



Rapport de visite :

**Centre hospitalier de
Bégard**

**Fondation Bon Sauveur
(Côtes-d'Armor)**

Du 6 au 10 mars 2017 - 1^e visite

SYNTHESE

Quatre contrôleurs du Contrôleur général des lieux de privation de liberté ont visité la Fondation Bon Sauveur à Bégard (Côtes-d'Armor) entre le 6 et le 10 mars 2017.

Dans le département des Côtes-d'Armor, les secteurs de psychiatrie sont rattachés à trois établissements privés : le centre hospitalier Saint-Jean-de-Dieu à Dinan, le centre hospitalier de Plouguernevel et la Fondation Bon Sauveur à Bégard qui assure ainsi le suivi d'une population de 240 000 habitants avec une file active de plus de 10 000 patients.

Les soins sans consentement dans le département sont assurés par ces trois centres hospitaliers, les centres hospitaliers publics assurant, à travers leurs services des urgences, les premiers traitements et l'orientation.

Le centre hospitalier de la Fondation Bon Sauveur est implanté à Bégard dans un parc fermé de 200 ha, à proximité de commerces, et dispose de trois pôles de soins psychiatriques avec des capacités d'hospitalisation complète pour majeurs : le pôle Argoat avec deux unités (l'accueil « Ker Avel », les soins prolongés « Saint-Bernard »), le pôle Trégor Goëlo avec deux unités (l'accueil « Saint-Luc », l'hospitalisation sans consentement « Sainte-Camille »), le pôle population spécifique avec deux unités (la « clinique addictologie », la géronto-psychiatrie « Les Glycines »). Il a mis en place le Service d'Accueil et d'Orientation (SAO) qui assure la continuité des soins jour/nuit.

Les bâtiments d'hospitalisation sont neufs ou récents (Saint-Luc, Ker Avel, Les Glycines) et anciens (Sainte-Camille, Saint-Bernard).

Les contrôleurs ont visité les cinq unités susceptibles d'accueillir des personnes en soins sans consentement. Si - théoriquement - seule l'unité Sainte-Camille est fermée, en réalité trois unités – Sainte-Camille, Saint-Bernard et Les Glycines – le sont. Cependant, dans ces dernières unités, les mouvements sont possibles avec ou sans accompagnement : vers la cafétéria ouverte tous les jours de la semaine, vers le STC¹ ou vers la ville car le parc est ouvert en journée. De fait, les patients disposent d'une réelle liberté de circulation. Ils bénéficient également d'une liberté de communication avec l'extérieur et peuvent conserver leurs téléphones portables pendant la journée ou accéder à Internet *via* leurs ordinateurs ou ceux du centre hospitalier.

Si la gestion des biens des patients fait l'objet d'une rigueur remarquable, elle reste cependant à améliorer en ce qui concerne les valeurs quotidiennes conservées dans les bureaux des infirmiers et gérées par ces derniers.

Ces libertés, ainsi que l'attention bienveillante apportée par l'ensemble du personnel de l'établissement, ne compensent cependant pas l'inactivité ressentie par les patients en court séjour, relevée par le comité des usagers et observée par les contrôleurs.

La réflexion sur la sexualité, qui doit être lancée prochainement, est en effet nécessaire : le personnel ne dispose pas d'orientation et agit à la lumière de ses convictions personnelles.

L'immobilier est entretenu avec soin ; les projets d'aménagement du site se suivent dans la cohérence. Le respect de la dignité des patients et de leurs visiteurs est recherché et se traduit - pour les patients notamment - par des chambres avec des sanitaires adaptés et, pour les visiteurs, par des salons nombreux et aménagés. Cela est d'autant plus appréciable que le centre hospitalier est mal desservi par les transports en commun.

¹ Service thérapeutique et socio culturel.

En ce qui concerne les soins sans consentement, il est apparu que les droits des patients sont peu connus des intéressés et mal maîtrisés par le personnel. Ce point fait l'objet d'une réflexion et d'actions de formation qui sont à renforcer et à développer en s'appuyant notamment sur la cellule récemment mise en place. Le personnel de l'unité Sainte-Camille est le premier concerné, mais celui des autres unités qui accueillent les patients sortants de celle-ci l'est tout autant.

L'utilisation des chambres d'isolement, en particulier dans l'unité Sainte-Camille, est apparue excessive, comme celle de la contention dans l'unité de géro-psycho-geriatrie Les Glycines. Le caractère « exceptionnel » de l'isolement et de la contention, cité par la loi, mérite de devenir l'objectif affiché d'une politique d'établissement. Celle-ci pourrait s'appuyer sur une meilleure exploitation du registre d'isolement, dont les données sont informatisées.

Enfin, le projet d'établissement, orienté par les directives de l'agence régionale de santé (ARS) de Bretagne, avec comme objectif la réduction du nombre de lits, le développement de la psychiatrie ambulatoire, le traitement en amont en particulier en géro-psycho-geriatrie, peut remettre en cause l'efficacité des soins, notamment en l'absence de développement des structures d'accueil médico-sociales et en raison du maintien des délais de traitement des dossiers par la MDPH des Côtes-d'Armor. En effet, avec une légère augmentation du nombre de lits prévu pour la future unité Sainte-Camille, appelée à accueillir davantage de patients avec des pathologies lourdes, et la fermeture de Saint-Bernard, il est à craindre une réduction des durées d'hospitalisation et des ruptures de programme de soins plus nombreuses, conduisant nécessairement à des hospitalisations plus fréquentes et à une sur occupation chronique.

Dans sa réponse en date du 14 septembre 2017, le directeur général de l'agence régionale de santé de Bretagne confirme la fermeture de l'unité Saint-Bernard, la reconstruction de l'unité Sainte-Camille, et « l'évolution de l'offre en santé mentale privilégiant l'autonomie des personnes, un accompagnement favorisant leur insertion sociale ou professionnelle pour des parcours plus cohérents et plus fluides, avec une volonté d'efficience sur le plan économique ». Il fait également état de « *la situation bretonne concernant les soins psychiatriques présentant de fortes spécificités : les taux d'équipement hospitaliers (lits et places) et de recours aux soins hospitaliers ainsi que le niveau de dépense par habitant sont en effet parmi les plus élevés de France. Par ailleurs, les taux d'équipement en établissements et services médico-sociaux pour personnes en situation de handicap sont globalement supérieurs à la moyenne régionale. [...] Le CH Bégard a bien intégré cette démarche* ». Cependant, cette réponse ne fait pas apparaître l'effort à accomplir pour que les établissements et services médico-sociaux accroissent leurs capacités d'accueil pour les personnes en situation de handicap mental.

OBSERVATIONS

LES BONNES PRATIQUES SUIVANTES POURRAIENT ETRE DIFFUSEES

1. BONNE PRATIQUE 23

La création en 2017 d'une cellule de formation composée de trois personnes volontaires du centre hospitalier – une cadre de santé, une assistante sociale, un infirmier – pour assurer et consolider les connaissances du personnel sur les droits des patients en psychiatrie correspond à un besoin identifié au sein de l'établissement et confirmé par les contrôleurs notamment sur les droits des patients en soins sans consentement.

2. BONNE PRATIQUE 28

L'horodatage des certificats médicaux et des arrêtés préfectoraux permet d'assurer et de vérifier le respect des délais impartis par la loi. Il gagnerait à être étendu aux décisions du directeur et aux arrêtés municipaux.

3. BONNE PRATIQUE 30

L'établissement a fait un effort très important d'implication des usagers et de leurs représentants dans les différentes instances. Cet effort est reconnu par les représentants des usagers.

4. BONNE PRATIQUE 38

L'établissement d'un second certificat d'impossibilité d'être entendu par le JLD par un psychiatre d'une autre unité est une pratique respectueuse des droits du patient.

5. BONNE PRATIQUE 41

L'organisation des réunions de synthèse concernant un patient prend en compte les disponibilités de son tuteur quand il en est désigné un.

6. BONNE PRATIQUE 51

La mise en place d'un audit pour prendre des mesures afin que disparaisse le décalage entre la bonne qualité de la nourriture en sortie de cuisine et le mauvais ressenti des patients devant leur assiette est suffisamment rare pour être cité comme une bonne pratique.

Il est souhaitable de généraliser l'expérimentation des nouvelles modalités de service des repas à table afin d'en valider le bienfondé.

7. BONNE PRATIQUE 54

Les activités développées par la cafétéria sont à la fois nombreuses et destinées à la sociabilisation des patients. Ses heures d'ouverture contribuent également à son succès. Son taux de fréquentation tant par les personnes hospitalisées que par des patients en ambulatoire confirme ce succès.

8. BONNE PRATIQUE 57

La liberté des patients à disposer de leur ordinateur personnel et l'accès à trois postes informatiques avec accès à Internet sont suffisamment rares pour être signalés comme une bonne pratique.

9. BONNE PRATIQUE 60

L'établissement a fortement développé l'éducation thérapeutique du patient (ETP). Les ateliers dont l'atelier médicament contribue à renforcer l'autonomie du patient et sa place comme acteur dans sa prise en charge. L'ETP mérite d'avoir une place privilégiée dans le futur projet d'établissement.

LES MESURES SUIVANTES DEVRAIENT ETRE MISES EN ŒUVRE

1. RECOMMANDATION 17

Des réflexions sont à conduire avec la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), le conseil départemental et les caisses de retraite pour réduire les délais de traitement des dossiers ou de venue des évaluateurs et pour adresser les décisions aux patients concernés mais également au centre hospitalier.

2. RECOMMANDATION 20

Le recrutement de médecins étrangers permet de pallier utilement les difficultés de recrutement. Ces médecins sont employés exclusivement en intrahospitalier, jusqu'à ce qu'ils maîtrisent parfaitement la langue française. Néanmoins, l'accueil des médecins étrangers est une nécessité si fréquente qu'il est justifié de prévoir, à un niveau plus large que celui de l'établissement, des procédures d'intégration et de contrôle des aptitudes professionnelles adaptées à l'exercice de la psychiatrie.

3. RECOMMANDATION 20

L'augmentation du nombre d'aides médico-psychologique (AMP) dans les unités d'hospitalisation serait de nature à développer les activités chez les patients, donc leur sociabilisation.

4. RECOMMANDATION 24

L'organisation du service de nuit repose sur des équipes qui ne participent pas au travail de jour. Il conviendrait qu'une réflexion soit lancée pour que le personnel de service de nuit participe de façon régulière aux réunions de synthèse des unités dans lesquelles il travaille de façon préférentielle.

5. RECOMMANDATION 30

L'effort d'implication des usagers devrait se prolonger au sein de chaque unité par une participation active des patients au fonctionnement des services avec, par exemple, des réunions régulières patients-soignants dans toutes les unités, des modalités facilitant les réclamations des patients sans que celles-ci soient vécues négativement par le personnel, une participation des patients à l'évaluation du service (soins et vie quotidienne) de façon plus collective et constructive que ne le permettent les questionnaires de sortie.

6. RECOMMANDATION 32

L'arrêté municipal, nonobstant son caractère provisoire, doit être notifié au patient dans le respect des dispositions de l'article L. 3211 du code de la santé publique.

7. RECOMMANDATION 33

La procédure d'accueil des patients admis en soins sans consentement doit être formalisée et donner lieu à une formation du personnel. Il s'agit, notamment, de veiller à la qualité des documents justifiant l'admission, à la proportionnalité des mesures d'accueil mises en œuvre (isolement, port du pyjama, etc.) et à la connaissance des droits des patients par les soignants. La cellule de formation récemment créée devrait y aider.

8. RECOMMANDATION35

Le livret d'accueil gagnerait à être réécrit afin que l'intégralité des droits des patients en soins sans consentement y soient mentionnés clairement (article L 3211-3 alinéa 5 du CSP) et de manière distincte de la présentation des voies de recours (article L.3211-12-1 et 3216-1 du CSP).

9. RECOMMANDATION39

Mettant à profit le matériel informatique mis à sa disposition et la proximité existant entre le lieu de vie des patients et la salle d'audience, le JLD pourrait notifier directement ses décisions aux patients dès la fin de son audience, dispensant ainsi les soignants d'une tâche qui n'entre pas dans leur cœur de métier.

10. RECOMMANDATION40

Le barreau de Saint-Brieuc doit impérativement mettre en place une permanence afin que les patients du CH de Bégard puissent bénéficier des dispositions de la loi du 27 septembre 2013 qui rend obligatoire l'assistance ou la représentation de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques par un avocat choisi, désigné au titre de l'aide juridictionnelle ou commis d'office.

11. RECOMMANDATION42

La détention et la gestion des petites sommes et des biens précieux d'usage fréquent appartenant aux patients et détenus dans les bureaux des infirmiers ou des cadres de santé devraient faire l'objet d'une mention dans les règles de vie de chaque unité. Elles devraient être protocolisées et éventuellement faire l'objet d'un article dans le règlement intérieur du personnel. Par ailleurs les entrées et sorties d'argent devraient faire l'objet d'une signature par le soignant et d'une contresignature par le patient.

12. RECOMMANDATION43

Il est souhaitable que, dès qu'ils sont en mesure de le faire, les patients indiquent s'ils souhaitent la visite d'un aumônier, éventuellement en précisant son appartenance culturelle. L'ouverture d'une salle polyculturelle est nécessaire, ainsi que des panneaux pour indiquer son implantation comme celle du bureau de l'aumônier.

13. RECOMMANDATION47

La pratique de l'isolement n'est pas exceptionnelle au sein de l'établissement. Il semble urgent de relancer les travaux de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) relatif à la pertinence de la mise en chambre d'isolement (MCI) et ce d'autant plus que la Haute autorité de santé (HAS) a publié ses recommandations sur le sujet. L'objectif de cette EPP devrait, entre autre, permettre la production d'un programme de réduction de la pratique de l'isolement et de la contention intégré dans le projet d'établissement 2017-2021. Enfin un audit régulier des pratiques devrait permettre de vérifier la bonne application de tous les points de la procédure.

14. RECOMMANDATION48

Un registre de l'isolement et de la contention doit devenir très rapidement opérationnel. L'équipe en charge de l'EPP sur la pertinence de la MCI devrait définir avec l'équipe du DIM les indicateurs nécessaires à l'évaluation des pratiques, le rythme de leur production ainsi que la liste des destinataires. Ces indicateurs devraient être discutés au sein de chaque unité et pôle, au sein de la CME, du CA et de la CDU à un rythme régulier.

15. RECOMMANDATION55

Il est hautement souhaitable de tout faire, de la réflexion à l'organisation et à l'action, pour que les activités proposées par le service thérapeutique et socioculturel (STC) soient davantage utilisées par les patients.

16. RECOMMANDATION 56

Il est souhaitable de revoir les cabines téléphoniques ou ce qui en fait office dans les différentes unités afin de permettre aux patients d'avoir des échanges téléphoniques confidentiels. Par ailleurs, une réflexion est à lancer sur le caractère systématique de l'interdiction de détention des cordons de chargement des téléphones portables par les patients.

17. RECOMMANDATION 56

Il conviendrait d'implanter dans le centre hospitalier une ou des boîtes à lettres relevées par le vaguemestre ou La Poste afin d'offrir aux patients la possibilité d'effectuer en toute confidentialité leurs envois postaux.

18. RECOMMANDATION 60

Il est souhaitable que le comité d'éthique reprenne la réflexion sur les relations sexuelles entre les patients afin de permettre au personnel soignant de disposer d'un corps de doctrine et de fiches réflexe qui lui font défaut actuellement.

19. RECOMMANDATION 61

Le nombre de plaintes et réclamations déposées par les patients ou leur famille est relativement faible. Cette procédure doit être encouragée et explicitée auprès du personnel de façon à ce qu'elle soit vécue comme un outil d'amélioration des pratiques et non un jugement négatif sur leurs pratiques.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
OBSERVATIONS	4
SOMMAIRE	8
RAPPORT	11
1. LES CONDITIONS DE LA VISITE	12
2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT	13
2.1 L'ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE DANS LE DEPARTEMENT DES COTES-D'ARMOR INTERROGE SUR L'AVENIR.....	13
2.2 L'ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT ORIENTEE SUR LA REDUCTION DU TEMPS D'HOSPITALISATION COMPLETE.....	14
2.2.1 Bref historique	14
2.2.2 La Fondation du Bon Sauveur aujourd'hui	14
2.2.3 Le centre hospitalier de Bégard	14
2.2.4 Les structures médicales et médicosociales de la Fondation Bon Sauveur	16
2.2.5 Le projet d'établissement 2017-2021	17
2.3 LE PERSONNEL : ATTENTIF AU PATIENT, IL S'INTERROGE SUR SES TACHES	18
2.3.1 Le personnel médical	18
2.3.2 Le personnel non médical	20
2.3.3 La gestion des ressources humaines	22
2.4 UN BUDGET EQUILIBRE	25
2.5 L'ACTIVITE DU CH : IMPORTANTE ET AVEC DES PICS DE SUR OCCUPATION QUI INTERROGENT SUR LA POSSIBILITE DE FAIRE DIMINUER LE NOMBRE ET LA DUREE DES HOSPITALISATIONS.....	26
2.6 LES CONTROLES INSTITUTIONNELS : DES REGISTRES TENUS METICULEUSEMENT SANS DELAI	27
2.6.1 Le registre de la loi	27
2.6.2 La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP).....	28
2.6.3 La visite des autorités.....	28
2.7 LES GARANTIES DE QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE SONT SATISFAISANTES	29
2.7.1 La place laissée aux représentants des familles et des usagers	29
2.7.2 La commission des usagers	29
2.7.3 Le comité d'éthique	30
2.7.4 Les questionnaires de satisfaction	30
3. LE DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT	31
3.1 L'ARRIVEE DES PATIENTS ADMIS SANS CONSENTEMENT : DES PROCEDURES INSUFFISAMMENT MAITRISEES	31
3.1.1 Les modalités d'admission	31
3.1.2 La notification de la décision d'admission et les voies de recours	32
3.1.3 Le recueil des observations des patients	32
3.1.4 La désignation d'une personne de confiance	33
3.1.5 La période initiale de soins et d'observation	33
3.1.6 Les cas de suroccupation et de transfert	33
3.1.7 La confidentialité sur l'hospitalisation	34
3.2 L'INFORMATION DES PATIENTS EN SSC REPOSE SUR DES DOCUMENTS INCOMPLETS.....	34
3.2.1 Les informations prévues par la loi	34
3.2.2 Le livret d'accueil.....	34
3.2.3 Le règlement intérieur	35
3.3 UNE BONNE ORGANISATION DE LA PREPARATION DE LA SORTIE	35
3.3.1 Les sorties de courte durée.....	35
3.3.2 L'avis préalable des médecins psychiatres	36
3.3.3 Le passage en programme de soins	36
3.3.4 La levée de la mesure.....	37

3.4	LE JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION SIEGE DANS L'HOPITAL EN L'ABSENCE D'AVOCAT	37
3.4.1	Les modalités d'organisation de l'audience	38
3.4.2	Le déroulement de l'audience du juge des libertés et de la détention	39
3.4.3	Les décisions rendues	40
4.	LES DROITS DES PATIENTS	41
4.1	LA PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS EST BIEN ASSUREE	41
4.2	LES BIENS DES PATIENTS : DES GARANTIES INSUFFISANTES DANS LEUR GESTION	41
4.3	L'ACCES AU DOSSIER MEDICAL EST SATISFAISANT	43
4.4	LE DROIT DE VOTE EST ORGANISE	43
4.5	LES ACTIVITES RELIGIEUSES SONT TROP MECONNUES	43
5.	L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION	44
5.1	LE RECOURS A L'ISOLEMENT EST FREQUENT	44
5.1.1	Les procédures	44
5.1.2	Les chambres d'isolement	44
5.1.3	Les pratiques	46
5.2	LA CONTENTION RESTE UNE PRATIQUE LIMITEE A L'EXCEPTION DE LA PSYCHOGERIATRIE	47
5.2.1	Les procédures	47
5.2.1	Les pratiques	47
5.3	LE REGISTRE PREVU PAR L'ART 72 DE LA LOI DU 26 JANVIER 2016 EST A AMELIORER	48
6.	LES CONDITIONS GENERALES D'HOSPITALISATION	49
6.1	LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR DANS L'ETABLISSEMENT EST UNE REALITE	49
6.2	LA VIE COURANTE : UNE ORGANISATION LIBERALE AU PROFIT DES PATIENTS	50
6.2.1	La restauration	50
6.2.2	L'hygiène et la salubrité	51
6.2.3	La sécurité	51
6.2.4	Les transports	52
6.2.5	L'accès au tabac	52
6.3	LES NOMBREUSES ACTIVITES PROPOSEES PAR LE SERVICE THERAPEUTIQUE ET SOCIOCULTUREL (STC) SONT INSUFFISAMMENT UTILISEES	53
6.4	LES RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR : DE LARGES POSSIBILITES DE COMMUNICATION AVEC L'EXTERIEUR	55
6.4.1	Le téléphone	55
6.4.2	Le courrier	56
6.4.3	La télévision	56
6.4.4	L'informatique et l'accès à internet	57
6.4.5	Les visites	57
6.5	LES SOINS SOMATIQUES SONT ASSURES	57
6.5.1	L'accès au médecin généraliste	57
6.5.2	Les consultations spécialisées	58
6.5.1	Les examens de radiologie	58
1.1.6	L'éducation thérapeutique du patient	58
6.5.2	La pharmacie	59
6.5.3	Le laboratoire	60
6.5.4	Le comité de lutte contre la douleur (CLUD)	60
6.6	LA SEXUALITE : UNE ABSENCE DE REFLEXION DANS L'ETABLISSEMENT	60
6.7	LES INCIDENTS : UNE GESTION SATISFAISANTE	60
6.7.1	Le traitement des plaintes et réclamations	60
6.7.2	Les événements indésirables (EI)	61
7.	CONCLUSION GENERALE	62
ANNEXES	63	
7.1	POLE ARGOAT	64
7.1.1	Service d'accueil Ker Avel	64
7.1.2	Unité de soins prolongés Saint-Bernard	65

7.2 PÔLE TRÉGOR GOËLO.....	68
7.2.1 Service d'accueil Saint-Luc	68
7.2.2 Unité d'hospitalisation sans consentement Sainte-Camille	70
7.3 POLE POPULATIONS SPECIFIQUES – PSYCHOGERIATRIE : LES GLYCINES 25 LITS.....	72

Rapport

Contrôleurs :

- Vianney Sevaistre, chef de mission ;
- Hubert Isnard ;
- Bénédicte Piana ;
- Bruno Rémond.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, quatre contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier spécialisé de Bégard dit Fondation Bon sauveur de Bégard, 1 rue du Bon Sauveur à Bégard (Côtes-d'Armor) du 6 au 10 mars 2017.

Cette visite était la première.

1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 6 mars 2017 à 14h15. Ils l'ont quitté le 10 mars à 12h30. Ils ont réalisé une visite de nuit le soir du 9 mars.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par le directeur général de la Fondation Bon Sauveur, directeur du centre hospitalier. Il a été procédé à une présentation de la mission devant une cinquantaine d'auditeurs dont la vice-présidente du conseil d'administration, le directeur général de la Fondation, le président de la commission médicale de l'établissement (CME), les chefs de pôles et d'unité, le directeur des soins, les cadres supérieurs de santé, les cadres de santé des unités et des représentants des usagers.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le cabinet du préfet des Côtes-d'Armor, le président du tribunal de grande instance (TGI) de Saint-Brieuc, le procureur de la République près ce tribunal, la déléguée territoriale de l'agence régionale de santé (ARS). Les contrôleurs ont rencontré la vice-présidente du conseil d'administration. Par ailleurs, ils ont assisté à une audience du 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. L'une d'elles a rencontré des contrôleurs.

Il a été mis à la disposition des contrôleurs une salle de travail équipée d'un téléphone et d'ordinateurs permettant d'avoir accès au site intranet et à Internet. 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 souhaitent 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 10 mars en présence d'une trentaine d'auditeurs dont la vice-présidente du conseil d'administration, le directeur général, le directeur des soins, le président de la CME, des médecins et des cadres de santé.

Le rapport de constat rédigé à la suite de cette visite a été adressé au directeur général de la Fondation Bon Sauveur, directeur du centre hospitalier, au directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) Bretagne et à la présidente du tribunal de grande instance de Saint-Brieuc par courriers datés du 30 juin 2017 afin de recueillir leurs observations. Les deux premiers destinataires ont fait parvenir leurs réponses au CGLPL par les courriers datés respectivement du 14 août et du 14 septembre 2017. Le présent rapport de visite tient compte de leurs différentes observations, notamment les réponses aux recommandations sont intégrées dans le texte en-dessous de celles-ci.

2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 L'ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE DANS LE DEPARTEMENT DES COTES-D'ARMOR INTERROGE SUR L'AVENIR

Dans le département des Côtes-d'Armor, les sept secteurs de psychiatrie générale et les trois secteurs de psychiatrie infanto-juvénile sont rattachés à ces trois établissements privés² :

- le centre hospitalier Saint-Jean-de-Dieu à Dinan auquel sont rattachés les secteurs 22G04, 22G05 et 22G06 de psychiatrie générale et 22I02 de psychiatrie infanto-juvénile ;
- le centre hospitalier de Plouguernevel 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 ;
- 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 centre hospitalier assure ainsi le suivi d'une population de 240 000 habitants répartis sur dix cantons. La file active compte plus de 10 000 patients dont 2 500 enfants et adolescents.

La Fondation Bon Sauveur est partenaire du groupement hospitalier de territoire d'Armor (GHT n° 7) : elle ne peut pas en être membre en raison de son statut – seuls les établissements publics peuvent être membres d'un GHT. Ce GHT regroupe les centres hospitaliers généraux de Guingamp, Lamballe, Lannion, Paimpol, Quintin, Saint-Brieuc et Tréguier.

L'agence régionale de santé (ARS) Bretagne a retenu huit filières pour la constitution des GHT dont les quatre prioritaires sont les urgences, la santé mentale, la gériatrie et la pédiatrie.

La Fondation Bon Sauveur est membre du groupement de coopération sanitaire qui compte également parmi ses membres la Fondation Saint-Jean-de-Dieu, l'association hospitalière de Bretagne et le centre hospitalier de Saint-Brieuc, qui participe à l'élaboration du projet territorial de santé mentale et au recrutement de praticiens hospitaliers.

Elle est également membre du groupement de coopération social et médico-social qui compte également parmi ses membres la Fondation Saint-Jean-de-Dieu, l'association hospitalière de Bretagne et l'hospitalité de Saint-Thomas-de-Villeneuve.

Aucun praticien psychiatre privé n'exerce dans le département des Côtes-d'Armor.

Les soins sans consentement dans les Côtes-d'Armor sont assurés par les trois centres hospitaliers privés du département, les centres hospitaliers publics assurant, à travers leurs services des urgences, les premiers traitements et l'orientation.

Le projet d'établissement, orienté par les directives de l'agence régionale de santé de Bretagne, avec comme objectif la réduction du nombre de lits, le développement de la psychiatrie ambulatoire, le traitement en amont en particulier en géronto-psychiatrie, peut remettre en cause l'efficacité des soins, notamment en l'absence de développement des structures d'accueil médico-sociales et en raison du maintien des délais de traitement des dossiers par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) des Côtes-d'Armor.

² Source ARS Bretagne.

2.2 L'ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT ORIENTEE SUR LA REDUCTION DU TEMPS D'HOSPITALISATION COMPLETE

2.2.1 Bref historique

En 1857, les bâtiments de l'ancien monastère cistercien du XII-XIIIe siècle deviennent la propriété du Bon Sauveur. Sept religieuses de la communauté des Filles du Bon sauveur créent un orphelinat puis un asile.

Le 18 juillet 1922, l'hôpital devient établissement privé faisant fonction d'établissement public. Les années cinquante voient l'ouverture de l'école d'infirmières. Ces dernières vont remplacer progressivement les religieuses auprès des malades.

En mars 1972, un arrêté prévoit un plan départemental de lutte contre les maladies mentales. L'hôpital reçoit une population mixte à partir de cette date et développe le travail de secteur. En 1988, la communauté religieuse cède ses biens à la Fondation.

2.2.2 La Fondation du Bon Sauveur aujourd'hui

La Fondation Bon Sauveur, reconnue d'utilité publique, préside aujourd'hui aux destinées du centre hospitalier (ESPIC - Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif) et d'un pôle social et médico-social. Le centre hospitalier se structure autour de quatre pôles pour mener ses missions en santé mentale sur le Nord-Ouest des Côtes-d'Armor.

- deux pôles de psychiatrie adultes : le pôle Argoat pour le secteur desservant notamment Bégard, Guingamp, Saint-Quay-Portrieux, Quintin et Callac, et le pôle Trégor-Goëlo pour le secteur desservant notamment Lannion, Tréguier, Paimpol, Cavan ;
 - le pôle Argoat s'appuie sur les centres médico-psychologiques (CMP) de Saint-Quay-Portrieux, de Callac et de Bégard ;
 - le pôle Trégor-Goëlo s'appuie sur les CMP de Lannion et de Paimpol ;
- un pôle infanto-juvénile pour l'ensemble du territoire, constitué exclusivement de dispositifs extrahospitaliers à destination des enfants et adolescents : CMPEA, CATTP, hôpitaux de jour enfants à Lannion, Guingamp et Paimpol, hôpital de jour adolescents à Lannion ;
 - ce pôle s'appuie sur le centre Françoise Dolto, les CMPEA de Guingamp/Saint-Agathon et de Paimpol ;
- un pôle populations spécifiques (addictologie et psycho-gériatrie) accueillant les populations ciblées de l'ensemble du territoire de la Fondation Bon Sauveur ;
 - ce pôle s'appuie sur les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) du Trégor Goëlo de Guingamp, de Lannion et de Paimpol.

2.2.3 Le centre hospitalier de Bégard

Le centre hospitalier de la Fondation Bon Sauveur dispose à Bégard de trois pôles de soins psychiatriques avec des capacités d'hospitalisation complète pour majeurs, les mineurs étant hospitalisés à Saint-Brieuc.

- **le pôle Argoat** qui comporte deux unités :
 - l'unité d'accueil **Ker Avel** avec trente-sept lits et une chambre d'isolement ; cette unité est ouverte ; elle reçoit les patients en hospitalisation sans consentement après un passage à l'unité Sainte-Camille et ceux en soins libres ;
 - l'unité de soins prolongés en psychiatrie **Saint-Bernard** avec quinze lits, sans chambre d'apaisement ni chambre d'isolement ; cette unité est théoriquement ouverte et fermable

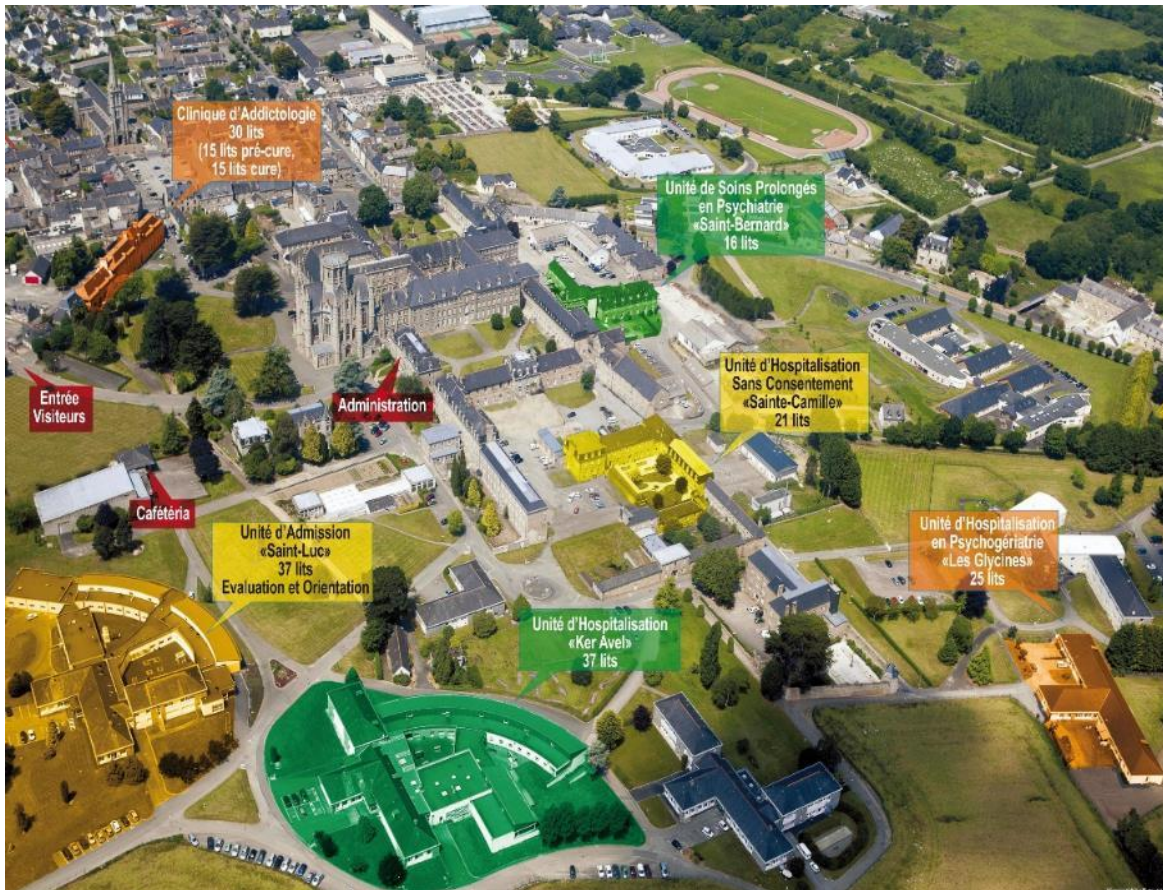
mais de fait fermée ; son activité cessera fin 2018 ; elle comptait vingt-cinq lits en 2016 et antérieurement ;

- **le pôle Trégor Goëlo** qui comporte deux unités :
 - l'unité d'accueil **Saint-Luc** avec trente-sept lits et une chambre d'apaisement ; cette unité est ouverte ; elle reçoit les patients en hospitalisation sans consentement après un passage à l'unité Sainte-Camille et ceux en soins libres. L'unité héberge le Service d'accueil et d'orientation (SAO) ;
 - l'unité d'hospitalisation sans consentement **Sainte-Camille** avec vingt et un lits et quatre chambres d'isolement dont une était en cours d'aménagement lors de la visite – cf. *infra* § 5.1.2.a. Cette unité est fermée. Elle accueille le plus souvent vingt-cinq patients ; elle est vétuste et va être rénovée ; à la différence des autres unités, cette unité est intersectorielle puisque dédiée aux soins sans consentement. Son activité est en constante augmentation depuis plusieurs années : 342 patients admis en 2014, 354 en 2015 et 376 en 2016. Cette unité sera prochainement reconstruite. Les plans prévoient vingt-cinq lits et cinq chambres d'isolement ; il y aura donc une augmentation de capacité de quatre lits et d'une chambre d'isolement. Antérieurement au projet d'établissement, l'objectif de l'unité était de limiter la durée des séjours avec un maximum de seize jours. Dans le cadre du projet d'établissement, cette unité doit accueillir des patients ayant des pathologies lourdes, changement qui entraînera à terme un allongement des durées de séjour des patients.
- **le pôle population spécifique** qui comporte deux unités et fournit le personnel de la « cellule suicide » (un psychiatre et un infirmier) qui apporte son expertise à la Fondation :
 - la **clinique addictologie** avec trente lits, sans chambre d'apaisement ni chambre d'isolement ; cette unité est ouverte, et n'accueille pas de patient en soins sans consentement ;
 - l'unité de géro-psi-chiatrie ou de psychogériatrie **Les Glycines** avec vingt lits – elle comptait vingt-cinq lits en 2016 et antérieurement – , sans chambre d'apaisement ni d'isolement ; cette unité est théoriquement ouverte mais fermable mais de fait fermée. Lors du contrôle, elle accueillait seize patients âgés de 52 ans à 88 ans. Cette unité est appelée à réduire davantage le nombre de lits en accueillant en hospitalisation complète des patients âgés de plus de 70 ans en première hospitalisation et en développant les capacités d'une équipe mobile de psychogériatrie pour suivre les autres patients, afin d'éviter les hospitalisations au long cours.

Le centre hospitalier a mis en place le Service d'Accueil et d'Orientation (SAO) qui assure la continuité des soins jour/nuit et prend le relais de l'accueil et des urgences dans les horaires atypiques.

Le centre hospitalier est implanté dans un parc de 200 ha, fermé par un mur ou des grillages.. L'accès principal, dont le portail est ouvert en journée, donne dans une rue à proximité de commerces. La cafétéria est ainsi à 250 m des commerces ; les unités d'hospitalisation sont pour la plus proche (Saint-Luc) à 50 m et pour la plus éloignée (Les Glycines) à 300 m.

Les bâtiments d'hospitalisation sont neufs ou récents (Saint-Luc, Ker Avel, Les Glycines) ou encore abrités anciens (Sainte-Camille, Saint-Bernard). Les bâtiments neufs ou récents ont été construits après la démolition de bâtiments anciens.



Diapo extraite du diaporama de présentation de la Fondation Bon Sauveur

2.2.4 Les structures médicales et médicosociales de la Fondation Bon Sauveur

Les dispositifs de proximité sont des dispositifs de soin en extrahospitalier. Selon la Fondation Bon Sauveur, 90 % des patients bénéficient de soins en extra hospitalier, 80 % d'entre eux ne sont jamais hospitalisés.

- adultes : vingt-trois structures extrahospitalières pour adultes sont implantées : hôpitaux de jour adultes, centres médico-psychologiques adultes (CMP), centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), antennes médico-psychologiques au sein des urgences de chaque hôpital général local, et réparties sur dix communes ;
- enfants et adolescents : onze structures extrahospitalières pour enfants et adolescents sont implantées : hôpitaux de jour enfants ou adolescents, centres médico-psychologiques enfants et adolescents (CMPEA), centres d'accueil thérapeutique à temps partiel pour enfants (CATTP) ; et réparties sur trois communes : six structures extrahospitalières en alcoologie-addictologie sont implantées CSAPA, Equipes Hospitalières de Liaison en Addictologie (EHLA) ;
- géronto-psychiatrie : la géronto-psychiatrie de liaison s'exerce au sein du centre hospitalier général (CHG) de Tréguier. A terme, elle serait amenée à se déployer sur les autres CHG de notre territoire.

De la Fondation Bon Sauveur dépendent également des accueils spécialisés :

- trois établissements d'hébergement sociaux et médico-sociaux ;
- les dispositifs médico-sociaux et sociaux : les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) sur Bégard, Lannion et Paimpol offrent respectivement 95 et 10 places ; les appartements de réinsertion proposent 10

places ; des lieux de vie, le point accueil-écoute jeunes (PAEJ) à Paimpol (Le Lieu, lieu d'information d'écoute utile, pour les 13-25 ans et leurs familles) et l'accueil familial social participent à ce réseau.

Cette description ne fait pas apparaître que ; dans les Côtes-d'Armor, les dispositifs d'accueil pour les personnes sortant d'hospitalisation sont insuffisants :

- les délais de réponse de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) entre la réception du dossier complet d'un patient et la décision d'orientation sont de huit mois en moyenne et retardent d'autant l'inscription d'un patient pour le type de structure décidé ; pour mémoire, le délai est identique pour l'obtention d'une allocation aux adultes handicapés (AAH) ; la réponse de la MDPH est adressée au patient et non au centre hospitalier ;
- les listes d'attente sur les structures socio-médicales sont longues ; ainsi lors du contrôle, la liste d'attente du FAM de Bégard comportait quatre-vingt-dix-sept inscrits ; les unités Saint-Bernard et Les Glycines, destinées l'une à disparaître et l'autre à diminuer le nombre de lits ayant un nombre important de patients au long cours ;
- pour les personnes âgées de plus de 60 ans, dont la destination n'est pas gérée par la MDPH, les délais d'attente pour une première entrée en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est de l'ordre de trois à quatre mois ; pour celles dont le retour à domicile nécessite la présence d'une aide à domicile, les délais pour la venue d'un évaluateur appartenant au conseil départemental ou à la caisse de retraite compétente est de deux mois.

Recommandation

Des réflexions sont à conduire avec la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), le conseil départemental et les caisses de retraite pour réduire les délais de traitement des dossiers ou de venue des évaluateurs et pour adresser les décisions aux patients concernés mais également au centre hospitalier.

2.2.5 Le projet d'établissement 2017-2021

Ce projet définit les enjeux :

- l'adaptation de l'offre de soins au contexte épidémiologique, notamment le vieillissement de la population, les addictions, la montée de la précarité, la prévention du suicide ;
- la nécessité de la recherche d'efficacité dans le cadre de l'équilibre médico-économique.

Il définit les objectifs :

- adapter l'offre de soins aux besoins de santé publique ; proposer une offre de proximité en santé mentale ; conforter l'ouverture du pôle de santé mentale vers le territoire et les hôpitaux généraux ;
- adapter les modes de prise en charge et l'offre capacitaire en développant l'ambulatoire ;
- développer une politique d'admissions s'articulant sur l'ambulatoire et les hôpitaux généraux et une accélération des sorties d'hospitalisation (création de la fonction d'Infirmier d'Accueil et d'Orientation) ;
- poursuivre la politique de qualité et de gestion des risques ;
- développer la filière psycho-gériatrique en conventionnant avec les EHPAD afin de diminuer la durée moyenne de séjour (DMS) de l'unité les Glycines.

Le projet d'établissement s'est déjà traduit par le recrutement début 2017 des infirmiers accueil orientation (IAO) dont la mission est développée *infra* dans le § 3.1.1.

Le projet d'établissement se traduira par :

- la transformation de l'unité Sainte-Camille ;
- la fermeture de l'unité Saint-Bernard ; les patients accueillis étant destinés à être suivis par les structures de soins extrahospitalières, à être hébergés dans des structures médico-sociales ou encore à être hospitalisés dans l'unité Ker Avel ;
- la diminution du nombre de lits des Glycines avec le renforcement de l'équipe mobile de géro-psycho-geriatrie.

Lors de la réunion intermédiaire du CHSCT du 3 novembre 2015, le directeur général de la Fondation fait savoir « qu'il n'y aura pas de baisse de budget par passage de la file active en ambulatoire, qu'il y a quatre établissements ciblés en Bretagne mais que Bégard n'est pas concerné ; il ajoute que les directives de l'ARS privilégient l'ambulatoire et diminuent les lits d'hospitalisation, et que les Directeurs s'opposent à cette façon de voir de l'ARS qu'il y a « trop de lits ».

2.3 LE PERSONNEL : ATTENTIF AU PATIENT, IL S'INTERROGE SUR SES TACHES

Les effectifs médicaux sont relativement bien dotés, en comparaison d'autres établissements psychiatriques. Il y a peu de vacances de poste.

Pour les personnels non médicaux (PNM), les effectifs sont au complet. Ils ont augmenté ces dernières années alors que le nombre de lits tend à diminuer, mais cette tendance n'est pas durable. Le personnel non médical a exprimé lors de la visite des inquiétudes sur l'avenir.

Effectif du centre hospitalier en ETP annuel moyen :

2013	2014	2015	Evolution 2014/2015
501,23	513,12	513,6	1,53 %

Source : bilan social 2015

Au 31 décembre 2015, le centre hospitalier comptait 583 personnes en contrat à durée indéterminée (CDI), 58 en contrat à durée déterminée (CDD) et un contrat en alternance. Les femmes représentent 72 % du personnel.

2.3.1 Le personnel médical

Le principe d'avoir des médecins affectés à l'intrahospitalier et d'autres à l'extrahospitalier permet d'assurer une permanence médicale par pôle, tant pour les psychiatres que pour les généralistes, mais a pour conséquence négative de transférer le suivi d'un patient en ambulatoire à un autre psychiatre. Deux unités sont en situation de sous-effectif médical : Saint-Bernard au pôle Argoat et Les Glycines au pôle population spécifique ; selon les informations recueillies, l'avenir de ces unités est plus que menacé (Saint-Bernard disparaît en 2018).

Le rapport moral de 2015 de la Fondation Bon Sauveur, citant l'Ordre national des médecins, fait état d'une augmentation + 3,9 % du nombre de médecins pour la Bretagne entre 2007 et 2015, malgré une diminution de 1,4 % du nombre de médecins dans le département des Côtes-d'Armor. Si la Fondation Bon Sauveur connaît, comme les autres établissements, des difficultés de recrutement et manque de médecins spécialistes et généralistes, son déficit est moindre car elle a fait preuve dans le passé d'un volontarisme qui a porté ses fruits.

Le pôle Argoat comporte deux unités :

- l'unité d'accueil Ker Avel comptait en 2016 en moyenne 2,4 ETP³ de psychiatre et 1,2 ETP de somaticien ; début 2017, Ker Avel comptait en moyenne 2,8 ETP de psychiatre et 1,4 ETP de somaticien ;
- l'unité de soins prolongés en psychiatrie Saint-Bernard comptait en 2016 en moyenne 0,25 ETP de psychiatre et aucun ETP de somaticien.

Le pôle Trégor Goëlo comporte deux unités :

- l'unité d'accueil Saint-Luc comptait en 2016 en moyenne 1,92 ETP de psychiatre et 1 ETP de somaticien ; début 2017, le nombre de psychiatres a diminué à 1,23 ETP ;
- l'unité d'hospitalisation sans consentement Sainte-Camille comptait en 2016 en moyenne 1 ETP de psychiatre et 1 ETP de somaticien.

Au pôle population spécifique, l'unité de géro-psycho-geriatrie ou de psychogériatrie Les Glycines comptait en 2016 en moyenne 0,2 ETP de psychiatre et 0,7 ETP de somaticien ; début 2017, Les Glycines comptait 0,1 ETP de psychiatre et 0,3 ETP de somaticien.

Etait employé, au centre hospitalier au 31 décembre 2015, le personnel médical suivant :

FILIERE MEDICALE	CHS
MEDECIN CHEF P.H.	1
MEDECIN DU TRAVAIL	1
MEDECIN GENERALISTE	12
MEDECIN SPECIALISTE	13
MEDECIN TABACOLOGUE	1
PHARMACIEN	3
PRATICIEN HOSPITALIER	7
Total	38

Il est à noter qu'en 2015, le centre hospitalier a procédé au recrutement de six médecins (trois généralistes et trois psychiatres) et a vu les départs en retraite de cinq médecins (un médecin chef praticien hospitalier, trois généralistes et un psychiatre).

Les difficultés de recrutement ont conduit à rechercher et à trouver des médecins de nationalité étrangère dont la maîtrise de la langue française n'était pas toujours satisfaisante. L'apprentissage de la langue a conduit à ne pas affecter ces médecins en extrahospitalier, afin de ne pas les exposer et de ne pas exposer leurs patients à des situations d'incompréhension plus difficiles à résoudre qu'en intrahospitalier où plusieurs médecins sont en général présents.

³ ETP : équivalent temps plein.

Recommandation

Le recrutement de médecins étrangers permet de pallier utilement les difficultés de recrutement. Ces médecins sont employés exclusivement en intrahospitalier, jusqu'à ce qu'ils maîtrisent parfaitement la langue française. Néanmoins, l'accueil des médecins étrangers est une nécessité si fréquente qu'il est justifié de prévoir, à un niveau plus large que celui de l'établissement, des procédures d'intégration et de contrôle des aptitudes professionnelles adaptées à l'exercice de la psychiatrie.

2.3.2 Le personnel non médical

L'examen du personnel non médical, pris dans le sens large, fait apparaître que les proportions entre IDE⁴ et AS au sein d'une même unité sont de l'ordre de 50 % dans deux unités (Saint-Bernard et Les Glycines) et inférieures à 20 % dans les trois autres unités (Ker Avel, Saint-Luc et Sainte-Camille), ce qui peut s'expliquer par les pathologies rencontrées.

Cependant, seules deux unités (Sainte-Camille et Saint-Bernard) comptent chacune un ETP d'aide médico-psychologique (AMP). Le sentiment global de manque d'activités des patients hospitalisés, ressenti par les contrôleurs et confirmé par la faible fréquentation du service thérapeutique et socioculturel (STC) – cf. *infra* § 6.3. –, conduit à penser que l'augmentation du nombre d'AMP serait de nature à développer les activités des patients et donc à les sociabiliser davantage.

Recommandation

L'augmentation du nombre d'aides médico-psychologique (AMP) dans les unités d'hospitalisation serait de nature à développer les activités chez les patients, donc leur sociabilisation.

Le pôle Argoat comporte deux unités :

- l'unité d'accueil Ker Avel comptait en 2016 en moyenne :
 - 1,26 ETP de cadres de santé (0,26 de cadre supérieur et 1 de cadre) ;
 - 27 ETP de personnel soignant (19 ETP d'IDE et 3,8 ETP d'AS) ;
 - 5 ETP d'ASL⁵ ;
 - 1,34 ETP de personnel paramédical soignant (1,34 ETP de psychologue) ;
 - 1,45 ETP de personnel socio-éducatif (1,45 ETP d'assistant social) ;
- l'unité de soins prolongés en psychiatrie Saint-Bernard comptait en 2016 en moyenne :
 - 1,35 ETP de cadres de santé (0,2 de cadre supérieur et 1,15 de cadre) ;
 - 17,26 ETP de personnel soignant (9,8 ETP d'IDE et 7,5 ETP d'AS) ; ces nombres ont diminué début 2017 à 15 ETP (8 ETP d'IDE et 7 ETP d'AS) en relation avec le nombre de places offertes ;
 - 3,15 ETP d'ASL ; ce nombre a diminué début 2017 à 2,9 ETP ;
 - 0,45 ETP de personnel paramédical-soignant (0,45 ETP de psychologue) ;

⁴ IDE : infirmier diplômé d'Etat ; AS : aide-soignant

⁵ ASL : agent de service logistique.

- 1,1 ETP de personnel socio-éducatif (1 ETP d'AMP⁶ et 0,1 ETP d'assistant social).

Le pôle Trégor Goëlo comporte deux unités :

- l'unité d'accueil Saint-Luc comptait en 2016 en moyenne :
 - 1,6 ETP de cadres de santé (0,2 de cadre supérieur et 1,4 de cadre) ;
 - 20,2 ETP de personnel soignant (17,2 ETP d'IDE et 3 ETP d'AS) ;
 - 5,9 ETP d'ASL ; début 2017, ce nombre a baissé à 5,12 ;
 - 1,1 ETP de personnel paramédical soignant (1,1 ETP de psychologue) ;
 - 1,44 ETP de personnel socio-éducatif (1,44 ETP d'assistant social) ; début 2016, le nombre a augmenté à 1,76 ;
- l'unité d'hospitalisation sans consentement Sainte-Camille comptait en 2016 en moyenne :
 - 1,2 ETP de cadres de santé (0,2 de cadre supérieur et 1 de cadre) ;
 - 18,8 ETP de personnel soignant (17 ETP d'IDE et 1,8 ETP d'AS) ;
 - 4,8 ETP d'ASL ;
 - 0,4 ETP de personnel paramédical soignant (0,4 ETP de psychologue) ;
 - 1,5 ETP de personnel socio-éducatif (0,5 ETP d'assistant social et 1 ETP d'AMP).

Au pôle populations spécifiques, l'unité de géro-psycho-geriatrie ou de psychogériatrie Les Glycines comptait en 2016 en moyenne :

- 1,3 ETP de cadre de santé (0,3 de cadre supérieur et 1 de cadre) ;
- 18 ETP de personnel soignant (8,8 ETP d'IDE et 8,2 ETP d'AS) ;
- 2,19 ETP d'ASL ;
- 0,19 ETP de personnel paramédical soignant (0,19 ETP de psychologue) ;
- 0,36 ETP de personnel socio-éducatif (0,36 ETP d'assistant social).

Ces décomptes ne citent ni le personnel spécialisé du service thérapeutique et socioculturel (STC) – cf. *infra* § 6.3. –, ni les secrétaires médicaux (0,1 ETP respectivement pour Saint-Bernard et Les Glycines, 1 ETP pour Sainte-Camille, 2 ETP respectivement pour Saint-Luc et Ker Avel).

Etait employé, au centre hospitalier au 31 décembre 2015, le personnel non médical suivant :

FILIERE SOIN	CHS
AIDE-SOIGNANT	55
CADRE DE SANTE	10
CADRE SUP DE SANTE	5
DIETETICIENNE	1
ERGOTHERAPEUTE	2
Faisant Fonction CADRE DE SANTE	5
Faisant Fonction CADRE SUP. DE SANTE	1
INF.MANIP.RADIO.DIPLOME	1
INFIRMIER D.E.	157

⁶ AMP : aide médico-psychologique.

INFIRMIER PSYCHIATRIQUE	104
MASSEUR-KINESITHERAPEUTE	1
ORTHOPHONISTE	6
PREPARATEUR EN PHARMACIE	5
PSYCHOLOGUE	30
PSYCHOMOTRICIEN	10
RESPONSABLE D'ETABLISSEMENT	
SECRETAIRE MEDICALE	25
Total	418

2.3.3 La gestion des ressources humaines

En 2016, le rythme de travail du personnel non médical a été modifié afin d'appliquer la réglementation qui prévoit 11 heures de repos consécutif. Antérieurement, les usages en vigueur permettaient au personnel de disposer régulièrement de week-ends de 72 heures. Certains salariés bénéficiaient de repos le samedi/dimanche et d'autres le dimanche/lundi. Aujourd'hui, tous les soignants bénéficient d'un repos le samedi/dimanche. Les nouvelles dispositions permettent un plus grand taux de présence le samedi donc notamment un plus grand nombre d'activités pour les patients.

Un tutorat est mis en place pour les infirmiers arrivants.

a) La formation professionnelle continue

La politique de formation professionnelle est volontariste et semble satisfaire les membres du personnel rencontrés. Les tableaux chiffrés fournis dans le cadre du bilan social montrent que l'effort de formation continue demeure soutenu au sein du centre hospitalier puisque les taux réglementaires sont dépassés (2,3 % de la masse salariale pour 2 % conventionnellement).

Les plans de formation depuis 2015 contiennent notamment les thèmes suivants : prévention des situations d'agressivité et de violence en psychiatrie, prise en charge de la douleur, relation d'aide et conduite d'entretien, soins spécifiques infirmiers en santé mentale.

La formation OMEGA sur la prévention et la gestion de la violence a débuté en 2015. Selon les différents avis recueillis, elle donne satisfaction et permet une meilleure gestion des situations rencontrées. Le nombre de personnes formées croît : 23 en 2015, 151 en 2016.

La formation sur les droits des patients est en développement et mérite d'être renforcée en ce qui concerne les soins sans consentement. Ainsi, une formation a été dispensée les 24 et 25 février 2016 par un intervenant extérieur et portant sur l'historique des soins sans consentement, les procédures SDRE/SDT, les droits des patients, les certificats médicaux, les permissions de sortie, la procédure devant le JLD. Cette formation était ouverte à tous (secrétaires médicales, médecins généralistes et psychiatres, infirmiers et cadres). Elle a été suivie par quarante-deux personnes, dont un bon nombre appartenant à l'unité Sainte-Camille et à l'extrahospitalier. Deux autres formations ont eu lieu en mars et avril 2016 sur les thèmes « sensibilisation aux droits des patients » (treize personnes formées dont les trois formateurs internes) et « secret professionnel et droit à l'information des usagers » (deux personnes formées). Quatre groupes de formation (de treize personnes chacun) « au droit des usagers en santé mentale et en médico-social » sont programmés pour 2017.

Bonne pratique

La création en 2017 d'une cellule de formation composée de trois personnes volontaires du centre hospitalier – une cadre de santé, une assistante sociale, un infirmier – pour assurer et consolider les connaissances du personnel sur les droits des patients en psychiatrie correspond à un besoin identifié au sein de l'établissement et confirmé par les contrôleurs notamment sur les droits des patients en soins sans consentement.

b) Le turn-over et la moyenne d'âge

Le *turn-over* du personnel est faible et les départs, souvent liés aux retraites, sont remplacés. Le personnel vit en général à proximité du centre hospitalier.

L'âge moyen des agents est globalement stable : 44 ans et 6 mois pour les femmes et 49 ans et un mois pour les hommes en 2015. La proportion d'hommes est élevée parmi les IDE les plus âgés, avec des départs en retraite importants.

Les mutations internes sont peu nombreuses. Aucun changement systématique d'unité n'est organisé, même si les unités d'entrées et la clinique d'addictologie sont davantage recherchées et si l'unité Les Glycines est moins recherchée. Cependant, annuellement à l'automne, le personnel est invité à exprimer ses vœux de mobilité interne. En 2015, ces mobilités ont concerné cinq personnes du centre hospitalier (trois IDE, un AS et un moniteur-éducateur) : quatre personnes sont allées vers d'autres structures de la Fondation Bon Sauveur, cinq sont venues dans le centre hospitalier.

c) L'absentéisme et les accidents du travail

La moyenne nationale se situe à 4 % pour le personnel médical et à 7,89 % pour les personnels non médicaux pour 2013.

Pour l'ensemble de la Fondation, les absences compressibles (maladie, maladie professionnelle, AT) ont été respectivement en 2013, 2014 et 2015 de 5,00 %, de 5,35 % et de 4,59 %. Les absences incompressibles (affections de longue durée, invalidité, maternité, paternité, congés) ont été respectivement de 9,87 %, de 10,66 % et de 10,18 %.

Pour l'année 2015, le taux d'absentéisme tout motif confondu est de 13,55 % pour le centre hospitalier (le personnel en situation d'invalidité est comptabilisé dans ces absences). Le taux de fréquence des accidents du travail pour l'année 2015 est de 30,28 (il était de 34,81 en 2014 et de 26,19 en 2013) pour l'ensemble de la Fondation Bon Sauveur, avec un taux de gravité de 0,87 (0,84 et 0,93 pour ces mêmes années). Ces accidents sont relativement nombreux car tous font l'objet de « déclarations » à l'administration. Il est à noter que le bilan social, qui fait apparaître les causes d'accidents du travail, a prévu une rubrique spécifique pour les accidents du travail liés au « contact avec des agités ».

Au sein du centre hospitalier, ont été déplorés en 2015 un accident du travail dû à des violences exercées par des patients ; deux autres accidents du travail (un pour contact avec malade agité, un lors d'une mobilisation directe de patient) ont fait l'objet d'une déclaration au bureau du personnel mais n'ont pas donné lieu à consultation d'un médecin.

Les heures supplémentaires ne sont pas utilisées comme moyen habituel de gestion des ressources humaines. Il y a des dépassements ponctuels d'horaires, mais qui font l'objet de récupération dans la quinzaine. Le centre hospitalier fait peu appel à l'intérim (293 heures en 2015). Il s'appuie sur un pool pour les remplacements de courte durée – ce pool est constitué de quatre AS et de quatre ASL qui sont affectés en surnombre dans les unités. Si ce pool n'est pas

suffisant, le centre hospitalier recourt à des contrats à durée déterminée (CDD) dont les titulaires sont ensuite recrutés en priorité en contrat à durée indéterminée (CDI) quand des postes sont à pourvoir, et éventuellement à des intérimaires. La Fondation, en 2015, a fait appel à 307 heures de travail temporaire, représentant 0,17 ETP.

d) Les relations sociales

Deux organisations syndicales participent activement à la vie de l'établissement, Sud est majoritaire ; elle a récemment pris la première place devant la CGT. Les contrôleurs ont rencontré, à sa demande, le représentant du personnel CGT.

Les instances de concertation se réunissent régulièrement. Leurs comptes rendus témoignent d'un travail fourni, centré toutefois davantage sur les conditions de travail du personnel que sur la qualité de prise en charge des patients.

e) Le service de nuit

Le service de nuit est assuré par une équipe intersectorielle de soixante-dix personnes encadrée par deux cadres de santé. Tous sont volontaires. Leurs candidatures pour appartenir aux équipes de jour sont examinées en priorité. Chaque nuit, sont présentes sur le centre hospitalier au moins dix-huit personnes :

- au pôle Argoat :
 - à l'unité Ker Avel : deux IDE et un AS ou ASL ;
 - à l'unité Saint-Bernard : un IDE et un AS ou ASL ;
- au pôle Trégor Goëlo :
 - à l'unité Saint-Luc : deux IDE, deux ASL ou ASL, et un cadre de santé ou un IDE assurant le SAO – cette équipe est celle qui fournit du personnel en renfort à une unité qui se trouverait en déficit sans préavis ;
 - à l'unité Sainte-Camille : deux IDE et un AS ou ASL ;
- au pôle populations spécifiques :
 - à l'unité Les Glycines : un IDE, un AS et un ASL ;
 - à la clinique d'addictologie : un IDE et un AS.

Les IDE sont fidélisés de façon prioritaire à une unité mais vont de façon secondaire dans les autres unités.

Le rythme de travail s'étale sur deux semaines : une semaine avec deux nuits de travail, une autre semaine avec cinq nuits de travail.

Le travail est pris à 20h30 et s'achève à 6h30 ; une nuit de travail compte 10 heures. Le travail de jour s'étale sur 7 heures 40 minutes.

Cette organisation du travail ne permet pas au personnel de service de nuit de participer aux réunions de service ou aux réunions de synthèse.

Recommandation

L'organisation du service de nuit repose sur des équipes qui ne participent pas au travail de jour. Il conviendrait qu'une réflexion soit lancée pour que le personnel de service de nuit participe de façon régulière aux réunions de synthèse des unités dans lesquelles il travaille de façon préférentielle.

2.4 UN BUDGET EQUILIBRE

Le budget de la Fondation Bon Sauveur se répartit à hauteur des trois quarts pour le centre hospitalier et du quart pour le pôle social et médico-social.

En 2016, les ressources du centre hospitalier s'élevaient à 40 149 keuros dont 33 953 - soit 85 % - provenant de la dotation annuelle de financement (DAF). La différence provient d'une part du ticket modérateur et du forfait journalier (1 709 keuros soit 4 %) et des recettes produites par d'autres établissements de la Fondation (4 527 keuros soit 11 %). La DAF est stable depuis 2012 (33 700 keuros).

En 2016, les dépenses se sont élevées à 40 149 keuros, dont 31 267 - soit 78 % - pour le personnel (11 % pour le personnel médical et 67 % pour le personnel non médical), les deux titres les plus significatifs étant l'hôtellerie et la restauration pour 4 515 keuros soit 11 % et les amortissements pour 3 852 keuros soit 10 %.

L'établissement fonctionne sur un budget constant mais, du fait de l'inflation, celui-ci est en baisse malgré un glissement, vieillissement, technicité (GVT) faible.

Compte de résultat (CR) budget principal de 2012 à 2016

<i>Dépenses de fonctionnement (keuros)</i>	2012	2013	2014	2015	2016
RCS ⁷ (personnel médical)		4 493	4 083	4 234	4 422
RCS (personnel non médical)	31 065	27 220	28 368	28 736	26 845
Médical et pharmacie	428	423	462	516	515
Hôtellerie, restauration...	4 374	4 837	4 281	4 608	4 515
Amortissements	3 937	3 701	2 977	2 976	3 852
Total	39 804	40 673	40 171	41 070	40 149

<i>Ressources (keuros)</i>	2012	2013	2014	2015	2016
Dotation annuelle de financement (DAF)	33 716	33 711	33 711	33 811	33 953
T2 (ticket modérateur, forfait journalier)	1 480	1 526	1 354	1 660	1 709
Recettes diverses	4 476	5 438	5 126	5 568	4 527
Total	39 672	40 675	40 191	41 039	40 189
Comparaison Dépenses/ressources	-132	2	20	-31	40

⁷ RCS : rémunérations, charges sociales.

En 2016, le résultat est de 40 keuros. Entre 2012 et 2016, le fonds de roulement a bénéficié globalement d'un apport de 1 917 keuros.

Le budget apparaît sain aux contrôleurs et les capacités d'investissement préservant l'avenir sont préservées et utilisées.

	2012	2013	2014	2015	2016
Capacité d'autofinancement en keuros	3 063	2 115	1 687	1 408	3 019

2.5 L'ACTIVITE DU CH : IMPORTANTE ET AVEC DES PICS DE SUR OCCUPATION QUI INTERROGENT SUR LA POSSIBILITE DE FAIRE DIMINUER LE NOMBRE ET LA DUREE DES HOSPITALISATIONS

Les files actives du CH sont en augmentation significatives entre 2011 et 2016. Le nombre d'entrées en soins sans consentement est également en augmentation, comme la durée moyenne d'hospitalisation (DMH), alors que la durée moyenne de séjour (DMS) diminue ainsi que le nombre de lits comme cela est prévu par le projet d'établissement. En particulier, l'unité Sainte-Camille, exclusivement réservée aux patients en soins sans consentement, atteint de façon permanente un taux d'occupation proche de la saturation et connaît des pics de sur occupation gérés par des sorties prématurées ou par maintien aux urgences.

Cette situation interroge des membres du personnel et les contrôleurs. En effet, la diminution du nombre de lits et le virage ambulatoire à la demande de l'ARS, dans le contexte financier favorable du CH – cf. *supra* § 2.4 – sans apparemment que le nombre de places dans les établissements médico-sociaux soit en croissance, laisse planer un doute sur la possibilité de faire diminuer le nombre et la durée des hospitalisations.

La file active des pôles adultes du CH (Trégor-Goëlo, Argoat et populations spécifiques) a augmenté sans discontinuer entre 2010 et 2016, passant de 7 421 à 8 542 patients, soit 16 % en sept ans ou de l'ordre de 2,2 % par an, avec 3 % pour l'année 2016 :

- la file active en ambulatoire des pôles adulte a également augmenté sans discontinuer pendant la même période, passant de 7 011 à 8 216 patients, soit 18 % en sept ans ou de l'ordre de 2,6 % par an, avec 5 % pour l'année 2016 ;
- le nombre d'admissions directes a globalement augmenté pendant la période, passant de 2 220 à 2 381 patients, soit 8 %, avec un maximum en 2013, tandis que le nombre de patients a diminué passant de 1 567 à 1 538, soit 2 % ;
- la DMH a également globalement augmenté passant de 36,05 à 37,3 jours, soit 4 %, quand la DMS a diminué passant de 25,45 à 24,09 jours, soit 6 % ;
- pour les soins sans consentement, le nombre d'admissions a également globalement augmenté passant de 325 en 2014 (42 SDRE et 283 SDT) à 408 en 2016 (58 SDRE et 350 SDT), soit 26 % (38 % SDRE et 24 % SDT). Toutes les unités visitées par les contrôleurs ont reçu des patients en soins sans consentement ou sont destinées à en recevoir. Lors de la visite des contrôleurs, Les Glycines et Saint-Bernard n'hébergeaient aucun patient en soins sans consentement ; Ker Avel, Saint-Luc et Sainte-Camille en hébergeaient (cf. annexe 1).

Ce bilan global se conjugue de la façon suivante au niveau des unités qui accueillent ou peuvent accueillir des patients en soins sans consentement :

- pôle Argoat :

- unité Ker Avel : le taux d'occupation moyen de 2016 a été de 91,68 % ;
- unité Saint-Bernard : le taux d'occupation moyen de 2016 a été de 77,29 % – il était de l'ordre de 90 % les deux années précédentes ;
- pôle Trégor Goëlo :
 - unité Saint-Luc : le taux d'occupation moyen de 2016 a été de 89,83 % ;
 - unité Sainte-Camille : le taux d'occupation moyen de 2016 a été de 96,92 % avec des passages au-delà de 100 % ;
- pôle populations spécifiques (USPP), unité Les Glycines : le taux d'occupation moyen de 2016 a été de 83,81 %.

Les tableaux dont sont extraites ces informations sont joints en annexe 2.

2.6 LES CONTROLES INSTITUTIONNELS : DES REGISTRES TENUS METICULEUSEMENT SANS DELAI

2.6.1 Le registre de la loi

Après avoir été longtemps tenu de façon exclusivement manuelle, le livre de la loi comporte désormais une photocopie réduite de l'ensemble des documents relatifs au déroulé de la mesure de soins sans consentement (les certificats médicaux initiaux, les certificats médicaux mensuels, les programmes de soins, les demandes de sorties, les arrêtés du représentant de l'État, les décisions du directeur de l'établissement, les ordonnances du juge des libertés, les diverses notifications ...).

Trois registres sont tenus : l'un pour les soins sur décision du représentant de l'État (SDRE), un second pour les soins à la demande d'un tiers et les soins en urgence, le troisième pour les soins sans tiers ou périls imminents.

Les supports utilisés sont les mêmes : des registres cartonnés format A2 composés de feuillets doubles numérotés correspondant pour chacun à un patient. Les premiers folios sont utilisés pour des « transferts » c'est-à-dire des reports et ajouts de documents pour des patients déjà inscrits sur des registres antérieurs (dont le numéro est noté) ; les suivants servent à l'enregistrement de nouvelles admissions dans l'ordre chronologique d'arrivée.

Les contrôleurs ont examiné les registres les plus récents soit :

- le registre n° 100 pour les SDT-SDTU comportant vingt-neuf mentions de « transfert » et vingt-six admissions entre le 27 janvier 2017 et le 3 mars 2017, dont quatorze hommes et douze femmes, et dix en urgence ; les tiers demandeurs sont très majoritairement les parents (dans onze cas), suivis des conjoints (cinq cas) à égalité avec les frères ou sœurs, puis des enfants (trois cas) et de tiers autres (dans deux cas, le curateur ou le tuteur) ;
- le registre n° 101 pour les SDRE comportant vingt-huit mentions de « transfert » et six admissions entre le 1er février 2017, toutes initiées sur arrêté municipal. Dans tous les cas où le maintien de la mesure est envisagé par le médecin dans le certificat des 24 heures, un arrêté du préfet intervient le même jour, soit bien avant l'expiration du délai de validité de l'arrêté provisoire du maire ;
- le registre n° 102 pour les SST (péril imminent) comportant neuf mentions de « transfert » et dix admissions entre le 3 le 28 février 2017, dont cinq femmes et cinq hommes ; au 9 mars 2017, six de ces dix mesures avaient été levées dans un délai allant de trois à dix-neuf jours, dont trois quelques jours après l'audience du JLD.

Ces registres sont soigneusement tenus et renseignés dans de brefs délais. Ainsi, à titre d'exemple, une décision du JLD rendue le 7 mars figurait dans le registre lors de son examen par

les contrôleurs le 9 mars, tout comme était inscrite la notification d'une autre décision du même jour dont le patient avait interjeté appel le 8 mars. A noter, pour ce dernier cas, que, dès le 10 mars, le patient avait communication de la date d'audience fixée par la cour au lundi 13 mars.

Tous les certificats médicaux sont horodatés. Les certificats médicaux initiaux sont parfois laconiques mais il en va différemment des certificats postérieurs (24 et 72 heures) et des avis motivés qui sont quant à eux circonstanciés et actualisés, avec indication éventuelle de projets en cours, tels permissions de sortie et programmes de soins.

Pour les SDT, les renseignements concernant les tiers sont renseignés avec précision ; quand la demande émane d'un tuteur ou curateur, le jugement de sauvegarde de justice est annexé.

Les dates de notification des décisions du directeur, des arrêtés préfectoraux et des ordonnances du JLD, et des voies de recours qui y sont attachés sont mentionnés. Tel n'est en revanche pas le cas pour les arrêtés municipaux qui ne visent pas les voies de recours possibles.

Les registres examinés ne comportent pas de visa des autorités. Les précédents registres avaient quant à eux été visés le 31 août 2015 par le préfet des Côtes-d'Armor, le 27 janvier 2016 par la CDSP, le 20 octobre 2016 par le procureur de la République adjoint et le vice-président du tribunal d'instance de Guingamp.

Bonne pratique

L'horodatage des certificats médicaux et des arrêtés préfectoraux permet d'assurer et de vérifier le respect des délais impartis par la loi. Il gagnerait à être étendu aux décisions du directeur et aux arrêtés municipaux.

2.6.2 La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)

Deux membres de la CDSP ont visité l'établissement le 27 janvier 2016 et ont à cette occasion rencontré deux patients désireux de sortir ; les demandes et doléances de ces patients ont été transmises pour l'un à l'équipe de soins, pour l'autre au médecin et au cadre lors d'un entretien avec ces professionnels.

Suite au départ du magistrat désigné par le premier président de la cour d'appel, appelé à d'autres fonctions, la composition des membres de la CDSP a été partiellement modifiée par arrêté de 20 septembre 2016.

Deux réunions se sont tenues en 2016, les 8 juin et 29 novembre. Lors de celles-ci, les membres de la CDSP ont mené une réflexion sur l'évolution du fonctionnement de la commission, ont évoqué la difficulté tenant au refus du barreau de Saint-Brieuc d'assister les patients à l'audience du JLD et les propositions des juges pour y mettre un terme ; ils ont également examiné la situation des patients entrés tant au CH de Bégard qu'à celui de Plouguernevel et se trouvant soit en hospitalisation complète soit en programme de soins.

2.6.3 La visite des autorités

Ainsi qu'en attestent les visas portés sur les registres de la loi (cf. *supra* § 2.6.1), l'établissement a reçu la visite du préfet des Côtes-d'Armor le 31 août 2015, de la CDSP le 27 janvier 2016, du procureur de la République adjoint et du vice-président du tribunal d'instance de Guingamp le 20 octobre 2016.

2.7 LES GARANTIES DE QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE SONT SATISFAISANTES

2.7.1 La place laissée aux représentants des familles et des usagers

Les contrôleurs ont rencontré trois représentants des usagers appartenant à l'UNAFAM⁸, l'un siégeant au conseil d'administration et les deux autres à la commission des usagers (CDU). Ils ont souligné la démarche de l'établissement pour faire une place plus importante aux usagers dans le fonctionnement de l'établissement. Ainsi, depuis environ un an, sept représentants des usagers siègent à la CDU. Les conseils de vie sociale des équipements médico-sociaux comprennent parmi leurs membres des représentants des familles et des résidents. Un représentant des usagers siège à la cellule de gestion des risques chargée, entre autre, d'analyser les fiches de signalement des événements indésirables (FSEI), au comité de lutte contre la douleur (CLUD), a participé au groupe de travail sur le parcours du patient. Des représentants des familles ont pu participer à la formation sur les droits des patients pour soignants et représentants des usagers ; des ateliers d'éducation thérapeutique du patient ARSIMED⁹ destinés aux familles de patient ont été programmés.

Le pilotage du « projet usagers » du futur projet d'établissement a été confié à la représentante des usagers au conseil d'administration. Le comité de pilotage s'était réuni à trois reprises à la date du contrôle (novembre 2016, janvier et mars 2017). Quatre axes de préoccupation des usagers ont émergé des débats : l'efficacité de la représentation des usagers dans la Fondation, la « lisibilité » de la Fondation, le séjour des usagers dans les établissements de la Fondation et les insatisfactions des usagers. Pour chacun de ces axes, des recommandations ont été émises.

Un forum citoyen a été organisé dans le cadre de la préparation du projet d'établissement 2017/2021. Ce forum, organisé avec la contribution d'un consultant, a permis de réunir des citoyens qui ont fait au cours d'ateliers des recommandations. Ces recommandations, au nombre de cinq, portent sur : la formalisation d'un protocole d'annonce du diagnostic, l'amélioration de l'information du patient tout au long de son hospitalisation, le renforcement de l'éducation thérapeutique du patient, une meilleure préparation à la sortie et la prise en charge des patients autistes. Elles seront évaluées tout au long des cinq années du programme.

Enfin le conseil d'administration a voté un budget de 93 386 euros pour la représentation des usagers au sein de la Fondation.

Le local mis à la disposition des associations est rarement utilisé ; l'UNAFAM n'y tient pas de permanence.

2.7.2 La commission des usagers

La commission des usagers (CDU) est présidée par une représentante de l'UNAFAM. Comme dit plus haut, cette instance comprend sept représentants des usagers. Son règlement intérieur a été adopté le 22 avril 2016 suite à la promulgation de la loi du 26 janvier de la même année.

Elle se réunit quatre fois par an, étudie les plaintes et réclamations, les demandes de transmission des dossiers médicaux ainsi que les questionnaires de sortie.

Les recommandations de la CDU ont conduit notamment à la mise en œuvre de trois évaluations des pratiques professionnelles (EPP) concernant i) la réalisation de l'examen psychiatrique des

⁸ UNAFAM : Union Nationale des Amis et Familles de malades Mentaux, maintenant Union Nationale des Familles et Amis de personnes Malades et/ou Handicapées Psychiques.

⁹ ARSIMED : Aider à Reconnaître les Signes de la maladie et des MEDicaments, atelier d'éducation thérapeutique.

24 heures, ii) la préparation à la sortie et l'envoi du courrier de sortie, iii) le confort et la sécurité des patients mis en chambre d'isolement (présence d'une horloge et d'un bouton d'appel dans toutes les CI).

Une trame comprenant les éléments possibles d'un règlement intérieur type a été réalisée et validée par les membres de la CDU puis expérimentée dans une unité avant généralisation.

A la demande des usagers, une visite des lieux d'hospitalisation sera organisée en mai 2017 pour les membres de la CDU.

2.7.3 Le comité d'éthique

Un nouveau règlement du comité d'éthique a été adopté en novembre 2016. Celui-ci peut être saisi par toute personne, individuellement ou collectivement, professionnel ou usager.

Les avis du comité d'éthique sont publiés dans un numéro spécial du magazine de la Fondation « Initiales fbs ». Les contrôleurs ont eu communication d'un numéro sur « Réflexion éthique autour du refus de soin d'hygiène chez une personne hospitalisée en psychiatrie » publié le 1^{er} janvier 2016.

2.7.4 Les questionnaires de satisfaction

En 2015, les questionnaires de sortie ont eu un taux de remplissage de 47 %, pratiquement identique dans les trois pôles. Seule l'alimentation donne lieu à un score de satisfaction inférieur à 90 %. Par contre, les commentaires libres ont été utilisés par la commission pour faire des recommandations.

L'établissement réalise une enquête annuelle de satisfaction des usagers à distance de leur hospitalisation. En 2016, sur les 920 questionnaires adressés par voie postale, 126 ont été retournés soit 14 %. On remarquera qu'il a été tenu compte de plusieurs points révélés par cette enquête dans le futur programme d'établissement : meilleure répartition des malades selon leur pathologie, amélioration des repas, insuffisance d'activités (ennui).

Bonne pratique

L'établissement a fait un effort très important d'implication des usagers et de leurs représentants dans les différentes instances. Cet effort est reconnu par les représentants des usagers.

Recommandation

L'effort d'implication des usagers devrait se prolonger au sein de chaque unité par une participation active des patients au fonctionnement des services avec, par exemple, des réunions régulières patients-soignants dans toutes les unités, des modalités facilitant les réclamations des patients sans que celles-ci soient vécues négativement par le personnel, une participation des patients à l'évaluation du service (soins et vie quotidienne) de façon plus collective et constructive que ne le permettent les questionnaires de sortie.

3. LE DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT

3.1 L'ARRIVEE DES PATIENTS ADMIS SANS CONSENTEMENT : DES PROCEDURES INSUFFISAMMENT MAITRISEES

3.1.1 Les modalités d'admission

Les patients peuvent arriver au centre hospitalier, soit directement (principalement pour des personnes ayant déjà été hospitalisées), soit sur prescription du médecin traitant, soit après passage au CMP, soit encore depuis les urgences des hôpitaux de Lannion, de Guingamp et de Paimpol.

Dans chacun des trois derniers cas, un contact préalable est pris avec les « infirmiers accueil orientation » (IAO) pour orienter le patient et programmer l'admission en fonction des places disponibles. Le service accueil orientation (SAO), en fonction depuis le 2 janvier 2017 et composé de trois infirmiers, assure une permanence en journée de 7h à 20h du lundi au vendredi afin de prendre, en accord avec les médecins du CH Bégard, les décisions quant aux modalités d'admissions. La nuit, le SAO basé dans les locaux de l'unité Saint-Luc, prend le relais des IAO et du bureau des admissions, ouvert en semaine de 8h à 20h30, le samedi de 8h à 11h45 et de 13h à 16h30, le dimanche de 8h50 à 13h et de 14h à 17h30. Dans le projet de création du SAO, ce service devait être en contact avec les patients et assurer leur accueil, ce qui a conduit à l'aménagement de cinq chambres et de bureaux de médecins et infirmiers ; lors de la visite en mars 2017, SAO comme IAO s'avèrent être davantage des services administratifs d'orientation, d'affectation voire de programmation que des organes d'accueil ; ce que regrettent les différentes personnes rencontrées (infirmiers, cadres de santé et cadres supérieurs). Ceci paraît d'autant plus regrettable que les médecins de permanence sont présents, hébergés juste au-dessus des IAO et du SAO, et que des chambres modernes toutes équipées sont disponibles, ce qui n'est pas toujours le cas dans les unités, et restent inoccupées.

Les patients arrivent au CH de Bégard en ambulance quand ils sont orientés par les antennes médico-psychologiques (AMP, cf. *supra* § 2.2.4), en taxi ou en véhicule sanitaire léger (VSL) ou quand ils sont dirigés par un CMP ou un médecin traitant. Toutefois, lorsque le patient est agité et nécessite une contention, il est alors fait appel à une ambulance à la demande du CMP ou du CH. Une convention est en effet passée par le CH avec une société d'ambulance de Bégard ; les demandes sont faites principalement pour les réintégrations et les visites à l'extérieur de l'établissement. Il peut également arriver qu'une personne en soins sans consentement soit escortée par les gendarmes.

Si l'arrivée se fait en ambulance (ce qui est majoritairement le cas pour les personnes en soins sans consentement), le patient reste dans le véhicule pendant que l'ambulancier va au bureau des admissions pour les formalités ; quand l'arrivée se fait en transport assis, le patient se présente au bureau pour faire son entrée. Le bureau des admissions s'assure de l'identité complète de la personne, enregistre le pôle d'admissions – selon le secteur pour les patients en soins libres, Sainte-Camille pour celles en soins sans consentement – vérifie les certificats médicaux, les arrêtés et les délégations (quand l'arrêté est signé par un adjoint au maire), recueille un maximum d'information sur le patient (son entourage, les médecins qui le suivent, mesure de sauvegarde...), invite le tiers à remplir la demande d'admission si ce n'est déjà fait lors du passage au CMP ou à l'AMP. En cas de problème dans la rédaction des arrêtés ou des certificats médicaux, le bureau des admissions prend attache avec la mairie ou le médecin pour que le document soit rectifié et à nouveau transmis par télécopie.

Pour les soins à la demande du directeur, la décision est préparée par le bureau des admissions, signée du directeur ou d'un administrateur ayant reçu délégation de signature (les dernières délégations sont en date d'avril et de décembre 2016) puis transmise dans les unités en deux exemplaires pour notification, dont l'un est remis au patient et l'autre retourné au bureau des admissions.

Pour les SDRE sur arrêté municipal qui n'est pas notifié, tous les documents sont envoyés par télécopie à l'ARS avec le certificat des 24 heures (l'un pour le préfet et le second pour le président de la CDSP). En retour, l'ARS transmet par télécopie l'arrêté du préfet qui est envoyé dans l'unité par le bureau des admissions pour notification ; dans le même temps, l'ARS adresse au patient un courrier contenant l'arrêté du préfet et la copie du certificat médical.

Recommandation

L'arrêté municipal, nonobstant son caractère provisoire, doit être notifié au patient dans le respect des dispositions de l'article L. 3211 du code de la santé publique.

Il a été précisé aux contrôleurs que les difficultés liées aux certificats médicaux ou arrêtés non conformes – encore nombreuses – ont été remontées à la direction, laquelle a organisé des réunions d'informations avec les maires et les médecins pour leur communiquer les documents utiles et notamment la plaquette de l'ARS et des modèles de certificats médicaux. Cette initiative et la mise en place des IAO a permis de réduire sensiblement les difficultés.

A Sainte-Camille, l'arrivée du patient s'effectue par l'arrière du service. Le patient est monté en zone d'observation tandis que le médecin et le cadre sont avisés et qu'un infirmier vérifie les certificats médicaux. Selon l'état et le comportement du patient, son admission se fait en chambre « hôtelière » ou en chambre d'isolement (en cas d'agitation). Aux dires du cadre de santé, « *un virage est en train d'être pris pour éviter la systématisation du placement en chambre d'isolement et de mise en pyjama lors de l'admission d'un patient à Sainte-Camille* » mais il existe encore des réticences dans la mesure où les pratiques antérieures rassuraient l'équipe de soignants.

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

A Sainte-Camille, unité dédiée aux soins sans consentement, la notification de la décision proprement dite est faite par le médecin tandis que la notification des droits est réalisée par les infirmiers.

A la décision d'admission du directeur, qui porte en son article 4 les possibilités de recours, est joint un formulaire retranscrivant l'ensemble des droits du patient en soins sans consentement et la saisine du JLD en cas de poursuite de l'hospitalisation au-delà de douze jours. Il n'en va en revanche pas de même des arrêtés préfectoraux qui mentionnent exclusivement les possibilités de recours ou encore des arrêtés municipaux qui sont muets sur les voies de recours.

A Saint Camille, le document listant les droits du patient est lu à la personne hospitalisée, ainsi qu'ont pu le constater les contrôleurs. Il est par ailleurs apparu que, dans l'ensemble, les soignants avaient une connaissance trop succincte des droits des patients en soins sans consentement, ceux-ci faisant une confusion entre les « droits fondamentaux et ceux édictés par la loi de 2011 » et les demandes parfois inconsidérées du patient.

3.1.3 Le recueil des observations des patients

Immédiatement après l'arrivée du patient à Sainte-Camille, le bureau des admissions adresse dans l'unité un document intitulé « information préalable de décision de soins psychiatriques sans consentement » qui est rempli par le médecin ou le soignant, signé du personnel hospitalier et de la personne hospitalisée et portant ses éventuelles observations.

Les observations ultérieures du patient sur les décisions concernant sa prise en charge prévues par l'article L.3211-3, alinéa 2 du code de la santé publique sont consignées par le médecin dans le dossier médical de l'intéressé et repris par les infirmiers lors des transmissions.

Recommandation

La procédure d'accueil des patients admis en soins sans consentement doit être formalisée et donner lieu à une formation du personnel. Il s'agit, notamment, de veiller à la qualité des documents justifiant l'admission, à la proportionnalité des mesures d'accueil mises en œuvre (isolement, port du pyjama, etc.) et à la connaissance des droits des patients par les soignants. La cellule de formation récemment créée devrait y aider.

Dans son courrier en date du 14 août 2017, le directeur général de la fondation Bon Sauveur écrit : « Les procédures d'accueil des patients admis en soins sans consentement sont rédigées et la gestion des mesures de restriction de liberté et de son plan d'actions qui recourent globalement les recommandations énoncées par le contrôleur général des lieux de privation de liberté ont été ajoutés dans le projet qualité du projet d'établissement 2017-2021 (cf. pièce jointe) ».

3.1.4 La désignation d'une personne de confiance

Cette question est abordée lors de l'entretien infirmier arrivant et la réponse donnée par le patient est inscrite dans son dossier.

L'identité de cette personne comme celle de la personne à prévenir sont récupérées par le bureau des admissions *via* le logiciel informatique.

Dans certaines unités, comme Saint-Bernard, quand un patient désigne une personne de confiance, celle-ci est immédiatement contactée par un IDE de l'unité ; cependant il ne lui est pas demandé de signer un document.

3.1.5 La période initiale de soins et d'observation

Pendant la période initiale de soins, à Sainte-Camille – seule unité concernée – le patient est placé dans la zone « isolement » située à proximité immédiate du bureau des soignants afin de faciliter l'observation de son comportement et son évolution.

Les certificats médicaux des 24 et 72 heures, toujours très circonstanciés, sont précédés d'un entretien avec le médecin en présence d'un infirmier.

Il a été précisé que les parents étaient associés très tôt au diagnostic et au traitement.

3.1.6 Les cas de suroccupation et de transfert

En cas d'occupation de toutes les chambres d'isolement lors d'une nouvelle admission, le patient est dirigé vers une autre unité disposant d'une chambre d'isolement libre.

Une situation de cette nature s'est produite le 8 mars : à 17h le cadre de santé de l'unité Sainte-Camille a été avisé par l'IAO de l'admission d'un patient en SSC ; or aucune chambre d'isolement n'était disponible que ce soit à Sainte-Camille ou dans une autre unité ; un patient initialement

placé en chambre d'isolement a finalement été transféré dans une des chambres hôtelières doubles afin de permettre l'accueil du nouveau patient en chambre d'isolement.

Le 8 mars, les IAO ont refusé l'entrée d'un patient en SDT en l'absence de place disponible dans l'établissement et après avoir fait le tour de toutes les unités ; finalement, le médecin de garde a décidé de transférer le patient au CH de Dinan.

3.1.7 La confidentialité sur l'hospitalisation

La non divulgation de la présence et de l'état de santé d'un patient a fait l'objet d'un protocole référencé PS_S-SO_B-002-6 entré en vigueur le 13 novembre 2014.

Tout patient admis en hospitalisation remplit un formulaire de confidentialité dans lequel il donne son accord pour autoriser l'établissement à communiquer sa présence, sur leur demande, à sa famille, à ses amis, à son médecin traitant ou à d'autres personnes ; les noms de toutes ces personnes doivent être précisés. Une fois rempli, ce document est transmis au service de relation avec les usagers qui enregistre la volonté du patient dans son logiciel « dossier administratif ». Le standard dispose de ce logiciel ainsi que d'un listing mis à jour quotidiennement sur lequel la personne qui a manifesté le désir d'une restriction de l'information sur son hospitalisation est inscrite en rouge. Les fiches « non divulgation » sont conservées au standard jusqu'à la sortie du patient.

Lorsque le standard téléphonique reçoit un appel extérieur demandant à entrer en contact avec un patient, le standardiste vérifie si la personne a donné son accord préalable et, même si l'accord n'est pas donné, passe le service d'hospitalisation. La formule utilisée par la standardiste est « *je vous oriente sur le secteur de soins habilité à vous répondre* ».

Les contrôleurs ont constaté que cette procédure était appliquée.

Eventuellement, la formule du standardiste pourrait être modifiée pour ne pas laisser penser que la personne est hospitalisée – le terme « *secteur de soins habilité* » laissant entendre que la personne demandée est effectivement hospitalisée.

Dans son courrier en date du 14 août 2017, le directeur général de la fondation Bon Sauveur écrit : « la formule d'accueil en cas de transfert d'appel a été modifiée comme suit : "*je vous oriente vers le service habilité à vous répondre*" ».

3.2 L'INFORMATION DES PATIENTS EN SSC REPOSE SUR DES DOCUMENTS INCOMPLETS

3.2.1 Les informations prévues par la loi

La convocation pour l'audience est remise au patient par un infirmier qui profite de l'occasion pour lui réexpliquer le rôle du juge. Il est alors parlé du « juge des libertés » sans référence au terme « et de la détention », cette appellation volontairement écourtée étant celle d'ailleurs utilisée par le juge à l'audience comme ont pu le constater les contrôleurs.

3.2.2 Le livret d'accueil

Un livret d'accueil est remis au patient lors de son arrivée à l'hôpital.

Il comprend : la présentation générale de la Fondation Saint Sauveur et sa structuration en pôles ; les différents modes d'admissions en soins psychiatriques, les démarches administratives d'entrée, les frais d'hospitalisation et les mesures de protection ; le déroulé du séjour au quotidien et les dispositifs de relation avec les usagers ; un chapitre intitulé « vos droits et vos devoirs » et mentionnant les engagements de l'institution ; les modalités et formalités de la sortie ; un plan du centre.

La rubrique « droits du patient » apparaît cependant assez laconique. En effet, si elle développe le consentement et la participation aux soins, la confidentialité et la non divulgation de la présence dans l'établissement, la personne de confiance et la sécurité, les droits spécifiques des patients en soins sans consentement tels que définis par la loi du 5 juillet 2011 n'y sont en revanche pas évoqués. Partie de ces droits sont cependant repris dans le chapitre « admission sans consentement » mais sous le titre « recours » ; ce qui est de nature à créer une confusion, droits et recours ou contentieux étant évoqués de façon bien distincte dans la loi. En tout état de cause, les droits d'émettre ou de recevoir des courriers, de consulter le règlement intérieur de l'établissement et de recevoir les explications qui s'y rapportent, d'exercer son droit de vote et de se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix ne sont quant à eux pas repris dans ce livret.

Recommandation

Le livret d'accueil gagnerait à être réécrit afin que l'intégralité des droits des patients en soins sans consentement y soient mentionnés clairement (article L 3211-3 alinéa 5 du CSP) et de manière distincte de la présentation des voies de recours (article L.3211-12-1 et 3216-1 du CSP).

Dans son courrier en date du 14 août 2017, le directeur général de la fondation Bon Sauveur écrit : « les voies de recours et l'intégralité des droits des patients hospitalisés en soins sans consentement sont insérées dans le livret d'accueil au moyen de la brochure Psycom (cf. pièce jointe) ».

3.2.3 Le règlement intérieur

Le règlement intérieur est disponible sur demande auprès des soignants ; ce point est noté dans le livret d'accueil.

Chaque unité dispose d'un règlement intérieur plus couramment appelé « règles de vie » qui est normalement remis à l'admission et est affiché en différents points du service.

3.3 UNE BONNE ORGANISATION DE LA PREPARATION DE LA SORTIE

3.3.1 Les sorties de courte durée

Les sorties sont accordées de façon progressive : après un premier temps d'observation, des autorisations sont données pour des sorties en intra ; puis sont autorisées les sorties en milieu familial de courte durée. Selon les représentants des usagers, le chef de service, les cadres et les soignants, un important travail d'information et d'évaluation est fait avec les familles et les tiers afin de mener à bien ces sorties.

Les certificats médicaux sont transmis au bureau des admissions par les unités et sont suivis d'une décision du directeur. Pour les SDRE, les certificats médicaux et la décision du directeur sont envoyés à l'ARS qui ne réagit qu'en cas de désaccord.

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

En 2016, 391 certificats autorisant des sorties de moins de 12 heures ont été enregistrés, dix-neuf pour le pôle Argoat et 372 pour le pôle Trégor Goëlo (dont 39 à Saint-Luc et 333 à Sainte-Camille).

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

En 2016, quatre-vingt-deux certificats autorisant des sorties de 48 heures maximum ont été enregistrés, sept pour le pôle Argoat et soixante-quinze pour le pôle Trégor Goëlo (dont quatre à Saint-Luc et soixante-et-onze à Sainte-Camille).

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

Ces oppositions sont très rares. Un cas a pu être cité pour l'année 2016 étant précisé qu'il s'agissait d'une personne « fichée S » qui devait sortir faire des courses alors que se tenait une cérémonie de commémoration le jour prévu pour cette sortie ; le préfet n'a pas refusé le principe de la sortie mais a exigé un report de celle-ci de quelques heures.

d) L'information des tiers

Comme indiqué *supra* (§ 3.2.5 et 3.4.1), les parents, la famille et les tiers sont associés très tôt au diagnostic et au traitement et associés à la préparation des sorties et de la levée de la mesure.

3.3.2 L'avis préalable des médecins psychiatres

a) L'avis conjoint

La procédure mise en place par la loi du 27 septembre 2013 lorsqu'un médecin préconise une mainlevée de la mesure d'ASPDRE est rarement mise en œuvre.

Un cas s'est produit fin 2016. Le préfet s'étant opposé par décision motivée du 2 novembre à la proposition de mettre fin à une mesure de soins psychiatriques concernant un patient admis en SDRE et ayant sollicité un second certificat médical confirmant l'absence de nécessité de l'hospitalisation complète ; le second certificat médical, établi le 2 novembre à 14h20, ayant confirmé que la poursuite des soins pouvait se faire selon les modalités libres, en ambulatoire, le préfet a, par arrêté du 2 novembre 2016 à 17h55, mis fin à la mesure de soins psychiatriques.

b) Le collège des professionnels de santé

Le bureau des admissions travaille avec un échancier doté d'alertes indiquant les échéances et les dates à respecter, notamment quand la réunion du collège des professionnels de santé est nécessaire.

Il a été indiqué que la majorité des collèges se réunit pour les programmes de soins à échéance d'un an.

L'organisation du collège se fait au niveau des unités ou par le directeur lorsqu'intervient une difficulté pour le choix du second médecin. Ce sont en général les cadres de santé qui participent au collège, beaucoup plus rarement les infirmiers.

La convocation du collège est faite par le bureau des admissions et adressée, par lettre simple, à ses membres ainsi qu'au patient.

Au 8 mars 2017, quatre collèges s'étaient tenus depuis le début de l'année : un pour une personne déclarée pénalement irresponsable ayant réintégré ; un pour un patient en SPDRE arrivant à la date anniversaire de son admission ; deux pour des patients en programme de soins devant se prolonger au-delà d'un an.

3.3.3 Le passage en programme de soins

Selon le chef de service du pôle Trégor Goëlo, jusqu'en 2015 inclus, de nombreux programmes de soins étaient liés aux demandes sécuritaires de la préfecture, c'est-à-dire ordonnés non pour assurer la poursuite des soins mais pour garantir un suivi et une surveillance. A la suite de

plusieurs réunions tenues avec la préfecture, le nombre de mesures de SDRE a baissé (surtout pour les personnes en état d'intoxication éthylique) et avec elles le nombre de programmes de soins.

EN 2016, trente-cinq patients de l'unité Sainte-Camille sont sortis en programme de soins. Au 7 mars 2016, quarante-sept programmes de soins dépendaient du CH dont vingt-sept du pôle Trégor Goëlo (13 SDRE et 14 SDT) et vingt du pôle Argoat (11 SDRE et 9 SDT). Cette pratique démontre une réelle volonté des pôles et de l'établissement de développer les soins en ambulatoire ; il est cependant fait état d'un nombre important de réintégrations après échec du programme de soins (vingt-huit en 2016 à l'unité Sainte-Camille).

L'examen de quelques programmes de soins au travers des registres, montrent que ceux-ci ne sont quasiment jamais ordonnés avant le douzième jour d'hospitalisation et donc le passage devant le JLD, qu'ils prévoient très majoritairement des hospitalisations de jour et passage en CMP avec quelques très rares hospitalisations séquentielles.

3.3.4 La levée de la mesure

Pour les patients en soins sans consentement, la levée de la mesure d'hospitalisation complète est quasiment toujours assortie d'un programme de soins ; la sortie s'effectuant souvent après un passage en unité ouverte. Le patient ayant ainsi fait l'objet d'une sorte de mise à l'épreuve antérieurement à la levée de la mesure, les oppositions du préfet pour les SDRE sont rarissimes.

3.4 LE JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION SIEGE DANS L'HOPITAL EN L'ABSENCE D'AVOCAT

Une convention « relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques » a été signée le 26 août 2014 entre le tribunal de grande instance de Saint-Brieuc (représenté par le président et le procureur de la République) et la direction régionale de l'agence de santé de Bretagne, réglant pour les trois établissements hospitaliers concernés la mise à disposition d'un local adapté, les jours d'audience, les modalités de transmission de la requête.

Au CH de Begard, une salle située dans la partie administrative de l'unité Sainte-Camille est mise à disposition du JLD. Ce local, bien éclairé et éloigné des lieux de vie des patients - ce qui suffit à assurer la sérénité des débats - est meublé de tables et de chaises et doté de matériel informatique.

A côté de la salle d'audience, un local est destiné à recevoir les avocats pour les entretiens avec les patients. **Toutefois, les avocats du barreau de Saint-Brieuc refusant de venir aux audiences du JLD, ce local reste utilisé comme salle de repos du personnel.** (cf. supra)



La salle d'entretien avocat



La salle d'audience

En dehors des jours d'audience, le mardi après-midi et si nécessaire le vendredi après-midi, la salle peut être utilisée pour des activités.

Le public peut accéder à la salle d'audience par l'entrée de l'unité ; toutefois il n'existe pas de signalétique spécifique dans l'établissement.

3.4.1 Les modalités d'organisation de l'audience

Le bureau des entrées surveille les délais et réclame à l'unité l'avis motivé du médecin vers le cinquième ou sixième jour de l'admission ; cet avis est notifié au patient avec rappel de ses droits ; dans le même temps une fiche est établie et signée par le patient mentionnant d'une part le nom de l'avocat choisi ou la demande d'un avocat d'office, d'autre part son éventuel refus de comparaître ou encore son impossibilité d'être entendu ; dans cette dernière hypothèse, un second certificat médical est sollicité auprès d'un médecin d'une autre unité pour confirmer ou non la compatibilité de l'état clinique et psychique du patient avec son audition par le juge.

Bonne pratique

L'établissement d'un second certificat d'impossibilité d'être entendu par le JLD par un psychiatre d'une autre unité est une pratique respectueuse des droits du patient.

Tous les documents utiles (certificats, médicaux, décisions d'admission, notification...) sont ensuite adressés au greffe du JLD avec la requête pour l'audience, par courriel crypté.

En retour, le bureau des entrées est informé de la date d'audience par l'envoi par télécopie d'une convocation pour le patient et d'un avis pour le directeur de l'établissement. La convocation - une fois notifiée par les infirmiers et signée du patient - est retournée au greffe du JLD.

Après l'audience, la décision est remise par le juge au secrétariat de l'unité puis apportée au bureau des entrées. Une fois cette décision enregistrée, elle est retournée par télécopie au secrétariat de l'unité pour notification au patient par un infirmier. Ainsi qu'ont pu le constater les contrôleurs, le soignant remet la décision au patient afin qu'il en prenne connaissance, ou bien lui en donne lecture s'il ne peut ou ne veut lire lui-même. Il lui indique les voies de recours

possibles (indiquées en annexe de l'ordonnance) ainsi que les modalités pour faire appel (qui sont clairement mentionnées dans la lettre de notification du greffe du JLD) ; à cette occasion, l'infirmier reprend avec le patient les difficultés à l'origine de son hospitalisation, son comportement dans l'unité, son évolution ; il échange avec le patient pour s'assurer qu'il comprend bien la décision et, dans la mesure du possible, pour recevoir son agrément.

Recommandation

Mettant à profit le matériel informatique mis à sa disposition et la proximité existant entre le lieu de vie des patients et la salle d'audience, le JLD pourrait notifier directement ses décisions aux patients dès la fin de son audience, dispensant ainsi les soignants d'une tâche qui n'entre pas dans leur cœur de métier.

Dans son courrier en date du 14 août 2017, le directeur général de la fondation Bon Sauveur écrit « la pratique de notifier directement les décisions par le juge des libertés et de la détention à l'issue de l'audience a déjà été tentée sans succès, le patient détruisant très régulièrement l'original de la notification ».

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

Depuis septembre 2016 toutes les audiences sont tenues par un JLD affecté à la chambre détachée de Guingamp (chambre détachée du TGI de Saint-Brieuc qui connaît également des affaires civiles, familiales, de tutelles de mineurs et des affaires pénales à juge unique ou de comparution sur reconnaissance préalable de culpabilité). Les contrôleurs ont pu assister à l'audience du mardi 7 mars au cours de laquelle trois dossiers ont été examinés.

Les patients sont conduits, l'un après l'autre, à la salle d'audience par un infirmier qui reste à ses côtés durant les débats. L'administration n'est pas représentée à l'audience. Les tiers sont convoqués par le greffe du JLD mais sont peu souvent présents. De même, les tuteurs et les curateurs, quand leur existence est signalée au greffe du JLD – ce qui est presque toujours le cas –, sont convoqués à l'audience mais ne s'y rendent quasiment jamais. Le juge explique son rôle et fait le point sur la situation juridique et médicale du patient ; il l'interroge sur sa vie au quotidien et ses relations avec les soignants et le médecin ; il donne connaissance des certificats médicaux et des motivations du médecin sur le maintien de la mesure et fait le point sur les motifs d'hospitalisation ; il interroge le patient sur ses choix, ses souhaits, ses projets. Le JLD donne ensuite au patient sa position sur la procédure et sur le maintien ou non de la mesure puis précise que l'ordonnance lui sera envoyée et notifiée dans l'après-midi. En effet, une fois que tous les patients sont passés à l'audience, le juge motive sa décision qui est matérialisée par le greffier grâce à l'ordinateur et à l'imprimante mis à disposition par l'établissement, et la remet au secrétariat de l'unité (cf. § ci-dessus).

Selon le JLD et les soignants, les refus de se présenter à l'audience sont rares et les certificats d'état incompatible avec une audition exceptionnels, propos confirmés par les mentions figurant aux registres de la loi. En cas de sortie entre la saisine et l'audience, le JLD en est avisé par le bureau des admissions.

Malgré les dispositions de la loi du 27 septembre 2013 qui rend obligatoire l'assistance ou la représentation de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques par un avocat choisi, désigné au titre de l'aide juridictionnelle ou commis d'office, **les avocats du barreau de Saint-Brieuc refusent de se déplacer à l'audience se tenant au CH de Bégard**, invoquant des motifs d'ordre financiers (pas assez de dossiers par audience par rapport au temps et au coût de déplacement ;

trop faible rémunération dès lors que les audiences ne comportent pas au moins six affaires). Le décret n° 2016-1876 du 27 décembre 2016 portant diverses dispositions relatives à l'aide juridique a pourtant revalorisé de deux points l'indemnisation due pour les procédures de mainlevée et de contrôle des mesures de soins psychiatriques, les passant de quatre à six unités de valeur (UV) et dans le même temps augmenté le montant de l'UV à 32 euros (soit, pour une affaire, une indemnisation pour l'avocat de 192 euros).

Une discussion est actuellement en cours entre le JLD et le bâtonnier de l'ordre des avocats pour parvenir à une présence des avocats à l'audience à partir de septembre 2017. Une réunion s'est tenue en janvier dernier et des informations complémentaires ont été adressées par le JLD selon courrier en date du 22 février 2017. Un appel à candidatures avait été lancé dès le mois de mars 2016 par le bâtonnier avec proposition d'organiser une formation à Saint-Brieuc ; depuis lors, douze avocats volontaires assurent les audiences, ou partie des audiences, à Saint-Brieuc et au CH de Plouguernevel.

En attendant la concrétisation d'un accord pour le CH de Bégard, le JLD adresse au bâtonnier un avis d'audience auquel il est répondu « Je vous indique qu'au visa de la délibération du Conseil de l'Ordre du Barreau de Saint-Brieuc du 1^{er} juillet 2014, je ne procède à aucune désignation au titre de la commission d'office ». Les contrôleurs ont pu prendre connaissance de ce courrier en examinant les dossiers passant à l'audience du mardi 7 mars 2017.

Recommandation

Le barreau de Saint-Brieuc doit impérativement mettre en place une permanence afin que les patients du CH de Bégard puissent bénéficier des dispositions de la loi du 27 septembre 2013 qui rend obligatoire l'assistance ou la représentation de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques par un avocat choisi, désigné au titre de l'aide juridictionnelle ou commis d'office.

Dans son courrier en date du 14 août 2017, le directeur général de la fondation Bon Sauveur écrit « la permanence d'un avocat commis d'office à l'audience du juge des libertés et de la détention est effective depuis le 13 juillet 2017 sous format bimensuel ».

3.4.3 Les décisions rendues

En 2016, le JLD a été saisi de 276 requêtes et a rendu 275 décisions, dont 8 ont été frappées d'appel, se répartissant comme suit :

- 234 ordonnances de maintien de la mesure de soins psychiatriques ;
- 40 décisions constatant sans débat que la mainlevée de la mesure de l'hospitalisation complète est acquise ;
- 1 ordonnance de radiation.

Il n'a pas été prononcé de mainlevée de la mesure de soins psychiatriques avec différé d'exécution.

Pour la période allant du 1^{er} janvier au 28 février 2017, le JLD a été saisi de 52 requêtes reçues ayant abouti à :

- 42 décisions de maintien de la mesure de soins psychiatriques ;
- 1 mainlevée de la mesure de soins psychiatriques avec effet différé ;
- 9 ordonnances constatant sans débat que la mainlevée de la mesure de l'hospitalisation complète est acquise.

4. LES DROITS DES PATIENTS

4.1 LA PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS EST BIEN ASSURÉE

Chaque unité s'appuie sur les compétences d'au moins une assistance sociale (cf. supra § 2.3.2) qui dispose d'un bureau au sein de l'unité et qui participe *a minima* aux réunions hebdomadaires et aux réunions de synthèse de son unité de rattachement. Les assistantes sociales bénéficient de l'appui éventuel du service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) de la Fondation Bon Sauveur dont l'action est orientée sur les résidents des structures médico-sociales de la Fondation.

Des unités, comme Saint-Bernard, organisent les réunions de synthèse concernant un patient en s'assurant de la disponibilité de son tuteur, le cas échéant.

Selon les informations recueillies, les relations avec les tuteurs ne soulèvent pas de difficulté.

Bonne pratique

L'organisation des réunions de synthèse concernant un patient prend en compte les disponibilités de son tuteur quand il en est désigné un.

Le centre hospitalier ne dispose pas d'un service pour les majeurs protégés. Les tuteurs sont des individus ou appartiennent à différentes structures : les associations costarmoricaines d'accompagnement et de protection (ACAP) de Ploumagoar ou de Saint-Brieuc, les associations de protection des majeurs des Côtes-d'Armor (APM 22) de Saint-Agathon ou de Saint-Brieuc, l'union départementale des associations familiales (UDAF) de Saint-Brieuc.

Quand, dans une unité, une sauvegarde de justice est jugée nécessaire, le service des relations avec les usagers est sollicité et saisit le procureur de la République. Cette situation est fréquente : elle a concerné

- dix-huit patients en 2014 dont douze de Sainte-Camille ;
- trente-quatre patients en 2015 dont vingt-quatre de Sainte-Camille, trois de Ker Avel et sept des Glycines ;
- vingt-sept en 2016 dont vingt-deux de Sainte-Camille, quatre de Ker Avel et une des Glycines.

Compte tenu du nombre de patients hospitalisés au centre hospitalier, du nombre de patients placés sous tutelle et du nombre de résidents des unités médico-sociales gérées par le Fondation Bon Sauveur, il semble nécessaire qu'une réflexion soit conduite pour déterminer si la création d'un service de mandataire judiciaire serait utile, à l'instar de ce que prévoit l'article L 472.5 du code de l'action sociale et des familles pour les établissements publics de plus de quatre-vingts lits. Dans son courrier en date du 14 août 2017, le directeur général de la fondation Bon Sauveur écrit : « le service de mandataire judiciaire a été externalisé sur décision concertée avec l'agence régionale de santé de Bretagne, le conseil départemental, la MDPH, la préfecture, en plein accord avec le juge des tutelles. En effet, le centre hospitalier spécialisé de Bégard, contrairement aux pratiques anciennes n'accueillait plus de patients au long cours mais, en grande majorité, à court terme. De ce fait, il est tout à fait logique que leur accompagnement en mode gestion administrative et financière soit externalisé ».

4.2 LES BIENS DES PATIENTS : DES GARANTIES INSUFFISANTES DANS LEUR GESTION

Dans les unités, l'inventaire est fait lors de l'entretien infirmier d'admission et retranscrit sur une fiche établie contradictoirement en double exemplaire, l'un remis au patient et l'autre archivé

dans son dossier médical. Cet inventaire peut être actualisé au cours du séjour ; mention en est portée au dos de la fiche. Une quittance de restitution est établie à la sortie signée du patient et de deux soignants.

Les sommes importantes d'argent et objets de valeur sont déposées dans un coffre du centre hospitalier. En cas de refus du patient, une décharge de responsabilité lui est demandée. Quand le patient reçoit de l'argent sur son compte depuis l'extérieur, il en est immédiatement informé.

L'argent courant est placé au coffre de l'unité, si elle en dispose, dans une enveloppe au nom du patient ou dans une boîte au nom du patient dans une armoire ou un placard avec d'autres biens précieux (carte bancaire, carte d'identité...), selon l'unité.

A Saint-Luc, dans le même placard sont conservées les enveloppes contenant de l'argent et des boîtes avec leurs biens précieux. A Ker Avel, les enveloppes et les biens des patients sont conservés dans un réduit situé au fond du bureau des infirmiers et dont la porte demeure ouverte. Aux Glycines, l'argent est conservé dans le coffre et est remis par le cadre de santé qui mentionne les mouvements dans un cahier.

Dans plusieurs unités, comme à Saint-Luc, les patients peuvent également conserver un peu d'argent dans leur chambre.

Lorsque le patient souhaite retirer de l'argent, il demande à l'infirmier. Lorsque sa demande excède ce dont il dispose dans l'enveloppe déposée au service, il s'adresse au cadre qui transmet la demande à la secrétaire qui récupère l'argent au service des relations avec les usagers (SRU) et le place dans le coffre ou la boîte nominative du patient, selon l'unité. Le délai entre la demande et l'arrivée de l'argent est au moins de huit jours : la demande doit être exprimée au plus tard le mardi, sauf à Saint-Bernard où elle doit être exprimée au plus tard le mercredi. Les sommes demandées chaque semaine par patient varient entre 30 et 200 euros.

Une distribution d'argent par un infirmier ou un cadre de santé est organisée régulièrement. A Saint-Luc, la distribution est quotidienne, de 9h à 9h30 ; le suivi est inscrit dans un cahier. A Saint-Bernard, elle est hebdomadaire, le mercredi matin. Une fiche argent est renseignée à chaque mouvement mais il n'est pas remis de récépissé au patient ni demandé au patient de contresigner la fiche.

A Saint-Bernard, dans la même pièce, sur deux étagères différentes sont conservés dans des petites boîtes les cigarettes et dans d'autres boîtes les biens précieux.

L'article 11.1 du règlement intérieur du personnel en date du 10 juin 2016 intitulé « les devoirs du salarié » précise « Il est interdit d'effectuer tout achat même de faible importance sauf autorisation expresse du directeur », mais aucun article ne précise les modalités de gestion des sommes d'argent et des biens précieux d'usage fréquent détenus par les patients.

Recommandation

La détention et la gestion des petites sommes et des biens précieux d'usage fréquent appartenant aux patients et détenus dans les bureaux des infirmiers ou des cadres de santé devraient faire l'objet d'une mention dans les règles de vie de chaque unité. Elles devraient être protocolisées et éventuellement faire l'objet d'un article dans le règlement intérieur du personnel. Par ailleurs les entrées et sorties d'argent devraient faire l'objet d'une signature par le soignant et d'une contresignature par le patient.

4.3 L'ACCES AU DOSSIER MEDICAL EST SATISFAISANT

Les modalités de communication du dossier médical à un patient ou à un ayant droit sont protocolisées.

Les contrôleurs ont constaté que, pour l'année 2016, les délais prescrits étaient globalement respectés, même lorsque le médecin référent était indisponible :

- cinquante-six demandes ont été exprimées pour les dossiers établis depuis moins de cinq ans, quarante-neuf réponses ont été formulées en moins de huit jours, sept dans un délai supérieur mais n'excédant pas quatorze jours ;
- vingt-et-une demandes ont été exprimées pour les dossiers établis depuis plus de cinq ans, toutes les réponses ont été formulées en moins de deux mois.

Lorsqu'un patient demande à consulter son dossier, la suite donnée est positive et est assurée en présence du médecin référent au cours d'une consultation médicale.

4.4 LE DROIT DE VOTE EST ORGANISE

Pendant la visite des contrôleurs, un protocole a été mis en place concernant les modalités de vote par procuration et une information sur les élections présidentielles du printemps 2017 destinée à l'affichage dans les unités a été préparée.

La finalité est de permettre à l'ensemble des patients hospitalisés d'exercer leur droit de vote, tant pour les élections majeures nationales que pour l'ensemble des scrutins. Le protocole vise à informer les patients des dates des élections afin qu'ils puissent voter à l'occasion d'une sortie ou donner procuration.

En raison de la forte fréquentation de la cafétéria et de l'espace disponible, les contrôleurs se sont interrogés sur la possibilité de l'établissement de faire disposer des panneaux électoraux à proximité.

4.5 LES ACTIVITES RELIGIEUSES SONT TROP MECONNUES

Les coordonnées téléphoniques de l'aumônier catholique, seul aumônier rémunéré, sont affichées dans toutes les unités. Celles des autres cultes sont affichées dans certaines unités (Ker Avel par exemple) ou communiquées sur demande.

Les représentants des autres cultes – culte protestant uni (luthéro-réformé), culte protestant évangélique, culte protestant évangélique pentecôtiste, culte orthodoxe, culte israélite, culte musulman – sont rarement sollicités et ne se déplacent que lorsqu'ils sont demandés.

L'établissement dispose d'une chapelle qui est ouverte le vendredi pour des visites à caractère historique, mais il n'existe pas de salle cultuelle ou polycultuelle. L'aumônier catholique dispose d'un bureau, mais aucun panneau n'indique son gisement.

A l'admission, il n'est pas demandé aux patients de renseigner de fiche indiquant s'ils souhaitent être visité par un aumônier et donc s'ils souhaitent que cet aumônier appartienne à un culte particulier.

Recommandation

Il est souhaitable que, dès qu'ils sont en mesure de le faire, les patients indiquent s'ils souhaitent la visite d'un aumônier, éventuellement en précisant son appartenance culturelle. L'ouverture d'une salle polycultuelle est nécessaire, ainsi que des panneaux pour indiquer son implantation comme celle du bureau de l'aumônier.

5. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

5.1 LE RECOURS A L'ISOLEMENT EST FREQUENT

5.1.1 Les procédures

La procédure de mise en chambre d'isolement (MCI), version 4, date du 17 octobre 2015. Elle doit être réévaluée en octobre 2019. La procédure suit les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS). On notera tout particulièrement les points suivants de la procédure :

- l'isolement peut être prescrit soit en chambre « sécurisée » soit en chambre « hôtelière » ;
- un patient peut être mis en chambre d'isolement dans une autre unité que la sienne dans le cadre de la procédure dite de « prêt de chambre d'isolement » ;
- dans le cas où l'isolement est déclenché par l'équipe soignante, le médecin doit voir le patient et effectuer une prescription dans l'heure qui suit ;
- en cas de MCI supérieure à 24 heures d'un patient en soins libres, le psychiatre doit obtenir l'accord écrit du patient ; dans le cas contraire, une hospitalisation sans consentement doit être réalisée ;
- une visite médicale (médecin généraliste) est effectuée dans les deux heures qui suivent le début de la MCI ;
- le séjour du patient est interrompu par des sorties de courte durée sous réserve d'un personnel suffisant ;
- un entretien est proposé au patient en fin de mesure ;
- lorsque la MCI est initiée par le personnel soignant, elle donne lieu à une fiche de signalement d'événement indésirable (FSEI) ;

La procédure comprend par ailleurs une fiche de surveillance médicale et une fiche de surveillance infirmière dont les items sont repris dans le dossier patient informatisé (DPI).

Une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) a été initiée en 2015 sur le thème de la pertinence de la MCI. Les contrôleurs ont pu consulter une présentation de l'audit réalisé en avril 2016 sur les dossiers des patients présents en CI au cours de ce mois soit vingt-cinq dossiers. Cette évaluation des pratiques identifiait de très nombreux points à améliorer mais ne permettait pas de vérifier si l'ensemble des mesures prévues par la procédure de MCI était respecté. La démarche d'EPP a été stoppée dans l'attente de la publication des recommandations de la HAS.

5.1.2 Les chambres d'isolement

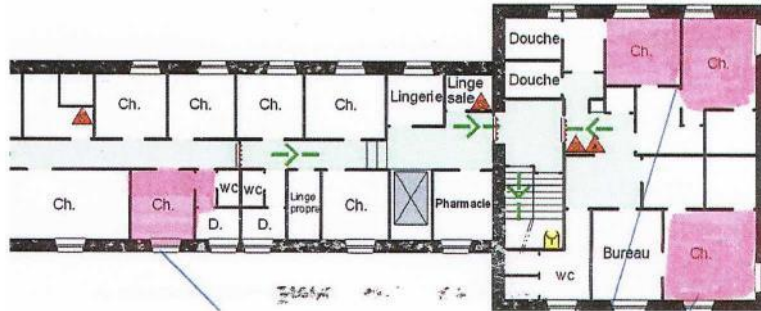
Les chambres d'isolement (CI) dites « chambres sécurisées » sont au nombre de cinq, se répartissant de la façon suivante :

- Sainte-Camille : trois CI au sein de la zone de soins intensifs au premier étage et une chambre hôtelière située au même étage (chambre 113) ;
- Ker Avel : une CI ;
- Saint-Luc : une CI ;
- Saint-Bernard : une chambre de repos ou d'apaisement.

a) Sainte-Camille

L'unité Sainte-Camille est une unité d'accueil des patients en situation de crise et hospitalisés sans leur consentement pour les secteurs du département du ressort de la Fondation Bon

Sauveur, à l'exception des mineurs, depuis l'année 2012. Suite à cette nouvelle orientation, une zone de soins intensifs a été aménagée au premier étage du bâtiment, à l'extrémité d'une des ailes. Cette zone de soins intensifs comprend un bureau infirmier, trois chambres d'isolement un WC et deux douches. Son accès est interdit aux autres patients du service. Une quatrième chambre, située dans la partie hôtelière de l'étage, à proximité de la zone de soins intensifs est utilisée pour l'isolement de patients. Son aménagement est en cours.



Sainte-Camille : zone de soins intensifs et chambre d'isolement supplémentaire

L'une des chambres d'isolement jouxte le bureau infirmier et en est séparée par une fenêtre fixe dotée d'un store vénitien. Les deux autres chambres sont plus éloignées du bureau infirmier.

Les deux infirmiers présents à l'étage, l'un au bureau infirmier et l'autre à la pharmacie, assurent une présence permanente au niveau de la zone de soins intensifs.

a) Ker Avel

La chambre d'isolement a une superficie de 11 m². Elle jouxte le bureau infirmier dont elle est séparée par une fenêtre fixe avec store vénitien. Elle est équipée d'un lit et d'un tabouret en mousse.

Donnent sur la chambre : une salle d'eau, un WC et le sas par lequel on pénètre dans la chambre. Une horloge digitale donnant l'heure, le jour ainsi que la température de la pièce est visible depuis le lit du patient.

b) Saint-Luc

La chambre jouxte le bureau infirmier. Elle est en séparée par deux fenêtres dotées de stores vénitiens. Elle a une superficie de 11 m². Elle est éclairée par une fenêtre donnant sur une cour dont le vitrage est recouvert d'un film réfléchissant. La pièce est claire. Quatre portes donnent sur un sas (porte avec une lucarne), le WC, la salle d'eau et un placard.

Elle est équipée d'un lit en mousse recouvert d'une housse ignifugée et indéchirable, fixé au sol, d'un tabouret et d'une table également en mousse. Un oreiller, des draps et une couverture sont disposés sur le lit. Il n'y a pas d'attaches à demeure. Donnent sur la chambre : une salle d'eau sécurisée avec douche et lavabo, un WC et une petite salle où sont entreposés un fauteuil roulant, une table et les vêtements du patient.

On pénètre dans la chambre *via* un sas, la porte donnant sur la chambre étant dotée d'une lucarne pour vérifier l'emplacement du patient avant d'entrer.

Une horloge numérique et un calendrier sont situés dans le bureau infirmier, visibles par le patient à travers la fenêtre même lorsqu'il est allongé.

La chambre n'est pas équipée d'un bouton d'appel. Le patient se signale auprès de l'infirmier en frappant à la fenêtre donnant sur le bureau infirmier ou en appelant en cas de contention.



Chambre d'isolement : lit, horloge et calendrier

c) Saint-Bernard

Une chambre d'apaisement de 6 m² peut servir à l'isolement. Elle peut être utilisée en « libre service » par les patients le souhaitant. Elle est équipée d'un lit normal. Elle n'est pas équipée de WC ; les patients utilisent un bassin pour uriner. Un vasistas, en hauteur, permet l'arrivée de lumière naturelle. Un fenestron permet au personnel soignant de regarder le lit depuis le local pharmacie.

5.1.3 Les pratiques

Le département d'information médicale a remis aux contrôleurs un tableau faisant état des mises en isolement et des contentions durant l'année 2016 obtenues par extraction des données à partir du DPI. Il s'agit de la première exploitation faite par l'établissement de ces données.

Unités	(a) Nombre prescriptions MCI	(b) Nombre de patients mis en MCI	(c) Nombre de patients admis dans l'unité*	(a/b) Durée moyenne du séjour en CI	(b/c) Proportion de patients admis ayant séjourné en MCI
Sainte-Camille	1 592	250	470	6,4 jours	53 %
Saint-Luc	184	95	692	1,9 jour	14 %
Ker Avel	226	81	603	2,8 jours	13 %
Les Glycines	854	36	113	23,7 jours	31 %
Total	2 856	462	1 878	6,2 jours	25 %

* Source : DIM/données générales sur les hospitalisations

Dans l'unité Sainte-Camille, plus d'un patient sur deux est mis en chambre d'isolement lors de son séjour. Il semble que ce chiffre élevé est lié à la pratique de placer de façon quasi systématique les patients admis dans l'unité dans la zone de soins intensifs, sous la surveillance permanente d'un infirmier, et donc en chambre d'isolement. La durée moyenne de séjour en CI est élevée, supérieure à 6 jours. Cette pratique est actuellement discutée au sein de l'équipe avec la perspective de limiter le placement en CI, même ouverte, aux patients dont l'état clinique le nécessite.

L'unité Les Glycines accueille des personnes âgées avec troubles psychiatriques. Près du tiers des patients admis dans cette unité est mis en chambre d'isolement au moins une fois dans l'année. La durée moyenne de séjour en CI est particulièrement élevée : près de 24 jours.

Dans l'unité Saint-Luc, les MCI sont toujours accompagnées de sorties de confort (cigarette) sauf si le patient est très agité le premier ou les deux premiers jours ; les repas sont pris, seul, dans la CI avec des couverts en plastique. Le port du pyjama est prescrit les premiers jours mais le patient peut reprendre ses habits au bout de quelques jours. Il lui est possible de demander un poste de radio ; livres et revues sont autorisés. Un entretien infirmier accompagne systématiquement la sortie de CI.

Dans l'unité Ker Avel, quand la mise en chambre d'isolement d'un patient en soins libres atteint de l'ordre de 12 à 24 heures, en fonction de sa situation, une procédure de SPDTU est lancée en faisant appel à un médecin extérieur au centre hospitalier.

Recommandation

La pratique de l'isolement n'est pas exceptionnelle au sein de l'établissement. Il semble urgent de relancer les travaux de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) relatif à la pertinence de la mise en chambre d'isolement (MCI) et ce d'autant plus que la Haute autorité de santé (HAS) a publié ses recommandations sur le sujet. L'objectif de cette EPP devrait, entre autre, permettre la production d'un programme de réduction de la pratique de l'isolement et de la contention intégré dans le projet d'établissement 2017-2021. Enfin un audit régulier des pratiques devrait permettre de vérifier la bonne application de tous les points de la procédure.

5.2 LA CONTENTION RESTE UNE PRATIQUE LIMITEE A L'EXCEPTION DE LA PSYCHOGERIATRIE

5.2.1 Les procédures

La procédure relative à la contention, version 4, date d'octobre 2015 et doit être réévaluée en octobre 2019. Elle est applicable tant aux unités psychiatriques qu'aux unités médico-sociales et semble plus adaptée aux usagers de ces dernières qu'aux patients des unités psychiatriques.

5.2.1 Les pratiques

Les soignants et médecins rencontrés font état d'une pratique très limitée de la contention. Celle-ci n'aurait jamais lieu en dehors d'une chambre sécurisée.

Les données du tableau ci-dessous ont été fournies par le DIM.

Unités	(a) Nombre de prescriptions contention	(b) Nombre de patients mis sous contention	(c) Nombre de patients admis dans l'unité*	(a/b) Durée moyenne de la contention	(b/c) Proportion de patients mis sous contention
Sainte-Camille	127	58	470	2,2 jours	12 %
Saint-Luc	14	8	692	1,7 jour	1 %
Ker Avel	13	12	603	1,1 jour	2 %

Les Glycines	1 453	52	113	28 jours	46 %
--------------	-------	----	-----	----------	------

Selon ces données, la pratique de la contention est exceptionnelle dans les unités Saint-Luc et Ker Avel ; elle est plus fréquente dans l'unité Sainte-Camille où 12 % des patients ont été contentonnés au moins une fois dans l'année. Les durées moyennes restent courtes.

La situation est différente dans l'unité Les Glycines de psychogériatrie avec un patient sur deux ayant eu une contention dans l'année avec une durée moyenne très élevée de 28 jours. Certes cette unité reçoit des patients désorientés et *la notion de contention inclut la pose de barrières dans le lit* mais de tels chiffres devraient amener l'équipe à s'interroger sur ses pratiques et les alternatives plus respectueuses des patients qui pourraient être mises en place.

5.3 LE REGISTRE PREVU PAR L'ART 72 DE LA LOI DU 26 JANVIER 2016 EST A AMELIORER

Le département d'information médicale a développé les requêtes permettant d'extraire du dossier patient informatisé (DPI) les informations devant figurer dans le registre prévu par la loi. Cependant, à ce jour, le registre n'est pas opérationnel et ne permet pas de transmettre aux services et aux différentes instances de l'établissement les informations qui permettraient de suivre de façon régulière les pratiques d'isolement et de contention et d'évaluer les mesures visant à en limiter l'usage.

Recommandation

Un registre de l'isolement et de la contention doit devenir très rapidement opérationnel. L'équipe en charge de l'EPP sur la pertinence de la MCI devrait définir avec l'équipe du DIM les indicateurs nécessaires à l'évaluation des pratiques, le rythme de leur production ainsi que la liste des destinataires. Ces indicateurs devraient être discutés au sein de chaque unité et pôle, au sein de la CME, du CA et de la CDU à un rythme régulier.

Dans son courrier en date du 14 août 2017, le directeur général de la fondation Bon Sauveur écrit : « contrairement à ce qui est indiqué, l'établissement a relancé son évaluation des pratiques (EPP) isolement et contention dès mars 2016, pour faire suite à la note de cadrage de la haute autorité de santé (HAS) de juillet 2015 et dans l'attente de l'instruction DGOS initialement attendue en 2016. En matière d'entrée dans la démarche, deux audits états des lieux ont été réalisés en juin et septembre 2016. Les résultats attendus de l'EPP sont définis dans sa fiche de synthèse : [...]. En matière de gestion documentaire, les procédures spécifiques MCI/contention du CH et des structures sociales et médico-sociales, assorties de formulaires d'enregistrement sont rédigées (cf. pièces jointes) : [...]. Les documents preuves [sept] transmis en pièces jointes : [...]. Par ailleurs une journée thématique d'information et de formation sur les pratiques de la mise en chambre d'isolement et la contention aura lieu le 18 novembre 2017 en lien avec les établissements en santé mentale voisins : fondation Saint-Jean de Dieu et association hospitalière de Bretagne ».

6. LES CONDITIONS GENERALES D'HOSPITALISATION

6.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR DANS L'ETABLISSEMENT EST UNE REALITE

Contrairement à ce que l'on aurait pu penser, car il est affiché qu'à part Sainte-Camille toutes les unités du centre hospitalier sont ouvertes, trois d'entre elles – sur les cinq visitées – sont dans la réalité fermées : Sainte-Camille, qui accueille les patients en soins sans consentement, Saint-Bernard – lieu de vie de patients fort dépendants – et Les Glycines, unité de géronto-psychiatrie dont les patients sont encore plus dépendants qu'à Saint-Bernard.

Mais cela n'empêche pas une réelle liberté de circulation dans l'ensemble de l'établissement, d'un bâtiment à l'autre et à travers le parc, aux fins de promenade ou de rendez-vous sur les sites des activités, pour se rendre à la cafétéria ou encore pour aller en ville à Bégard, à quelques dizaines de mètres de la porte principale pour faire des courses (tabac notamment).

En effet :

- les règlements intérieurs de chacune de ces unités, qui recensent leurs règles de vie, ne comportent pas de rédactions restrictives sur ce point ;
- l'unité Ker Avel est ouverte à compter de 10h, le temps que s'achève la réunion de synthèse qui permet d'organiser au profit des patients les différents rendez-vous de la journée. L'unité Saint-Luc est ouverte de 9h à 18h ; ses soignants ont fait savoir que l'heure matinale d'ouverture de leur unité, avant la fin du *staff* du matin et l'organisation par les médecins des consultations de la journée, empêchait de mettre en place un planning quotidien d'activité pour les patients ;
- les patients des unités plus ou moins fermées, Saint-Bernard et Les Glycines, peuvent être accompagnés à leur demande lorsqu'ils désirent ou doivent se rendre dans un lieu différent de leur unité d'accueil. A Saint-Bernard, les patients disposent de créneaux horaires (de 9h30 à 10h30, de 14h à 15h30, de 16h à 17h30) pendant lesquels ils sont libres de circuler. Aux Glycines, l'après-midi les patients sont libres de sortir sous réserve d'être accompagnés par un soignant ou un membre de leurs familles : le 9 mars, lors du passage des contrôleurs, aucun patient n'avait de visite ;
- dans l'unité fermée Sainte-Camille, six des vingt-quatre patients présents au dernier jour du contrôle bénéficiaient d'une prescription médicale leur permettant d'accéder aux activités culturelles du service thérapeutique socioculturel (STC) (patients présents dans l'établissement depuis plusieurs semaines). En revanche tous les patients avaient la possibilité de pratiquer du sport dans la salle située à proximité immédiate de l'unité et de participer aux activités organisées au sein même du service. Par ailleurs, quelques patients (six à huit) étaient autorisés à sortir de l'unité durant de très courtes durées (moins de 12 heures), pour se rendre à la cafétéria, faire des courses, ou autres et ce, accompagnés d'un soignant ou d'un membre de la famille. Enfin, un patient avait bénéficié d'une sortie durant un week-end et des demandes de même nature pour deux autres patients étaient en cours de traitement ;
- dans toutes les unités, l'accès aux chambres est laissé libre tout au long de la journée.

Par ailleurs, il n'est pas rare que le personnel soignant accompagne, à sa demande, un patient souhaitant effectuer des courses (tabac, vêtements, produits alimentaires) à Bégard ou dans les bourgs voisins.

6.2 LA VIE COURANTE : UNE ORGANISATION LIBERALE AU PROFIT DES PATIENTS

6.2.1 La restauration

Les repas sont servis à heures fixes (petit déjeuner de 7h45 à 8h30, déjeuner à 12h, goûter/café à 15h30 et dîner à 18h45). Ils sont pris en présence d'un infirmier dans la salle à manger de l'unité, sauf aux Glycines où le petit déjeuner est servi en chambre. Il n'existe plus de « tisane » après le dîner, au moment du coucher de la plupart des patients.

Il a été noté que, dans chaque unité, la salle à manger est agréable, décorée, propre et claire, le personnel affecté au service des repas étant en nombre suffisant, et que, sauf cas particulier, le placement des patients à table est libre.

Au cours de l'année, des goûters et des repas thérapeutiques sont organisés au sein de la plupart des unités.

Bien qu'il n'y ait pas de remarques à formuler sur l'organisation de la restauration collective sur le site de Bégard – plus de 900 repas par jour –, en décrire les principales étapes n'est pas sans intérêt :

- si les produits nécessaires à la confection des repas font toujours l'objet de commandes passées à la société *SODEXO* (à l'exception d'achats de légumes frais à un établissement et service d'aide par le travail (ESAT) breton pour environ 70 000 euros par an), sur la base de sa mercuriale, le CH détermine dorénavant lui-même les quantités à commander après s'être aperçu qu'à la diminution du nombre des repas servis correspondait une augmentation des dépenses... ;
- les espaces conservation et congélation sont modernes et correctement entretenus ;
- le dispositif « de marche en avant » est satisfaisant ;
- la cuisine, modernisée, qui permet de préparer 1 350 repas par jour pendant cinq jours, est propre et bien tenue ;
- la distribution des repas est assurée en liaison froide, les barquettes étant réchauffées dans chacune des unités ;
- sauf à Saint-Bernard, les cuisines des unités sont composées de deux pièces attenantes, l'une dédiée à la réception des plats et à leur service et l'autre à la vaisselle et au nettoyage des ustensiles.

Un contrôle du service sécurité sanitaire des aliments de la préfecture des Côtes-d'Armor a donné lieu à un rapport, en date du 8 novembre 2016, faisant état d'un certain nombre de points « non conformes » (déchets alimentaires au fond des éviers, grilles d'aération, archivage des aliments préparés, nettoyage des locaux). A la réception de ce rapport, l'établissement a élaboré un plan d'actions, en cours de réalisation. Transmis à la préfecture le 6 janvier 2017, il a été validé « sans aucune objection » par le service compétent le 17 janvier suivant.

Cependant, deux problèmes restent pendants :

- le prix d'un repas, est élevé puisqu'il s'établit en moyenne à 6,70 euros toutes charges comprises (amortissement des investissements inclus) ;
- un décalage existe entre la qualité des repas servis, qui est certaine – qualité testée lors de la visite des contrôleurs – et le ressenti des consommateurs, péjoratif.

Afin de modifier cette situation, l'établissement a fait réaliser en 2016 un audit qui fait ressortir qu'une des principales causes de ce décalage serait l'absence de mise en valeur des repas servis,

notamment parce qu'ils le sont dans des barquettes en aluminium contenant quatre portions et posées à même les tables des patients, ce qui n'est pas le cas dans le self du personnel.

En conséquence, le centre a décidé d'expérimenter dans deux unités une autre modalité de service des plats dite « à la louche » qui semble donner satisfaction car permettant de mieux mettre en valeur les mets présentés.

Bonne pratique

La mise en place d'un audit pour prendre des mesures afin que disparaisse le décalage entre la bonne qualité de la nourriture en sortie de cuisine et le mauvais ressenti des patients devant leur assiette est suffisamment rare pour être citée comme une bonne pratique.

Il est souhaitable de généraliser l'expérimentation des nouvelles modalités de service des repas à table afin d'en valider le bienfondé.

6.2.2 L'hygiène et la salubrité

L'hygiène et la salubrité sont apparues correctes aux contrôleurs lors de leur visite. A Sainte-Camille, les chambres mériteraient d'être plus régulièrement aérées.

Les bâtiments, même ceux qui sont vétustes, sont propres et les peintures des murs ne sont pas dégradées.

Le changement du linge plat est fréquent et il est même effectué presque à volonté dans certaines unités par les patients eux-mêmes, le chariot de distribution du linge propre étant simplement mis à leur disposition dans le couloir.

Quant au lavage des vêtements personnels, les modalités retenues sont variables. Pour les courts séjours : gratuitement sur place à Saint-Luc ; contre 2 euros sur place à Ker Avel et à Saint-Bernard, grâce à l'acquisition par les patients des produits de lavage ; une partie importante du linge est emportée et lavée par des membres de la famille, ce qui permet d'ailleurs de maintenir un lien affectif particulièrement important, tout particulièrement dans l'unité Les Glycines. Quant aux patients présents plus longtemps dans l'établissement, le ramassage de leur linge, individualisé grâce à une « puce », est effectué dans un filet, ce qui permet de le transmettre à une buanderie extérieure.

6.2.3 La sécurité

La sécurité du site, totalement clos la nuit et accessible en journée par un portail unique, est assurée de manière modérément efficace par l'existence de deux caméras de part et d'autre du portail d'entrée, ce qui n'interdit en rien les intrusions éventuelles.

La sécurité des soignants l'est grâce à des dispositifs d'alarme pour travailleur isolé (DATI), au nombre de soixante-douze, récemment changés et qui dorénavant font simultanément office de téléphone portable. Il n'y a pas sur le site d'équipe de sécurité chargée d'intervenir en cas d'incident survenant dans une unité, ni de surveillance vidéo des lieux fréquentés par les patients.

Quant à la sécurité des patients, elle ne semble pas poser de problème, ni de jour, ni de nuit. En cas d'alerte DATI, le personnel des unités voisines apportent leur soutien au personnel à l'origine de l'appel.

Les portes des chambres ne peuvent pas être fermées à clé par les patients ; éventuellement des chambres sont fermées à clé par des soignants en l'absence de patient pour éviter des

disparitions. Les portes des salles d'eau attenantes aux chambres peuvent être fermées de l'intérieur par un verrou, cela permet de préserver l'intimité des patients. Les chambres de certaines unités sont démunies de bouton d'appel ou, comme aux Glycines, les boutons d'appel sont momentanément hors de service et en réparation.

6.2.4 Les transports

Le transport est un problème pour les familles qui veulent se rendre à Bégard, compte tenu de la faiblesse de l'offre de transports en commun et de l'absence d'informations claires sur les liaisons existantes et sur leurs horaires.

Si le livret d'accueil précise en page 18 « *horaires et itinéraires "Tibus" disponibles sur simple demande au service des relations avec les usagers* », ce service n'a pu remettre un exemplaire aux contrôleurs que le dernier jour de la visite. Une seule ligne d'autobus dessert la ville de Bégard ; elle relie Saint-Brieuc à Lannion *via* Bégard avec les arrêts suivants :

- le dimanche, aucun bus venant de Lannion ne roule ;
- le samedi, un bus venant de Lannion passe en période scolaire à 9h15 et à 17h35, hors période scolaire à 12h38 et 17h32. Un bus venant de Saint-Brieuc passe en période scolaire à 10h18 et 18h45, hors période scolaire à 13h41 et 18h42. Il y a deux dessertes par jour le samedi ;
- les autres jours de la semaine, une dizaine de rotations de bus passe en période scolaire entre 7h et 18h30, et hors période scolaire entre 7h15 et 17h32.

La gare TGV la plus proche, celle de Guingamp, est à 16 km.

Les transports des patients du centre hospitalier vers l'extérieur, qu'il s'agisse de courses à effectuer, de rendez-vous médicaux en ville ou dans un hôpital, ne posent aucun problème. En effet, le centre hospitalier dispose d'une flotte de véhicules importante, quatre-vingt-douze au total, suffisamment diversifiée pour permettre d'effectuer tout à la fois les déplacements nécessaires à la vie du centre et ceux au service des patients. Chaque unité dispose de véhicules affectés et peut demander ponctuellement au garage du centre hospitalier des moyens supplémentaires. Des transports sanitaires sont assurés, le cas échéant, par un ambulancier privé dans le cadre d'une convention signée avec la fondation.

6.2.5 L'accès au tabac

Le centre hospitalier a adopté une position libérale : aucun des règlements intérieurs des différentes unités visitées ne formule d'interdiction, ni même de plage horaire, autre que celle de fumer à l'intérieur des bâtiments. Les patients peuvent conserver leurs cigarettes ainsi que leur briquet et ils peuvent acquérir leur tabac en se rendant directement en ville, à quelques minutes à pied du centre hospitalier, en demandant à leurs familles ou, le cas échéant, à des soignants d'effectuer pour leur compte cette course. Enfin les cours ou jardins intérieurs sont accessibles aux fumeurs à tout moment – même de nuit – et comportent un abri contre les intempéries.

L'achat de tabac en ville par des soignants peut questionner au sein de l'équipe soignante, certains infirmiers estimant que ce rôle est bien éloigné de leur cœur de métier ; ainsi à Ker Avel, unité ouverte, les patients achètent leur tabac en se rendant en ville. Les Glycines est la seule unité dans laquelle le tabac et les briquets sont conservés par les infirmiers ; la raison en est que les rares patients fumeurs – deux lors de la visite des contrôleurs – peuvent être sujets à des malaises quand ils fument.

Dans certaines unités, un atelier d'éducation thérapeutique « tabac » a lieu une fois par mois.

6.3 LES NOMBREUSES ACTIVITÉS PROPOSÉES PAR LE SERVICE THÉRAPEUTIQUE ET SOCIOCULTUREL (STC) SONT INSUFFISAMMENT UTILISÉES

Résultat d'une heureuse initiative qui a permis de fusionner deux services, celui des activités thérapeutiques et celui des activités socioculturelles, qui s'ignoraient quelque peu, le nouveau service, au double intitulé, comporte onze personnes aux qualifications professionnelles diversifiées, ce qui permet de proposer aux patients de nombreuses et variées activités à finalité thérapeutique et culturelle.

Sont tout d'abord organisés plusieurs ateliers : psychomotricité, ergothérapie, théâtre, musicothérapie, participation au fonctionnement de la cafétéria, kinésithérapie, informatique, modélisme, jardinage (il existe sur le site des serres d'environ 300 m² gérées par un jardinier qui a reçu, à cette fin, une formation de nature thérapeutique) et sport. Sur prescription médicale, les patients peuvent ou doivent s'inscrire à l'un ou à l'autre de ces ateliers dont les activités sont organisées hebdomadairement ; cependant rien n'interdit à des patients de participer aux activités, sans prescription médicale et sous réserve que le nombre de places offertes soit suffisant.

Ce service, implanté dans un espace assez vaste situé au centre du CH, comporte une salle d'exposition, une bibliothèque dotée de 3 000 ouvrages, de nombreux DVD et aussi – ce qui est plutôt rare – des livres lus écoutables sur CD.

Chaque mois, une séance de cinéma est organisée et si, bien souvent, les films proposés sont des comédies (« *Rio* », « *Qu'est-ce qu'on a fait au Bon Dieu ?* »), d'autres titres ont aussi été programmés « *Le destin d'un roi* » et « *Geisha* », deux œuvres qui ne sont pas sans lien avec des problématiques de nature psychologique.

Par ailleurs, le service organise la rédaction et la publication par les patients d'un journal, intitulé « *Ramdam* », de parution annuelle.

Il est aussi à l'origine de la création d'un groupe de musique, « *Blue Bird* », qui réunit des patients hébergés dans le CH et d'autres en traitement ambulatoire.

De plus, tout au long de l'année sont organisées des semaines « thématiques » permettant d'aborder sous tous ses aspects (culturels, sportifs, culinaires...) les réalités d'un autre pays.

Enfin, de nombreuses sorties culturelles ou sportives sont aussi organisées et proposées.

Dans cet ensemble riche, il faut faire un sort particulier à la cafétéria qui n'est pas conçue comme un simple lieu de consommation de boissons et de restauration légère, mais aussi et surtout comme un espace convivial de formation et d'échanges : formation pour les patients qui participent au service en sortant ainsi de leur isolement, échanges entre ceux-ci et les autres patients comme avec les visiteurs et surtout la responsable de cette cafétéria qui a reçu une formation adéquate à cet effet et dont l'accueil, de son habillement volontairement « non hospitalier » à son attention aux autres, est remarquable. Ce lieu, très souvent ouvert (tous les après-midi et aussi les matinées des jeudis, des samedis, des dimanches et des jours de fête) et aménagé de façon conviviale, est fort fréquenté : il a pu être constaté qu'il avait accueilli au cours d'un après-midi 127 personnes – dont un tiers de patients du CH de Bégard – ayant consommé 255 produits pour un chiffre d'affaires de 190 euros dont le bénéfice sert au financement des activités thérapeutiques. L'expérience de l'ouvrir aussi à l'heure du déjeuner pour permettre aux familles en visite de bénéficier d'une restauration rapide a même été tentée, mais sans succès et elle a donc été abandonnée.

Bonne pratique

Les activités développées par la cafétéria sont à la fois nombreuses et destinées à la sociabilisation des patients. Ses heures d'ouverture contribuent également à son succès. Son taux de fréquentation tant par les personnes hospitalisées que par des patients en ambulatoire confirme ce succès.

Et pourtant, situation paradoxale, à part la cafétéria, les activités proposées par le service STC sont peu fréquentées par les patients du CH :

- si, en moyenne, les séances de cinéma réunissent cinquante à soixante personnes, la plupart d'entre elles proviennent des hôpitaux de jour où sont traités des anciens patients ;
- il en est de même pour les activités organisées dans le cadre des semaines thématiques ;
- quant aux ateliers, il est rare que les fréquentent plus de neuf à dix patients (sur trente-six) par unité (sauf à Saint-Bernard : dix sur treize) et cela guère plus d'une fois par semaine...

A Saint-Luc, les activités thérapeutiques proposées au sein de l'unité sont un groupe de parole animé par une psychologue et un soignant qui a lieu chaque semaine, un atelier d'esthétique animé par une infirmière, des accompagnements dans le parc pour les patients en hospitalisation sans consentement ou les personnes déficientes. En projet, sont envisagés un atelier lecture et une salle de sport en libre accès. La participation à des activités thérapeutiques du SCT peut être prescrite. Ainsi, à la date du contrôle, neuf patients participaient à des activités socioculturelles thérapeutiques : six avaient une activité par semaine et trois, deux activités par semaine.

A Sainte-Camille, des activités sont proposées aux patients : certaines sur prescription médicale comme l'ergothérapie (activité dans l'unité une demi-journée par semaine) ou participation aux activités du pôle STC (encore peu usitée mais développée depuis quelque temps par le cadre de santé avec un accord de principe du chef de pôle), d'autres librement avec accompagnement d'un soignant (pétanque sur un terrain jouxtant le bâtiment, accès à la salle de sport tous les soirs avant le repas ; sorties à l'extérieur avec des infirmiers et à terme avec un moniteur sportif). Une aide médico-psychologique (AMP) est désormais présente dans le service à mi-temps pour organiser par exemple des jeux de société, des activités dessin ou cuisine.

A Ker Avel, les activités thérapeutiques proposées au sein de l'unité : sont un groupe de parole, qui n'était pas actif lors du contrôle, et des activités prescrites – en moyenne, un patient sur trois a une activité prescrite par semaine. L'unité ne possède pas de salle d'ergothérapie mais deux salles d'activité dont une sert de salon de lecture. Le nombre d'IDE, d'AS et d'ASL varie selon le jour de la semaine ; le matin, ils sont au minimum six au maximum sept, l'après-midi quatre et cinq. Lors des périodes de recouvrement, notamment le mercredi, treize personnes sont présentes et peuvent consacrer du temps à des activités avec les patients.

A Saint-Bernard, neuf patients sur treize participent à des activités thérapeutiques plusieurs fois par semaine ; un repas thérapeutique est organisé tous les quinze jours avec la participation de trois ou quatre patients (cette activité commence à 9h30 et s'achève à 15h). Les séjours thérapeutiques de trois jours organisés annuellement pour quatre ou cinq patients semblaient en voie d'abandon, en dépit de leur succès, en raison de la difficulté de trouver la ressource suffisante en encadrement.

Aux Glycines, le STC vient trois demi-journées par semaine (lundi après-midi pour de l'art thérapie et de la musicothérapie ; le mardi matin pour un atelier sensoriel ; le jeudi après-midi pour l'ergothérapie) ; ces activités sont pratiquées par un maximum de neuf patients. Les soignants et les ASL sont au moins cinq le matin et quatre l'après-midi en semaine avec un

maximum de huit le mercredi matin ; pendant le week-end, ils sont quatre le matin et le soir en général. Matin et après-midi, une AS assiste les patients pour les faire marcher, faire des courses, faire de la lecture ; une seconde AS à mi-temps s'assure du bien-être des patients en faisant fonction, par exemple, de manucure.

Ce manque d'activité des patients hospitalisés dans la plupart des unités, relevé par les contrôleurs, rejoint l'avis des usagers, exprimé lors du comité de pilotage du 1^{er} mars 2017 : « **Recommandation C-3** : *L'inactivité pèse lourdement sur les résidents et les personnes hospitalisées. Les activités qui leur sont proposées sont toujours bienvenues et contribuent à leur mieux vivre. La Fondation ne devrait pas supprimer l'une ou l'autre de ces activités sans avoir pris en considération l'impact de cette suppression sur leurs bénéficiaires et programmé son remplacement. C'est d'ailleurs ce qu'elle vient de faire en actant l'édification d'une nouvelle serre chauffée avant la démolition de l'ancienne sur l'emplacement de laquelle doit s'élever le nouveau bâtiment des soins sans consentement.* **Recommandation C-4** : *L'efficacité thérapeutique des ateliers est indéniable, mais malaisée à faire apparaître, en particulier auprès des financeurs. La fondation ne pourrait-elle pas réfléchir à la réalisation d'un outil permettant de « mesurer » cette efficacité ? ».*

Il est difficile de trouver les causes exactes de cette situation déroutante et regrettable ; il est tellement d'autres lieux dans lesquels les patients qui s'ennuient se plaignent au contraire de ne pas avoir assez d'activités thérapeutiques ou culturelles. Il semble cependant qu'une de celles-ci soit le peu d'intérêt ou d'empressement que le personnel soignant met à informer les patients de l'existence et de l'intérêt desdites activités. Sans doute parce que ses membres sont trop occupés ou préoccupés par leurs activités de nature purement médicale. Pourtant, le service des activités thérapeutiques et socioculturelles participe régulièrement dans les différentes unités à des réunions de service au cours desquelles son représentant diffuse les informations nécessaires. Quoi qu'il en soit, il faut remédier à cette situation anormale et préjudiciable au bien-être des patients.

Recommandation

Il est hautement souhaitable de tout faire, de la réflexion à l'organisation et à l'action, pour que les activités proposées par le service thérapeutique et socioculturel (STC) soient davantage utilisées par les patients.

Dans son courrier en date du 14 août 2017, le directeur général de la fondation Bon Sauveur écrit : « Une réflexion sur l'organisation du service socio-thérapeutique et culturel et la communication du panel des activités proposées est inscrite dans le projet d'établissement 2017-2021 ; le développement de l'éducation thérapeutique du patient est un des axes du projet médical et du projet de soins 2017-2021 ».

6.4 LES RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR : DE LARGES POSSIBILITES DE COMMUNICATION AVEC L'EXTERIEUR

6.4.1 Le téléphone

Aucune restriction n'est formulée en ce qui concerne l'usage du téléphone portable en journée, sinon celles, normales, d'une prescription médicale ou de ne pas prendre de photos attentatoires à la vie privée d'autrui, ou encore dans certaines unités de ne pas téléphoner pendant les repas. En revanche, les cordons d'alimentation et les chargeurs de batterie sont confisqués ; ce qui

impose au personnel soignant d'effectuer le soir, voire même toute la journée à Saint-Luc, les opérations de recharge nécessaires.

Cette règle, adoptée pour des raisons de sécurité et de tranquillité nocturne – tous les postes étant remis vers 19h30 ou 20h aux infirmiers pour les faire charger, puis distribués le lendemain matin – ne paraît guère fondée puisque les patients disposent dans leur chambre d'autres cordons flexibles (câbles d'alimentation de radios ou de MP3, tuyau de douche) et présente l'inconvénient d'accroître indûment la charge de travail du personnel soignant.

Dans les unités Sainte-Camille et Saint-Luc, la libre disposition du téléphone portable, mise en œuvre quelques mois avant la visite des contrôleurs, est mal comprise par le personnel soignant et mal vécue par certains d'entre eux car estimée contraire à la sécurité (risque d'appels intempestifs ou de violation de l'intimité de l'autre par l'usage de l'appareil photo) ou encore signe d'une trop grande liberté laissée au patient.

Par ailleurs, dans chaque unité, à l'exception des Glycines, un téléphone fixe est mis à la disposition des patients. Il s'agit le plus souvent d'un *point phone* à pièces de monnaie ou d'un poste mural ; ce qui n'assure en rien la confidentialité des conversations. Aux Glycines, un téléphone sans fil du personnel soignant est utilisé par les patients qui sont alors conduits dans leur chambre le temps de la communication.

Recommandation

Il est souhaitable de revoir les cabines téléphoniques ou ce qui en fait office dans les différentes unités afin de permettre aux patients d'avoir des échanges téléphoniques confidentiels. Par ailleurs, une réflexion est à lancer sur le caractère systématique de l'interdiction de détention des cordons de chargement des téléphones portables par les patients.

6.4.2 Le courrier

Dans les unités, le papier et les enveloppes sont fournis aux patients qui achètent les timbres auprès des infirmiers ou à la cafétéria. Si les patients n'ont ni famille ni moyen financier, le courrier est affranchi par le bureau des entrées.

Qu'il s'agisse du courrier départ ou du courrier arrivé, il est relevé ou transmis quotidiennement, sauf les dimanches et jours fériés, par le personnel soignant de chaque unité qui en assure le transfert du bâtiment administratif ou vers celui-ci ainsi que la distribution.

Ce système est efficace mais il présente un inconvénient ; aucun patient ne peut envoyer ou recevoir un courrier de manière confidentielle puisqu'il est obligé systématiquement de passer par l'intermédiaire du personnel soignant car il n'existe pas sur le site de boîte à lettres.

Recommandation

Il conviendrait d'implanter dans le centre hospitalier une ou des boîtes à lettres relevées par le vagemestre ou La Poste afin d'offrir aux patients la possibilité d'effectuer en toute confidentialité leurs envois postaux.

6.4.3 La télévision

Chaque unité dispose de deux téléviseurs, ou trois à Saint-Luc, installés dans des « salons » assez confortables car comportant des fauteuils ou des chauffeuses. Les plages horaires fixées sont

larges puisqu'il est possible de regarder un programme télévisé du matin tôt à la fin de la soirée (22h30, 23h).

Les patients gèrent eux-mêmes les programmes. Il n'est pas fait état de difficulté à ce sujet.

Cependant, même si la raison invoquée est d'éviter les dégradations, on peut regretter que, sauf dans plusieurs unités, les écrans soient tout à la fois petits et placés en hauteur sur un mur, deux caractéristiques physiques qui rendent peu confortable et peu agréable le fait de regarder un programme télévisé.

Le quotidien *Ouest-France* est distribué quotidiennement dans chaque unité.

6.4.4 L'informatique et l'accès à internet

Contrairement à de nombreux centres hospitaliers, l'usage de l'informatique est plus que toléré. En effet, non seulement les patients peuvent disposer dans la plupart des unités, s'ils le souhaitent, de leur ordinateur personnel dans l'unité où ils sont hébergés, mais encore, ils ont à leur disposition dans la salle réservée aux activités culturelles trois ordinateurs auxquels ils peuvent avoir accès librement soit seuls, soit avec l'aide d'un formateur.

Dans ce cadre général, l'accès à Internet est libre, mis à part le fait que les ordinateurs du centre hospitalier ne permettent pas d'accéder à certains sites.

A Sainte-Camille, si un patient souhaite garder son ordinateur, sa demande est transmise au médecin et, en l'absence de restriction, il y est fait droit.

A l'unité Saint-Luc, les patients peuvent conserver leur tablette. A Ker Avel, les ordinateurs sont remis aux soignants après leur utilisation.

Bonne pratique

La liberté des patients à disposer de leur ordinateur personnel et l'accès à trois postes informatiques avec accès à Internet sont suffisamment rares pour être signalés comme une bonne pratique.

6.4.5 Les visites

Les horaires des visites sont prévus exclusivement l'après-midi, de 14h à 18h ou à 18h30, selon les règlements intérieurs de chaque unité, mais l'application de ces règles est souple.

Sauf à Saint-Bernard – unité appelée à disparaître prochainement –, les salons mis à la disposition des patients et des visiteurs, au nombre de deux au moins dans chacune des unités, sont agréables, bien meublés et confortables.

Selon les unités, les visites par les enfants sont autorisées, interdites ou limitées aux salons.

Les visites sont d'une façon générale interdites dans les chambres.

6.5 LES SOINS SOMATIQUES SONT ASSURES

6.5.1 L'accès au médecin généraliste

L'équipe de médecins généralistes comprend cinq médecins assurant, chacun, la prise en charge des patients d'une unité et la permanence médicale. La répartition entre unités est donnée dans le § 2.3.1 *supra*.

Les médecins psychiatres assurent une garde sur place.

La permanence des soins en médecine somatique est assurée sous la forme suivante :

- en semaine, de 9h à 19h, une permanence sur place par un des médecins qui dispose d'un bip, et de 19h à 9h une astreinte à domicile ;
- le week-end et les jours fériés, les médecins généralistes assurent une permanence : le samedi de 9h à 13h30 ; le dimanche de 9h à 12h30 ; une astreinte à domicile le reste du temps ; éventuellement, pour les urgences, le SAMU est appelé.

Un document intitulé *Politique institutionnelle « Prise en charge somatique »* adopté par la commission médicale d'établissement du 28 juin 2016 définit les modalités de prise en charge somatique des patients hospitalisés.

Les patients entrants sont systématiquement vus par le médecin généraliste dans les 24 heures selon un protocole standardisé d'examen à l'entrée.

Par la suite, les patients sont vus en consultation dans leur chambre soit à leur demande, soit sur proposition du personnel soignant soit dans le cadre d'un suivi. A Sainte-Camille, le médecin généraliste participe tous les matins à la réunion de synthèse au cours de laquelle tous les patients présents sont passés en revue. Les indications de consultation somatique sont définies lors de cette réunion.

Les patients hospitalisés au long cours bénéficient d'actes systématiques de prévention (vaccination, surveillance gynécologique, surveillance du poids, etc.).

Les patients mis en chambre d'isolement sont vus comme cela est indiqué dans le § 5.1.1 *supra*. Chaque unité dispose d'un chariot d'urgence. Une formation du personnel soignant aux actes d'urgence a débuté à Sainte-Camille et sera étendue à toutes les autres équipes.

6.5.2 Les consultations spécialisées

Une diététicienne à plein temps exerce au sein de l'hôpital.

Les consultations médicales spécialisées sont effectuées auprès de médecins libéraux du fait de la saturation des consultations en milieu hospitalier. Les rendez-vous sont pris par les médecins généralistes afin d'obtenir des délais acceptables.

Les soins dentaires y compris les extractions sont réalisés par un cabinet libéral situé à Carhaix qui consacre, lorsque nécessaire, des plages de rendez-vous aux patients du centre hospitalier de Bégard.

6.5.1 Les examens de radiologie

Une convention avec le centre hospitalier de Guingamp permet la réalisation de ces examens les mercredi matin et vendredi après-midi au sein de cet établissement qui dispose de tout l'équipement nécessaire. Cette organisation permet d'avoir des rendez-vous sans délai ; les résultats sont disponibles dans les 24 heures et sans délai en cas d'urgence.

1.1.6 L'éducation thérapeutique du patient

Les projets d'éducation thérapeutique du patient (ETP) sont activement développés par la responsable de la pharmacie et concernent aussi bien les patients hospitalisés (atelier du médicament), les patients suivis en ambulatoire (ARSIMED patient, habileté sociale) que les familles de patients (ARSIMED famille).

Des supports éducatifs pour l'atelier médicament ont été conçus et réalisés avec des patients :



Supports d'ETP conçus et réalisés avec des patients

Les séances sont animées par des infirmiers, médecins et pharmaciens.

Ont été concernés, en 2016, vingt-huit patients en hôpital de jour et vingt-six patients à l'unité Sainte-Camille.

L'hôpital participe au réseau PIC (réseau de professionnels hospitaliers au service du soin médicamenteux en psychiatrie et santé mentale), aux travaux de l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS). Des formations à l'ETP sont régulièrement organisées pour le personnel.

6.5.2 La pharmacie

L'établissement dispose d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) avec 2,16 ETP de pharmaciennes.

Les prescriptions sont faites par chaque médecin sur informatique. Chaque prescription est validée par une pharmacienne.

Un plan de recueil des médicaments de chaque unité est élaboré sur la base des ordonnances, le réassortiment des médicaments est acheminé dans une caisse fermée à clé dans l'unité. Les traitements individuels sont préparés par les infirmiers de l'unité.

Les traitements des patients en cure dans l'unité d'addictologie sont préparés de façon nominative dans un sachet par la pharmacie. Les traitements dangereux sont obligatoirement préparés de façon nominative.

Suite à une réflexion animée par la pharmacie sur l'administration des médicaments, celle-ci est dorénavant faite, dans chaque unité à l'exception des Glycines, de façon individuelle dans un bureau lors d'un colloque singulier qui permet, si nécessaire, de faire le point sur le traitement et de répondre à toute question du patient. Une infirmière notait lors d'un entretien que, malgré sa lourdeur, ce mode d'administration est l'occasion d'un contact direct quotidien avec chaque patient. Aux Glycines, la dispensation des médicaments est faite au cours des repas ; il a été estimé que, dans cette unité, la confidentialité demeurait préservée compte tenu de l'état des patients.

6.5.3 Le laboratoire

Les examens biologiques sont réalisés à l'hôpital de Lannion, les résultats étant disponibles dans la journée.

6.5.4 Le comité de lutte contre la douleur (CLUD)

Le CLUD est composé de vingt-deux personnes dont un représentant des usagers et douze correspondants douleurs. Il s'est réuni six fois en 2016. Sont présentes de cinq à neuf personnes.

Bonne pratique

L'établissement a fortement développé l'éducation thérapeutique du patient (ETP). Les ateliers dont l'atelier médicament contribue à renforcer l'autonomie du patient et sa place comme acteur dans sa prise en charge. L'ETP mérite d'avoir une place privilégiée dans le futur projet d'établissement.

6.6 LA SEXUALITÉ : UNE ABSENCE DE RÉFLEXION DANS L'ÉTABLISSEMENT

La question des relations sexuelles à l'intérieur des unités n'est pas traitée. Cette question est peu - voire pas - abordée dans les équipes de soignants.

Si les relations sexuelles entre les patients ne sont pas interdites, ce qui serait illégal, leurs modalités ne sont pas évoquées, mise à part la surveillance normale permettant d'éviter les agressions entre les patients et l'existence d'un distributeur de préservatifs à l'entrée de la cafétéria – l'endroit étant peu confidentiel – aucun préservatif n'étant disponible dans les unités.

Selon les cadres et soignants, personne ne sait comment réagir quand des rapprochements sont constatés. Une patiente de l'unité Saint-Luc a cependant indiqué aux contrôleurs « *si on est surpris à avoir une relation, on est viré* », expliquant tirer cette affirmation de l'expérience personnelle d'une connaissance ayant été patiente dans l'unité. Un autre patient a en revanche indiqué avoir informé les soignants du comportement « anormal » d'une patiente du service qui cherche à avoir des relations sexuelles et aborde tous les hommes en leur proposant de l'argent.

Recommandation

Il est souhaitable que le comité d'éthique reprenne la réflexion sur les relations sexuelles entre les patients afin de permettre au personnel soignant de disposer d'un corps de doctrine et de fiches réflexe qui lui font défaut actuellement.

Dans son courrier en date du 14 août 2017, le directeur général de la fondation Bon Sauveur écrit : « une réflexion sur les relations sexuelles des patients au sein de l'établissement est menée par le comité éthique depuis juillet 2017 ».

6.7 LES INCIDENTS : UNE GESTION SATISFAISANTE

6.7.1 Le traitement des plaintes et réclamations

La procédure, version 3, a été mise à jour en mars 2016. On notera que la personne chargée de la validation est la présidente de la CDU, également représentante des usagers.

En 2015, vingt-trois plaintes et réclamations ont été examinées en CDU. Les réponses ont été traitées, selon le rapport d'activité de la commission, en vingt-huit jours en moyenne. Le pôle Trégor Goëlo est concerné dans un cas sur deux, le pôle Argoat dans un tiers des cas.

En 2016, vingt et une plaintes ont été examinées dont sept pour le pôle Trégor Goëlo et six pour le pôle Argoat. Les délais de réponse ont été compris entre deux et huit jours.

6.7.2 Les événements indésirables (EI)

Les fiches de signalement des événements indésirables (FSEI) sont en place depuis juin 2002. La procédure de signalement est régulièrement mise à jour, la version 7 datant de janvier 2016. Cette procédure est complétée par une procédure sur l'annonce d'un dommage associé aux soins et d'une procédure sur l'information des patients lors de la survenue d'un événement indésirable. Enfin, deux procédures définissent le fonctionnement du comité de retour d'expérience (CREX) et l'organisation des réunions de mortalité-morbidité.

En 2015, 702 FSEI ont été notifiées dans les unités de psychiatrie et les unités médico-sociales, en constante augmentation depuis 5 ans et montrant une adhésion croissante des professionnels à la démarche. Vingt-trois événements étaient classés comme « majeur » soit 5 % des EI. Parmi ces derniers, quatre concernaient des situations d'agression/violence.

Les signalements d'événements indésirables (psychiatrie et médico-social), tous niveaux confondus, d'agression-violence sont au nombre de 93, nombre stable par rapport à 2014 (88). Les EI dans les unités Sainte-Camille et Ker Avel sont en légère progression par rapport à 2014.

L'évaluation des recommandations faites dans le programme 2014 pour réduire les situations d'agression-violence dans les unités Saint-Bernard et Les Glycines montre que celles-ci n'ont globalement pas été suivies d'effet.

Recommandation

Le nombre de plaintes et réclamations déposées par les patients ou leur famille est relativement faible. Cette procédure doit être encouragée et explicitée auprès du personnel de façon à ce qu'elle soit vécue comme un outil d'amélioration des pratiques et non un jugement négatif sur leurs pratiques.

Dans son courrier en date du 14 août 2017, le directeur général de la fondation Bon Sauveur écrit : « le circuit des plaintes et réclamations est inscrit dans le projet usagers du Projet d'Etablissement 2017-2021 ».

7. CONCLUSION GENERALE

Les contrôleurs ont visité les cinq unités susceptibles d'accueillir des personnes en soins sans consentement. Si, théoriquement, seule l'unité Sainte-Camille est fermée, en réalité trois unités – Sainte-Camille, Saint-Bernard et Les Glycines – le sont. Cependant, dans ces dernières unités, les mouvements sont possibles avec ou sans accompagnement : vers la cafétéria ouverte tous les jours de la semaine, vers le STC ou vers la ville car le parc est ouvert en journée. De fait, les patients disposent d'une réelle liberté de circulation. Ils bénéficient également d'une liberté de communication avec l'extérieur et peuvent conserver leurs téléphones portables pendant la journée ou accéder à Internet *via* leurs ordinateurs ou ceux du centre hospitalier.

Si la gestion des biens des patients fait l'objet d'une rigueur remarquable, elle reste cependant à améliorer pour les valeurs quotidiennes conservées dans les bureaux des infirmiers et gérées par ces derniers.

Ces libertés ainsi que l'attention bienveillante apportée par l'ensemble du personnel de l'établissement ne compensent cependant pas l'inactivité ressentie par les patients en court séjour, relevée par le comité des usagers et observée par les contrôleurs.

La réflexion sur la sexualité, qui doit être lancée prochainement, est en effet nécessaire : le personnel ne dispose pas d'orientation et agit à la lumière de ses convictions personnelles.

L'immobilier est entretenu avec soin ; les projets d'aménagement du site se suivent dans la cohérence. Le respect de la dignité des patients et de leurs visiteurs est recherché et se traduit - pour les patients notamment - par des chambres avec des sanitaires adaptés et - pour les visiteurs - par des salons nombreux et aménagés. Cela est d'autant plus important que le centre hospitalier est mal desservi par les transports en commun.

En ce qui concerne les soins sans consentement, il est apparu que les droits des patients sont mal connus des intéressés et mal maîtrisés par le personnel. Ce point fait l'objet d'une réflexion et d'actions de formation qui sont à renforcer et à développer en s'appuyant notamment sur la cellule récemment mise en place. Le personnel de l'unité Sainte-Camille est le premier concerné, mais celui des autres unités qui accueillent les patients sortants de celle-ci l'est tout autant.

L'utilisation des chambres d'isolement, en particulier dans l'unité Sainte-Camille, est apparue excessive, comme celle de la contention dans l'unité de géronto-psychiatrie Les Glycines. Le caractère « exceptionnel » de l'isolement et de la contention, cité par la loi, mérite de devenir l'objectif affiché d'une politique d'établissement. Celle-ci pourrait s'appuyer sur une meilleure exploitation du registre d'isolement, dont les données sont informatisées.

Enfin, le projet d'établissement, orienté par les directives de l'agence régionale de santé de Bretagne, avec comme objectif la réduction du nombre de lits, le développement de la psychiatrie ambulatoire, le traitement en amont en particulier en géronto-psychiatrie, peut remettre en cause l'efficacité des soins, notamment en l'absence de développement des structures d'accueil médico-sociales et en raison du maintien des délais de traitement des dossiers par la MDPH des Côtes-d'Armor.

Annexes

ANNEXE 1 - LES CONDITIONS PROPRES A CHAQUE UNITE

7.1 POLE ARGOAT

7.1.1 Service d'accueil Ker Avel

Etat au 6 mars 2017

Nombre total de patients hospitalisés : 36 (17 hommes et 19 femmes)

Nombre de patients en soins libres : 31 (15 hommes et 16 femmes)

Nombre de patients en soins sans consentement : 5 (2 hommes et 3 femmes)
dont 0 SPDRE, 5 SPDT (0 SPDT, 2 SPDTU, 3 SPI)

Nombre de patients en programmes de soins : 0

Nombre de patients en chambre d'isolement : 0

Nombre de patients sous tutelle : 3

Âge du plus jeune patient hospitalisé : 21 ans

Âge du plus âgé des patients hospitalisés : 79 ans

Durée la plus longue d'hospitalisation en jours au jour de la visite : 587 (1 an et 7,4 mois)

Nombre de lits : 36

Nombre de chambres d'isolement et/ou de sécurité : 1

Nombre de patients occupant la/les chambre(s) d'isolement et/ou de sécurité/ leur statut d'hospitalisation/la date du début de la mesure d'isolement : 0

Nombre de patients bénéficiant d'une prescription de soins de contention/leur statut d'hospitalisation/ date de début des soins/ la modalité de la contention (permanent/séquentielle)/ modalité de la prescription (immédiat/si besoin ?) : 0

Nombre de chambres à un lit et nombre d'occupation par chambre (hors isolement) : 28 et 1 par chambre

Nombre de chambre à 2 lits et nombre d'occupations par chambre : 4 et 2 par chambre

Nombre de chambres à 3 lits et nombre d'occupations par chambre : 0

Nombre de chambres à 4 lits et nombre d'occupations par chambre : 0

Nombre de douches pour les patients en chambre : 1 par chambre (simple et double)

Nombre de salle de bains (précision avec/sans baignoire) : 1 avec baignoire ergonomique

Nombre de WC pour les patients avec précision en chambre ou pas en chambre : 1 par chambre (simple et double) plus 1 WC dans le couloir à proximité de la salle de télévision et plus 2 WC près de la salle d'attente et des bureaux de consultation.

Nombre de patients ayant des visites :33 (3 ne reçoivent pas de visite)

Nombre de patients ayant le droit de téléphoner : 36

Nombre de patients étant inscrits à des activités : 36 peuvent participer aux diverses activités proposées dans l'unité et 18 inscrits aux activités socio culturelles et thérapeutiques.

a) Les locaux

Le bâtiment a été construit en 2005. Les architectures de Ker Avel et de Saint-Luc sont similaires sans être identiques, l'ensemble des locaux de soin et d'hébergement étant situés au rez-de-chaussée.

Les chambres sont réparties dans trois ailes : l'aile bleue avec les chambres 101 à 109, l'aile verte avec les chambres 201 à 217, l'aile rose avec les chambres 301 à 304 et 401 à 405 – à l'origine les chambres 401 à 405 étaient destinées à former une unité fermée au sein d'une unité ouverte formée par les autres chambres, ceci explique pourquoi la chambre 401 est la chambre d'isolement. Les ailes rose et verte utilisent un couloir dont le milieu dans une zone de soins (comportant un bureau médical, deux salles de télévision, une salle de soins, le bureau des infirmiers). Le bureau des infirmiers a vue également sur l'aile bleue.

La zone de soins communique avec l'espace activités qui donne sur l'espace restauration. L'espace activités donne accès à l'espace réservé aux consultations. A proximité, sont situés les salons pour les visiteurs et le bureau d'accueil qui a vue sur la porte d'accès.

Une cour fermée, dite jardin intérieur, avec deux tables à deux bancs et un abri pour les fumeurs, est située au milieu de cet ensemble.

Comme à Saint-Luc, l'unité comprend vingt-huit chambres à un lit et quatre chambres à deux lits. Les chambres comportent un lit, une table et une chaise. La fenêtre coulisse sur 30 cm mais peut être fermée à clé si nécessaire. La pièce est chauffée par un radiateur pouvant être réglé par le patient. Un bouton d'alarme, en état de marche, est disposé à la tête du lit. Une salle d'eau attenante à la chambre comporte une douche à l'italienne, un lavabo surmonté d'un miroir, un WC. L'eau chaude fonctionne. Dans le cas d'occupation prolongée, le patient peut y installer des affaires personnelles (radio, lecteur CD, tableau, etc.)

a) Le projet thérapeutique

Les patients, pour la plupart, sont hospitalisés sur demande d'un CMP ou éventuellement sur la demande d'un service des urgences d'un centre hospitalier. La durée habituelle d'une hospitalisation est d'une à deux semaines. Les personnes en soins sans consentement, venant de Sainte-Camille sont libres de circuler dans le parc ; pour sortir du parc, elles doivent être accompagnées ou bénéficier d'une autorisation.

b) Les soins

Des réunions regroupant médecins, cadre de santé et soignants ont lieu tous les matins. Une réunion de l'ensemble des membres de l'équipe se tient également tous les lundis matins au cours de laquelle sont évoquées les situations de chaque patient.

7.1.2 Unité de soins prolongés Saint-Bernard

Etat au 6 mars 2017

Nombre total de patients hospitalisés : 13 (8 hommes et 5 femmes)

Nombre de patients en soins libres : 13 (8 hommes et 5 femmes)

Nombre de patients en soins sans consentement : 0

Nombre de patients en programmes de soins : 0

Nombre de patients en chambre d'isolement : 0

Nombre de patients sous tutelle : 10

Âge du plus jeune patient hospitalisé : 44 ans

Âge du plus âgé des patients hospitalisés : 82 ans

Durée la plus longue d'hospitalisation en jours au jour de la visite : 2 529

Nombre de lits : **13**

Nombre de chambres d'isolement et/ou de sécurité : **0**

Nombre de patients occupant la/les chambre(s) d'isolement et/ou de sécurité/ leur statut d'hospitalisation/la date du début de la mesure d'isolement : **0**

Nombre de patients bénéficiant d'une prescription de soins de contention/leur statut d'hospitalisation/ date de début des soins/ la modalité de la contention (permanente/séquentielle)/ modalité de la prescription (immédiat/si besoin ?) : 0

Nombre de chambres à un lit et nombre d'occupation par chambre (hors isolement) : **9** et 1 par chambre

Nombre de chambre à 2 lits et nombre d'occupations par chambre : **2** et 2 par chambre

Nombre de douches pour les patients en chambre : **1** par chambre (simple et double)

Nombre de salle de bains (précision avec/sans baignoire) : **1** avec baignoire ergonomique

Nombre de WC pour les patients avec précision en chambre ou pas en chambre : **1** par chambre (simple et double) plus 1 WC à proximité de la salle de télévision, 1 WC au 2^{ème} étage plus 1 près des salles d'activité et des bureaux de consultation. Un urinoir dans la cour extérieure

Nombre de patients ayant des visites : **10** (3 ne reçoivent pas de visite)

Nombre de patients ayant le droit de téléphoner : **13**

Nombre de patients étant inscrits à des activités : **13** peuvent participer aux diverses activités proposées dans l'unité et 10 inscrits aux activités socioculturelles et thérapeutiques.

a) Les locaux

Le bâtiment, en forme de L, est constitué de trois niveaux :

- au rez-de-chaussée sont situés les locaux d'accueil des familles, le bureau du cadre de santé, les locaux des soignants, les lieux de vie des patients (la salle à manger et l'office, deux salles de télévision) et la chambre d'apaisement, les deux cours fermées. La cour sur l'avant du bâtiment est utilisée pour les fumeurs, celle sur l'arrière comporte un abri avec un banc et une table de tennis de table, des bancs en ciment et en bois, des pots de fleurs ; cette dernière donne accès sur des sanitaires et une buanderie avec une machine à laver et un sèche-linge ;
- au premier étage, au-dessus des locaux d'accueil des familles, sont situées les chambres des patients ; de l'autre côté, au-dessus des sanitaires et de la buanderie, sont situés des bureaux, des salles d'activité, un salon pour les familles, une salle à manger et une cuisine pour les repas thérapeutiques ;
- au second étage, sont situées des chambres, qui ne sont plus utilisées depuis que le nombre de patients est passé de vingt-cinq à treize, et une salle de bains ;
- le rez-de-chaussée et les étages sont desservis par un ascenseur. L'accès des chambres depuis le rez-de-chaussée est soumis à l'intervention d'un membre de l'équipe médicale.



La cour de Saint-Bernard avec, sur la gauche, l'accès aux sanitaires et à la buanderie

Les locaux sont vétustes même s'ils sont maintenus en état et si les sanitaires ont été refaits.

L'unité comprend treize lits au premier étage, répartis sur onze chambres simples et deux chambres doubles qui sont utilisées en chambres simples. Les fenêtres des chambres ne peuvent s'ouvrir qu'avec une clé mise à disposition par un membre de l'équipe soignante. Un bouton d'appel est situé à proximité de chaque tête de lit.

Les chambres sont dotées de cabinet de toilette exigu, comportant lavabo, douche à l'italienne et WC. Les portes des chambres, comme celles des placards, ne peuvent fermer à clé. Il n'existe pas de bouton d'appel. Toutes les chambres sont équipées d'une table de nuit, d'une table et d'une chaise par patient.



Le local sanitaire de la chambre simple 107 et la chambre double 104

La chambre d'apaisement, également exiguë, est située au rez-de-chaussée.

b) Le projet thérapeutique

La présence médicale n'est pas continue dans cette unité hébergeant des patients au long cours, les patients comme les soignants sont plus attentifs que dans les autres unités à utiliser les opportunités d'activités qui se présentent.

Une réunion patients-soignants est organisée normalement tous les mois. L'ordre du jour est fixé par la cadre de santé avec les soignants. Le but est d'examiner les problèmes communs et de faire des rappels sur la discipline (respect de l'autre, disparition de biens...).

c) Les soins

Des réunions regroupant le cadre de santé et les soignants et éventuellement les médecins ont lieu tous les matins. Une réunion de l'ensemble des membres de l'équipe se tient également tous les jeudis matins au cours de laquelle sont évoquées les situations de chaque patient. Des réunions de synthèse concernant un patient sont organisées les mardis matins ; les tuteurs sont invités.

7.2 PÔLE TRÉGOR GOËLO

7.2.1 Service d'accueil Saint-Luc

Etat au 6 mars 2017

Nombre total de patients hospitalisés : 33 (16 hommes et 17 femmes)

Nombre de patients en soins libres : 28 (13 hommes et 15 femmes) ;

Nombre de patients en soins sans consentement : 5 (3 hommes et 2 femmes)
dont 0 SPDRE, 5 SPDT (4 SPDT, 1 SPDTU, 0 SPI)

Nombre de patients en programmes de soins : 0

Nombre de patients en chambre d'isolement : 1 (depuis le 3 mars)

Nombre de patients sous tutelle : 8

Âge du plus jeune patient hospitalisé : 19 ans en soins libres (55 ans en SPDT et 56 ans en SPTU) ;

Âge du plus âgé des patients hospitalisés : 71 ans en soins libres (66 ans en SPDT)

Durée la plus longue d'hospitalisation en jours au jour de la visite : 247 jours en soins libres et 147 jours en SPDTU

Nombre de lits : **36**

Nombre de chambres d'isolement et/ou de sécurité : **1**

Nombre de patients occupant la/les chambre(s) d'isolement et/ou de sécurité/ leur statut d'hospitalisation/la date du début de la mesure d'isolement : **1** (Patiente Femme en SDT, prescription de médicale de mise en chambre de soins intensifs depuis le 3 mars à 12h30. Pas de prescription de contention)

Nombre de patients bénéficiant d'une prescription de soins de contention/leur statut d'hospitalisation/ date de début des soins/ la modalité de la contention (permanent/séquentielle)/ modalité de la prescription (immédiat/si besoin ?) **0**

Nombre de chambres à un lit et nombre d'occupation par chambre (hors isolement): **28** (1 patient par chambre, au 6 mars 28 chambres occupées)

Nombre de chambre à 2 lits et nombre d'occupations par chambre : **4** (2 chambres occupées avec 2 patients et 1 chambre à 2 occupée par 1 seul patient)

Nombre de douches pour les patients en chambre : **33**

Nombre de salle de bains (précision avec/sans baignoire) : **1 avec baignoire et WC**

Nombre de WC pour les patients avec précision en chambre ou pas en chambre : **33** WC en chambre et **4** dans les couloirs

Nombre de patients ayant des visites : **accord visites pour tous les patients hospitalisés**

Nombre de patients ayant le droit de téléphoner : **37**

Nombre de patients étant inscrits à des activités : **10**

a) Les locaux

Le bâtiment est de construction récente, l'ensemble des locaux de soin et d'hébergement étant situé au rez-de-chaussée.

Les chambres sont dans un bâtiment en forme de S au sein duquel sont délimitées trois ailes B, C et D. L'aile A qui comprend des bureaux de soin, le local du SAO et un couloir délimite deux cours : l'une ouverte sur l'extérieur et l'autre fermée.

Une cour fermée, avec deux tables à deux bancs et un abri pour les fumeurs, est située au milieu de cet ensemble.

Comme à Ker Avel, l'unité comprend vingt-huit chambres à un lit et quatre chambres à deux lits. Les premières comportent un lit, une table et une chaise. La fenêtre coulisse sur 30 cm mais peut être fermée à clé si nécessaire. La pièce est chauffée par un radiateur pouvant être réglé par le patient. Un bouton d'alarme, en état de marche, est disposé à la tête du lit.

Une salle d'eau attenante à la chambre comporte une douche à l'italienne, un lavabo surmonté d'un miroir, un WC. L'eau chaude fonctionne.

Dans le cas d'occupation prolongée le patient peut y installer des affaires personnelles (radio, lecteur CD, tableau, etc.)



La cour de l'unité Saint-Luc



Les sanitaires des chambres de Saint-Luc

b) Le projet thérapeutique

Les patients, pour la plupart, sont hospitalisés sur demande d'un CMP ou éventuellement sur la demande d'un service des urgences d'un centre hospitalier. La durée habituelle d'une hospitalisation est d'une à deux semaines. Les personnes en soins sans consentement, venant de Sainte-Camille sont libres de circuler dans le parc ; pour sortir du parc, elles doivent être accompagnées ou bénéficier d'une autorisation.

c) Les soins

Le lundi matin se tient une réunion d'équipe regroupant les médecins, les cadres de santé, les infirmiers, la psychologue, l'assistante sociale, la secrétaire ainsi que le pôle SCT. L'ensemble des patients est passé en revue afin de faire le point sur leur programme de soins.

Les autres jours de la semaine (mardi, mercredi, jeudi et vendredi) se tient un « staff » clinique pour faire le point sur les patients entrants et les patients dont la prise en charge est la plus difficile.

7.2.2 Unité d'hospitalisation sans consentement Sainte-Camille

Etat au 6 mars 2017

Nota : au cours de la semaine deux autres patients ont été admis dans l'unité (deux SDT dont une réintégration après programme de soins), portant le nombre total de patients à vingt-quatre au 9 mars, soit une occupation à 100 % ce en incluant les chambres d'isolement. Des mouvements au sein de l'unité ont été nécessaires pour permettre l'accueil de ces deux nouveaux patients.

Nombre total de patients hospitalisés : **22** (17 hommes et 5 femmes)

Nombre de patients en soins libres : 0 (0 hommes et 0 femmes)

Nombre de patients en soins sans consentement : 22 (17 hommes et 5 femmes)
dont 6 SPDRE, 16 SPDT (5 SPDT, 10 SPDTU, 1 SPI)

Nombre de patients en programmes de soins : 3

Nombre de patients en chambre d'isolement : 4 (cf. *supra* pour leur entrée en isolement)

Nombre de patients sous tutelle : 13

Âge du plus jeune patient hospitalisé : 18 ans

Âge du plus âgé des patients hospitalisés : 71 ans

Durée la plus longue d'hospitalisation en jours au jour de la visite : 705 (1 an et 11,5 mois)

Nombre de lits : **21**

Nombre de chambres d'isolement et/ou de sécurité : **4**

Nombre de patients occupant la/les chambre(s) d'isolement et/ou de sécurité/ leur statut d'hospitalisation/la date du début de la mesure d'isolement : **4** patients occupent les chambres de soins intensifs : chambre 140 : SDRE, début de MCI le 2/03, chambre 141 : SDT, début de MCI le 25/02, chambre 142 : SDRE, début de MCI le 2/03, chambre 113 : SDTU, début de MCI le 13/02

Nombre de patients bénéficiant d'une prescription de soins de contention/leur statut d'hospitalisation/ date de début des soins/ la modalité de la contention (permanent/séquentielle)/ modalité de la prescription (immédiat/si besoin ?) : **0**

Nombre de chambres à un lit et nombre d'occupation par chambre (hors isolement) : **17** chambres, (15 chambres occupées)

Nombre de chambre à 2 lits et nombre d'occupations par chambre : **2** chambres, (2chambres occupées : 2 patients dans chaque chambre)

Nombre de douches pour les patients en chambre : **10** chambres

Nombre de salle de bains (précision avec/sans baignoire) : **1** salle de bains avec baignoire et douche + **5** douches dans les couloirs

Nombre de WC pour les patients avec précision en chambre ou pas en chambre : **5 chambres avec WC + 6** WC dans les couloirs

Nombre de patients ayant des visites : **Accord visites pour tous les patients sauf 1 (prescription médicale)**

Nombre de patients ayant le droit de téléphoner : **Accord pour tous, sauf restriction médicale pour 2 patients dont une uniquement la nuit.**

Nombre de patients étant inscrits à des activités : **9 patients**

a) Les locaux

Le bâtiment, en forme de L, est constitué de deux niveaux : secrétariat, locaux d'accueil des familles, salles d'activité et d'audience JLD, bureaux du chef de service, du cadre de santé et des soignants, lieu de vie des patients (salle à manger, salles de télévision) sont situés au rez-de-chaussée, tandis que les chambres sont toutes à l'étage.

Les locaux sont vétustes et « obsolètes », aux dires du chef de service, « défraîchis et pas toujours de nature à garantir le respect de la dignité et de l'intimité des patients » selon le rapport de certification de l'HAS d'octobre 2016.

L'unité comprend vingt et un lits, non compris les chambres d'isolement, répartis en dix-sept chambres simples (de 9 m²) et deux chambres doubles (de 15m²). Elles ouvrent sur les couloirs – éclairés en majeure partie par la seule lumière électrique – présentant des marches en deux emplacements distincts. Ajoutées aux escaliers, ces marches sont pénalisantes pour les personnes à mobilité réduite ou désorientées et source d'accident. Les fenêtres des chambres ne peuvent s'ouvrir qu'avec une clé mise à disposition d'un ASL ; il y règne une odeur prononcée de renfermé liée à l'absence d'aération régulière.

Une des chambres doubles et deux chambres simples sont dotées de cabinet de toilette, équipé d'un loquet, comportant lavabo, douche à l'italienne et WC ; dans trois chambres simples, les sanitaires sont limités à un lavabo et une douche ; les autres n'ont qu'un lavabo installé dans la chambre. Les portes des chambres, comme celles des placards, ne peuvent fermer à clé. Il n'existe pas de bouton d'appel.

Quatre douches, une baignoire, deux WC et un lavabo sont à disposition des patients dans une aile du bâtiment, une douche et WC dans l'autre. Ces locaux sont ouverts à la demande. Le linge de toilette et les draps peuvent être changés à volonté.



Une chambre simple, une double et une douche à Sainte-Camille

A une extrémité de l'étage, à proximité immédiate du local pharmacie, de l'ascenseur et de l'escalier montant du rez-de-chaussée, se trouve la zone de « soins intensifs » avec trois chambres d'isolement, un bureau infirmier, deux douches et un WC. Une quatrième chambre (chambre 113), en cours d'aménagement, est utilisée pour isoler des patients lorsque les trois autres sont occupées.

b) Le projet thérapeutique

Le changement de la population accueillie dans l'unité a conduit l'équipe à modifier et réétudier les activités tant occupationnelles que thérapeutiques. Ainsi les activités au pôle STC ont été remises en place, les fiches d'inscription étant désormais mises à disposition des soignants et des intervenants lors des réunions de synthèse ; un projet de sorties à l'extérieur avec un moniteur sportif et des infirmiers est en cours d'étude ; les sorties de courtes durées sont en augmentation.

c) Les soins

Des réunions regroupant médecins, cadre de santé et soignants ont lieu tous les matins. Une réunion de l'ensemble des membres de l'équipe se tient également tous les lundis matin au cours de laquelle sont évoquées les situations de chaque patient.

Un infirmier est en permanence présent, de jour, dans la zone de « soins intensifs » ; l'infirmier présent dans le local de soin et l'infirmier présent à la pharmacie se relayant pour assurer cette permanence.

7.3 POLE POPULATIONS SPECIFIQUES – PSYCHOGERIATRIE : LES GLYCINES 25 LITS

Etat au 6 mars 2017

Nombre total de patients hospitalisés : 16 (6 hommes et 10 femmes)

Nombre de patients en soins libres : 16 (6 hommes et 10 femmes)

Nombre de patients en soins sans consentement : 0

Nombre de patients en programmes de soins : 0

Nombre de patients en chambre d'isolement : 0

Nombre de patients sous tutelle : 6

Âge du plus jeune patient hospitalisé : 52 ans

Âge du plus âgé des patients hospitalisés : 88 ans

Durée la plus longue d'hospitalisation en jours au jour de la visite : 365

Nombre de lits : 20

Nombre de chambres d'isolement et/ou de sécurité : 0

Nombre de patients bénéficiant d'une prescription de soins de contention/leur statut d'hospitalisation/ date de début des soins/ la modalité de la contention (permanent/séquentielle)/ modalité de la prescription (immédiat/si besoin ?) : 1 patient en SL a une prescription de soins de contention avec une prescription d'une contention nocturne avec une ceinture abdominopelvienne depuis le 10/02/17 en raison d'un risque majeur de chute

Nombre de chambres à un lit et nombre d'occupation par chambre (hors isolement) : 16

Nombre de chambre à 2 lits et nombre d'occupations par chambre : 2 chambres à 2 lits dont une avec une patiente et l'autre qui est inoccupée

Nombre de douches pour les patients en chambre : 1 douche par chambre

Nombre de salle de bains (précision avec/sans baignoire) : 1 salle de bains avec douche par chambre

Nombre de WC pour les patients avec précision en chambre ou pas en chambre : 1 WC par chambre + 3 WC collectifs

Nombre de patients ayant des visites : 7

Nombre de patients ayant le droit de téléphoner : tous, pas de restriction

Nombre de patients étant inscrits à des activités : 9

a) Les locaux

Le bâtiment est en forme de L et comporte un seul niveau.

Une cour, fermée sur deux côtés par le bâtiment et sur les deux autres par des grillages, est ouverte en journée sur demande des patients. Elle est entretenue par un jardinier. Elle comporte un abri pour les fumeurs ; un vélum peut être déployé pour protéger du soleil à la sortie d'un salon.



Les Glycines et sa cour

L'unité comprend seize chambres à un lit et deux chambres à deux lits ; ces dernières sont rarement occupées. Les chambres comportent un lit, un placard, une table et une chaise ; les soignants possèdent les clés des placards qui restent ouverts le plus souvent, comme les chambres. La fenêtre est ouvrable partiellement. Des boutons d'alarme sont disposés en tête de lit ; ils ne fonctionnaient pas lors de la visite des contrôleurs et étaient en attente de réparation. Une salle d'eau attenante à la chambre comporte une douche à l'italienne, un lavabo surmonté d'un miroir, un WC. L'eau chaude fonctionne.



Une chambre à un lit et la salle d'eau attenante

L'unité comporte deux salles de télévision, des salles d'activité. La salle à manger est vaste.

L'unité comporte très peu de décorations. Selon les informations recueillies par les contrôleurs, les décorations sont rapidement détruites par les patients.

b) Le projet thérapeutique

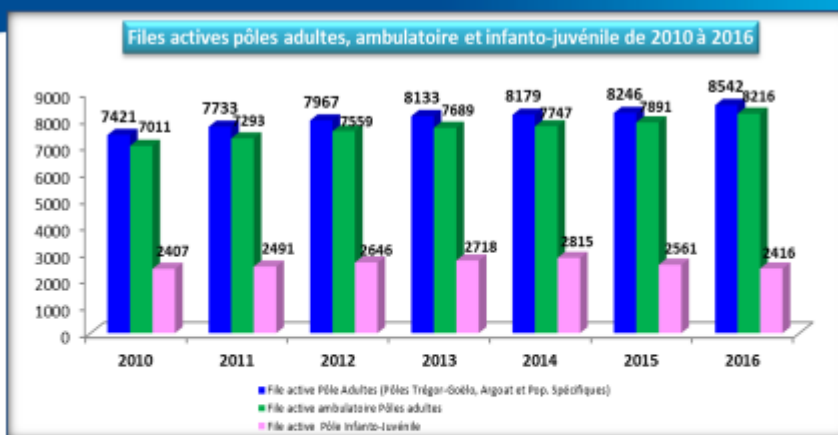
La faible autonomie des patients et leur état psychiatrique – troubles sévères, démences – exigent une grande présence des soignants. La présence de patients au long cours a conduit à faire évoluer le projet thérapeutique comme cela apparaît dans le § 2.2.3.

c) Les soins

La réunion de transmissions du mercredi matin est organisée avec la présence du médecin somaticien. Les réunions de synthèse regroupant le psychiatre, le cadre de santé, les soignants, l'assistante sociale ont lieu le vendredi matin.

ANNEXE 2 - EXTRAITS DU DOCUMENT DE PRESENTATION DE LA FONDATION BON SAUVEUR

Les données apparaissant dans le § 2.5 sur l'activité du centre hospitalier sont extraites de ces tableaux.



On observe en 2016, l'évolution suivante de la file active

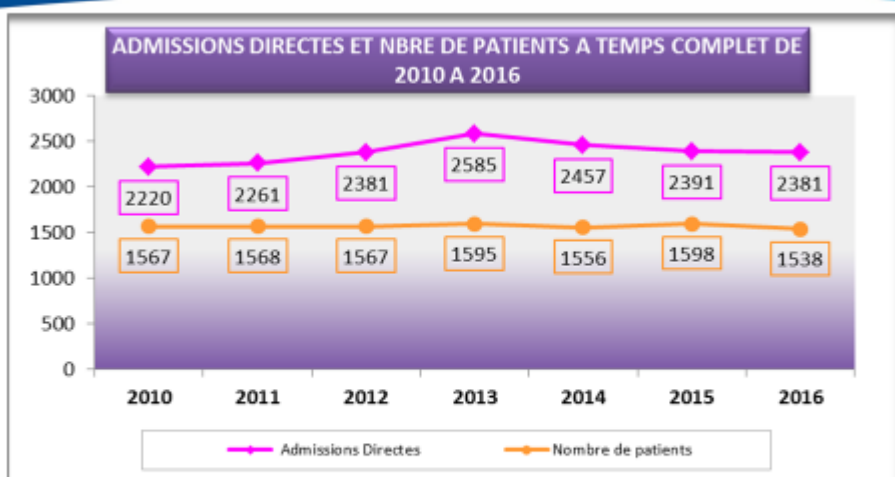
- + 3,59 % pour le pôle adultes
- + 4,12 % pour le pôle ambulatoire adultes
- - 5,66 % pour le pôle infanto-juvénile



Bégard (Côtes d'Armor)

Fondation Bon Sauveur
PÔLE DE SANTÉ MENTALE

Extrait de la présentation de la Fondation – 6 mars 2017

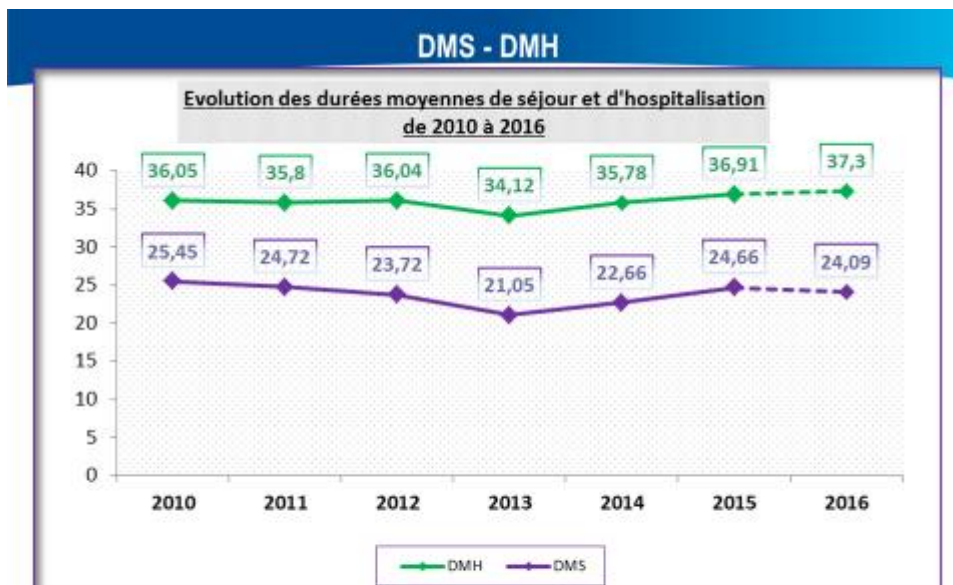


Légère diminution des admissions : - 0,42 % entre 2015 et 2016



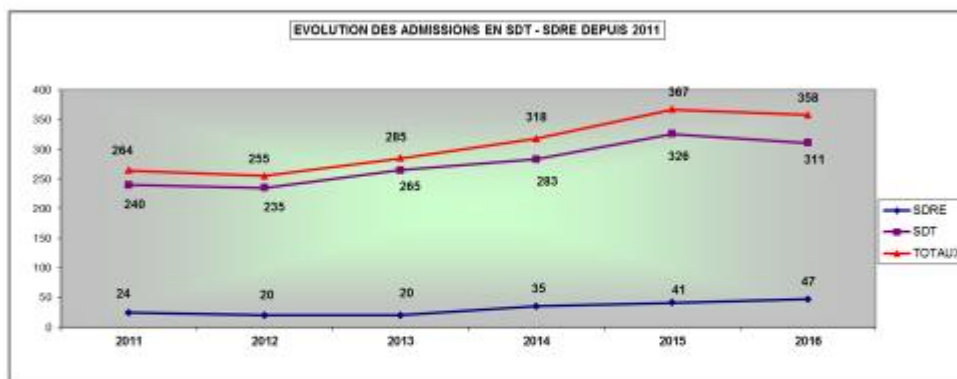
Bégard (Côtes d'Armor)

Fondation Bon Sauveur
PÔLE DE SANTÉ MENTALE



Bégard (Côtes d'Armor)

Fondation Bon Sauveur
PÔLE DE SANTÉ MENTALE



SDT : diminution de 4,80 % par rapport à l'année 2015.

SDRE : augmentation de 12,76 % par rapport à l'année 2015.

Soit une baisse sur la totalité des admissions en SDT/SDRE de 2,45 %

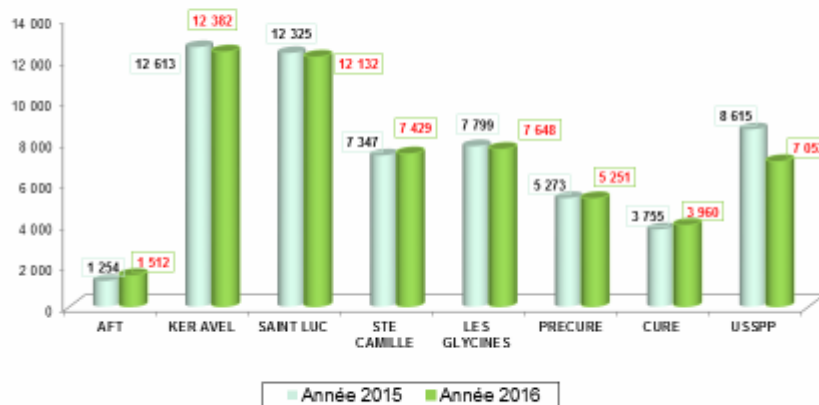


Bégard (Côtes d'Armor)

Fondation Bon Sauveur
PÔLE DE SANTÉ MENTALE

Tendances 2016

Nombre de journées en Hospitalisation complète par unité
 Année 2015/2016



Bégard (Côtes d'Armor)

Fondation Bon Sauveur
 PÔLE DE SANTÉ MENTALE

Nota : Dans ce dernier tableau l'USSPP (unité de soins des populations spécifiques) désigne Les Glycines ; les deux unités de précurse et de cure de la clinique d'addictologie étant comptées indépendamment.