette équipe cotraitante est renforcée par les compétences d'une assistante sociale, d'une psychologue et de tous les intervenants internes et externes mobilisés sur le projet thérapeutique.

D'un point de vue strictement médical, le suivi psychiatrique et somatique fait l'objet d'un protocole et traçage minutieux. Les infirmiers disposent de différents supports tels que la grille de surveillance laquelle permet de valider le déroulement quotidien des cures de sevrage. La mise en place du projet de soins, au-delà de la cure et des diverses activités qui s'y rattachent fait lui aussi l'objet d'un traçage précis et impliquant l'adhésion du malade. Les médicaments sont pris en principe en salle de soins.

L'unité gère scrupuleusement un stock de médicaments et de produits de substitution. Elle a mis en place un registre de dotation des stupéfiants et un carnet de prescription médicale comportant trois volets dont un va au dossier du patient. Elle fournit également aux autres unités les produits qui leur sont nécessaires en cas d'admission pendant les samedi, dimanche, jours fériés ou en soirée d'un patient sous méthadone par exemple.

L'engagement aux soins signé par le patient comporte l'acceptation des éthylotests à chaque retour dans le service, des contrôles urinaires de dépistage de cannabis et de tous toxiques (opiacés, cocaïne, amphétamines, ecstasy...) chaque semaine ou en cas de signe clinique d'intoxication.

La « référence » à un cadre institutionnel non négociable – règles de vie, contrat de soins et élaboration d'une programmation hebdomadaire individualisée – permet d'ajuster au cas par cas les prises en charge pendant la durée d'hospitalisation et au-delà.

Il peut arriver en effet que certains patients ne tiennent pas l'engagement de soins. Les éventuelles transgressions sont immédiatement traduites par un retour en milieu naturel et il est dit qu'un patient hospitalisé sans consentement rejoindrait une autre unité du centre hospitalier.

Pour autant l'équipe ELSA et les CMPS de l'intersecteur « attendent chacun à la sortie de l'unité d'addictologie ».

La recherche d'une cohérence sécurisante ne permet pas d'éradiquer les risques d'échec ou d'événements indésirables, tels qu'en témoignent les bilans, mais ils permettent de les gérer.

Le projet de sortie est élaboré au cours des synthèses du jeudi matin en équipe pluridisciplinaire. Les assistantes sociales sont largement mises à contribution et soulignent les difficultés particulières pour ces patients, compte tenu de leur parcours, de mettre en œuvre un accès au logement.

Il est également indiqué que les secteurs manquent de relais et de services de suite pour les consommateurs d'héroïne ou de cannabis.

A la fin du séjour les patients sont invités à remplir le questionnaire de satisfaction. Il y a dans cette unité 40 % de réponses.

7.7 L'UNITE MEDICO-PSYCHIATRIQUE (UMP) ET LE SERVICE DES URGENCES AU CENTRE HOSPITALIER DU CENTRE-BRETAGNE A NOYAL-PONTIVY

L'accueil des urgences psychiatriques en centre Bretagne se fait essentiellement au service des urgences du centre hospitalier de Centre-Bretagne (CHCB).

Une fois examiné par les médecins urgentistes du CHCB, si le patient présente des troubles psychiatriques confirmés, il est fait appel aux professionnels de l'unité médico-psychiatrique (UMP) qui apportent une aide au diagnostic et à l'orientation.

Lorsque les patients sont connus du centre hospitalier de Plouguernevel, ils peuvent être hospitalisés directement dans le pavillon SEGAL pour les patients en soins sans consentement ou dans l'une des trois unités d'admission pour les patients en soins libres.

7.7.1 Les locaux

L'UMP est abritée dans les locaux du centre hospitalier de Centre-Bretagne (CHCB). L'unité ne dispose pas de locaux d'hospitalisation en propre mais seulement de trois bureaux, l'un pour la secrétaire, le deuxième pour les infirmiers et le troisième partagé par les médecins et la psychologue.

7.7.2 Les moyens humains et l'organisation

Le personnel de l'UMP comprend :

- quatre4 équivalents temps plein (ETP) d'infirmiers de jour et 2,5 ETP d'infirmiers de nuit assurant une présence 24h/24 et 7 jours/7 ;
- les médecins psychiatres assurant une présence le matin en semaine ; en dehors de ces horaires les médecins peuvent intervenir par vidéoconférence ;
- une psychologue pour 0,5 ETP présente l'après-midi cinq jours par semaine ;
- une secrétaire médicale pour 0,35 ETP présente quatre matinées par semaine.

7.7.3 Le projet thérapeutique

Le personnel de l'UMP intervient dans les services de court séjour du CHCB à la demande des médecins de ces services et au service d'accueil des urgences de l'hôpital.

Les patients se présentant avec une pathologie psychiatrique aux urgences sont pris en charge de façon similaire aux autres patients. Ainsi il n'y a ni box spécifique ni chambre d'isolement.

Dès lors que le médecin urgentiste diagnostique une pathologie psychiatrique, il est fait appel à un infirmier de l'UMP et si nécessaire au médecin psychiatre. En cas d'absence de ce dernier (après-midi, week-end) et impossibilité pour lui de se déplacer au service des urgences, une consultation par vidéoconférence est organisée.

Si une hospitalisation en milieu psychiatrique est nécessaire, le patient est orienté :

- de façon systématique vers l'unité SEGAL en cas de soins sans consentement ;
- vers l'unité de psychiatrie adulte (UPA) du CHCB s'il relève du secteur 56 ou l'unité MATISSE à Plouguernevel s'il relève du secteur 22 en cas de soins libres.

Si le patient nécessite des soins somatiques urgents (par exemple tentative de suicide, alcoolisation importante), il est hospitalisé à l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) du service des urgences avant une orientation vers une unité de psychiatrie.

8. AMBIANCE

La préoccupation du respect des droits fondamentaux des patients apparaît dans les réflexions conduites au sein des unités et dans les structures de réflexion de l'AHB. Cela est perceptible notamment par la recherche et la réussite de l'ouverture des unités.

Les patients en soins sans consentement bénéficient de cette ouverture au même titre que les patients en soins libres.

Les mises en chambre d'isolement et les contentions sont décidées pour des raisons médicales, mais si le nombre des placements sous contention est modeste, la durée et la fréquence de mises en chambre d'isolement interrogent sur le caractère exceptionnel qu'elles devraient revêtir. Le registre, prévu par l'article L 3222-5-1 du code de la santé publique devrait être rapidement mis en œuvre.

Les contrôleurs ont perçu une atmosphère de sérénité parmi les patients et les soignants à laquelle contribue l'état des locaux dans un environnement exceptionnel.

La qualité de prise en charge est soutenue par un fort investissement des soignants fédérés par une culture institutionnelle, ancienne et partagée.