



---

**Rapport de visite :**

**Centre**

**psychothérapeutique**

**de l'Orne à Alençon**

**9 au 13 mai 2016 – 1<sup>ère</sup> visite**

## SYNTHESE

Six contrôleurs ont effectué une visite du centre psychothérapeutique de l'Orne (61) du 9 au 13 mai 2016.

Un rapport de constat a été adressé au directeur du centre hospitalier pour recueillir ses observations. Le présent rapport prend en considérations ses observations ; il fait également état des bonnes pratiques et des recommandations adressées à cet établissement.

Le département de l'Orne, qui compte 290 000 habitants<sup>1</sup>, est rural. Sa densité de population est en dessous de la moyenne nationale, les zones les plus densément peuplées sont autour des trois villes moyennes dépassant les 10 000 habitants, Alençon, Flers, et Argentan. La population est stable et vieillissante, pour ce territoire qui est le bassin le plus petit de la région Normandie. Ce dernier rencontre une problématique importante d'attractivité et se caractérise par une faible densité de médecins libéraux à la fois psychiatres mais aussi généralistes ; l'offre médicale privée est quasiment absente. Le temps de déplacement entre les bassins de vie éloignés est une problématique à prendre en compte pour les patients, leurs familles et les soignants.

Le département est découpé en quatre secteurs de psychiatrie générale (secteurs G01, G02, G03, G04) et deux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Outre le centre psychothérapeutique de l'Orne (CPO), établissement de référence de son territoire, le département compte à l'Ouest le CH de Flers en charge du 4<sup>ème</sup> pôle de psychiatrie du département qui n'est plus rattaché au CPO depuis 1990. Le secteur de L'Aigle (G04), distant de 60 km, a été détaché du site du CPO en 1975 et y a été ensuite rattaché le 1<sup>er</sup> janvier 2009.

Le CPO assure la prise en charge en santé mentale autour de cinq pôles composés de trois secteurs adultes et des deux inter-secteurs de pédopsychiatrie réunis en un seul pôle. Au total, ce sont 180 000 adultes qui sont desservis actuellement par les trois secteurs adultes du CPO et près de 70 000 enfants, soit environ 86 % de la population de l'Orne.

Le centre hospitalier dispose de 147 lits d'hospitalisation complète, répartis sur deux sites, 94 places d'hôpitaux de jour, des places en familles d'accueil, 30 places de maison d'accueil spécialisée. Les prises en charge en soins sans consentement sont en augmentation (539 en 2015 pour 398 en 2014). La majorité des admissions en soins sans consentement se fait par le passage en service des urgences (75%), en raison des conditions d'accessibilité aux soins de premiers recours notamment pour les patients présentant des troubles psychiatriques.

Le CPO est implanté en plein centre-ville et à 1,6 km de la gare SNCF sur terrain rectangulaire d'une emprise de 12 hectares et entouré d'un mur d'enceinte d'une hauteur d'environ 2 mètres. Des espaces verts nombreux au sein de l'établissement sont parfaitement entretenus et rendent le parc agréable à parcourir.

Dès 2010, dans le cadre de la refonte du projet d'établissement, a été entreprise une restructuration du patrimoine immobilier du site principal d'Alençon. Un phasage de travaux a été projeté sur 13 ans (2013 à 2026). Pendant le contrôle, plusieurs bâtiments étaient en cours de restructuration pour permettre une mise en conformité par rapport à l'orientation de prise en charge décidé par le projet médico-soignant « 2014-2018 ». Ce dernier a été élaboré au regard

---

<sup>1</sup> Source : INSEE 2012.

des orientations nationales et régionales, et travaillé en concertation avec l'ensemble du personnel ; il a pour objectif principal de faire évoluer l'hospitalisation du site d'Alençon d'un modèle d'organisation par secteur – sans synergie de compétences, ni de moyens – à un modèle intégré à une prise en charge plus large en intra et extra hospitalier. Une réorganisation des unités d'hospitalisation G01 et G02 du site d'Alençon propose une prise en charge homogène, quel que soit le secteur géographique d'origine du patient, des différents types de soins proposés et regroupe ainsi l'unité d'entrée, les unités de suite et l'unité de patients au long cours.

Ce travail de réorganisation de l'architecture de la psychiatrie, mené avec l'accompagnement d'un cabinet de conseil en matière de politiques de santé, s'est déroulé dans un climat de défiance et d'opposition, ravivées par le projet de GHT dans lequel l'établissement doit désormais s'investir.

Pour pallier l'isolement géographique et combler les vacances en psychiatrie liées à des départs à la retraite et d'autres faisant suite à la réorganisation, le recrutement de sept psychiatres étrangers a été confié à un cabinet spécialisé. Les collaborations médicales tentent donc de se mettre en place au sein d'une institution qui a connu des fonctionnements longtemps figés. L'homogénéisation des pratiques au sein des pôles mérite encore d'être travaillée pour offrir aux patients une offre de soins équivalente. Ces derniers font face à des restrictions de leurs droits, variables d'une unité à l'autre et ne reposant sur aucun fondement médical (liberté d'aller et venir librement, utilisation du téléphone, l'accès à l'informatique, gestion de l'argent...). Des règles de vie doivent être élaborées pour l'ensemble des unités, faire l'objet d'une remise à chaque patient et être affichées. Les conditions d'hébergement et de vie sont globalement correctes (hygiène, alimentation) même si elles pourraient connaître des améliorations notamment par la mise en place de lieu de convivialité ou de placards à clef en libre accès dans les chambres. Néanmoins, en ce qui concerne les mineurs, il est apparu que l'unité dans laquelle ils sont accueillis n'est pas adaptée et contribue à renforcer leur enfermement.

L'information des patients sur leurs droits a paru insuffisante. Elle se limite à l'information relative à la tenue d'une audience et au contrôle par le JLD de la mesure d'hospitalisation. Le règlement intérieur du centre psychothérapique de l'Orne n'a pas été actualisé depuis avril 2010, omettant de ce fait la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge et la loi du 27 septembre 2013 en modifiant certaines dispositions. Lors de la visite des contrôleurs, aucune réflexion n'était engagée sur sa mise à jour.

Peu de patients refusent de se présenter devant le juge des libertés et de la détention ; mais depuis que les audiences se tiennent dans l'enceinte du CPO, les patients détenus ne sont plus présentés devant le JLD, un certificat déclarant leur état incompatible avec une audition par le juge étant quasi-systématiquement délivré, alors même que ces personnes peuvent être renvoyées rapidement, parfois dès le lendemain de l'audience, au centre pénitentiaire.

Les professionnels ne semblent pas recourir excessivement aux pratiques d'isolement et de contention. Mais en l'absence de registre il n'a pas été possible de vérifier précisément ces pratiques et le logiciel CARIATIDES ne permet d'éditer qu'une partie des informations nécessaire à la tenue du registre prévu par l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique. Le recueil doit être élargi à toutes les situations de contention et faire l'objet d'une analyse sur les pratiques d'isolement et de contention de chaque unité.

La procédure relative à la mise sous contention doit être finalisée et diffusée au sein des équipes. Elle doit couvrir toutes les situations quel que soit le lieu d'isolement : chambre d'isolement,

chambre d'apaisement, fermeture de la chambre du patient et viser à faire respecter le renouvellement de la prescription toutes les 24 heures ainsi que la surveillance infirmière soutenue. Les prescriptions « si besoin » doivent être proscrites.

Quant aux chambres d'isolement, elles sont peu équipées et l'absence de sanitaires, remplacés parfois par un seau, les rend indignes.

Il convient de souligner que les associations des familles sont très impliquées dans la vie institutionnelle et que les subventions allouées aux associations locales permettent de financer des projets dynamiques et variés, en faveur des patients qui peuvent notamment bénéficier d'avances, grâce à un fond de solidarité.

Si la CDSP n'assume pas actuellement son rôle de surveillance, dans l'attente d'une nouvelle présidence, l'établissement bénéficie d'un comité d'éthique très actif dont les travaux permettent de travailler sur des sujets fondamentaux.

## OBSERVATIONS

### LES BONNES PRATIQUES SUIVANTES POURRAIENT ETRE DIFFUSEES

#### 1. BONNE PRATIQUE : ..... 42

Sur le site d'Alençon, les cabines téléphoniques permettent un accès à la communication extérieure en toute confidentialité ; cette pratique devrait être étendue à l'ensemble des unités.

#### 2. BONNE PRATIQUE : ..... 42

Les mineurs disposent d'un poste informatique et ont un accès à internet, selon leur prescription médicale. Cette mesure devrait être généralisée.

#### 3. BONNE PRATIQUE : ..... 43

Les subventions allouées aux associations locales permettent de financer des projets dynamiques et variés, en faveur des patients. Les patients peuvent bénéficier d'avances, grâce au fond de solidarité de l'association « l'Eveil ».

#### 4. BONNE PRATIQUE : ..... 54

Le juge notifie, remet et explique sa décision au patient présent à l'audience, et confie à l'intéressé copie de l'ordonnance contre émargement de l'original.

#### 5. BONNE PRATIQUE : ..... 59

La prise des repas des soignants avec les patients est une pratique thérapeutique commune aux deux unités de L'Aigle qu'il convient de souligner.

#### 6. BONNE PRATIQUE : ..... 60

La gratuité du premier lavage des vêtements portés par le patient et du linge des patients dépourvus de ressources suffisantes sont à souligner et ces mesures à pérenniser.

#### 7. BONNE PRATIQUE : ..... 61

La pratique consistant à accompagner les patients à laver leur linge à la buanderie de l'annexe est un acte thérapeutique qu'il convient de souligner.

#### 8. BONNE PRATIQUE : ..... 62

La régie a mis en place une pratique permettant de répondre aux besoins d'argent des patients, notamment pour des sorties le week-end.

#### 9. BONNE PRATIQUE : ..... 71

Une haie est destinée à protéger les patients de la zone fermée de l'unité Ecouves de la vue des passants.

#### 10. BONNE PRATIQUE : ..... 76

La mise en place d'une infirmière affectée aux activités, dans les deux unités de soins de suite, permet l'organisation de séances de natures diverses et garantit une animation régulière. Il s'agit là d'une bonne mesure qui évite de laisser les patients désœuvrés.

## LES MESURES SUIVANTES DEVRAIENT ETRE MISES EN ŒUVRE

- 1. RECOMMANDATION : ..... 32**

Le document de notification de la mesure d'hospitalisation doit être actualisé et complété pour intégrer l'ensemble des droits du patient, visés à l'article L2311-3 du CSP. Il importe de veiller à ce qu'une copie soit systématiquement remise au patient.
- 2. RECOMMANDATION : ..... 33**

La formation des soignants sur les droits des patients devrait être obligatoire, plus régulière et ouverte à un nombre plus grand de participants.
- 3. RECOMMANDATION : ..... 33**

Le règlement intérieur du CPO doit être mis à jour sans délai et faire l'objet d'une diffusion (affichage, remise) auprès des personnes hospitalisées.
- 4. RECOMMANDATION : ..... 35**

Les informations contenues dans le livret d'accueil doivent être complétées, voire modifiées, en ce qui concerne les droits des patients et le livret d'accueil doit être remis aux patients dans toutes les unités.
- 5. RECOMMANDATION : ..... 35**

Des règles de vie doivent être élaborées pour l'ensemble des unités, faire l'objet d'une remise à chaque patient dès son arrivée, et être affichées dans l'unité et à l'intérieur des chambres.
- 6. RECOMMANDATION : ..... 36**

Il convient de permettre aux patients de désigner systématiquement une personne de confiance et de communiquer aux unités les noms et les coordonnées desdites personnes en leur recommandant de prendre contact avec elles et d'y recourir en tant que de besoin.
- 7. RECOMMANDATION : ..... 39**

L'interdiction des relations sexuelles, à caractère général et absolu, édictée dans les règles de vie de l'unité Rochebrune, doit être levée.
- 8. RECOMMANDATION : ..... 40**

Il n'existe aucune posture professionnelle commune sur la question des relations sexuelles des patients. Il est nécessaire que l'établissement aborde le sujet au niveau des instances telles que le comité d'éthique afin d'adopter une position applicable de façon homogène sur l'ensemble des unités.
- 9. RECOMMANDATION : ..... 45**

L'affiche présentant le rôle de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, annexée à la fiche de procédure traitant de la gestion des plaintes et réclamations, devrait être apposée dans toutes les unités dans un endroit facilement accessible aux patients et aux familles.

**10. RECOMMANDATION : .....46**

Conformément à l'article R.1112-84 du code de la santé publique, un document reproduisant les dispositions des articles R.1112-91 à R.1112-94 et précisant leurs modalités d'application au sein de l'établissement doit être remis à chaque patient avec le livret d'accueil.

**11. RECOMMANDATION .....48**

Pour mieux répondre aux attentes des patients, la qualité des informations qui leur sont délivrées devrait faire l'objet d'un examen, en lien avec la commission des usagers.

**12. RECOMMANDATION : .....49**

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), dont le rôle est primordial pour s'assurer du respect des libertés individuelles et de la dignité des patients, doit impérativement être remise en œuvre.

**13. RECOMMANDATION : .....56**

Les patients, lorsqu'ils sont également détenus, doivent accéder au juge comme tous les autres patients ; et un certificat médical déclarant leur état incompatible avec une audition par le juge ne doit pas être systématiquement établi. Pour l'ensemble des patients, en aucun cas, ils ne doivent être présentés devant le juge en pyjama.

**14. RECOMMANDATION : .....58**

Il est nécessaire de créer un poste de diététicien à Alençon dans le cadre de la planification des repas, actuellement assurée par le chef de cuisine.

**15. RECOMMANDATION : .....58**

Le catalogue ne permet pas de commander des aliments spécifiques aux enfants (céréales par exemple). Il est essentiel de prévoir une alimentation adaptée et suffisante pour ces derniers.

**16. RECOMMANDATION : .....60**

L'établissement doit mettre à disposition de tous les patients, et notamment des mineurs, des tailles de pyjama adaptées. Les stocks doivent être suffisamment approvisionnés de pyjamas de toutes les tailles.

**17. RECOMMANDATION : .....62**

L'inventaire des biens des patients n'est pas fait par tous les infirmiers. Il est souhaitable d'appliquer la même procédure dans l'ensemble des unités.

**18. RECOMMANDATION : .....62**

Les pratiques diffèrent selon les unités en ce qui concerne la gestion de l'argent des patients. Il serait souhaitable que les patients disposent de coffres individuels sécurisés dans leur chambre, avec une clé à leur disposition.

**19. RECOMMANDATION : .....63**

La participation des mandataires aux réunions de synthèse est souhaitable.

**20. RECOMMANDATION : .....64**

La gestion du tabac n'est pas effectuée de manière homogène. Il est nécessaire d'engager une réflexion commune à ce sujet au sein des unités notamment dans le cadre de l'élaboration des règles de vie.

**21. RECOMMANDATION : ..... 64**

Il conviendrait de mener une réflexion pour l'ouverture d'un lieu de convivialité sur le site d'Alençon.

**22. RECOMMANDATION : ..... 65**

La rénovation des lieux accueillant la bibliothèque à Alençon doit être envisagée afin de rendre ce lieu plus attractif. Une politique d'achat d'ouvrages devrait aussi être menée dans ce sens.

**23. RECOMMANDATION : ..... 73**

A l'unité Rochebrune, le troisième couchage installé dans deux chambres à deux lits devrait être retiré afin de maintenir des conditions dignes d'hospitalisation.

**24. RECOMMANDATIONS DU CONTROLE DE 2009 SUR LE SITE DE L'AIGLE, NON SUIVIES : ... 82**

L'accès à un espace de promenade et de détente, protégé et propre au secteur, devrait être aménagé. L'établissement dispose d'un domaine adéquat.

Les patients doivent pouvoir disposer d'une clé du placard de leur chambre.

Les patients doivent pouvoir accéder quotidiennement à des activités.

La localisation et la conception de la cabine téléphonique doivent assurer la confidentialité des communications.

Les mises en isolement doivent être consignées précisément.

**25. RECOMMANDATION : ..... 88**

Les mineurs doivent être accueillis dans des locaux permettant une prise en charge adaptée, une possibilité de se mouvoir et de sortir de façon correcte et quotidienne. Ils doivent se voir offrir des activités, notamment scolaires, structurant leur temps d'hospitalisation.

**26. RECOMMANDATION : ..... 89**

Les patients placés à l'isolement doivent pouvoir rencontrer un médecin généraliste.

**27. RECOMMANDATION : ..... 90**

Le projet médico-soignant 2014-2018 ne fait à aucun moment référence à la prise en charge somatique des patients en hospitalisations complète. Un projet médical dans ce domaine ainsi qu'un renforcement des moyens (kinésithérapeutes, diététicien...) permettraient de mieux répondre aux besoins des patients, à la qualité de la prévention et des soins somatiques.

**28. RECOMMANDATION : ..... 94**

La dispensation des médicaments doit être individuelle et respecter les règles de confidentialité.

**29. RECOMMANDATION : ..... 98**

Les chambres d'isolement doivent être équipées de sanitaires.

**30. RECOMMANDATION : ..... 103**

La procédure relative à la mise sous contention doit être finalisée et être diffusée au sein des équipes. Elle doit couvrir toutes les situations, quel que soit le lieu d'isolement : chambre d'isolement,

chambre d'apaisement, fermeture de la chambre du patient et respecter le renouvellement de la prescription toutes les 24 heures ainsi que la surveillance infirmière soutenue. Les prescriptions « si besoin » doivent être proscrites.

Un plan de prévention/limitation de l'isolement et de la contention devrait être inclus dans le projet médico-soignant.

---

## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE .....</b>	<b>2</b>
<b>OBSERVATIONS .....</b>	<b>5</b>
<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>10</b>
<b>1. LES CONDITIONS DE LA VISITE .....</b>	<b>14</b>
<b>2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT .....</b>	<b>16</b>
2.1 UNE ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE DANS UN DEPARTEMENT RURAL.....	16
2.2 UNE ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT FAITE DE SUCCESSIONS HISTORIQUES .....	17
2.3 UN ETABLISSEMENT INVESTI DANS UNE DYNAMIQUE DE CONSTRUCTION DU PROJET MEDICO-SOIGNANT MAIS INQUIET QUANT AUX FUTURES REORGANISATIONS.....	18
2.4 GRACE AU RECRUTEMENT DE PSYCHIATRES ETRANGERS, AUCUN DEFICIT N'EXISTE ; L'ETABLISSEMENT A HARMONISE LES REGLES DE FONCTIONNEMENT DANS LES POLES ET CONNAIT UN ABSENTEISME FAIBLE .....	22
2.4.1 Les effectifs .....	22
2.4.2 Le service de nuit .....	25
2.4.3 La gestion des ressources humaines .....	25
2.5 LE BUDGET, EN QUASI-EQUILIBRE, RESTE TRES FRAGILE .....	26
2.6 UNE ACTIVITE EN LEGERE BAISSSE SUR LE POLE CENTRE QUI CONNAIT PAR AILLEURS UNE AUGMENTATION DES HOSPITALISATIONS SOUS CONTRAINTE .....	28
<b>3. L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT ET L'EXERCICE DES DROITS.....</b>	<b>30</b>
3.1 L'ARRIVEE DES PATIENTS, MAJORITAIREMENT EN PROVENANCE DES URGENCES, EST GEREE AU NIVEAU DES UNITES, SOUS LE CONTROLE ADMINISTRATIF VIGILANT DU BUREAU DES ENTREES .....	30
3.1.1 Les modalités d'admission .....	30
3.1.2 La notification de la décision d'admission et les voies de recours .....	30
3.1.3 La période initiale de soins et d'observation .....	32
3.1.4 Les cas de sur-occupation et de transfert .....	32
3.2 L'INFORMATION DES PATIENTS EST PEU ENCADREE, CONFIEE A UN PERSONNEL INSUFFISAMMENT AU FAIT DES DROITS DES PATIENTS .....	33
3.2.1 Le règlement intérieur .....	33
3.2.2 Le livret d'accueil de l'établissement .....	34
3.2.3 Les règles de vie des unités de soins .....	35
3.3 DES RESTRICTIONS DES DROITS VARIABLES D'UNE UNITE A L'AUTRE, PARFOIS AVEC PEU DE FONDEMENTS MEDICAUX ET QUI MERITERAIENT UNE REFLEXION COLLECTIVE.....	36
3.3.1 L'inventaire et la conservation des effets personnels.....	36
3.3.2 La désignation d'une personne de confiance.....	36
3.3.3 L'accès au dossier médical .....	36
3.3.4 La protection juridique des majeurs .....	37
3.3.5 L'exercice du culte.....	38
3.3.6 La confidentialité des hospitalisations .....	38
3.3.7 Le libre choix du médecin psychiatre .....	38
3.3.8 Les relations sexuelles.....	38
3.3.9 La communication avec l'extérieur. ....	40
3.4 DES ASSOCIATIONS BIEN IMPLANTEES AU SEIN DU FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT .....	42
3.4.1 Les associations de famille, affiliées ou non à l'union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM) :.....	42
3.4.2 Les associations locales .....	43
3.5 LA COMMISSION DES USAGERS ASSOCIE ETROITEMENT LES REPRESENTANTS DES ASSOCIATIONS. TOUTEFOIS, L'EXAMEN DES DIFFERENTS INCIDENTS FAIT APPARAITRE UN NOMBRE ELEVE DE	

RECLAMATIONS A L'UNITE MEDAVY ET QUE, GLOBALEMENT, LES INFORMATIONS FOURNIES PAR L'ETABLISSEMENT NE REPONDENT PAS TOUJOURS AUX ATTENTES DES PATIENTS. ....	44
3.5.1 La commission des usagers .....	44
3.5.2 Les plaintes et réclamations.....	46
3.5.3 Les événements indésirables .....	47
3.5.4 Les questionnaires de satisfaction .....	47
<b>3.6 UN CONTROLE PAR LA CDSP ACTUELLEMENT SUSPENDU MAIS UN SUIVI DES AUTORITES EFFECTIF, UN COMITE D'ETHIQUE ACTIF ET UN REGISTRE DE LA LOI TENU AVEC SOIN .....</b>	<b>48</b>
3.6.1 La visite des autorités.....	48
3.6.2 La commission départementale des soins psychiatriques .....	48
3.6.3 Le comité d'éthique .....	49
3.6.4 Les registres de la loi sont tenus avec soin et renseignés à bref délai, mais ne sont pas visés des autorités.....	50
<b>3.7 LES SORTIES DE COURTES DUREES SONT FAVORISEES, FAISANT PARTIE DU PROJET DE SOINS .....</b>	<b>51</b>
3.7.1 Les sorties accompagnées d'une durée inférieure à 12 heures .....	51
3.7.2 Les sorties non accompagnées d'une durée maximum de 48 heures.....	51
3.7.3 Les cas d'opposition écrite du représentant de l'Etat .....	52
<b>3.8 LA LEVEE DES MESURES DE SOINS NE FAIT L'OBJET QUE DE PEU D'OPPOSITION DU PREFET. LE COLLEGE DES PROFESSIONNELS DE SANTE EST A L'ECOUTE DE LA PAROLE DES SOIGNANTS. ....</b>	<b>52</b>
3.8.1 L'avis préalable des médecins psychiatres .....	52
3.8.2 L'avis conjoint.....	52
3.8.3 Le collège des professionnels de santé .....	52
<b>3.9 LE CONTROLE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION : UNE PROCEDURE BIEN RODEE, PREPAREE EN CONCERTATION ENTRE LE JUGE ET L'HOPITAL ET RESPECTUEUSE DES DROITS DE LA DEFENSE MAIS DES CONDITIONS DE PRESENTATION QUI DOIVENT DAVANTAGE RESPECTER LA DIGNITE DU PATIENT ET LES DROITS DES DETENUS.....</b>	<b>53</b>
<b>4. LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION .....</b>	<b>57</b>
<b>4.1 LES CONDITIONS MATERIELLES DE VIE COMMUNES A TOUS LES SECTEURS .....</b>	<b>57</b>
4.1.1 La restauration : une organisation et un fonctionnement de qualité globalement adapté aux patients ..	57
4.1.2 La blanchisserie – linge : les dispositions prises respectent les normes en vigueur.....	59
4.1.3 L'argent des patients.....	61
4.1.4 La gestion du tabac et des produits toxiques.....	63
4.1.5 La sécurité .....	64
4.1.6 L'accès aux lieux collectifs.....	64
4.1.7 Les transports.....	65
<b>4.2 L'UNITE MEDAVY, ACCUEILLE LES ENTRANTS DU SITE D'ALENÇON POUR UNE COURTE DUREE ; LE PROJET DE SOINS TOURNE VERS LA STABILISATION ET LA PREPARATION DE LA SORTIE LIMITE LES ACTIVITES, MAIS FAVORISE LES SORTIES DE COURTES DUREES. ....</b>	<b>65</b>
<b>4.3 LES DEUX UNITES DE SOINS DE SUITE A ALENÇON, (ECOUVES ET ROCHEBRUNE) DISPOSENT DE LOCAUX PROPRES ET EN BON ETAT MAIS LEUR MODE DE FONCTIONNEMENT SE DIFFERENCIE NOTABLEMENT SUR DIVERS POINTS DE LA VIE QUOTIDIENNE ALORS QU'ELLES REÇOIVENT UNE POPULATION COMPARABLE.....</b>	<b>69</b>
4.3.1 Ecouves .....	69
4.3.2 Rochebrune .....	72
4.3.3 Le fonctionnement des deux unités de soins de suite .....	75
<b>4.4 L'UNITE LES ARCIS ACCUEILLE DES PATIENTS CHRONIQUES ENCADRES ET ACCOMPAGNES PAR DES SOIGNANTS IMPLIQUES ET DISPONIBLES .....</b>	<b>77</b>
<b>4.5 LE SITE DE L'AIGLE EST EXCENTRE MAIS INTEGRE DANS LE PROJET D'ETABLISSEMENT DU CPO.....</b>	<b>78</b>
<b>4.6 UNE UNITE D'HOSPITALISATION PEDOPSYCHIATRIQUE TRES PEU ADAPTEE A LA PRISE EN CHARGE D'ENFANTS.....</b>	<b>83</b>
<b>4.7 DES SOINS SOMATIQUES QUI MERITERAIENT DE FAIRE L'OBJET D'UN PROJET MEDICAL ET QUI NECESSITERAIENT D'ETRE RENFORCES.....</b>	<b>88</b>

4.7.1	Organisation de la prise en charge des soins somatiques.....	88
4.7.2	Les thérapies non médicamenteuses.....	90
4.7.3	La pharmacie.....	94
4.7.4	Le comité de lutte contre la douleur (CLUD).....	94
4.8	LE RECOURS A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION .....	95
4.8.1	La contention .....	95
4.8.2	L'isolement.....	95
4.9	L'ADMISSION DES PERSONNES DETENUES PRIVILEGIE LES MESURES DE SECURITE SYSTEMATIQUES PLUTOT QUE LA LOGIQUE DE SOINS ET ECHAPPE, POUR L'ESSENTIEL, AU CONTROLE DU JLD.....	103
5.	<b>L'AMBIANCE GENERALE.....</b>	<b>104</b>

---

# Rapport

## Contrôleurs :

Adidi ARNOULD, cheffe de mission ;  
Muriel LECHAT, contrôleure ;  
Bénédicte PIANA, contrôleure ;  
Hubert ISNARD, contrôleur ;  
Michel CLEMOT, contrôleur ;  
Bruno REMOND, contrôleur ;

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, six contrôleurs ont effectué une visite du centre psychothérapeutique de l'Orne (61) du 9 au 13 mai 2016.

## 1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés au centre hospitalier, situé au 31 rue Anne Marie Javouhey à Alençon (Orne), le 9 mai 2016 à 16h30. Ils en sont partis le 13 mai à 11h30.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par le directeur de l'établissement.

Une réunion de début de visite a pu être organisée le 9 mai 2016 à 16h30 avec :

- le directeur de l'établissement, le directeur des soins, la directrice des ressources humaines, le directeur des systèmes d'information et deux responsables administratifs ;
- la chef de pôle de psychiatrie adulte et la chef de pôle de psychiatrie infanto-juvénile, deux cadres de pôle, un praticien hospitalier, le médecin DIM<sup>2</sup> ;
- le directeur des services économiques et financiers, le responsable des services technique, la contrôleur de gestion ;
- le responsable de l'aumônerie catholique ;
- le vice-président de l'association de représentants des usagers ;
- les représentants syndicaux (deux élus pour la CFDT, trois pour la CGT, un pour l'UNSA).

Les contrôleurs ont rencontré le président du conseil de surveillance de l'établissement.

Les contrôleurs ont, en outre, eu un entretien téléphonique avec : la présidente du tribunal de grande instance (TGI) d'Alençon, en sa qualité de juge des libertés et de la détention (JLD) ; le bâtonnier, le directeur de cabinet du préfet, la direction de l'agence régionale de santé (ARS) de Caen (Calvados).

Une visite du site de l'Aigle a été organisée le 11 mai 2016.

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

L'affichette annonçant leur visite a été diffusée dans les services de soins et les lieux collectifs.

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

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été reçues, à leur demande, par les contrôleurs.

Une réunion de restitution a eu lieu le 13 mai 2016, en présence de la directrice des ressources humaines, la chef de pôle, deux cadres supérieurs de santé, la contrôleur de gestion.

---

<sup>2</sup> Département d'information médicale.

Un rapport de constat a été adressé au directeur général du centre psychothérapeutique. Ce dernier, ainsi que le directeur des soins, ont transmis, en date du 26 octobre 2017, des observations qui ont été intégrées dans le présent rapport.

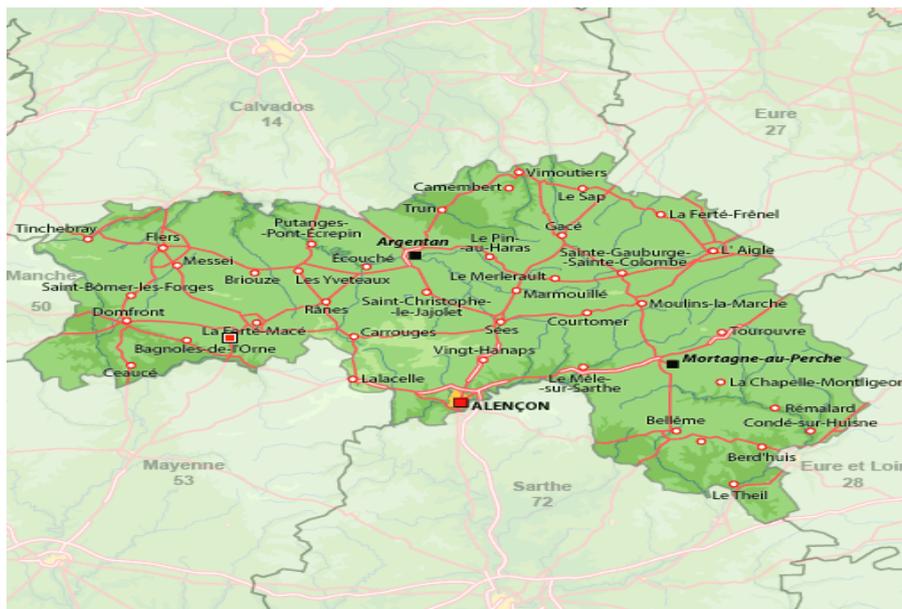
## 2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

### 2.1 UNE ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE DANS UN DEPARTEMENT RURAL

Le département de l'Orne qui compte 290 000 habitants<sup>3</sup> est un département à dominante rurale dont la densité de population est en dessous de la moyenne nationale, les zones les plus densément peuplées sont autour des trois villes moyennes dépassant les 10 000 habitants, Alençon, Flers, et Argentan. La population est stable et vieillissante, pour ce territoire qui est le bassin le plus petit de la région Normandie.

La desserte des transports en commun (bus, TER) est limitée. L'autoroute A28 qui relie le Nord de la France et rejoint l'A10 traverse l'Orne selon un axe Nord/Sud entre Rouen (Seine-Maritime) et Le Mans (Sarthe). Elle dessert Alençon comme la N12, axe reliant Paris à Brest (Finistère) par Rennes (Ille-et-Vilaine). C'est la seule route nationale qui reste dans le département, les sept autres routes sont départementales.

En ce qui concerne les liaisons ferroviaires, la ligne Caen – Tours (Indre-et-Loire) est une transversale Nord/Sud reliant les villes de Caen, Alençon, Le Mans et Tours. Elle permet de connecter ces villes aux métropoles régionales que sont Caen et Le Mans, et également au pôle TGV de la gare du Mans par treize allers-retours quotidiens.



L'offre médicale privée est quasiment absente du territoire de l'Orne qui rencontre une problématique importante d'attractivité et se caractérise par une faible densité de médecins libéraux à la fois psychiatres mais aussi généralistes. Par contre, le département bénéficie de nombreuses structures pour la prise en charge de personnes handicapées et des personnes âgées.

Le département est découpé en quatre secteurs de psychiatrie générale (secteurs G01, G02, G03, G04) et deux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

<sup>3</sup> Source : INSEE 2012.

Le centre psychothérapique de l'Orne (CPO) assure la prise en charge en santé mentale en étant structuré autour de cinq pôles composés de trois secteurs adultes et des deux inter-secteurs de pédopsychiatrie réunis en un seul pôle. Au total, ce sont 180 000 adultes qui sont desservis actuellement par les trois secteurs adultes du CPO et près de 70 000 enfants, soit environ 86 % de la population de l'Orne.

Le secteur de L'Aigle (G04), distant de 60 km, a été détaché du site du CPO en 1975 et y a été ensuite rattaché le 1<sup>er</sup> janvier 2009.

Le secteur de Flers (G03) n'est plus rattaché au CPO depuis 1990. Outre le CPO, établissement de référence de son territoire, le département compte à l'Ouest le CH de Flers en charge du 4<sup>ème</sup> pôle de psychiatrie du département et environ 70 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Une des caractéristiques principales de ce département est l'éloignement des villes, l'éclatement des bassins de vie. Le temps de déplacement est une problématique à prendre en compte pour les patients, leurs familles et les soignants, comme l'indique, en kilomètres, le tableau distancier ci-dessous :

communes	Alençon	Bellême	Mortagne	L'Aigle	Gacé	Vimoutiers	Argentan	La Ferté	Domfront	Flers
Alençon		40	40	62	48	65	43	43	61	72
Bellême	40		17	47	58	77	65	86	106	109
Mortagne	40	17		30	42	60	58	82	102	102
Argentan	43	66	55	55	28	30		32	54	44
La Ferté	43	86	79	88	61	63	42		22	26
Gacé	50	58	41	28		49	28	60	84	77
Domfront	61	106	99	111	84	86	54	23		21
L'Aigle	62	47	30		27	41	55	88	111	101
Vimoutiers	70	82	60	42	19		30	62	86	72

## 2.2 UNE ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT FAITE DE SUCCESSIONS HISTORIQUES

Alençon, ville de plus de 27 000 habitants, est située en limite Sud du département de l'Orne à mi-chemin entre Paris et Rennes, respectivement à 192 et 158 km. Caen, la capitale régionale est à 119 km et Rouen à 161 km, le Mans n'est éloigné que de 54 km.

Le CPO est implanté en plein centre-ville et à 1,6 km de la gare SNCF. L'entrée principale, rue Anne-Marie Javouhey, permet l'accès pour les piétons, les véhicules légers et les camions de livraison. L'entrée est équipée de barrières de sécurité qui peuvent être actionnées à distance par le personnel de la conciergerie ; le stationnement est aisé, soit devant le CPO qui dispose de quelques places de parking, soit au sein de l'emprise du domaine où les places sont nombreuses. Une entrée privative, depuis la rue Giroye, est en dehors de l'emprise du CPO, utilisée par la maison rurale et familiale (MFR) actuellement locataire d'un bâtiment.

Le terrain sur lequel est édifié le CPO, forme un rectangle sur une emprise de 12 hectares et est entouré d'un mur d'enceinte d'une hauteur de 2 mètres. Des espaces verts nombreux au sein de l'établissement sont parfaitement entretenus et rendent le parc agréable à parcourir.

Dès 2010, dans le cadre de la refonte du **projet d'établissement**, a été élaborée une étude de faisabilité et de pré-programmation de la restructuration du patrimoine immobilier du site principal d'Alençon. Un phasage de travaux a été projeté sur 13 ans (2013 à 2026).

Ainsi, plusieurs bâtiments ont été restructurés en vue de permettre une mise en conformité par rapport à l'orientation de prise en charge décidée par le projet médico-soignant. Certaines activités ont été déménagées sur d'autres locaux ; ce qui a induit parfois le transfert des patients qui, selon les propos recueillis ont, pour certains, eu beaucoup de mal à se réadapter.

Le CPO dispose d'une salle de spectacle qui est louée à des associations et aux établissements scolaires pour des projections cinématographiques ou des spectacles. Le site accueille une maison d'accueil spécialisée (MAS) « les passereaux ».

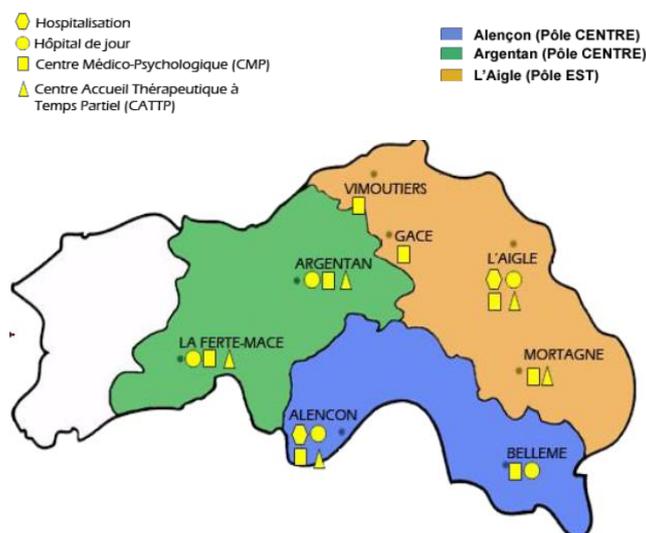
Au moment du contrôle, un marché est en passe d'être conclu pour la réactualisation du plan de masse, à ce jour non conforme suite aux différentes restructurations.

Le bâtiment « Letailleur » du site de l'Aigle était mis à disposition du CPO dans le cadre d'une convention de location avec le centre hospitalier de l'Aigle.

### 2.3 UN ETABLISSEMENT INVESTI DANS UNE DYNAMIQUE DE CONSTRUCTION DU PROJET MEDICO-SOIGNANT MAIS INQUIET QUANT AUX FUTURES REORGANISATIONS

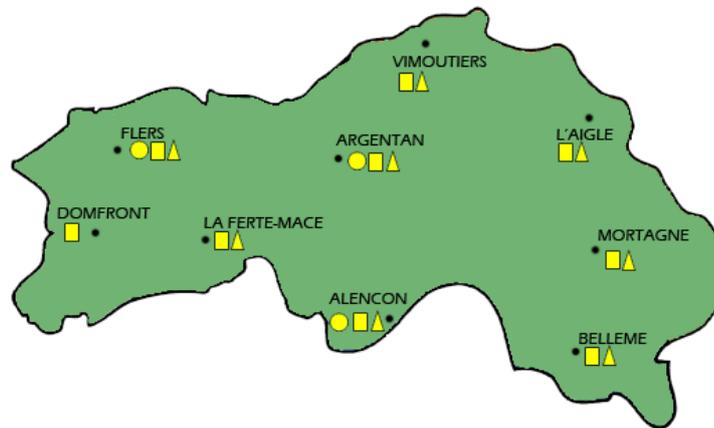
Le CPO de l'Orne est un établissement qui accueille des patients adultes sur les deux tiers du département et des enfants, adolescents sur la totalité du département. Le centre hospitalier dispose de 147 lits d'hospitalisation complète, répartis sur deux sites, 94 places d'hôpitaux de jour, des places en familles d'accueil, 30 places de maison d'accueil spécialisée.

Il comprend cinq pôles ; deux pôles territoriaux de psychiatrie adultes (pôle Centre et pôle Est), un pôle territorial de pédopsychiatrie, un pôle transversal (regroupant des filières ou activités dont le champ d'action s'adresse à tous les patients du territoire) et un pôle ressources (administration, services techniques, médico-technique...).



Carte des secteurs de psychiatrie adultes, CPO Alençon.

- Hôpital de jour
- Centre Médico-Psychologique (CMP)
- ▲ Centre Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP)



*Carte de l'inter-secteur infanto-juvénile de l'Orne.*

Le processus du parcours du patient est défini dans le « projet médico-soignant 2014-2018 de l'établissement » qui a été élaboré au regard des orientations nationales et régionales, de l'identification des besoins de la population et de l'offre de soins. Son objectif principal est de faire évoluer l'hospitalisation du site d'Alençon d'un modèle d'organisation par secteur – sans synergie de compétences, ni de moyens – à un modèle intégré. Ainsi, une réorganisation des unités d'hospitalisation G01 et G02 du site d'Alençon propose une prise en charge homogène, quelque soit le secteur géographique d'origine du patient, des différents types de soins proposés en intrahospitalier et regroupe ainsi : l'unité d'entrée, les unités de suite et l'unité de patients au long cours.

Ce travail, mené par l'accompagnement d'un cabinet de conseil en matière de politiques de santé, s'est décliné par la mise en œuvre de 31 fiches action relevant d'un responsable et regroupant une équipe de professionnels qui a formulé des propositions, sur la thématique travaillée, selon un calendrier prédéfini. Ce projet sert désormais de guide pour l'organisation institutionnelle du CPO. Pour une actualisation constante, les responsables de projet réunissent régulièrement les groupes de travail.

Ainsi, un travail conséquent, débuté en 2013, a permis la réorganisation de l'architecture de la psychiatrie par la refonte du projet de soins, dont les idées fortes sont :

- la réduction des capacités d'accueil en intrahospitalier et le développement de l'orientation vers l'extrahospitalier ;
- une hospitalisation en psychiatrie la plus courte possible et qui ne doit être vue que comme « un accident » de parcours ;
- éviter « d'emboliser » des lits par des patients relevant du secteur médico-social.

Ce projet a été validé par l'ARS en décembre 2014 et, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015, les unités fonctionnelles du CPO présentes sur le site d'Alençon sont :

- le pôle « infanto-juvénile »: deux inter-secteurs infanto-juvénile composé de 5 lits d'hospitalisation adolescents (UHA), 22 places d'hôpitaux de jour enfants et adolescents, 8 centres médico-psychologiques et 8 centres d'accueil thérapeutique à temps partiel. Il concerne un bassin de population de 68 931 habitants ;
- le pôle « transversal » intersectoriel composé notamment : de places en accueil thérapeutique, centre de thérapie familiale, ateliers thérapeutiques et des activités, de la filière soins santé-justice, de la filière thérapie non médicamenteuse, des réseaux et partenariats ;
- le pôle « Centre » dont le ressort géographique regroupe : Alençon, la Ferté-Macé, Argentan, concerne un bassin de population de 95 865 habitants et comprend :
  - un service d'admission « Medavy» (cf. § 4.2);
  - deux services de soins de suite et projet à moyen terme « Ecouves » avec une partie ouverte et une fermée (zone de nuit à l'étage et une zone de jour au rez-de-chaussée) (cf. § 4.3.1) ; et «Rochebrune», un service ouvert (cf. § 4.3.2)
  - un service de patients hospitalisés au long cours « Les Arcis » (cf. § 4.4) ;
  - deux hôpitaux de jour : « Le Vignage » et« L'USJ ».

A la même date, les unités fonctionnelles sur le site de L'Aigle, pôle « Est » dont le ressort géographique regroupe L'Aigle, Mortagne, Bellême et qui concerne un bassin de population de 72 723 habitants, sont :

- deux services mixtes, entrée et hospitalisation au long cours : les unités « Fontenil » (service fermé) et « Saint-Evroutl » (service ouvert) (cf. § 4.5);
- un hôpital de jour ;

Les secteurs « Centre » et « Est » regroupent 142 lits d'hospitalisation, 72 places d'hôpitaux de jour, 7 centres médico-psychologiques et 7 centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP).

Le nouveau modèle des soins étant fondé sur la proximité géographique, le CPO compte 13 structures extrahospitalières adultes et 12 pour les enfants, en faveur d'un maillage territorial resserré.

L'organisation géographique des différents secteurs du CPO est fonction des évolutions historiques, des conceptions des chefs de service du territoire et se traduisent par une articulation de chaque secteur en deux ou trois sous-secteurs. Les configurations géographique et historique impactent les propositions en ambulatoire et parfois la productivité des professionnels, notamment par le temps réellement disponible pour les patients du fait du temps de transport provoqué par l'éclatement sur plusieurs structures (cf. § 2.2).

Une grande partie des patients est prise en charge en ambulatoire. Le projet a pour objectif à la fois une amélioration de la qualité de la prise en charge et le regroupement de moyens. La baisse des effectifs de personnels en intra-hospitalier permet le soutien des équipes extrahospitalières (un tiers des postes supprimés y a été réorientés, cf. § 2.4.1). Pour optimiser les moyens, certains CMP étant faiblement dotés en personnels compte tenu de la démographie de leur territoire, il a été procédé au positionnement de CMP « pivots de secteur ». Ils sont chargés d'assurer la coordination des « parcours patient » et d'être ordonnateur des ressources pour organiser l'accès au professionnel adéquat dans des CMP de proximité (accueil téléphonique, orienter les nouvelles demandes, prendre des rendez-vous, organiser la présence de certaines catégories de professionnels sur rendez-vous, coordonner la psychiatrie de liaison, assurer la gestion de situation de crise).

Les CMP de proximité sont localisés auprès de partenaires locaux : médecins généralistes, centres communaux d'action sociale, unités territoriales d'action sociale.

Ainsi, neuf CMP « pivots » associés à un hôpital de jour et CATTP sont répartis sur le département :

- cinq « CMP pivots adultes » : Alençon, Argentan, l'Aigle, Mortagne-au-Perche, la Ferté-Macé ;
- « CMP pivots enfants » : Alençon, Argentan, l'Aigle ou Mortagne-au-Perche, la Ferté-Macé, Flers ;

Et huit CMP de proximité :

- trois « CMP de proximité adultes » : Gacé, Vimoutiers, Bellême ;
- cinq « CMP de proximité enfants » : Domfront, Vimoutiers, Bellême, l'Aigle, la Ferté-Macé.

Les territoires de proximité sont priorisés afin de suivre le patient d'abord au plus près de son lieu de vie. Le CMP pivot a pour mission d'organiser la gestion de l'équipe mobile et des visites à domicile, la recherche de logements adaptés pour les personnes dans la précarité et pour les personnes âgées.

Des conventions ont été signées avec des EPHAD pour faciliter l'orientation de personnes âgées qui ne relèvent pas de l'hospitalisation psychiatrique. Lors de la mise en œuvre du projet, sur 31 personnes réorientées, 25 l'ont été en EPAHD. Selon les propos recueillis, les familles des patients ont été associées et aucune difficulté n'a été rencontrée. Cependant, le compte rendu de la réunion de la CME, en date du 27 mars 2015, fait état d'une situation dans laquelle une famille a refusé l'orientation d'un patient en maison de retraite. En réponse, la direction de l'établissement a indiqué « avoir envoyé un courrier en recommandé avec accusé de réception à la famille, et que, si nous n'avons pas de réponse de leur part sous 15 jours, ce patient sera conduit chez son fils le 3 avril au soir ». Certains personnels ont par ailleurs déclaré « avoir eu le sentiment que cette restructuration a été un peu trop rapide pour certains patients qui en ont souffert ». Néanmoins, le projet a paru bien intégré et connu de l'ensemble des personnels pour lesquels il fait référence.

Communauté médicale, cadres administratifs et personnels soignants ont fait part, aux contrôleurs, de leur crainte quant aux évolutions à venir suite à la mise en œuvre de l'article 107 de la loi du 26 janvier 2016<sup>4</sup> *prévoyant la constitution des groupements hospitaliers de territoire (GHT)*. Ces GHT « doivent permettre la mise en place d'une stratégie de groupe entre établissements publics de santé afin de garantir l'égal accès à des soins de qualité et sécurisés, par l'adoption d'un projet médical partagé(...) et la mutualisation de fonctions supports pour gagner en performance économique ».

Par courrier du 2 mai 2016, l'ARS de Normandie indique au CPO dans quels périmètres (rattachement à quatre établissements ; donc, selon les propos recueillis, « quatre stratégies médicales différentes ») et selon quel calendrier les conventions constitutives de GHT doivent être signées par l'ensemble des parties au plus tard le 29 juin 2016.

Alors que le projet médico-soignant a posé des difficultés de mise en œuvre, qu'il a représenté une réforme de fond de l'offre de soins, qu'il n'est ni finalisé ni stabilisé, le redécoupage des territoires donne le sentiment aux professionnels que leurs efforts ont été vains et qu'à l'avenir ce sont la spécificité et la qualité de l'intervention en psychiatrie qui seront détériorées.

Selon les propos recueillis, la psychiatrie « est échaudée par les rapprochements avec l'hôpital général qui sont souvent menés au détriment du budget consacré à la psychiatrie, comme à L'Aigle. Par ailleurs, cette réforme arrive à la suite d'une importante restructuration qui a mis à contribution un personnel qui risque désormais de perdre confiance sur ce qui peut leur être annoncé au sein du CPO ».

Les chefs de pôle et médecins psychiatres ont obtenu un rendez-vous auprès de l'ARS afin d'exprimer leurs inquiétudes sur la mise en œuvre de cette réorganisation et porter une des propositions présentées par la direction lors de réunion du comité d'éthique du 5 février 2016 : un GHT regroupant soit l'intégralité du département de l'Orne (avec les CH de Flers et Argentan) ou un GHT regroupant les départements du Calvados et de l'Orne.

Le rapport de visite des experts de la Haute autorité de santé (HAS), de mars 2016, prononce la certification de l'établissement avec certaines recommandations concernant : les droits des patients, la gestion du dossier patient et le management de la prise en charge médicamenteuse.

## **2.4 GRACE AU RECRUTEMENT DE PSYCHIATRES ETRANGERS, AUCUN DEFICIT N'EXISTE ; L'ETABLISSEMENT A HARMONISE LES REGLES DE FONCTIONNEMENT DANS LES POLES ET CONNAIT UN ABSENTEISME FAIBLE**

### **2.4.1 Les effectifs**

#### **a) Le personnel médical**

Le centre hospitalier dispose de trente-six professionnels médicaux, pour un total de trente et un ETP, qui se répartissent ainsi :

---

<sup>4</sup> Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

	Praticiens hospitaliers		Praticiens attachés		Praticiens contractuels		Médecin du travail		Total	
	Effectif	ETP	Effectif	ETP	Effectif	ETP	Effectif	ETP	Effectif	ETP
Pôle Centre	7	5,50	7	5,70	1	1	/	/	15	12,20
Pôle Est	3	2,10	3	3	1	0,20	/	/	7	5,30
Pôle de pédopsychiatrie	2	1,50	5	5	1	0,40			8	6,90
Pôle ressources	1	1	/	/	/	/	1	1	2	2
Pôle transversal	7	2,70	5	1,40	1	0,50			13 <sup>5</sup>	4,60

Aucun déficit en médecin n'a été signalé. Un poste supplémentaire a été récemment créé au sein du pôle Est et une évaluation était en cours, à la date de la visite, pour savoir s'il convenait d'augmenter le nombre des médecins du pôle de pédopsychiatrie.

Pour combler des vacances en psychiatrie « adultes », liées à des départs à la retraite et d'autres faisant suite à la réorganisation, des recrutements ont été confiés à un cabinet spécialisé. Sept psychiatres espagnols ont ainsi rejoint le CPO en 2015 ; ils ont suivi des formations pour maîtriser le français. Ces mouvements expliquent l'évolution du nombre moyen des ETP constatée au cours des trois dernières années, avec une forte baisse en 2014 et une reprise en 2015 :

2013	2014	2015
30,15 ETP	25,47 ETP	27,68 ETP

L'effectif des médecins est stabilisé depuis les dernières arrivées datant de fin 2015.

#### b) *Le personnel non médical*

En mars 2016, les effectifs des pôles (toutes catégories confondues) étaient les suivants :

Pôle	Ressources	Transversal	MAS	Centre	Est	Pédopsychiatrie	Total
ETP	122,6	55,22	38,43	217,91	82,28	123,50	639,94

Au sein du pôle Centre, les effectifs étaient ainsi répartis :

Unités	Bureau de pôle	Médavy	Ecouves	Rochebrune	Arcis	Structures extrahospitalières (CMP, CATT, HJ, urgences)	Total
ETP	2,45	39,30	38,59	31,83	40,86	64,88	217,91

<sup>5</sup> Neuf d'entre eux sont affectés au pôle Centre et interviennent au pôle transversal dans un rôle de référent au sein de filières médicales des équipes par rapport aux patients et par rapport aux autres médecins (par exemples : référent du centre de traitement de l'anxiété, du centre de thérapie familiale, du sport adapté ; référent de l'accueil familial thérapeutique ; référent des structures alternatives à l'hospitalisation...).

Au sein du pôle Est, les effectifs étaient ainsi répartis :

Unités	Bureau de pôle	Fontenil	Saint-Evroult	Structures extrahospitalières (CMP, CATTTP, HJ)	Total
ETP	4	24,58	25,48	28,22	82,28

Au sein du pôle de pédopsychiatrie, les effectifs étaient ainsi répartis :

Unités	Bureau de pôle	Unité pour adolescents	Structures extrahospitalières (CMP, CATTTP, HJ)	Total
ETP	2,70	15,12	105,68	123,50

Après la réorganisation intervenue en 2015, des effectifs cibles ont été définis pour chaque unité en tenant compte de ses spécificités et en intégrant un taux d'absentéisme de 10 %.

Pôle	Unité de soins	Nombre de lits	Infirmiers (ETP)	Aides-soignants (ETP)	Total (ETP)	Ratio (ETP/lit)
Centre	Médavy	30	23,75	7,98	31,73	1,06
	Rochebrune	24	11,88	8,61	20,49	0,85
	Ecouves	26	15,77	10,56	26,33	1,01
	Arcis	26	11,88	14,45	26,33	1,01
Pédopsychiatrie	Adolescents	5	6,67	6,67	13,34	2,67
Est	Saint-Evroult	20	11,88	6,67	18,55	0,93
	Fontenil	16	11,88	6,67	18,55	1,16

Lors de la réduction du nombre de lits, les effectifs ont diminué et les gains ont été utilisés ainsi : deux tiers pour renforcer les structures ambulatoires et un tiers pour faire des économies. Il a été précisé qu'aucune fin de contrat n'a été décidée pour résorber le sureffectif (sept infirmiers ou infirmières, à la date de la visite) et qu'aucune mobilité forcée n'a été effectuée. Mais les organisations syndicales ont indiqué aux contrôleurs que l'organigramme n'était pas encore stabilisé et que certains personnels n'avaient pas encore de résidence administrative définitive.

Aucune difficulté de recrutement n'a été signalée. Un institut de formation en soins infirmiers (IFSI) et un institut de formation d'aides-soignants (IFAS) sont installés à Alençon.

Le directeur de l'établissement est à 0,40 ETP sur le CPO car il assure aussi ces mêmes fonctions pour le Centre intercommunal hospitalier central Alençon-Mamers (CHICAM - 780 lits) et deux EHPAD (72 lits) distants de 80 km.

Le personnel, implanté localement, est stable et les postes sont pourvus.

#### 2.4.2 Le service de nuit

A Alençon, de nuit, mais aussi les samedis, dimanches et jours fériés, sont disponibles :

- un administrateur d'astreinte (un des directeurs) : il intervient notamment pour les décisions d'admission en soins sous contrainte ;
- un médecin sénior d'astreinte à domicile ; il intervient notamment pour l'établissement des certificats médicaux ;
- un jeune médecin de garde dans un studio, au sein du CPO ; il bénéficie d'un temps de récupération physiologique le lendemain.

Chaque nuit, deux soignants (un infirmier et un aide-soignant) prennent leur service dans chaque unité. Au sein de chacune d'elles, ces professionnels constituent l'équipe de nuit et ne prennent jamais de service de jour ; en revanche, durant leurs congés, d'autres infirmiers et aides-soignants assurent ponctuellement des services de nuit.

#### 2.4.3 La gestion des ressources humaines

La réorganisation a permis d'harmoniser les pratiques des différents pôles, celles-ci étant variables, selon les informations recueillies, notamment quant aux horaires et quant au nombre de RTT.

Les primes accordées aux médecins ont été réexaminées et une grille de rémunération des praticiens attachés a été arrêtée afin de leur donner une meilleure visibilité sur leur avenir.

Le temps de travail a fait l'objet d'un protocole d'accord signé le 17 décembre 2015 entre la direction et les syndicats représentatifs, pour une mise en application le 1<sup>er</sup> janvier 2016. Il avait pour objectifs :

- « d'adopter le principe de l'annualisation comme mode de comptabilisation du temps de travail ;
- d'harmoniser les modes de gestion du temps de travail pour l'ensemble du personnel du CPO, quel que soit son lieu de travail. Cet accord met fin à l'application du protocole signé avec la direction du centre hospitalier de L'Aigle ».

Les horaires des personnels des services de soins, hors agents des services hospitaliers qualifiés (ASHQ) exerçant dans les unités d'hospitalisation à temps complet, sont ainsi fixés :

- pour le poste du matin : de 6h45 à 14h15 ;
- pour le poste de l'après-midi : de 13h45 à 21h15 ;
- pour le poste de nuit : de 21h à 7h ;
- pour le poste de journée ou d'activité : de 9h15 à 16h45.

Ces horaires sont appliqués depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016 dans les quatre unités d'hospitalisation à temps complet du pôle Centre et depuis le 1<sup>er</sup> février 2016 dans celles du pôle Est. Ils le seront à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2016 à l'unité d'hospitalisation pour adolescents.

Des infirmiers et aides-soignants sont affectés au service de nuit et ne prennent jamais de poste de jour.

Le faible taux d'absentéisme pour raisons médicales (5,90 %) s'explique, selon les informations recueillies, par l'attachement des personnels à l'établissement ainsi que par la solidarité et la cohésion des équipes. La direction a également paru être très attentive à la situation des agents.

Il a été indiqué que les soignantes s'arrêtaient de plus en plus tôt lorsqu'elles étaient enceintes pour éviter les risques liés à la violence et qu'une réflexion était menée pour les affecter à un poste protégé dès la déclaration de grossesse.

Des actions ont été menées à l'égard des agents victimes d'acte de violence avec, notamment, la diffusion d'une plaquette d'information. Après chaque agression, une lettre est adressée par la direction à la personne concernée, au titre de solidarité et de soutien. Une cellule de maintien dans l'emploi, présidée par la directrice des ressources humaines et réunissant le directeur des soins, le directeur des services économiques et financiers, le médecin du travail, trois représentants du comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), un agent de la DRH et, éventuellement, le cadre de santé ou le responsable du service concerné, a pour objectifs « d'associer différents acteurs de l'hôpital afin de prévenir l'apparition des difficultés au travail et favoriser le maintien dans l'emploi » et d'« intégrer les divers paramètres à prendre en compte, notamment les contraintes de l'établissement et la situation personnelle de l'agent ».

Par ailleurs, le plan de formation a fait l'objet d'une refonte en distinguant plusieurs types d'action :

- les formations réglementairement obligatoires (sécurité électrique, sécurité incendie, gestes et soins d'urgence...), auxquelles des salariés doivent impérativement se rendre, avec un contrôle par la cellule « formation » de la DRH ;
- des formations que la direction a décidé de rendre obligatoires, avec des recyclages, comme « la prévention et la gestion des situations d'agressivité et de violence » (avec trois formations de cinq jours, chacune pour quinze agents) ou « la contenance et la contention face à la violence des enfants atteints de troubles du développement » (avec une formation de quatre jours pour quinze agents) ;
- d'autres formations, sur volontariat, comme « le droit et l'information du patient et le livret d'accueil » (deux formations d'une journée, chacune pour douze agents) ou « la réforme des soins psychiatriques sans consentement » (une formation de deux jours pour douze agents) ;
- la refonte des projets de pôle.

Les contrôleurs ont observé qu'une formation « isolement et contention en psychiatrie » (une formation de trois jours pour douze agents) n'a pas été retenue pour 2016.

Des formations, définies par l'agence nationale des formations hospitalières dans le cadre d'un plan régional, proposent notamment des modules portant sur « avoir une conduite face à la sexualité des personnes accueillies » (avec deux niveaux).

Une amicale réunit les personnels qui le souhaitent et les retraités pour assurer la cohésion et la solidarité entre les membres du CPO.

## 2.5 LE BUDGET, EN QUASI-EQUILIBRE, RESTE TRES FRAGILE

Le budget du centre hospitalier, de près de 38 millions d'euros, est en quasi équilibre : après avoir enregistré un déficit de 314 K€ en 2013 puis un excédent de 115 K€ en 2014 et de 205 K€ en 2015, le budget prévisionnel de 2016 fait état d'un déficit de 38 K€ en 2016. L'équilibre reste donc fragile.

S'agissant des dépenses de 2015, celles liées à la masse salariale (titre 1) étaient les plus importantes : 30,95 M€ (27,51 M€ pour les personnels non médicaux et 3,44 M€ pour les personnels médicaux), soit 82,4 %<sup>6</sup>. Celles à caractère médical<sup>7</sup> (titre 2 – 0,67 M€), à caractère hôtelier (titre 3 – 4,13 M€) et liées aux charges financières (titre 4 – 1,81 M€) pesaient nettement moins.

Les charges de personnel ont baissé en 2014 (- 0,59 % par rapport à 2013) en raison de la suppression de postes liée à la réorganisation, avec la suppression de trente lits<sup>8</sup>. Mais elles ont de nouveau augmenté en 2015 (+ 0,73 %) en raison du recrutement de sept psychiatres, en cours d'année, pour compenser des départs<sup>9</sup>. Pour l'avenir, les rémunérations des sept nouveaux praticiens, en année pleine, pèseront plus mais elles seront limitées du fait que ces professionnels sont en début de carrière. De plus, le nombre des infirmiers devrait diminuer pour résorber un sureffectif et ainsi rejoindre progressivement les effectifs cibles.

Comme les années précédentes, les recettes de 2015 étaient majoritairement celles versées par l'assurance maladie (titre 1 – 33,12 M€, essentiellement au titre de la dotation annuelle de financement – DAF), qui représentaient 87,7 %<sup>10</sup>. Celles liées à l'activité médicale<sup>11</sup> (titre 2 – 1,85 M€) et celles liées aux activités non médicales<sup>12</sup> (titre 3 – 2,80 M€) étaient moins importantes.

Il a été indiqué que la DAF a été réduite depuis 2015.

Les produits du titre 2 incluent notamment le paiement du supplément pour les chambres individuelles. Les contrôleurs ayant observé que les chambres du CPO sont le plus souvent individuelles (cf. § 4.2 à 4.5) et que les patients n'ont guère la possibilité d'opter pour une chambre à deux lits, il a été indiqué qu'aucun d'eux ne recevait de facture car les coûts supplémentaires étaient pris intégralement en charge par les mutuelles, le montant étant alors calculé en fonction du remboursement fixé par chacune d'elles. Le 3<sup>ème</sup> rapport infra-annuel couvrant l'année 2015 indique ainsi que « *lorsque les prises en charge sont limitées ou font l'objet d'un refus par la mutuelle, la somme restante est perdue car non remboursable auprès du patient* ».

Hors la maison d'accueil spécialisé (MAS) construite en 2012, mais financée sur un budget particulier, la dernière opération immobilière importante a été la rénovation de l'unité Ecouves, en 2008. Un projet majeur est envisagé avec la rénovation de l'ancien bâtiment de la MAS pour y installer l'unité Arcis, qui reçoit les patients au long cours. Le coût de cette mesure (4,5 M€) devrait être financé en partie sur fonds propres (1 M€) et, pour le reste, par

---

<sup>6</sup> Ce taux était de 82,6 % en 2013 et de 81,6 % en 2014.

<sup>7</sup> Achats de médicaments...

<sup>8</sup> Le nombre des ETP moyens est passé de 649,33 en 2013 à 631,82 en 2014 (soit une réduction de 17,51 ETP ainsi répartie : 4,68 ETP pour le personnel médical et 12,53 ETP pour le personnel non médical).

<sup>9</sup> Le nombre des ETP moyens est passé de 631,82 en 2014 à 633,63 en 2015 (soit une augmentation de 1,81 ETP ainsi répartie : une augmentation de 2,21 ETP pour le personnel médical et une réduction de 0,40 ETP pour le personnel non médical).

<sup>10</sup> Ce taux était de 88,7 % en 2013 et de 88,8 % en 2014.

<sup>11</sup> Forfaits journaliers – part des mutuelles...

<sup>12</sup> Location des propriétés du centre hospitalier.

emprunt. Les ratios portant sur le recours à l'emprunt, issus du compte financier de 2014, sont tous inférieurs aux seuils fixés par le décret n°2011-1872 du 14 décembre 2014 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé<sup>13</sup>.

## 2.6 UNE ACTIVITE EN LEGERE BAISSSE SUR LE POLE CENTRE QUI CONNAIT PAR AILLEURS UNE AUGMENTATION DES HOSPITALISATIONS SOUS CONTRAINTE

Comme indiqué *supra*, le pôle Centre regroupe les deux secteurs d'Alençon-Argentan et celui de l'Est le secteur de l'Aigle, recouvrant des populations inégales (cf. § 2.1).

Le nombre de patients hospitalisés en 2014 et 2015 connaît une très légère diminution de l'ordre de 10 %.

Nombre d'entrées (en patients)	2014	2015
Pôle Centre	1 598	1 507
Pôle Est	588	592
Total	2 186	2 099

La répartition par mode de placement montre une diminution des admissions en soins libres de l'ordre de 18 % sur le pôle Centre alors qu'elle reste stable sur le pôle Est.

Nombre d'entrées (temps complet)par mode de placement	2014	2015	Ecart	En %
<b>SLL</b>				
Pôle Centre	1 277	1 048	- 229	- 17,93 %
Pôle Est	511	512	1	0,20 %
Total	1 788	1 560		
<b>SDRE</b>				
Pôle Centre	53	98	45	84,91 %
Pôle Est	10	9	-1	- 10,00 %
Total	63	107		
<b>SDT</b>				
Pôle Centre	268	361	93	34,70 %
Pôle Est	67	71	4	5,97 %
Total	335	432		

<sup>13\*</sup> le ratio d'indépendance financière, qui résulte du rapport entre l'encours de la dette à long terme et les capitaux permanents, excède 50 % ;

\* la durée apparente de la dette excède dix ans ;

\* l'encours de la dette, rapporté au total de ses produits toutes activités confondues, est supérieur à 30 %.

Par contre, les admissions en SDRE (soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat et SDT (soins psychiatriques sur demande d'un tiers) ont nettement augmenté sur le pôle Centre, respectivement de 85 % et 35 % alors qu'elles sont stables sur le pôle Est, se traduisant par une évolution importante du pourcentage des hospitalisations sous contrainte dans le pôle Centre.

pôle/année Nbre et %	Centre-2014	%	Centre-2015	%	Est-2014	%	Est-2015	%
HL	1 277	80	1 048	70	511	87	512	86
SDRE	53	3	98	7	10	2	9	2
SDT	268	17	361	24	67	11	71	12
	1 598	100	1 507	100	588	100	592	100

Les taux d'occupation restent élevés dans les deux pôles :

Taux d'occupation (en %)	2014	2015
Pôle Centre	94,68 %	94,42 %
Pôle Est	93,01 %	89,68 %

La durée moyenne de séjour diminue légèrement dans les deux pôles avec une durée plus élevée dans le pôle Centre.

DMS (en jours)	2014	2015
Pôle Centre	34	28
Pôle Est	21	19

Le nombre de nouveaux patients approche les 4 000 sur l'année 2015 ; ils sont vus essentiellement en ambulatoire puisque seulement 214 patients ont été hospitalisés.

<u>Nouveaux patients :</u>	2014	2015	Ecart
Toutes prises en charge confondues	3 501	3 805	304
Dont exclusivement ambulatoires	3 321	3 591	270
Dont exclusivement hospitalisés	180	214	34

Le pourcentage de patients ré-hospitalisés reste élevé : de l'ordre de 23 % tant en 2014 qu'en 2015.

### 3. L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT ET L'EXERCICE DES DROITS

#### 3.1 L'ARRIVEE DES PATIENTS, MAJORITAIREMENT EN PROVENANCE DES URGENCES, EST GEREE AU NIVEAU DES UNITES, SOUS LE CONTROLE ADMINISTRATIF VIGILANT DU BUREAU DES ENTrees

##### 3.1.1 Les modalités d'admission

Pour l'ensemble du CPO, sites d'Alençon et de l'Aigle, les admissions se font majoritairement (dans environ 75 % des cas) après passage par les urgences des hôpitaux généraux d'Alençon ou d'Argentan. Y travaillent des équipes intégrées dans les effectifs du CPO :

- à Alençon, 6 ETP infirmiers et 2 psychiatres qui assurent une permanence 24h/24 – 7j/7, auxquels s'ajoutent 1 médecin et 1 infirmier pour adolescents ;
- à Argentan, 2 ETP infirmiers en psychiatrie de liaison, présents de 9h à 17h30 et un temps psychiatre sur 2 demi-journées.

Une évaluation tant somatique que psychiatrique et une orientation est faite par ces équipes.

Les patients peuvent également être adressés directement par les CMP, les autres centres hospitaliers du secteur, le médecin traitant ; ces admissions pouvant alors être programmées. Certains patients, ayant déjà été admis au CPO, peuvent également venir directement de leur domicile ; les personnes admises en SDRE peuvent être adressés au CPO par la gendarmerie.

Dans tous ces cas, l'évaluation est faite par un psychiatre de l'établissement et les patients sont vus par un médecin généraliste, dès le lendemain de leur admission à Alençon, dans la semaine de celle-ci à l'Aigle lors du passage du somaticien le lundi et le jeudi.

Les patients arrivent directement dans les unités, sans passage par le bureau des entrées. La vérification de la procédure d'admission se fait donc dans les unités, celles-ci récupérant tous les documents administratifs nécessaires (carte vitale, CNI, carte de mutuelle). Ces documents sont ensuite transmis au bureau des entrées qui ouvre le dossier administratif du patient et vérifie, à nouveau, la conformité de la procédure. Lorsque des certificats initiaux ne sont pas, le bureau des entrées prend attache avec l'hôpital pour que le certificat soit refait ; le premier certificat est alors placé dans un dossier spécifique intitulé « documents non conformes ». A l'Aigle, ces difficultés (certificat médical non conforme ou arrêté provisoire mal rédigé) sont réglées par téléphone soit par le médecin de garde, soit par le cadre de l'unité d'accueil, soit par le secrétariat.

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

Pour les personnes admises en SDRE, l'arrêté du préfet est envoyé au patient par l'ARS par lettre recommandée ; l'arrêté mentionne les voies de recours et la notification figure sur la décision. L'ARS ne demande pas retour de cette notification. Copie de l'arrêté est conservée par le bureau des entrées.

Pour les personnes admises en SDT, la décision du directeur est prise en même temps que le bulletin d'admission ; cette décision est signée du directeur adjoint ou du responsable du bureau des entrées ou encore par un attaché, tous ayant délégation de signature. La notification est ensuite faite dans les unités sur un document comportant une partie détachable qui est renvoyée au bureau des entrées après signature du patient. Cet accusé de réception précise l'identité du patient, son mode d'admission, l'unité d'accueil et porte la mention « déclare avoir reçu ce jour l'information sur ma situation juridique et mes droits conformément à l'article L.3213-1 du code de la santé publique (ou aux articles L.3212-1 et L.3212-3 du code de la santé publique) ».

Sur chacun des deux sites, la décision d'admission et les voies de recours sont notifiées verbalement par le médecin lors de l'entretien arrivant qui se tient en présence d'un infirmier ; les explications sont ensuite reprises par l'infirmier et éventuellement par le cadre de santé. Selon les informations recueillies auprès des cadres et des soignants, le support de cette notification est le livret d'accueil du CPO et le document de notification de la décision mentionné ci-dessus.

Ce document, intitulé « information aux patients hospitalisés dans le cadre d'une mesure de soins sous contrainte », distinct pour les SDT et les SDRE mais comportant des mentions identiques, s'avère à l'examen à la fois obsolète et incomplet. En effet, outre qu'il fait état de « soins sous contrainte » et non de « soins sans consentement », ce document ne vise que la loi du 5 juillet 2011 - omettant celle du 27 septembre 2013 -, évoque un contrôle du JLD à 15 jours au lieu de 12 jours depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2014. Enfin, il mentionne la possibilité de contacter un avocat et le procureur de la République sans toutefois indiquer l'ensemble des droits du patient<sup>14</sup>.

A l'unité Medavy, il a été indiqué aux contrôleurs que ce document était remis au patient lors de l'entretien d'arrivée ; cependant, cinq patients en soins sans consentement rencontrés au cours de la visite à l'unité Medavy ont précisé avoir certes vu le document et l'avoir signé mais ne pas en avoir reçu copie. A l'Aigle, il a été précisé que tous les droits du patient lui étaient expliqués et que la copie du document de notification lui était remise, s'il en faisait la demande.

---

<sup>14</sup> Les droits sont énumérés de manière non limitative (« en tout état de cause ») par l'article L3211-3 alinéa 5 et sont :

- 1° communiquer avec les autorités mentionnées à l'article L. 3222-4 (représentant de l'Etat dans le département ou son représentant, président du tribunal de grande instance ou son délégué, procureur de la République dans le ressort duquel est situé l'établissement, et maire de la commune ou son représentant ;
- 2° saisir la commission prévue à l'article L. 3222-5 (commission départementale des soins psychiatriques) et, lorsqu'elle est hospitalisée, la commission mentionnée à l'article L. 1112-3 ;
- 3° porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence ;
- 4° prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ;
- 5° émettre ou de recevoir des courriers ;
- 5° consulter le règlement intérieur de l'établissement et de recevoir les explications qui s'y rapportent ;
- 7° D'exercer son droit de vote ;
- 8° De se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

À noter enfin que, pour les patients ne parlant pas français, une liste d'interprètes est à disposition sur le site intranet de l'établissement. Les frais liés à l'intervention d'un traducteur sont pris en charge par l'établissement.

**Recommandation :**

*Le document de notification de la mesure d'hospitalisation doit être actualisé et complété pour intégrer l'ensemble des droits du patient, visés à l'article L2311-3 du CSP. Il importe de veiller à ce qu'une copie soit systématiquement remise au patient.*

### 3.1.3 La période initiale de soins et d'observation

Le pôle Centre bénéficie d'une unité d'accueil réservée aux arrivants quel que soit leur statut. Les patients admis sans consentement sont en général placés en zone fermée tant que l'évaluation n'a pas été faite par le médecin référent. En fait, la décision médicale de placement en zone fermée ou ouverte est prise par le médecin de garde immédiatement lors de l'admission ; le placement en chambre d'isolement est possible, sur prescription médicale, notamment dans les cas d'agitation, mais non systématique ; la mise en pyjama – « pratique qui tend à se réduire » a-t-il été indiqué – dépend également de la décision du médecin. La situation des patients est évoquée tous les matins lors de la réunion d'équipe (médecins, soignants, assistante sociale) et chaque semaine lors d'une réunion de synthèse au cours de laquelle sont également examinées les possibilités de prise en charge de chaque patient.

Au pôle Est, les personnes admises sont hébergées en zone fermée (unité Fontenil) ou ouverte (unité Saint-Evrout) selon l'évaluation faite et la décision prise par le médecin lors de l'admission. Durant la période initiale de soins, le patient fait l'objet d'une observation constante avec des entretiens médecins et infirmiers réguliers. Selon les cadres, le placement en isolement et la mise en pyjama ne sont jamais systématiques, les décisions médicales prises en ce sens l'étant au cas par cas, selon les circonstances et le comportement du patient. Il a, par ailleurs, été indiqué que, depuis la mise en place de la nouvelle équipe médicale en septembre 2015, les médecins sont vigilants, très rigoureux et respectueux des gardes et des astreintes, favorisant les contacts rapprochés avec les patients (ainsi une femme entrée le 10 mai à 21h, demandant instamment à rentrer chez elle, a été reçue par le médecin le 11 mai qui l'a autorisée à sortir à 14h30).

Les certificats médicaux de 24 et 72 heures sont toujours établis à l'issue d'un entretien entre le patient et le médecin. Un échancier est tenu par le bureau des entrées et par les secrétariats médicaux des unités. Si le médecin en charge du suivi n'est pas présent, le certificat est établi par un autre médecin de l'unité ou à défaut par le médecin de garde.

A l'occasion de ces certificats, comme lors de l'admission, les observations du patient sont recueillies sur le logiciel Cariatide.

### 3.1.4 Les cas de sur-occupation et de transfert

L'unité Medavy connaît un mouvement des patients important avec environ six entrées et six sorties par semaine. Deux tiers des personnes admises le sont en soins sans consentement.

Il a été indiqué que les cas de sur-occupation ne se posaient quasi plus depuis la restructuration et grâce au travail mené avec les structures hospitalières et médico-sociales. Malgré tout, si le cas se présente, le nouveau patient peut être installé provisoirement dans la chambre d'un patient placé en isolement ou être installé dans une chambre double momentanément triplée ; une autre solution réside dans le transfert d'un patient sur l'unité Ecouves afin de libérer sa chambre.

Sur le site de l'Aigle, l'existence de deux unités permet d'éviter la question de la sur-occupation.

### 3.2 L'INFORMATION DES PATIENTS EST PEU ENCADREE, CONFIEE A UN PERSONNEL INSUFFISAMMENT AU FAIT DES DROITS DES PATIENTS

L'ensemble des personnes rencontrées par les contrôleurs (médecins, cadres, infirmiers et aides-soignants) ont indiqué expliquer au patient ses droits aussi bien à son arrivée que lors de remise de la convocation devant le JLD. Il s'est rapidement avéré que la connaissance effective des droits des patients était en réalité limitée à cette audience et au contrôle par le JLD de la mesure d'hospitalisation.

La majorité d'entre elles a d'ailleurs admis ne pas avoir suivi de formation sur le droit des patients, mais avoir eu une sorte de résumé de la procédure, disposer de fiches « mémo » pour chaque type d'admission et, à l'Aigle, recevoir régulièrement des informations sur les évolutions de la loi.

Pourtant, une formation sur deux jours est régulièrement dispensée tous les ans, depuis mars 2012, par le centre national d'expertise hospitalière (CNEH). De même, une formation sur « les droits des patients et le livret d'accueil » est animée une fois par an par la responsable du bureau des entrées en binôme avec un cadre du CMP d'Argentan, formation destinée aux médecins, cadres et soignants. Il a cependant été précisé que ces deux formations n'étaient pas obligatoires mais seulement « fortement recommandées ». A noter en outre que les places pour chacune de ces formations sont limitées à quinze personnes.

#### **Recommandation :**

*La formation des soignants sur les droits des patients devrait être obligatoire, plus régulière et ouverte à un nombre plus grand de participants.*

#### 3.2.1 Le règlement intérieur

Le règlement intérieur du centre psychothérapique de l'Orne date du 17 octobre 2006 ; il n'a pas été actualisé depuis avril 2010, obérant de ce fait la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge et la loi du 27 septembre 2013 en modifiant certaines dispositions. Lors de la visite des contrôleurs, aucune réflexion n'était engagée sur sa mise à jour.

#### **Recommandation :**

*Le règlement intérieur du CPO doit être mis à jour sans délai et faire l'objet d'une diffusion (affichage, remise) auprès des personnes hospitalisées.*

### 3.2.2 Le livret d'accueil de l'établissement

Le livret d'accueil du centre psychothérapique a fait l'objet d'une mise à jour en novembre 2014 . A L'Aigle et à Alençon, un livret est déposé dans chaque chambre préalablement à l'entrée du patient, sauf à l'unité Les Arcis car il est censé avoir été remis à l'unité d'admission Medavy ; il comporte un questionnaire d'évaluation.

Les informations contenues dans le livret d'accueil portent sur :

- l'organisation générale de la psychiatrie du département de l'Orne ;
- la description du centre psychothérapique de l'Orne (CPO), un établissement composé des services de soins, d'un service d'hébergement (la maison d'accueil spécialisée « les Passereaux »), des services médico-techniques (standard, blanchisserie, garage, cuisine, services techniques, jardin...) et des services administratifs (direction, qualité, informatique, bureau des entrées, services économiques...) ;
- la prise en charge : les soins, le séjour, les devoirs, les modes d'hospitalisation, l'admission et les frais d'hospitalisation.

Concernant le séjour des patients, des informations générales portent sur : les médicaments personnels, les chambres, les repas, l'hébergement et les repas des familles, l'aire de promenade, le linge, le salon de coiffure, le téléphone, le courrier, la télévision, la gestion de l'argent et des objets de valeur, les cultes, les visites.

Dans la partie sur les devoirs des patients, le paragraphe consacré à la vie interne fait référence au règlement intérieur du CPO qui peut être communiqué ou mis à disposition de chaque patient ou de son représentant, sur demande auprès du directeur de l'établissement, alors que ce document interne est obsolète. De même, l'interdiction de fumer dans les locaux à usage collectif utilisés pour l'accueil, les soins et l'hébergement du patient est rappelée, accompagnée d'une icône, conformément à la loi du 10 janvier 1991 ; alors que dans les faits les contrôleurs ont pu constater que les pratiques diffèrent selon les unités ;

- la sortie (sortie définitive, continuité des soins) ;
- les droits des patients constituent la partie la plus importante développée : l'hospitalisation sans consentement, l'audience devant le JLD, les plaintes et les réclamations, le dossier patient, le traitement automatisé des informations, la personne de confiance, les directives anticipées, la protection juridique, le respect des libertés individuelles et la gestion des mesures de restriction de liberté, la promotion de la bientraitance. Le texte de la charte de la personne hospitalisée et celui de la charte de la santé mentale, figurent en tête de cette partie. La liste des autorités que les personnes hospitalisées sans consentement peuvent contacter est incomplète ; elle ne mentionne pas le JLD ni le Contrôleur général des lieux de privation de liberté. De même, la partie consacrée à l'audience devant le JLD décrit le rôle du magistrat mais ne fait pas mention des droits des patients stipulés dans l'article L 3211-3 du code de la santé publique.

**Recommandation :**

*Les informations contenues dans le livret d'accueil doivent être complétées, voire modifiées, en ce qui concerne les droits des patients et le livret d'accueil doit être remis aux patients dans toutes les unités.*

### 3.2.3 Les règles de vie des unités de soins

Sur le site d'Alençon, hormis à Rochebrune et à Medavy, aucune règle de vie n'est édictée ni aucun document affiché dans les unités. « Le règlement intérieur du CPO est suffisant », a-t-il été indiqué.

A Rochebrune, un règlement intérieur de l'unité est affiché sur la baie vitrée du bureau des infirmiers. Ce document est facilement accessible ; il date de février 2012 et indique en introduction qu'il s'agit du règlement de l'unité Rochebrune du pôle 61-G01 « Alençon/Bellême » et non de l'unité Rochebrune du pôle 61-G05. Ce règlement n'est pas remis aux patients admis dans l'unité car aucun autre exemplaire que celui affiché n'est disponible.

A l'unité d'accueil Medavy, les règles de vie de l'unité sont en principe remises au patient à son arrivée et affichées sur les vitres du local infirmier ; en fait, lors de la visite des contrôleurs, ces règles de vie n'étaient pas remises aux patients, étant – selon les soignants – en cours d'actualisation et de réimpression à la suite de la restructuration ; l'ancien modèle restait cependant affiché.

A l'unité « Les Arcis », le règlement intérieur est inexistant depuis le regroupement des services de Medavy et des Arcis, selon les soignants. Les règles de vie ne sont affichées nulle part. Il a été précisé par les soignants que le fonctionnement du service était expliqué oralement au patient à son arrivée en même temps qu'était effectuée la visite du service.

En revanche, sur le site de L'Aigle, les règles de vie, élaborées par le chef de pôle Est, sont communes aux deux unités du pavillon Letailleur. Celles-ci sont affichées sur le tableau d'informations dans la salle commune, également à proximité du bureau des infirmiers. Ces règles portent essentiellement sur les horaires des visites, les modalités de prise des repas par les visiteurs, le téléphone portable, les informations apportées au patient sur l'hospitalisation, les soins et les traitements par l'équipe médicale et soignante pendant l'hospitalisation.

**Recommandation :**

*Des règles de vie doivent être élaborées pour l'ensemble des unités, faire l'objet d'une remise à chaque patient dès son arrivée, et être affichées dans l'unité et à l'intérieur des chambres.*

### 3.3 DES RESTRICTIONS DES DROITS VARIABLES D'UNE UNITE A L'AUTRE, PARFOIS AVEC PEU DE FONDEMENTS MEDICAUX ET QUI MERITERAIENT UNE REFLEXION COLLECTIVE

#### 3.3.1 L'inventaire et la conservation des effets personnels

A l'unité d'accueil du pôle Centre (unité Medavy), l'inventaire est fait lors de l'entretien infirmier. Deux fiches sont établies, l'une pour l'inventaire des vêtements, la seconde pour l'inventaire des valeurs. Les vêtements sont rangés dans les placards individuels des chambres qui ferment à clé – les clés étant en possession des infirmiers qui les ouvrent à la demande ; ils peuvent également être stockés dans la lingerie. Les valeurs et les téléphones portables sont placés dans des coffres individuels situés dans la lingerie au rez-de-chaussée du bâtiment. L'argent est placé dans une enveloppe sur laquelle les mouvements (retraits ou apports) sont notés par les infirmiers. L'argent au-delà d'une somme de 30 euros et tous les moyens, sont entreposés dans un coffre dans le bureau du cadre. Au-delà d'une certaine somme, l'argent est envoyé à la Caisse des Dépôts.

#### 3.3.2 La désignation d'une personne de confiance

Informers les patients, dès leur arrivée, de la possibilité de désigner une personne de confiance, comme le prévoit de l'art. L111-6 du code de la santé publique, en leur expliquant l'intérêt et l'utilité d'une telle désignation, ne semble pas représenter une préoccupation première et constante des services d'accueil.

Dans le cas où cela est fait, le personnel soignant des unités de suite n'en est pas informé, ni ne s'en préoccupe davantage. Aucune communication aux unités de suite ne permet de savoir si une telle personne a été désignée et de connaître son nom et ses coordonnées. Selon les informations recueillies par les contrôleurs, seulement 6 patients sur 25 au sein de l'unité Ecouves, 4 sur 29 à Medavy, 2 sur 24 à Rochebrune, 3 sur 26 aux Arcis, 1 sur 12 patients à St-Evroult, avaient désigné une personne de confiance. Selon les propos recueillis, certains patients ne sont pas en capacité de citer un nom. Ce sont souvent les proches qui sont sollicités. S'il n'y a pas de personne digne de confiance, les patients (quasi systématiquement) désignent néanmoins des personnes à prévenir en cas de d'urgence.

#### **Recommandation :**

*Il convient de permettre aux patients de désigner systématiquement une personne de confiance et de communiquer aux unités les noms et les coordonnées desdites personnes en leur recommandant de prendre contact avec elles et d'y recourir en tant que de besoin.*

#### 3.3.3 L'accès au dossier médical

Les modalités d'accès au dossier médical sont accessibles sur le site internet du CPO à la rubrique « droits du patient vos droits spécifiques ». Une procédure très complète en date du 1<sup>er</sup> septembre 2014, précise les modalités d'accès au dossier médical. Une fiche décrit les différentes étapes et précise les délais pour chacune d'entre elles afin que le délai global soit respecté.

La personne responsable de la communication est le médecin en charge du patient au sein de l'établissement. Celui-ci est consulté sur l'intérêt d'un accompagnement médical pour la consultation du dossier. Cet accompagnement est systématiquement proposé pour les patients ayant été hospitalisés au moins une fois sous contrainte. Le refus du patient de cet accompagnement ne fait pas obstacle à la remise ou la consultation des documents.

Lors de l'envoi de documents, le prix de la copie est de 0,18 euro par page.

Les tableaux transmis par l'établissement permettent de constater que le nombre de demandes d'accès au dossier médical des patients est en augmentation constante.

Tableau des demandes satisfaites :

Qualité du demandeur	2011	2012	2013	2014	2015
patient	34	44	49	69	67
ayant droit	10	5	9	8	3
médecin	8	12	5	5	5
titulaire de l'autorité parentale	6	5	10	12	12
tuteur	2	1	2		1
<b>Total</b>	60	67	75	94	88

Les délais de communication du dossier se sont considérablement raccourcis permettant ainsi le respect des délais réglementaires.

Tableau des délais de communication des dossiers demandés :

Ancienneté du dossier	Délai Moyen 2011	Délai Moyen 2012	Délai Moyen 2013	Délai Moyen 2014	Délai Moyen 2015
Moins de 5 ans*	28	12	12	7	8
Plus de 5 ans**	44	24	20	23	30

\* délai légal 8 jours

\*\* délai légal 60 jours

### 3.3.4 La protection juridique des majeurs

Le service de protection juridique des majeurs est situé dans l'enceinte du CPO à Alençon. Il dispose d'un bureau d'accueil permettant de garantir la confidentialité des échanges. Le service est ouvert du lundi au vendredi de 9h30 à 12h30. Ce service est composé de huit personnes : une responsable de service et mandataire, trois mandataires et quatre assistantes de mandataire. Les mandataires interviennent sur différents secteurs dont le CPO Alençon et L'Aigle. Ils ne participent pas aux réunions de synthèse. Les membres du service de protection juridique ont des échanges informels avec les cadres et les équipes de soignants à l'occasion de leur déplacement régulier dans les unités. Ainsi, un mandataire se rend à L'Aigle tous les quinze jours pour rencontrer les patients. Il a été indiqué que les besoins des majeurs portaient essentiellement sur le tabac et l'alimentation.

### 3.3.5 L'exercice du culte

L'exercice des cultes est possible dans la limite des règles de fonctionnement des unités. Les objets de culte sont acceptés dans les chambres (livre, tapis...). Les horaires de distribution des repas peuvent être décalés pour les personnes qui pratiquent le ramadan. Un aumônier laïc, désigné par l'évêque et salarié du CPO, et un prêtre de la paroisse voisine (pour les messes) interviennent sur le site d'Alençon. Une célébration hebdomadaire réunit le jeudi, quinze à vingt patients pour une messe proposée une fois par mois. L'aumônier se déplace dans les unités et des bénévoles vont chercher les patients, les accompagnent tant physiquement que spirituellement.

Pour les autres cultes, une liste de référents - dressée par la préfecture - est disponible et permet de répondre aux rares sollicitations individuelles.

Sur le site de l'Aigle (qui ne bénéficie pas d'un aumônier référent), les informations concernant le culte sont affichées. Il est indiqué que les patients « peuvent prendre contact avec les représentants des cultes suivants : aumônerie catholique – église réformée de France – religion musulmane » ; suivent les numéros de téléphone des responsables. Selon les informations recueillies, il est possible d'organiser la visite d'un prêtre sur demande individuelle mais il y aurait peu de demandes. Pour les catholiques, le nom du responsable est indiqué et il est précisé qu'une « messe est célébrée chaque premier mercredi du mois au pavillon Foisy ».

### 3.3.6 La confidentialité des hospitalisations

La question concernant la confidentialité de l'hospitalisation serait posée lors de l'entretien infirmier d'arrivée et les réponses enregistrées sur Cariatide.

Lorsqu'une personne extérieure demande à contacter un patient ou à avoir des nouvelles, le standard transmet l'appel à l'unité qui gère la suite à donner selon la volonté exprimée par le patient.

### 3.3.7 Le libre choix du médecin psychiatre

Sur les unités Ecouves et Rochebrune, le choix du médecin n'existe pas car un seul psychiatre intervient dans chacune de ces unités.

Il a été indiqué que, si un patient voulait impérativement changer de médecin, il faudrait le changer d'unité mais cette situation ne semble pas avoir été rencontrée.

L'analyse des plaintes et réclamations, reçues en 2015, fait état de sept réclamations de patients demandant à changer de psychiatre : une pour un CMP – sept pour la seule unité Médavy. La fiche de suivi, qui mentionne la date de la réponse adressée à chaque demandeur, ne permet pas de connaître la suite donnée, sauf pour celle concernant le CMP.

### 3.3.8 Les relations sexuelles

Le livret d'accueil ne mentionne pas la question du droit à la sexualité des patients. Il a été observé des pratiques différentes selon les unités.

Sur le site d'Alençon, le règlement intérieur de l'unité Rochebrune (cf. § 3.2.3) indique, dans un encadré en caractère gras :

*« Dans l'unité de soins et dans l'enceinte du CPO, les situations suivantes :*

- les agressions physiques (toute victime peut porter plainte contre son agresseur) ;
- l'introduction de boissons alcoolisées, de produits stupéfiants et d'objets dangereux ;
- le vol ;
- les relations sexuelles ;

entraîneront un signalement immédiat au médecin-chef et à la direction de l'établissement.

Si besoin, les autorités publiques seront également avisées. Votre contrat de soin pourra être redéfini voire interrompu ».

Toutefois, malgré cette interdiction, la pratique est apparue plus souple et une attention est portée à ce sujet. Selon les informations recueillies, des préservatifs sont ainsi fournis après entretien avec les patients concernés à qui il est demandé de rester discret, mais aucun n'est laissé en libre accès.

En 2012, dans un cas similaire survenu à l'unité pour malades difficiles (UMD) de Cadillac (Gironde), la cour administrative d'appel de Bordeaux a décidé :

« 8. Considérant, toutefois, que l'interdiction en cause, qui s'impose à tous les patients de l'unité, quelle que soit la pathologie dont ils souffrent, son degré de gravité et pendant toute la durée de leur hospitalisation, présente un caractère général et absolu ; que le centre hospitalier n'invoque aucun élément précis relatif à l'état de santé des patients de cette unité et à la mise en œuvre de traitements médicaux qui justifierait une interdiction d'une telle portée ; que, telle que formulée dans le règlement de fonctionnement de l'unité Verneuil, l'interdiction en cause impose à l'ensemble des patients de cette unité une sujétion excessive au regard des stipulations de l'article 8 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales et des dispositions précitées de l'article L. 3211-3 du code de la santé publique ; que la décision du 27 octobre 2008 par laquelle le directeur du centre hospitalier spécialisé de Cadillac a refusé d'abroger la disposition litigieuse du règlement de fonctionnement de l'unité Verneuil est donc entachée d'illégalité ».

**Recommandation :**

*L'interdiction des relations sexuelles, à caractère général et absolu, édictée dans les règles de vie de l'unité Rochebrune, doit être levée.*

A Medavy, lors de l'arrivée d'une patiente, il lui est demandé si elle a un moyen de contraception. Les relations sexuelles ne sont pas interdites « dès lors que cela reste discret ». Quand un rapprochement est constaté, les infirmiers disent être vigilants et font remonter l'information lors des transmissions et des réunions avec les médecins (rencontres du matin ou réunion de synthèse du lundi). Des préservatifs existent dans l'unité. Les soignants disent ne pas avoir eu souvenance d'une demande.

A Ecouves, l'interdiction, même si elle n'est inscrite dans aucun règlement intérieur, a été rappelée comme étant un principe. Toutefois, dans la pratique, une information est délivrée aux patients lorsque les soignants observent des rapprochements. Un moyen de contraception est proposé aux femmes. Des préservatifs, disponibles à la pharmacie, sont remis, à la demande, après un entretien avant une sortie et uniquement dans ce cas.

En ce qui concerne les mineurs, les soignants surveillent les rapprochements physiques des adolescents, souvent en manque d'affection.

Sur le site de L'Aigle, il n'est pas fait mention non plus de la sexualité dans les règles de vie commune aux deux unités. Aucun préservatif ni moyen de contraception ne sont mis à disposition des patients. Les soignants sont vigilants à l'égard des personnes les plus vulnérables qui peuvent être reçues en entretien. S'il est observé par l'équipe soignante un rapprochement de deux patients, des règles de prévention leur sont rappelées avec notamment les risques de grossesse non consenties. A Saint-Evrout, une femme peut, à sa demande, rencontrer un médecin gynécologue pour une prescription de pilules ; ce qui n'est pas fréquent. Il a été indiqué aux contrôleurs que des rapprochements entre patients, qui pouvaient avoir lieu pendant le temps des transmissions, n'étaient plus possibles depuis qu'un soignant reste avec les patients.

**Recommandation :**

*Il n'existe aucune posture professionnelle commune sur la question des relations sexuelles des patients. Il est nécessaire que l'établissement aborde le sujet au niveau des instances telles que le comité d'éthique afin d'adopter une position applicable de façon homogène sur l'ensemble des unités.*

### 3.3.9 La communication avec l'extérieur.

#### a) Les visites

Sur tous les sites, des salons de réception pour les visites de la famille sont disponibles. Même s'ils sont plus ou moins conviviaux ils permettent de recevoir les familles sans présence infirmière.

Les visites des proches des patients se déroulent l'après-midi dans les salons prévus à cet effet. A Ecouves, les visiteurs entrent par l'accès commun et traversent l'unité pour les rejoindre alors que tel n'est pas le cas à Rochebrune, une porte séparée leur étant réservée. Selon les informations recueillies, tous les patients peuvent recevoir des visites et les interdictions sont exceptionnelles mais certains reçoivent rarement des proches.

Au sein de l'unité de Médavy, les visites ont lieu de 15 à 18h et de 19 à 20h ; elles sont libres sauf restriction médicale ; une limite d'âge est fixée pour les enfants. Trois à quatre patients du service ne reçoivent aucune visite.

Dans l'unité les Arcis, les visites sont possibles de 13h et jusqu'à 18h. Il a été précisé que deux patientes étaient interdites de visite (la première en raison de la détérioration de son comportement après les visites de son mari – la seconde du fait de problèmes relationnels avec sa fille perturbant son comportement). Il a en outre été indiqué que bon nombre de patients n'avaient aucune visite (10 patients sur les 26 présents lors du contrôle) mais seulement quelques contacts téléphoniques.

Sur le site de l'Aigle, les familles ont accès à la chambre, sauf les enfants de moins de 15 ans (une salle est disponible sur le palier de l'unité). Selon les consignes médicales, les familles et le patient peuvent sortir dans l'enceinte de l'hôpital ou en ville. Les visites sont possibles de 13h à 19h mais, si les personnes travaillent, des adaptations sont possibles : le service considère en effet que « c'est un besoin primordial et prioritaire ». Selon les propos recueillis, quand le patient « ne va pas bien », la famille est prévenue avant sa visite.

Sur l'unité Saint-Evroult, la moitié des patients reçoit des visites. La personne à l'isolement depuis de nombreuses années n'en reçoit plus depuis plusieurs mois.

### *b) Le téléphone*

Une cabine téléphonique, dont la porte peut être fermée, ce qui favorise la confidentialité, existe dans chaque zone (sauf à l'UHA) ; les patients peuvent y recevoir un appel venant de l'extérieur qui leur est transmis dans la cabine par les infirmiers ; ils peuvent appeler – sous réserve de restriction médicale – : le numéro est composé par le standard à la demande des infirmiers puis l'appel est transféré dans la cabine. La communication est limitée à 4 minutes (coût pris en charge par l'établissement).

En ce qui concerne l'utilisation du téléphone portable à l'unité d'Ecouves, il est accessible deux fois par jour durant 15 minutes. Au sein de l'unité Rochebrune, les patients peuvent en disposer deux fois durant 1 heure par jour et tout le temps qu'ils le souhaitent lorsqu'ils sont en dehors des locaux de l'unité et se promènent dans le parc. Au sein de l'unité Medavy, les patients ont également la possibilité de consulter les messages reçus sur leur portable qu'ils peuvent en outre utiliser sur autorisation expresse du médecin et sur un créneau déterminé.

Sur le site de l'Aigle, les communications téléphoniques dépendent des restrictions décidées ou non par le médecin. Parfois, les infirmiers indiquent au médecin quand ils estiment qu'un patient peut téléphoner librement mais ils ne sont pas toujours suivis. En cas de « crise » du patient, les « parasitages » extérieurs sont limités.

Certains patients qui seraient « harcelants » sont aussi automatiquement limités (mais jamais totalement privés) pour les appels sortants mais pas pour les appels entrants.

Les téléphones portables ne sont pas laissés aux patients. Le service considère que ces derniers réduisent voire empêchent la communication avec les autres patients. Les patients ayant des portables peuvent consulter leur messagerie pendant les pauses cigarettes. Les patients qui n'en ont pas peuvent utiliser le téléphone fixe dans le bureau infirmier mais en leur présence.

À L'Aigle, il n'existe pas de cabine téléphonique. Les patients peuvent utiliser leur téléphone portable deux fois durant deux heures dans la journée ou recourir au téléphone fixe du bureau infirmier, en leur présence, s'ils n'en possèdent pas. L'accès à Internet est tout aussi interdit qu'à Alençon ; mais les patients qui possèdent un ordinateur peuvent l'utiliser à condition que cela ne soit pas en contradiction avec leur traitement.

**Bonne pratique :**

*Sur le site d'Alençon, les cabines téléphoniques permettent un accès à la communication extérieure en toute confidentialité ; cette pratique devrait être étendue à l'ensemble des unités.*

*c) Le courrier*

Sur le site de l'Aigle, si le patient souhaite écrire un courrier mais qu'il n'a pas de nécessaire (feuille, enveloppe, timbres), le service peut exceptionnellement lui en donner et affranchir le courrier ; sinon, les patients peuvent acheter des enveloppes pré-timbrées à la cafétéria.

Sur le site d'Alençon, un enregistrement précis des courriers est effectué, les signatures indispensables sont recueillies et la distribution du courrier se fait sans difficulté. Le courrier ne fait l'objet d'aucune censure ni restriction sur les unités Medavy et des Arcis.

*d) L'informatique et l'accès à l'internet*

L'utilisation d'un ordinateur est interdite au prétexte que tous les patients n'en possèdent pas, qu'ils peuvent être volés et qu'ils présentent « des dangers psychologiques » en permettant l'accès à internet et aux réseaux sociaux. Aucun poste informatique « institutionnel » n'est disponible pour les patients qui, de ce fait, n'ont aucun accès à internet. Les appareils électroniques (de type MP3) ne sont autorisés dans les chambres que dans l'unité Rochebrune ;

Sont avancées pour expliquer ces différentes interdictions : le risque de diffusion de photos sur le net et la peur d'un suicide avec le cordon électrique d'un poste de radio.

Dans l'unité Médavy, l'accès à internet est possible, dans le bureau d'un médecin ou dans celui du cadre – mais de façon très limitée ou dans des cas particuliers (ex : une jeune fille qui préparait son baccalauréat lors de la visite ; un homme qui est autorisé à communiquer par Skype avec son fils résidant à l'étranger).

Les mineurs ont accès durant une heure par jour, sur autorisation médicale, à un poste informatique avec accès internet bloqué pour les sites de réseaux sociaux.

**Bonne pratique :**

*Les mineurs disposent d'un poste informatique et ont un accès à internet, selon leur prescription médicale. Cette mesure devrait être généralisée.*

### 3.4 DES ASSOCIATIONS BIEN IMPLANTEES AU SEIN DU FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT

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

Sur le site d'Alençon, le vice-président de l'UNAFAM est également le représentant de la commission des usagers et le vice-président du conseil de surveillance.

En sa qualité de représentant de l'UNAFAM, il rencontre les patients et les familles. Il a indiqué que celles-ci étaient désormais reçues par des médecins psychiatres. Il a en revanche déploré que des familles, auxquelles il avait apporté un soutien, ne se sentent pas concernées par l'activité de l'association.

L'UNAFAM est représentée par la présidente de l'association au centre hospitalier de L'Aigle. Toutefois, les contrôleurs n'ont pas été en mesure de la joindre lors de leur visite au pavillon Letailleur.

Des réunions trimestrielles sont organisées au sein de l'association.

Jusqu'à présent, elle n'a pas accès à un local au sein du CPO. Selon les informations recueillies, il est prévu qu'un local soit mis à sa disposition à Alençon, pour permettre la mise en œuvre d'une permanence mensuelle.

Par ailleurs, il existe trois groupes d'entraide mutuelle à Alençon, L'Aigle et Flers.

### 3.4.2 Les associations locales

Il existe plusieurs associations locales parmi lesquelles l'association « l'Eveil » à Alençon et l'association « Astre » à L'Aigle. Celles-ci bénéficient d'une subvention annuelle de l'établissement, leur permettant de financer des activités culturelles, artistiques, culinaires, sportives, des sorties cinéma, théâtre et des séjours thérapeutiques. L'association « l'Eveil » dispose d'un fond de solidarité pour effectuer des avances à des patients. L'association « Astre », très active, finance également la cafétéria commune aux deux unités à L'Aigle. Les subventions lui ont permis d'équiper la salle de sport, la salle de « cinéma », le salon de coiffure et la buanderie au sous-sol du bâtiment Letailleur.

Pour l'année 2016, l'association « l'Eveil » a reçu une subvention de 26 374 euros, l'association « Astre » 8 500 euros.

#### **Bonne pratique :**

*Les subventions allouées aux associations locales permettent de financer des projets dynamiques et variés, en faveur des patients. Les patients peuvent bénéficier d'avances, grâce au fond de solidarité de l'association « l'Eveil ».*

### **3.5 LA COMMISSION DES USAGERS ASSOCIE ETROITEMENT LES REPRESENTANTS DES ASSOCIATIONS. TOUTEFOIS, L'EXAMEN DES DIFFERENTS INCIDENTS FAIT APPARAITRE UN NOMBRE ELEVE DE RECLAMATIONS A L'UNITE MEDAVY ET QUE, GLOBALEMENT, LES INFORMATIONS FOURNIES PAR L'ETABLISSEMENT NE REPONDENT PAS TOUJOURS AUX ATTENTES DES PATIENTS.**

#### **3.5.1 La commission des usagers**

La commission des usagers<sup>15</sup>, toujours dénommée commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge<sup>16</sup>, est présidée par le directeur des services économiques et financiers, représentant le directeur du CPO. Elle regroupe :

- un praticien hospitalier, médecin médiateur ;
- la chef du bureau des entrées, médiateur non médecin et référent de la commission ;
- deux représentants des usagers ;
- le directeur des soins, également suppléant du médiateur non médical ;
- l'ingénieur qualité du CPO.

Les représentants des usagers au sein de la commission (deux titulaires<sup>17</sup> et deux suppléants<sup>18</sup>) ont été désignés par la directrice générale de l'agence régionale de santé de Normandie le 14 mars 2016. De sources différentes, il a été indiqué que ces personnes jouaient un rôle moteur au sein de la commission. Ainsi, à leur demande, un courrier a été adressé aux différentes autorités pour qu'une salle d'audience soit installée au sein du CPO avant même que la loi du 27 septembre 2013 la rende obligatoire.

La commission se réunit quatre fois par an<sup>19</sup>. Les titulaires et les suppléants sont convoqués pour éviter qu'un siège reste inoccupé.

Une analyse des incidents survenus ou des réponses à apporter à des réclamations est menée lors de ces réunions.

Parmi les sujets abordés en 2015, peuvent être cités :

- la sensibilisation des professionnels au recueil de la satisfaction, avec la diffusion aux cadres de santé, tous les deux mois, du nombre de questionnaires reçus et du taux de retour mensuel ;
- le suivi des actions et recommandations ;
- une enquête auprès des médecins traitants en lien avec le département de l'information médicale ;
- la mise à jour du règlement intérieur ;
- la rédaction et la diffusion d'une affiche présentant la composition de la commission et les modalités pour contacter un membre.

Un programme est également arrêté pour 2016, avec notamment :

---

<sup>15</sup> Appellation fixée par l'article L.1112-3 du code de la santé publique depuis la loi du 26 janvier 2016.

<sup>16</sup> Appellation toujours mentionnée à l'article R.1112-79 du code de la santé publique.

<sup>17</sup> L'un représentant l'UNAFAM et l'autre l'UDAF de l'Orne.

<sup>18</sup> L'un représentant l'UFC Que choisir et l'autre, la Ligue contre le cancer – comité de l'Orne.

<sup>19</sup> En 2015, la commission s'est réunie les 25 mars, 24 juin, 7 octobre et 9 décembre.

- la mise à jour du livret d'accueil des patients hospitalisés ;
- la mise à jour du protocole « modalités de prise en charge et de respect des droits des patients et résidents en fin de vie » ;
- la mise en place d'une permanence avec les associations d'usagers ; ce sujet avait fait l'objet d'une action décidée lors de la réunion de la commission du 27 mars 2014 avec une programmation prévue pour juin 2016 ;
- une réflexion sur la mise en œuvre d'un temps d'échange sur les modes d'hospitalisation.

Le suivi des décisions et des actions d'amélioration est assuré grâce à la mise en place d'un tableau les récapitulant, par réunion, avec la désignation nominative d'un pilote, une programmation et des commentaires. Un code couleur permet de distinguer les actions réalisées, en cours ou prévues/non réalisées.

Les contrôleurs ont constaté que l'information relative à la composition de la commission et aux modalités de saisine n'était affichée qu'à Ecouves et ne l'était pas dans les autres unités. La fiche de procédure relative à la gestion des plaintes et réclamations, diffusée le 19 avril 2016, comporte, en annexe 1, une affiche relative à « la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge » destinée à l'information des usagers.

**Recommandation :**

*L'affiche présentant le rôle de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, annexée à la fiche de procédure traitant de la gestion des plaintes et réclamations, devrait être apposée dans toutes les unités dans un endroit facilement accessible aux patients et aux familles.*

Dans le livret d'accueil, un paragraphe succinct traite des plaintes et réclamations, mentionnant la possibilité d'adresser une réclamation au directeur du CPO, en précisant son adresse postale ainsi que les horaires d'ouverture et les coordonnées téléphoniques du bureau des entrées à Alençon et du secrétariat du service de santé mentale à L'Aigle. Ces informations ne respectent pas les termes de l'article R.1112-84<sup>20</sup> du code de la santé publique : aucun document reproduisant les dispositions des articles R.1112-91 à R.1112-94 du code de la santé publique, relatifs à l'examen des plaintes et réclamations, n'est remis aux patients.

---

<sup>20</sup> « Le représentant légal de l'établissement arrête la liste nominative des membres de la commission. Cette liste actualisée est affichée dans l'établissement et transmise au directeur général de l'agence régionale de santé. Elle est remise à chaque patient avec le livret d'accueil, dans un document qui reproduit les dispositions des articles R.1112-91 à R.1112-94 et précise leurs modalités d'application au sein de l'établissement ».

**Recommandation :**

*Conformément à l'article R.1112-84 du code de la santé publique, un document reproduisant les dispositions des articles R.1112-91 à R.1112-94 et précisant leurs modalités d'application au sein de l'établissement doit être remis à chaque patient avec le livret d'accueil.*

**3.5.2 Les plaintes et réclamations**

La procédure est reprise dans un document et le rôle de chacun des acteurs du CPO y est défini. Un imprimé a été élaboré pour recueillir une réclamation orale adressée à la direction ou au service concerné. Chaque plainte ou réclamation fait l'objet d'un accusé de réception.

Selon le rapport d'activité de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge pour l'année 2014, trente-trois réclamations ont été adressées à l'établissement (soit 3,60 réclamations pour 100 hospitalisations). Elles concernent majoritairement la prise en charge médicale et l'accueil :

	accueil et administration	Prise en charge médicale	Prise en charge non médicale	Vie quotidienne et environnement
Nombre de réclamations	13	16	1	3

Le délai moyen de traitement, avant la clôture du dossier, était de douze jours.

Quatre médiations ont été proposées et réalisées.

Vingt de ces trente-trois réclamations (soit six sur dix) concernaient le secteur G 01<sup>21</sup>.

En 2015, parmi les quarante et une réclamations formulées, vingt-quatre concernaient l'unité Médavy (soit près de six sur dix) :

Pôle	Pôle Centre				Pôle Est		Pôle infanto-juvénile	CMP et CATTP
	Médavy	Ecouves	Rochebrune	Arcis	Fontenil	Saint-Evrout	UHA	
Unité								
Nombre	24	1	3	3	3	2	0	5
	31				5		0	5

A l'unité Médavy, dix-sept des vingt-quatre réclamations portaient sur la prise en charge. Parmi elles, huit personnes demandaient de changement de médecin ou se plaignaient de l'insuffisance des rendez-vous avec le psychiatre : un courrier de réponse a été adressé à chaque demandeur mais la suite donnée n'est pas mentionnée dans le document de synthèse remis aux contrôleurs.

<sup>21</sup> Ce bilan date d'avant la réorganisation et portait sur les secteurs G 01, G 02, G 04 et l'intersecteur infanto-juvénile.

Les réponses sont généralement adressées dans un délai court mais sept l'ont été au-delà d'un mois (dont deux fois, deux mois et demi ; une fois après la réception du courrier, et une fois, quatre mois après).

Aucun recours contentieux n'a été signalé.

### 3.5.3 Les événements indésirables

Les événements indésirables recensés ont été plus nombreux en 2015 qu'au cours des quatre précédentes années<sup>22</sup>.

Parmi les 813 incidents, 183 concernaient le dossier médical du patient, dont 173 étaient des doublons (avec des patients enregistrés sous deux identifiants).

Globalement, 30 % des fiches émises portaient sur la sécurité des personnes et des biens. L'unité Rochebrune totalisait le plus grand nombre de celles traitant d'agressions physiques (63, soit un tiers du total enregistré au CPO).

Les fiches traitant des soins et examens et celles relatives aux médicaments et dispositifs médicaux stériles étaient en nombre limité (4,9 %).

L'unité Médavy totalisait le plus grand nombre d'événements indésirables (11,8 %).

Les contrôleurs ont également observé qu'un manque de lits a été signalé douze fois, dont la moitié à l'unité Médavy.

Une cellule opérationnelle de gestion des risques et des vigilances (COGRV) s'est réunie vingt-et-une fois en 2015 et a décidé de quatre-vingt-onze actions d'amélioration, dont soixante-dix-huit ont été réalisées.

### 3.5.4 Les questionnaires de satisfaction

Les questionnaires de satisfaction sont remis aux patients avec le livret d'accueil et des boîtes aux lettres spécifiques sont installées dans les unités pour les y déposer lors de la sortie.

Le taux de retour est faible mais semble s'être amélioré : 10,1 % en 2014 et 16,4 % en 2015. En 2015, ce taux a varié entre à 30,2 % à l'unité Fontenil et 7,3 % à Saint-Evroult.

87 % des patients adultes étaient globalement satisfaits ou très satisfaits de leur hospitalisation ; 96 % exprimaient le même jugement sur la prise en charge par les soignants et 86 %, sur celle des médecins, mais ce taux chutait à 58 % pour celle des psychologues et à 49 % pour celles des assistantes sociales.

Si les locaux d'hébergement et de vie étaient appréciés (avec un taux de satisfaction variant entre 82 % et 94 % selon les critères), il n'en était pas de même de certaines des informations données :

---

<sup>22</sup> Nombre total d'événements indésirables : 471 en 2011 – 583 en 2012 – 416 en 2013 – 609 en 2014 – 813 en 2015 (soit +33,4 %).

Nombre total d'événements indésirables, hors doublons des dossiers patients : 447 en 2011 – 561 en 2012 – 411 en 2013 – 458 en 2014 – 640 en 2015 (soit +39,7 %).

Informations données	Satisfait ou très satisfait	Insatisfait ou très insatisfait	Sans réponse
Vous a-t-on remis un livret d'accueil ?	55 %	40 %	5 %
Vous a-t-on informé(e) sur votre mode d'hospitalisation ?	74 %	22 %	4 %
Vous a-t-on informé(e) sur le règlement intérieur du service ?	76 %	21 %	3 %
Vous a-t-on informé(e) sur le recours à une personne de confiance ?	65 %	29 %	6 %
Vous a-t-on informé(e) sur les modalités d'accès à votre dossier ?	42 %	50 %	8 %

### **Recommandation**

*Pour mieux répondre aux attentes des patients, la qualité des informations qui leur sont délivrées devrait faire l'objet d'un examen, en lien avec la commission des usagers.*

## **3.6 UN CONTROLE PAR LA CDSP ACTUELLEMENT SUSPENDU MAIS UN SUIVI DES AUTORITES EFFECTIF, UN COMITE D'ETHIQUE ACTIF ET UN REGISTRE DE LA LOI TENU AVEC SOIN**

### **3.6.1 La visite des autorités**

Les représentants de la commune d'Alençon et des collectivités territoriales participent au conseil de surveillance de l'établissement. Selon les propos recueillis, depuis 2015, le procureur de la République qui visitait régulièrement l'établissement ne vient plus. Le registre de la loi n'a d'ailleurs pas été visé ni en 2015 ni au cours des quatre premiers mois de 2016. Ce registre n'est pas davantage visé par la CDSP, le président du TGI ou par le préfet depuis son installation (cf. § 3.6.1 et 3.6.4).

### **3.6.2 La commission départementale des soins psychiatriques**

La CDSP ne s'est pas encore réunie en 2016 ; jusqu'alors, elle été présidée par le juge de l'application des peines.

Lors de la visite des contrôleurs, la nouvelle présidence n'avait pas été désignée.

Un nouvel arrêté de composition de la CDSP a été signé le 6 avril 2016. Alors que le renouvellement des membres de la commission était prévu, un de ses membres, psychiatre, est décédé et deux autres membres, un magistrat et un représentant des associations de famille ont, à leur demande, été renouvelés.

Elle s'est réunie une fois en 2012, quatre fois en 2013, quatre fois en 2014 et deux fois en 2015.

Les rapports d'activité de 2013 et 2014, indiquent qu'elle a effectué la visite des quatre secteurs d'hospitalisation d'Alençon, Argentan, Flers et L'Aigle. Les secteurs de L'Aigle et de Flers ont été visités en 2015. Elle n'a reçu aucune plainte des patients.

Les demandes reçues en 2014 de trente-deux patients ont porté sur :

- la sortie en programme de soins ou la demande de levée de la mesure dont ils faisaient l'objet ;
- la contestation et la modification du traitement ;
- la suppression de la mesure de protection.

Les trois demandes de patients, reçues en 2015, ont également porté sur ces mêmes sujets.

**Recommandation :**

*La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), dont le rôle est primordial pour s'assurer du respect des libertés individuelles et de la dignité des patients, doit impérativement être remise en œuvre.*

### 3.6.3 Le comité d'éthique

L'établissement a intégré la dimension éthique à ses orientations stratégiques et a pérennisé le fonctionnement du comité grâce à des réunions fréquentes et à un engagement de la direction et de la communauté médicale. Présidé par un médecin chef de pôle, il est composé d'au moins 30 membres (soignants, psychologues, sage-femme, cadres de santé, assistante sociale, représentant des usagers et 25 médecins). Des invités peuvent être sollicités en fonction des thèmes abordés (médecin de pédopsychiatrie, représentant du conseil de l'ordre des médecins, philosophe, biologiste). Le comité, qui se définit comme « pluridisciplinaire, consultatif et indépendant » se réunit six à sept fois par an. Il peut se saisir ou être saisi par tous ceux qui le souhaitent, professionnels de santé, patients et usagers, collectivement ou individuellement. Un message peut être adressé sur l'adresse électronique du comité ou par courrier. Le comité se déclare compétent, ou non. Il décide ensuite de faire des recherches sur les questions retenues pour aider la réflexion des membres en séance plénière. Les avis du comité d'éthique sont mis en ligne sur l'intranet du CPO à la rubrique « Comité d'éthique », consultables par tous les professionnels ; la personne ayant questionné est informée par courrier.

Les contrôleurs ont relevé que les problématiques particulières suivantes avaient été débattues au comité d'éthique :

- « le projet sur la prise en charge spécifique de la douleur par des techniques de médiation corporelle pour un groupe de patients » ;
- « le tableau de suivi des soins somatiques » ;
- « la création d'un point d'accès aux droits pour les patients » ;
- « la présentation de la convention de coopération avec les EHPAD » ;
- « la présentation de la permanence d'accès aux soins de santé (PASS, filière transversale) » ;
- « la mise à jour du protocole d'entrée du patient adulte » ;
- « l'étude d'une situation particulière d'un patient dont la prise en charge soulève des questions d'éthique » ;

- « la validation de la liste des médicaments à risque au CPO » et « la validation des bonnes pratiques de prescriptions médicamenteuses » ;
- « la présentation de l'accueil en famille thérapeutique » ;
- « validation du document volet amélioration de la qualité et de la sécurité des soins 2014-2018 ».

De nombreux points d'organisation du CPO, susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins, sont aussi très régulièrement abordés : le projet médico-soignant, l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD), du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement, la réorganisation régionale de l'offre de soins, le programme d'investissement, la politique de recrutement médical, l'organisation des astreintes, le rappel des règles de prescription de transport, l'attribution de primes multi-sites, les gardes médicales, la certification HAS, le bilan et la programmation des évaluations des pratiques professionnelles (EPP), le bilan des événements indésirables, les comptes rendu de rencontres de la direction de l'ARS la programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements.

Des sous-commissions fonctionnent sous l'égide de la CME : comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), commission du médicament et des dispositifs médicaux (COMEDIMS), commission des évaluations des pratiques professionnelles (EPP), commission de l'organisation et de la permanence des soins (COPS).

#### 3.6.4 Les registres de la loi sont tenus avec soin et renseignés à bref délai, mais ne sont pas visés des autorités

Les registres, un pour les SDT et un pour les SDRE, distincts pour les pôles Centre et Est, sont tenus par le bureau des entrées. Ils sont complétés par des annexes – clairement mentionnées sur le registre – et classées par nom, pour les patients hospitalisés sur une longue période.

Ces registres comportent quatre pages par patients pour les SDT et deux pages pour les SDRE, avec mention sur la première page de l'identité complète du patient, le tiers à l'origine de la demande, la date d'hospitalisation, la date de sortie ; sur les autres pages, sont collés, après réduction, les certificats initiaux, la notification de la décision, tous les certificats médicaux suivants et l'avis motivé, les ordonnances du JLD.

Pour le site de l'Aigle, le registre en cours pour les SDT a été ouvert le 2 juin 2015 et est visé en page de garde par le maire. Sept mesures y sont inscrites entre le 21 mars 2016 et le 12 mai 2016, concernant quatre femmes et trois hommes, dont quatre mesures en urgence, une mesure à la demande d'un tiers et deux de périls imminents.

Le registre en cours pour les SDRE, a été ouvert le 16 juin 2008 et porte mention de quatre-vingt-sept mesures jusqu'au 15 septembre 2015. Parmi celle-ci, six mesures prises en 2012 ont concerné uniquement des hommes (une mesure a été transformée en SDT, trois patients sont sortis et deux sont passés en soins libres) ; huit admissions en 2013 ont également concerné des hommes ; deux admissions en 2014 ont été prononcées pour une femme et un homme ; quatre mesures en 2015 ont concerné deux femmes et deux hommes ; deux de ces patients sont passés en soins libres, un est sorti et une hospitalisation est toujours en cours.

Pour le site d'Alençon, le registre en cours pour les SDT a été ouvert le 2 juin 2015. Pour l'année 2016 y sont inscrites soixante-douze admissions concernant quarante-cinq hommes et vingt-sept femmes, dont deux mesures à la demande d'un tiers, deux transformations de mesures (un en soins libres en SDT et un SDRE en SDT), trente-six « périls imminents » et trente-deux « urgence ». Sept patients ont été transférés, six sur un autre établissement et un dans un EHPAD ; dix-sept mesures ont été transformées, une en SDRE, seize en soins libres ; trente patients sont sortis de l'établissement dans un délai allant de un jour à un mois et trois jours, dont douze avant l'audience du JLD ; dix-huit patients sont encore hospitalisés.

Le registre en cours pour les SDRE, a été ouvert le 5 avril 2011. Pour l'année 2016, il mentionne douze hommes (dont six personnes détenues) et une femme. Deux patients étaient toujours hospitalisés lors du contrôle, deux mesures avaient été transformées – l'une en SDT, l'autre en soins libres –, neuf patients avaient bénéficié d'une levée de la mesure d'hospitalisation complète dont sept dans un délai de trois à huit jours soit avant l'audience du JLD (parmi lesquels les six personnes détenues).

Ces registres sont soigneusement tenus et renseignés dans de brefs délais. Ainsi, une ordonnance rendue le 9 mai 2016 par le JLD figurait dans le registre lors de son examen par les contrôleurs le 12 mai, trois jours plus tard.

L'examen des documents médicaux consignés dans ces registres montre : une insuffisance de motivation des certificats médicaux initiaux établis par les urgences (point signalé par le JLD) ; des certificats de 24 et 72 heures ainsi que des avis motivés globalement satisfaisants, circonstanciés et actualisés avec précision éventuelle de projets en cours tels permissions de sortie et programmes de soins.

Ces registres ne comportent aucun visa des autorités (préfet, procureur de la République, président du TGI, CDSP) au cours de l'année 2015.

### **3.7 LES SORTIES DE COURTES DUREES SONT FAVORISEES, FAISANT PARTIE DU PROJET DE SOINS**

Sur chacun des deux sites, les autorisations de sortie de courtes durées sont fréquemment accordées ; inscrites dans les projets de soins, elles préparent le retour au domicile.

Sur l'année 2015, 293 permissions de sortie ont été accordées. Au premier trimestre 2016, cinquante-deux autorisations de sortie ont été délivrées au pôle Centre et neuf au pôle Est, soit un total de soixante-et-une permissions.

#### **3.7.1 Les sorties accompagnées d'une durée inférieure à 12 heures**

Celles-ci consistent principalement en des autorisations de sortie en ville pour des démarches administratives, des courses ou des repas avec la famille. L'accompagnement est effectué le plus souvent par les soignants ; il peut également se faire soit par la famille proche soit par les tuteurs qui sont dans la mesure du possible associés au projet de soins.

#### **3.7.2 Les sorties non accompagnées d'une durée maximum de 48 heures**

Elles concernent des retours à domicile, notamment lors de fin de semaine et permettent d'évaluer la possibilité d'un retour au foyer, éventuellement dans le cadre d'un programme de soins.

### 3.7.3 Les cas d'opposition écrite du représentant de l'Etat

Les oppositions du préfet sont peu fréquentes ; elles se rencontrent principalement quand le patient présente des troubles du comportement pouvant perturber l'ordre public. Il a cependant été signalé par les personnes rencontrées sur chacun des sites un positionnement de l'actuel préfet plus strict et restrictif qu'auparavant.

A titre d'exemple, le préfet s'est opposé le 23 décembre 2015 à une autorisation de sortie de 48 heures délivrée le 22 décembre aux motifs de « la sécurité publique eu égard aux troubles à l'origine de la mesure rendant la sortie chez la grand-mère inappropriée ».

A noter que cette opposition du préfet, de même qu'un refus de levée de la mesure avec passage en programme de soins, bien que datant tous deux de décembre 2015, sont écrits et motivés comme le prescrit désormais la loi 2016-41 du 26 janvier 2016.

## 3.8 LA LEVEE DES MESURES DE SOINS NE FAIT L'OBJET QUE DE PEU D'OPPOSITION DU PREFET. LE COLLEGE DES PROFESSIONNELS DE SANTE EST A L'ECOUTE DE LA PAROLE DES SOIGNANTS.

### 3.8.1 L'avis préalable des médecins psychiatres

Les avis des médecins préconisant une levée de la mesure d'hospitalisation complète ne font que rarement l'objet d'opposition du préfet, les certificats médicaux étant très circonstanciés quant à l'évolution du patient. En 2015, quatre-vingt-seize levées ou transformations de mesures ont été décidées.

Trois refus ont été recensés entre la mi-décembre 2015 et la mi-avril 2016.

### 3.8.2 L'avis conjoint

Dans un des cas susvisés, il n'y a pas eu d'avis d'un second médecin, le psychiatre à l'origine du certificat de levée du programme de soins en cours ayant, face au refus du préfet, modifié le dit programme.

Dans le second cas, le préfet s'est opposé à une sortie avec programme de soins et a sollicité expressément un second avis qui a été demandé par le bureau des entrées. Le second psychiatre ayant confirmé un passage en programme de soins, le préfet a pris en arrêté en ce sens. A noter que l'ensemble de cette procédure a duré six jours, entre la demande du médecin référent et l'arrêté du préfet admettant la prise en charge en programme de soins.

Dans le troisième cas, il s'agissait d'une demande de levée de programme de soins qui n'était pas respecté par le patient. Il n'y a pas eu de second avis, le patient ayant été réintégré en hospitalisation complète six jours plus tard.

### 3.8.3 Le collège des professionnels de santé

Pour mémoire, l'avis du collège est nécessaire, d'une part, pour les personnes déclarées pénalement irresponsables avant toute saisine du JLD et toute modification de la forme de sa prise en charge ; d'autre part, pour les patients « ASPDT » ou admis dans une situation dite de péril imminent en cas d'hospitalisation continue se prolongeant au-delà d'un an.

Le bureau des entrées tient un échancier et alerte les secrétaires médicales des unités quand la réunion du collège est nécessaire. La convocation est préparée par le bureau des entrées et envoyée aux membres du collège par le secrétariat médical. Une fois rendu, l'avis est communiqué au bureau des entrées.

Le collège est composé du médecin en charge du suivi du patient, d'un second psychiatre venant d'une autre unité à Alençon, de la seconde unité à l'Aigle et du cadre de santé pour les unités du site d'Alençon, de l'infirmier référent pour les unités du site d'Aigle.

Selon tous les cadres rencontrés, les membres du collège se réunissent pour évoquer et échanger sur la situation du patient, les médecins étant très à l'écoute de la parole des soignants.

*En 2015, le collège s'est réuni à cinquante-sept reprises. De janvier à fin avril 2016, le collège s'est réuni douze fois sur le site d'Alençon et quatre fois sur le site de l'Aigle.*

### **3.9 LE CONTROLE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION : UNE PROCEDURE BIEN RODEE, PREPAREE EN CONCERTATION ENTRE LE JUGE ET L'HOPITAL ET RESPECTUEUSE DES DROITS DE LA DEFENSE MAIS DES CONDITIONS DE PRESENTATION QUI DOIVENT DAVANTAGE RESPECTER LA DIGNITE DU PATIENT ET LES DROITS DES DETENUS.**

Depuis le 5 juillet 2014, les audiences du JLD se tiennent dans l'enceinte du CPO. L'installation actuelle dans les locaux de l'ex-hôpital de jour des adolescents est provisoire ; des travaux sont programmés pour créer une salle près de l'entrée principale de l'établissement face au bâtiment administratif. La salle est bien signalée depuis l'entrée principale de l'établissement.

Les locaux actuels comprennent :

- une grande salle ouvrant sur le couloir initialement prévue comme salle d'audience mais en fait utilisée par les avocats pour s'entretenir avec les patients, les entretiens pouvant, si besoin, avoir lieu dans une autre salle afin d'assurer la confidentialité des échanges ;
- une petite salle meublée d'une table ronde et de chaises, dans laquelle la présidente du TGI – exerçant les fonctions de JLD – a souhaité tenir l'audience, sans porter la robe, le tout afin d'assurer un contexte plus rassurant pour les patients ;
- une salle de délibéré comprenant un bureau et du matériel informatique (ordinateur et imprimante) – dotation du ministère de la Justice ;
- des toilettes ;
- un couloir servant de salle d'attente.



*Entrée salle audience JLD - Salle audience - Salle de délibéré*

### *a) Les modalités d'organisation de l'audience*

Le bureau des entrées surveille les délais, réclame à l'unité l'avis motivé, puis adresse au greffe du JLD la saisine comportant tous les documents utiles (certificats médicaux, décisions d'admission, notification...).

En retour, le bureau des entrées reçoit la convocation pour l'audience qu'il transmet aux secrétariats des unités pour notification au patient. Celle-ci est faite par le médecin, en présence d'un infirmier, à défaut par un infirmier seul, puis est retournée au greffe du JLD par le bureau des entrées avec précision de la volonté du patient d'être ou non présent à l'audience et de désigner ou non un avocat de son choix, et le cas échéant, de l'incompatibilité de l'état clinique et psychique du patient avec son audition par le juge.

Après l'audience, la décision est envoyée par le greffe au bureau des entrées par télécopie. A noter que la pratique des JLD d'Alençon est de rendre leur décision immédiatement après l'audience, et après un temps de délibéré et de préparation matérielle de l'ordonnance. Dès lors que le patient est présent à l'audience, la décision lui est notifiée et expliquée par le juge qui remet à l'intéressé copie de l'ordonnance, avec indication des voies de recours possibles, contre émargement de l'original. L'ordonnance est ensuite envoyée au bureau des entrées qui la conserve dans le dossier administratif du patient et en met copie dans le registre de la loi. En cas d'absence du patient à l'audience, la décision du JLD lui est notifiée dès réception par le médecin ou un infirmier du service.

#### **Bonne pratique :**

*Le juge notifie, remet et explique sa décision au patient présent à l'audience, et confie à l'intéressé copie de l'ordonnance contre émargement de l'original.*

### *b) Le déroulement de l'audience du juge des libertés et de la détention*

Les contrôleurs ont pu assister à l'audience du jeudi 12 mai au cours de laquelle un dossier était examiné ; la patiente avait formellement refusé d'être assistée d'un avocat (ses revenus ne lui permettant de bénéficier de l'aide juridictionnelle) mais était accompagnée de son mari.

Les patients sont conduits à la salle d'audience par un ou deux infirmiers. Pour les patients venant du pôle Est (site de l'Aigle), ceux-ci sont accompagnés en ambulance ; le patient est toujours assis à côté d'un soignant ; lorsque l'état du patient nécessite un transport sous contention – ce qui aux dires des cadres de santé est très rare –, il est alors couché durant le voyage.

Depuis le premier trimestre 2015, un pôle d'une dizaine d'avocats du barreau d'Alençon, tous volontaires, assure les audiences en matière d'hospitalisation sans consentement. Avisés de l'audience par le greffier, ils se rendent au greffe du JLD pour prendre connaissance du dossier avant de rencontrer le patient juste avant l'audience. Un temps suffisant leur est laissé avant le début de l'audience pour cette rencontre. Cette attente avant l'audience est également l'occasion pour l'infirmier de réexpliquer au patient le rôle du juge afin de « dédramatiser le passage devant le juge ». Les soignants rencontrés ont en effet précisé que l'intervention d'un juge était souvent un facteur de perturbation pour les patients, rendant nécessaire une explication autour du rôle de ce juge tant envers le patient qu'envers sa

famille. Les patients sont ensuite reçus par le juge, les uns après les autres, les soignants restant à l'extérieur de la salle, sauf si le patient réclame sa présence.

Priorité est normalement donnée aux patients venant de l'Aigle. La porte de cette salle reste ouverte. L'administration n'est pas représentée à l'audience. Les tiers sont convoqués par le greffe du JLD, par écrit et par téléphone compte tenu de la brièveté des délais, mais ne sont présents que dans 30 % des cas, a-t-il été indiqué. De même, les tuteurs et les curateurs, quand leur existence est signalée au greffe du JLD – ce qui n'est pas toujours le cas –, sont convoqués à l'audience mais ne s'y rendent jamais ; absences que le JLD a précisé vivement regretter.

S'agissant de l'assistance de l'avocat, le JLD a indiqué aux contrôleurs que, sauf très rares exceptions, l'aide judiciaire (AJ) provisoire était accordée au patient afin que les avocats soient indemnisés de leur mission au titre de l'aide juridictionnelle. Le JLD, comme l'ont fait également certains cadres de santé, a pointé une insuffisance de la loi résultant de la dichotomie entre avocat obligatoire et absence de gratuité de ce professionnel, relevant que, du fait des règles strictes de l'AJ, des difficultés peuvent se poser pour des personnes disposant de revenus et dépassant le plafond de l'aide juridictionnelle, celles-ci se voyant imposer par la loi un avocat pour l'audience devant le JLD<sup>23</sup> alors qu'elles ne l'ont pas nécessairement demandé et qu'elles n'ont pas souhaité être hospitalisées. Peu de patients refusent de se présenter devant le juge ; dix cas d'incapacité de se rendre à l'audience ont été enregistrés en 2015 (avis médical ou refus du patient). Il importe toutefois de relever que, depuis que les audiences se tiennent dans l'enceinte du CPO, les patients détenus ne sont plus présentés devant le JLD, un certificat déclarant leur état incompatible avec une audition par le juge étant quasi systématiquement délivré, alors même que ces personnes pouvaient être renvoyées rapidement, parfois dès le lendemain de l'audience, au centre pénitentiaire.

A noter, enfin, que le JLD et le greffier ont fait état de présentation à l'audience de certains patients « en pyjama » ou pendant l'hiver « en pyjamas et robe de chambre de l'hôpital ». Cette information a été confirmée par la présidente du tribunal qui a cependant précisé : « *cela est de plus en plus rare, dans la mesure où j'ai insisté pour que les patients soient habillés. Lorsque ces derniers sont en pyjama, j'en demande toujours la raison aux infirmiers, ce qui a eu pour conséquence une diminution d'une telle présentation. La dernière fois, cependant, ils m'ont indiqué que le risque suicidaire était tel qu'il n'était pas possible que la patiente soit habillée avec des vêtements de ville* ».

En 2015, le JLD a été saisi de 337 requêtes dont 328 pour le pôle Centre et 78 pour le pôle Est. Moins de 2 % de ces saisines entrent dans le cadre des recours facultatifs. Le JLD a prononcé 254 maintiens en hospitalisation complète (soit dans 75 % des cas) et 25 mainlevées dont 17 différées avec programme de soins, 7 sorties et 1 mainlevée avec transformation en soins libres. Pour les 58 cas restant, la saisine du JLD a été déclarée sans objet en raison d'un changement de statut du patient avant l'audience (transformation en soins libres, sortie définitive, passage en programme de soins).

---

<sup>23</sup> La loi du 27 septembre 2013 - article L.3211-12-2 du code de la santé publique - a rendu obligatoire la représentation par avocat (avocat choisi, désigné au titre de l'aide juridictionnelle ou commis d'office) lors de l'audience du JLD, mesure entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 2014.

Les éléments chiffrés qui précèdent indiquent que la mainlevée de la mesure est en majeure partie différée de 24 heures pour mise en place d'un programme de soins, lorsque l'avis motivé est un peu ancien et que des éléments nouveaux apparaissent lors de l'audience ; les mainlevées pour vice de procédure sont peu nombreuses, même si « parfois les certificats médicaux initiaux ne sont pas conformes à la loi », le JLD préférant, devant certaines pathologies, ne pas soulever d'office les vices de forme.

**Recommandation :**

*Les patients, lorsqu'ils sont également détenus, doivent accéder au juge comme tous les autres patients ; et un certificat médical déclarant leur état incompatible avec une audition par le juge ne doit pas être systématiquement établi. Pour l'ensemble des patients, en aucun cas, ils ne doivent être présentés devant le juge en pyjama.*

*c) Le passage en programme de soins*

En 2015, vingt-quatre patients ont bénéficié d'un passage en programme de soins avant l'audience du JLD soit dans un délai de moins de douze jours après leur admission. Sur la même période, pôle Centre et pôle Est confondus, 187 décisions de programme de soins ont été prises par les médecins (en ce, inclus les premières demandes et les modifications).

Le passage en programme de soins n'est donc pas un contournement du JLD mais bien une politique de prise en charge permettant de limiter le temps d'hospitalisation complète.

Les programmes de soins prévoient dans la grande majorité des cas une prise en charge en hôpital de jour ou en CMP ou encore des activités thérapeutiques mais pas, ou très rarement, de retour séquentiel au centre psychothérapeutique.

## 4. LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION

### 4.1 LES CONDITIONS MATERIELLES DE VIE COMMUNES A TOUS LES SECTEURS

#### 4.1.1 La restauration : une organisation et un fonctionnement de qualité globalement adapté aux patients

La cuisine du CPO fonctionne en liaison chaude. Elle fournit tous les jours les déjeuners et les dîners des patients. 400 repas par jour sont servis pour l'ensemble des patients. Le personnel est composé d'un chef de cuisine, d'un « second cuisine » et de douze salariés. Le « piano central » a été refait en 2015.

Le chef de cuisine planifie les menus annuellement ; il n'existe pas de poste de diététicienne. Une commission hôtelière de soignants et de cadres se réunit tous les six mois pour recueillir les observations des personnes présentes. Le compte rendu de la dernière commission hôtelière du 3 novembre 2015 fait part à la fois de la satisfaction des patients d'Ecouvès de pouvoir encore bénéficier d'une cuisine traditionnelle avec notamment des desserts « maison » et également de leur réserve de manger souvent les mêmes légumes dans la semaine. Il a été indiqué aux contrôleurs que des patients pouvaient participer à la commission hôtelière.

Les menus de la semaine sont affichés dans chaque unité à Alençon. Pour chaque repas, il est proposé un menu du jour et un menu normal léger. Ainsi, le 10 mai 2016, le menu du jour au déjeuner se composait de courgettes râpées, d'un beefsteak à l'échalote avec des pommes frites et d'un entremet à la pistache ; le menu normal léger, de céleris vinaigrettes, d'un steak haché avec des pommes anglaises et d'un entremet sans sucre. Il est mentionné sur la feuille des menus que le menu normal léger correspond à une alimentation facile à digérer pouvant convenir à tous les résidents ayant des problèmes hépatiques, gastriques ou intestinaux.

Un tableau de commande du déjeuner et du dîner est adressé à 9h par les unités sur intranet au chef de cuisine, indiquant notamment : les entrées, la viande et le poisson, les légumes, le nombre de repas normal, sans sel, léger, léger sans sel, diabétique sans sel, sans résidu, sans porc. Le nombre de régimes médicaux est précisé dans la rubrique commentaires.

Un menu du terroir, composé de produits locaux, est proposé chaque mois.

Les repas sont placés dans des chariots disposant d'un compartiment pour le froid et pour le chaud ; les entrées et les desserts sont servis dans des barquettes individuelles.

Les chariots sont transportés dans un fourgon et livrés dans chaque unité.

Le CPO dispose d'un self patient accueillant, sur prescription médicale, essentiellement les personnes hospitalisées de jour. Une quarantaine de couverts est servi uniquement le midi en présence de deux soignants entre 12h et 13h. La pièce comporte cinq tables ovales de six places. Des suppléments de nourriture peuvent être servis à la demande des patients.

Les contrôleurs ont constaté la propreté de l'ensemble des locaux ainsi que le respect des normes d'hygiène en vigueur.

**Recommandation :**

*Il est nécessaire de créer un poste de diététicien à Alençon dans le cadre de la planification des repas, actuellement assurée par le chef de cuisine.*

Concernant la prise des repas, le petit déjeuner, préparé par les agents des services hospitaliers (ASH), est pris dans la salle à manger entre 8h et 9h. Le repas de midi est servi à 12h15 tandis que celui du soir l'est à 19h15. Une collation est proposée à 16h par les ASH, composée de gâteaux (sauf pour les diabétiques) et de deux boissons.

Au pavillon des mineurs, les infirmiers font des courses avec les jeunes autorisés à sortir et préparent des pâtisseries avec eux. L'unité dispose d'une cuisine récente toute équipée (un four à micro-ondes, un lave-vaisselle ...) avec le matériel de cuisine nécessaire.

Les adolescents se sont plaints de l'insuffisance du goûter, composé d'une brique de jus d'orange et de deux biscuits. Faute de collation consistante, ils réclamant le repas du soir dès l'arrivée des chariots.

**Recommandation :**

*Le catalogue ne permet pas de commander des aliments spécifiques aux enfants (céréales par exemple). Il est essentiel de prévoir une alimentation adaptée et suffisante pour ces derniers.*

Le placement des patients est libre dans la salle à manger de chaque unité, sauf au pavillon des Arcis. Les patients de cette unité sont placés à table (places choisies par les infirmiers en fonction des comportements et des relations entre patients) ; les soignants sont présents mais ne partagent pas le repas avec les patients. Une salle à manger est spécialement réservée pour les patients les moins valides ou présentant des risques de « fausse route » ; les tables sont individuelles et chaque patient est assisté d'un infirmier.

Dans l'unité fermée Ecouves, les patients prennent place autour d'une même table ovale. Lors du repas auquel les contrôleurs ont assisté, l'ambiance était plus conviviale que dans l'unité ouverte.

De même, les assiettes, les verres et des couverts en inox sont à la disposition des patients, sauf à Ecouves, où des gobelets en plastique remplacent les verres, jugés trop dangereux.

Les patients placés à l'isolement ne mangent pas dans la salle à manger. Ils utilisent des assiettes et des gobelets en plastique ainsi que des cuillères et des petites cuillères ; en l'absence de couteaux et de fourchettes, les aliments sont préalablement découpés.



*La salle à manger de l'unité Rochebrune*

Les menus de la semaine sont affichés.

Sur le site de L'Aigle, la cuisine centrale du centre hospitalier fonctionne en liaison froide. Les repas sont livrés le midi et le soir à Fontenil et à Saint-Evrout. Les chariots transportant les repas sont branchés à l'office à leur arrivée. Les repas sont servis dans des barquettes individuelles sur un plateau nominatif dans la salle à manger de l'unité. Comme en 2009, les soignants des unités prennent leur repas avec les patients. A Fontenil, l'unité est fermée pendant la prise des repas de 12h à 13h et de 19h à 20h afin d'éviter les intrusions. Les contrôleurs ont assisté au déjeuner. Le repas est conçu comme un moment thérapeutique. Lors de la visite des contrôleurs, seul un patient à Fontenil est autorisé à manger de temps en temps dans sa chambre. Les patients débarrassent leur plateau, leurs couverts et leur verre ; ils nettoient leur emplacement à table.

Pour les patient placés en chambre d'isolement, les horaires de repas sont décalés par rapport à ceux des autres patients du fait de la présence nécessaire de deux soignants à leurs côtés pendant les repas (soit deux infirmiers soit un infirmier et un aide-soignant). Le plateau ne leur est jamais laissé, pas plus que la bouteille d'eau. Ils utilisent un verre en plastique et les couverts sont limités à deux cuillères (une grande et une petite).

**Bonne pratique :**

*La prise des repas des soignants avec les patients est une pratique thérapeutique commune aux deux unités de L'Aigle qu'il convient de souligner.*

**4.1.2 La blanchisserie – linge : les dispositions prises respectent les normes en vigueur**

L'entretien du linge du CPO à Alençon s'effectue sur deux sites :

- le linge hôtellerie (draps, alèzes, linge de toilette...) est nettoyé à la blanchisserie du groupement de coopération sanitaire (GCS) à Domigny. Les services déposent un chariot de linge sale à l'extérieur qui est collecté du lundi au vendredi par un camion du GCS ; ce dernier assure également la livraison du linge propre du lundi au vendredi ;
- le linge des patients est nettoyé à la blanchisserie du CPO qui constitue l'annexe du GCS. Elle dispose d'un équipement moderne et performant avec trois machines à laver et trois séchoirs à linge. L'annexe comprend deux salariés du lundi au vendredi de 8h à 15h30. Chaque jour de la semaine, le service des transports du CPO procède au ramassage et à la livraison du linge. Il existe des sacs de couleur différente par pavillon. Depuis le début de l'année 2016, le lavage du linge personnel est facturé au tarif de 1,88 euro le kilo.

Les contrôleurs ont constaté la propreté des locaux et la tenue du personnel doté d'une sur-blouse et de gants.

A l'arrivée dans les unités, un inventaire des vêtements portés par le patient est établi et remis par un agent des services de soins à la blanchisserie annexe. Il a été indiqué que le premier lavage n'était pas facturé.

**Bonne pratique :**

*La gratuité du premier lavage des vêtements portés par le patient et du linge des patients dépourvus de ressources suffisantes sont à souligner et ces mesures à pérenniser.*

Concernant l'unité des mineurs, aucune machine à laver n'est mise à disposition, pour leur permettre d'apprendre à s'autonomiser ; une machine à laver du service voisin peut être utilisée occasionnellement. Le linge est remis à la famille ou à l'aide sociale à l'enfance (ASE). Les jeunes séjournant plus longtemps peuvent également bénéficier de la blanchisserie du CPO ; la facture est réglée par l'ASE. Il a été indiqué que les patients sans ressources suffisantes pouvaient bénéficier d'un lavage gratuit. De même, un stock de vêtements laissés par des patients ou provenant de dons sont distribués à des personnes démunies.

A l'unité des mineurs, les draps sont changés tous les dimanches. A Medavy, ils sont changés au minimum une fois par semaine et en tant que de besoin.

Par ailleurs, deux intendantes hôtelières rattachées à la direction des soins se déplacent dans les unités pour évaluer les tailles disponibles des pyjamas et des chemises de nuit. En cas de besoin, un bon signé par le cadre de santé et le service économique est transmis à la blanchisserie à Domigny. Les contrôleurs n'ont pas été en mesure de connaître le nombre et les tailles des pyjamas en stock à Domigny le jour de leur visite. A l'unité des mineurs, les contrôleurs ont constaté qu'aucune taille de pyjamas enfants n'était disponible, seulement les tailles adultes de 1 à 4. Dans le stock vu par les contrôleurs, il ne restait plus que des grandes tailles (3 et 4). De plus, les enfants ne sont pas autorisés à utiliser leur propre pyjama pendant la phase d'accueil de 48 heures de mise en pyjama.

**Recommandation :**

*L'établissement doit mettre à disposition de tous les patients, et notamment des mineurs, des tailles de pyjama adaptées. Les stocks doivent être suffisamment approvisionnés de pyjamas de toutes les tailles.*

Sur le site de L'Aigle, le linge des patients est en principe lavé par les familles. Les patients peuvent néanmoins utiliser la buanderie installée au sous-sol du pavillon Letailleur, comportant une machine à laver et un sèche-linge. Son accès n'est pas libre ; les aides-soignants les accompagnent et les invitent à placer eux-mêmes leur linge dans la machine à laver, considérant ce geste comme un acte thérapeutique. Comme en 2009, il est demandé au patient une participation financière, actuellement de 2 euros, pour l'achat de la lessive, sauf pour les personnes démunies. Les patients dont le linge marqué est placé dans un « sac-filet », ont également la possibilité de le faire entretenir par la blanchisserie centrale du centre hospitalier ; cette possibilité est peu utilisée.

**Bonne pratique :**

*La pratique consistant à accompagner les patients à laver leur linge à la buanderie de l'annexe est un acte thérapeutique qu'il convient de souligner.*

Selon les informations recueillies, les draps sont changés dès qu'ils sont souillés et au minimum une fois par semaine. Les aides-soignants passent le matin dans les chambres pour en contrôler l'état de propreté. Le linge hôtelier est nettoyé par la blanchisserie centrale du CH.

#### 4.1.3 L'argent des patients

A l'arrivée dans l'unité d'admission Medavy à Alençon, il est procédé à un inventaire lors de l'entretien infirmier. Deux fiches sont établies, l'une pour l'inventaire des vêtements, la seconde pour l'inventaire des valeurs. Les vêtements sont rangés dans les placards individuels des chambres qui ferment à clé – les clés étant en possession des infirmiers qui les ouvrent à la demande ; ils peuvent également être stockés dans la lingerie. Les valeurs et les téléphones portables sont placés dans des coffres individuels situés dans la lingerie au rez-de-chaussée du bâtiment. L'argent est placé dans une enveloppe sur laquelle les mouvements (retrait ou apport) sont notés par les infirmiers. L'argent, au-delà d'une somme de 30 euros, et tous les moyens de paiement sont entreposés dans un coffre dans le bureau du cadre de santé. Au-delà d'une certaine somme, l'argent est envoyé à la Caisse des dépôts.

A Ecouves et Rochebrune, les affaires personnelles sensibles (ordinateur, réserve de cigarettes, bijoux...) sont conservées dans des coffres individuels fermés à clé, placés dans un local sécurisé. Les patients ne disposent pas des clés et l'accès au coffre se fait en présence d'un soignant. Les affaires de toilette - notamment les rasoirs, l'eau de toilette - sont également rangées dans des placards, remises le matin avant la toilette et reprises aussitôt après. Les paquets de cigarettes et les téléphones portables sont rangés dans des casiers au bureau infirmier, pour pouvoir être facilement accessibles.

Les renseignements sur les espèces, le carnet de chèques et la carte bancaire sont également portés sur la fiche d'inventaire ; cette fiche est datée et signée contradictoirement par le patient/soignant au dépôt et à la remise. Elle est remise par le personnel soignant à la régie qui établit un reçu<sup>24</sup>. La régie dépose systématiquement les fonds à la trésorerie. Le patient accompagné ou non est alors dans l'obligation de se présenter à la trésorerie, muni du reçu et d'une pièce d'identité pour retirer de l'argent. En ce qui concerne les arrivées tardives, l'argent placé dans une enveloppe est remis provisoirement par le soignant au coffre du standard à l'entrée de l'établissement.

Le livret d'accueil précise que, si le patient souhaite conserver ses valeurs, bijoux et espèces, il est dans l'obligation de signer une décharge.

Les jeunes ne sont pas autorisés à avoir des espèces. Le jour de la visite des contrôleurs, une mineure avait conservé dans sa chambre une carte bancaire<sup>25</sup>.

<sup>24</sup> Remise d'un exemplaire au patient, au bureau des entrées, à la trésorerie et à la régie.

<sup>25</sup> Sur son compte était versé par l'ASE son argent de poche.

Les fonds déposés à la régie concernent exclusivement les besoins des majeurs protégés dans la limite de 4 000 euros.

Sur le site de L'Aigle, les patients ne disposent pas de coffre dans leur chambre. A leur arrivée dans l'unité, il est procédé à un inventaire des effets personnels par un ou deux soignants. Pour ne pas être intrusif, la nécessité de l'inventaire est expliquée. Tout ce qui coupe ou est dangereux est rangé dans un casier identifié par le numéro de chambre dans le bureau des infirmiers.

**Recommandation :**

*L'inventaire des biens des patients n'est pas fait par tous les infirmiers. Il est souhaitable d'appliquer la même procédure dans l'ensemble des unités.*

A Saint-Evroult, les objets de valeur sont mis au « coffre toxiques<sup>26</sup> » à l'infirmierie jusqu'à ce que les familles les récupèrent. A Fontenil, les petites sommes d'argent (de 10 à 20 euros) sont conservées par le patient ; les sommes plus importantes sont déposées à la régie du service, située au deuxième étage du pavillon.

Les patients se déplacent accompagnés ou non à la régie le lundi matin pour retirer de l'argent. Il a été indiqué qu'en cas de besoin d'argent pour une sortie le week-end, la régie remet le vendredi la somme d'argent nécessaire sous enveloppe au soignant.

**Bonne pratique :**

*La régie a mis en place une pratique permettant de répondre aux besoins d'argent des patients, notamment pour des sorties le week-end.*

Le coffre de la régie ne peut contenir plus de 2 000 euros ; au-delà de ce seuil, les fonds sont versés à la trésorerie de L'Aigle.

Les opérations sont tracées sur un registre avec notamment la date, la signature du patient et du régisseur.

**Recommandation :**

*Les pratiques diffèrent selon les unités en ce qui concerne la gestion de l'argent des patients. Il serait souhaitable que les patients disposent de coffres individuels sécurisés dans leur chambre, avec une clé à leur disposition.*

Dans son courrier en date du 26 octobre 2017, le directeur indique que « la mise à disposition de coffres individuels et des clés pose des problèmes en terme de gestion et de protection des patients les plus fragiles ».

<sup>26</sup> Coffre contenant les médicaments « dangereux »

Le mandataire en charge du dossier du majeur ou le responsable du service assiste aux audiences du JLD, à sa demande, lui permettant de s'appuyer sur des éléments d'informations du dossier pour prendre sa décision.

Lors de la visite des contrôleurs, le nombre de majeurs pris en charge était de trois à L'Aigle et de vingt-huit à Alençon qui se répartissent ainsi : quatre à Rochebrune, dix-sept aux Arcis, trois à Medavy et quatre à Ecouves.

**Recommandation :**

*La participation des mandataires aux réunions de synthèse est souhaitable.*

#### 4.1.4 La gestion du tabac et des produits toxiques

L'interdiction de fumer dans l'établissement est rappelée dans le livret d'accueil remis à chaque patient.

Dans la pratique, la gestion est souple ; les paquets de cigarettes sont conservés au bureau des infirmiers et remis à la demande aux patients sauf pour quelques-uns comme à Medavy qui ne peuvent gérer eux-mêmes leur consommation ; les modalités de distribution du tabac diffèrent cependant en fonction des unités.

Sur le site d'Alençon, les jeunes, sur autorisation de la famille, de l'ASE et du médecin, sont autorisés à fumer quatre cigarettes par jour maximum ; ils sont toujours accompagnés. Si le comportement du jeune génère des difficultés, il ne sera plus autorisé à descendre, peut-on lire sur une affiche placardée sur le tableau d'informations.

Aux Arcis, les cigarettes sont distribuées toutes les heures ; seuls, deux patients dans le service gèrent eux-mêmes leur consommation.

Dans les deux unités de suite Ecouves et Rochebrune, un tableau au bureau des infirmiers permet d'assurer le suivi de la distribution des cigarettes. Le nombre de cigarettes distribuées chaque jour au patient est essentiellement lié à sa capacité financière ; la situation est adaptée à chaque cas.

A l'unité fermée d'Ecouves, les patients fument dans la cour de l'unité équipée d'un allume-cigare électrique mural. Les autres conservent leur briquet dans la journée jusqu'au coucher ; ils fument à l'extérieur du bâtiment.

A L'Aigle, les règles de vie communes aux deux unités rappellent également qu'il est strictement interdit de fumer dans le service et d'y conserver le briquet ou les allumettes. Dans la pratique, les patients de l'unité Fontenil autorisés médicalement sortent fumer à l'extérieur du pavillon. Le briquet est entreposé dans des casiers individuels au bureau des infirmiers. Selon les informations recueillies, il n'existe pas de distribution contrôlée des cigarettes. A l'unité fermée Saint-Evroult, les patients sortent toujours accompagnés pour fumer.

**Recommandation :**

*La gestion du tabac n'est pas effectuée de manière homogène. Il est nécessaire d'engager une réflexion commune à ce sujet au sein des unités notamment dans le cadre de l'élaboration des règles de vie.*

#### 4.1.5 La sécurité

Il n'existe pas de service de sécurité au CPO.

Un référent incendie dispense notamment des actions de formation au personnel en la matière.

Le poste à l'entrée de l'établissement est tenu par un agent 24h sur 24. Le portail d'entrée est fermé de 21h à 5h45. Il gère le standard téléphonique et les alarmes protection du travailleur isolé (PTI). En cas de difficultés avec un patient, une cellule d'intervention composée de cinq soignants est avisée. Il a été indiqué que le nombre des alarmes était en augmentation. La dernière est survenue le 10 mai 2016 au pavillon Ecouves.

L'établissement dispose d'un dispositif de vidéosurveillance limité respectant ainsi la confidentialité des patients au sein des unités : trois caméras dômes installées en 2009 autour du centre de consultations et des hôpitaux de jour pour prévenir les intrusions et deux caméras pour surveiller les entrées et sorties du CPO. Les images de ces caméras sont visualisées par l'agent en fonction à l'entrée. La durée de l'enregistrement des images est de vingt et un jours.

Sur le site de L'Aigle, aucun agent n'est dédié à la sécurité du centre hospitalier. Le bâtiment n'est pas équipé de caméras de vidéosurveillance. En cas de difficulté avec un patient hospitalisé en psychiatrie, les soignants des deux unités se prêtent main forte.

#### 4.1.6 L'accès aux lieux collectifs

##### a) La cafétéria

Alors qu'elle existe dans l'entité du CPO, sur le site de L'Aigle, où elle remplit un rôle social évident et éminent, elle a été supprimée à Alençon en 2005 après qu'elle ait été le théâtre d'une altercation.

Depuis, aucun lieu convivial dans lequel les patients peuvent se retrouver n'est proposé. Cette absence est notée comme un véritable manque pour les patients par les professionnels rencontrés par les contrôleurs.

**Recommandation :**

*Il conviendrait de mener une réflexion pour l'ouverture d'un lieu de convivialité sur le site d'Alençon.*

Dans son courrier en date du 26 octobre 2017, le directeur indique qu' « un lieu de convivialité pose la question du projet médico-soignant (2014-2018) qui affiche une volonté d'une mission sanitaire avec une durée moyenne de séjour la plus courte possible ».

### *b) La bibliothèque*

Sur le site d'Alençon, il existe une bibliothèque, gérée par l'association « L'Eveil » mais elle est peu attractive. Les locaux sont sombres et défraîchis. Le fonds documentaire est principalement constitué de vieux ouvrages et de BD anciennes ; aucun CD de musique ni de livres enregistrés ne sont proposés.

Les livres proviennent essentiellement de dons. L'association n'entretient pas de politique d'achat de livres avec une réflexion préalable ayant pour but de les choisir en fonction des besoins et appétences des patients.

Les patients de la zone ouverte de l'unité Médavvy, disposent d'une petite bibliothèque à l'étage.

L'unité des enfants et adolescents dispose d'une vingtaine de vieux ouvrages, disponibles sur une étagère dans la salle à manger. Dans cette même pièce, Le journal de l'Orne est mis à disposition des enfants. Dans le local « activités », des jeux de société, en nombre, sont sous clefs et le lecteur de CD n'est plus en état de fonctionnement.

Sur le site de L'Aigle, dans chacune des unités, une petite pièce (sans fenêtre) ouverte l'après-midi sert de médiathèque en libre accès (équipée d'un téléviseur et d'un lecteur de CD). Les livres et CD sont fournis par l'association « Astre » et les dons des soignants. Les contrôleurs ont pu constater que cette pièce était utilisée et appréciée, pour son calme, par les patients.

#### **Recommandation :**

*La rénovation des lieux accueillant la bibliothèque à Alençon doit être envisagée afin de rendre ce lieu plus attractif. Une politique d'achat d'ouvrages devrait aussi être menée dans ce sens.*

#### **4.1.7 Les transports**

Les transports sanitaires pour hospitalisation ou consultation au centre hospitalier général sont effectués par un transporteur privé avec lequel le CPO a passé une convention. En fonction de leur pathologie, les patients peuvent être sanglés pour le temps de transport pour l'audience JLD. Le patient monte derrière avec un soignant. Seul le patient en isolement, depuis plusieurs années, sur le site de l'Aigle se déplace sanglé, avec des soignants, dans une ambulance dite « cube ».

### **4.2 L'UNITE MEDAVY, ACCUEILLE LES ENTRANTS DU SITE D'ALENÇON POUR UNE COURTE DUREE ; LE PROJET DE SOINS TOURNE VERS LA STABILISATION ET LA PREPARATION DE LA SORTIE LIMITE LES ACTIVITES, MAIS FAVORISE LES SORTIES DE COURTES DUREES.**

#### *a) Présentation générale*

Il s'agit du service d'accueil du pôle Centre, regroupant, depuis avril 2015, les deux unités (G01 et G02) qui existaient antérieurement.

Cette unité a une capacité de trente lits, dix en zone fermée et vingt en zone ouverte. Elle dispose de trois chambres d'isolement.

### *b) Les locaux*

Les locaux se répartissent sur deux étages, reliés par un escalier et par un ascenseur réservé aux soignants et dont l'accès est commandé par clé.

L'entrée principale, ouverte en journée, donne en face sur le bureau des infirmiers commun aux deux zones, à droite sur la salle de restauration de la zone ouverte, une salle de visite des familles et une petite salle de jeux, à gauche sur le hall servant de pièce de télévision. Au-delà de cette pièce à vivre, différentes salles et bureaux se répartissent à droite et à gauche d'un couloir : d'un côté le bureau du cadre de santé, une salle de baby-foot, des sanitaires, le secrétariat médical, les bureaux des médecins et de l'assistante sociale, de l'autre côté un accès vers l'extérieur pour les ambulances, la salle de repos et les vestiaires des soignants, un local ménage et, derrière une porte verrouillée, la zone fermée.



*Entrée principale Medavy*

*Salle repas zone ouverte*

*Salle visite des familles*

La zone fermée accueille une salle de repas, un office avec fontaine à eau et quelques verres dont la mise à disposition est libre, une salle télévision ouverte sur une cour d'accès libre en journée (de 8h30 à 20h30 en été et 20h en hiver, ré-ouverte vers 21h30 après la tisane pour la dernière cigarette), un salon pour les familles, un bureau médical, des toilettes collectives, un local ménage et la lingerie, ainsi que huit chambres dont deux doubles.

A l'étage, se trouvent les chambres de la zone dite ouverte, soit dix chambres individuelles et cinq doubles, une salle de bains, une lingerie avec stock de vêtements, un local ménage, une ancienne salle de veille transformée en vestiaire pour les soignants masculins.

Au bout du couloir de l'étage, derrière des portes non accessibles aux patients, une zone initialement prévue pour les activités qui ne se font plus a été réaménagée en bureaux (un polyvalent et un destiné aux intendantes de l'établissement) et salle de réunion ; un local sert de réserve à matelas ; reste une salle d'activité qui peut exceptionnellement servir.

*Couloir de l'unité ouverte**Ancienne salle d'activités*

Les chambres de l'étage et du rez-de-chaussée ne présentent pas de différence. Chacune dispose d'une armoire-penderie, dont le patient ne détient pas la clé mais qui est ouverte par les infirmiers à la demande, et d'une salle d'eau avec WC, douche à l'italienne et lavabo (salle d'eau plus grande dans les chambres doubles et pouvant être fermée par le patient avec un loquet) ; outre le lit, la chambre est meublée d'une table murale avec chaise et d'un fauteuil. Les fenêtres sont opacifiées jusqu'à mi-hauteur ; fermées à clé, elles peuvent s'ouvrir en oscillo-battant, les crémones étant en possession des ASH.

*Chambre double**Sanitaires chambre**Salle de bains*

Dans la zone dite ouverte, l'accès aux chambres est limité : après le petit déjeuner qui a lieu à 8h30, les chambres restent ouvertes jusqu'à 10h30 puis sont fermées jusque vers 12h30 ; les chambres sont à nouveau accessibles de 12h30 à 16h30, heure du goûter ; après une nouvelle fermeture, les chambres sont ré-ouvertes à 20h. Les portes des chambres ne sont jamais fermées à clé ; les patients peuvent demander à retourner dans leur chambre en dehors des heures susvisées à condition toutefois d'être accompagnés pour franchir la porte d'accès à l'étage dont seuls les soignants ont la clé.

Les salles de soins infirmiers, situées au rez-de-chaussée, donnent accès d'un côté à la zone fermée, de l'autre à la zone ouverte. Contigüe à ces salles, se trouve le local pharmacie où les infirmiers font la préparation des médicaments.

Les sols en carrelage beige et les murs peints en clair sont rehaussés par des couleurs sur les rampes et les portes.

L'ensemble est globalement clair, propre et bien entretenu.

### *c) Les personnels*

L'équipe médicale comprend trois médecins dont un à temps plein, le second à 90 % (une demi-journée en CMP) et le chef de l'unité à 60 % (deux journées en CMP).

Le personnel non médical comprend, en sus d'un cadre supérieur de santé qui couvre l'ensemble du pôle centre : un cadre de santé, 23 ETP d'infirmiers plus une infirmière coordinatrice, 7,50 ETP d'aides-soignants, 5,80 ETP d'ASHQ<sup>27</sup>, une secrétaire médicale, une assistance sociale.

### *d) Les patients*

Au 10 mai 2016, l'unité accueillait vingt-neuf patients (dix-sept hommes et douze femmes), dix-sept d'entre eux admis en soins libres, neuf en soins sur demande d'un tiers (six hommes, trois femmes) dont deux se trouvaient en chambre d'isolement, et trois hommes en soins sur décision du préfet. Le plus âgé des patients avait 71 ans.

Trente-six patients dépendant de l'unité se trouvaient en programmes de soins.

La durée moyenne de séjour est de vingt-et-un jours (selon le chef de pôle) à trente jours (selon le cadre de santé). Au-delà, le patient regagne son domicile, avec ou sans programme de soins pour un suivi en ambulatoire, ou est dirigé vers une unité de suite, sauf cas particuliers (exemple : un patient dont le frère était déjà en unité de suite et qui est resté à Médavay pour éviter les rencontres entre eux).

Le projet de l'unité est d'aller vers la stabilisation du patient pour préparer sa sortie. Tout est donc axé sur les soins, les activités étant sinon inexistantes, du moins très limitées (coloriage, baby-foot). La télévision constitue donc l'occupation la plus importante, sinon la seule occupation, ainsi qu'ont pu le constater les contrôleurs. Dans l'optique d'une sortie rapprochée, des autorisations de sorties de courtes durées sont rapidement données, dans un premier temps de moins de 12 heures pour des sorties en ville, puis de 48 heures pour un retour progressif au foyer.

---

<sup>27</sup> Agent des services hospitaliers qualifié.

### 4.3 LES DEUX UNITES DE SOINS DE SUITE A ALENÇON, (ECOUVES ET ROCHEBRUNE) DISPOSENT DE LOCAUX PROPRES ET EN BON ETAT MAIS LEUR MODE DE FONCTIONNEMENT SE DIFFERENCIENT NOTABLEMENT SUR DIVERS POINTS DE LA VIE QUOTIDIENNE ALORS QU'ELLES REÇOIVENT UNE POPULATION COMPARABLE

#### 4.3.1 Ecouves

##### a) Présentation générale

L'unité Ecouves, installée dans un bâtiment datant de 1958 mais profondément rénové 2008, est une unité de soins de suite. Elle est prévue pour vingt-six lits et présente la particularité de regrouper une zone ouverte et une zone fermée.

En raison de l'ancienne organisation, trente lits sont installés dans les locaux de cette unité. Cette situation permet de gérer des périodes de sur-occupation en offrant des conditions d'accueil dignes, sans être obligé d'ajouter un lit supplémentaire dans une chambre ni de placer le dernier arrivé dans une chambre d'isolement servant de chambre ordinaire et de rénover des chambres sans avoir à réduire la capacité d'hébergement.

La porte d'entrée de l'unité est ouverte durant la journée, sauf à l'heure des repas. Dans la zone fermée, les portes d'entrée restent closes en permanence et les patients disposent d'une cour accessible en permanence durant la journée.

##### b) Les locaux

Le pavillon, composé d'un rez-de-chaussée, partagé entre les deux zones, et d'un étage, affecté à l'unité ouverte, est propre et en bon état général. Des couleurs différentes agrémentent les lieux.

Le rez-de-chaussée, organisé autour d'un patio central, regroupe :

- au contact des deux zones : le bureau des soignants, la pharmacie, une salle de soins et un office ;
- une zone fermée avec une salle à manger, une salle de télévision, une salle d'activité, un bureau médical, des toilettes, une salle de douche, une cabine téléphonique fermée, huit chambres (dont cinq individuelles et trois à deux lits, soit onze lits) dont une chambre de soins, une zone d'isolement avec deux chambres (cf. § 4.8), une cour grillagée ;
- une zone ouverte avec une salle commune servant de salle à manger, une salle de télévision et une salle d'activité, deux toilettes, une salle de douche, une cabine téléphonique fermée (identique à celle de la zone fermée), un bureau médical, le bureau de la cadre de santé, deux salons pour les visiteurs, un bureau polyvalent servant notamment à l'assistante sociale, une pièce de veille pour les personnels assurant le service de nuit, l'office du personnel et des vestiaires. Une chambre de soins, réservée pour des soins somatiques de courte durée, y est également installée.

L'étage, accessible par deux escaliers et un ascenseur, est affecté à la zone ouverte et regroupe dix-sept chambres (dont seize individuelles et une à deux lits, soit dix-huit lits). Quelques autres locaux s'y trouvent également : une salle d'activité, une salle de soins, une salle de réunion, un local pour les produits de ménage et un local de stockage.

Aucune salle avec baignoire n'existe au sein de cette unité.

Des horloges sont fixées aux murs en différents endroits.

Les locaux communs sont correctement équipés. Toutefois, les deux salons de visite sont de faible superficie (l'un de 5,7 m<sup>2</sup> et l'autre de 4,7 m<sup>2</sup>) et sont meublés avec quelques sièges.

Les chambres, spacieuses<sup>28</sup>, sont de même conception.

Les chambres individuelles sont composées d'une salle d'eau (avec un lavabo<sup>29</sup>, un WC à l'anglaise et une douche à l'italienne) et de la chambre proprement dite. Cette dernière est équipée d'un lit médicalisé avec une table de chevet, d'une tablette d'angle fixée au mur et d'un placard fermé à clé. Un détecteur de fumée est installé au plafond. Les fenêtres sont fermées et seuls les soignants peuvent les ouvrir. Des volets roulants sont en place.

Dans les chambres à deux lits, les équipements sont doublés. La salle d'eau est identique, avec un seul lavabo.

Aucune prise électrique ne permet de brancher d'appareil. Aucun poste de radio n'est autorisé.

Aucun hublot ne permet de voir l'intérieur de la chambre ou de la salle d'eau. L'intimité des patients est ainsi respectée.

Les chambres ne sont pas équipées d'un interphone mais d'un bouton d'appel déclenchant une sonnerie dans le bureau des infirmiers.

Le placard, avec une penderie et des étagères, permet de ranger les affaires personnelles. Dans quelques chambres, des effets sont entassés, par manque de place. Tous les placards sont fermés à clé et les patients, qui ne disposent pas des clés, n'y accèdent qu'en présence d'un soignant ; cette règle est identique dans les deux zones.



*Une chambre et sa salle d'eau*

La cour de la zone fermée, d'une surface de 200 m<sup>2</sup>, close par des panneaux en treillis soudés et plastifiés, en partie goudronnée et en partie engazonnée, est équipée d'un ensemble de type pique-nique en bois, avec une table et de deux bancs, ainsi que d'un autre banc en bois. Une zone abritée, de faible dimension, est située près de la porte d'accès. Hors un allume-cigare incorporé au mur, aucun autre équipement (panier de basket-ball, table de

<sup>28</sup> Les surfaces varient de 16 m<sup>2</sup> à 20 m<sup>2</sup> et les chambres doubles de 25 m<sup>2</sup> à 30 m<sup>2</sup>.

<sup>29</sup> Avec eau chaude et eau froide, une tablette, un miroir.

ping-pong...) n'y est installé. Une haie a été récemment plantée à l'extérieur pour éviter que les patients ne soient vus par les passants ; la taille des arbustes n'est pas encore suffisante pour atteindre cet objectif.



La cour

### Bonne pratique :

Une haie est destinée à protéger les patients de la zone fermée de l'unité Ecouves de la vue des passants.

#### c) Les personnels

Un psychiatre est affecté à Ecouves. Il intervient aussi au centre de détention de Condé-sur-Sarthe le lundi matin et le vendredi matin et au CMP d'Alençon, le lundi après-midi. Il est présent à Ecouves durant trois jours et demi par semaine, sauf en cas de garde.

Les personnels non médicaux se répartissent ainsi :

	Cadre de santé		Infirmiers (IDE)		Aides-soignants (AS)		Agents des services hospitaliers qualifiés (ASHQ)		Total	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
Effectif	/	1	5	13	4	7	1	3	10	24
ETP	/	1	5	12	4	7	1	3	10	23

Une équipe de deux infirmiers et de deux aides-soignants assure le service de nuit.

L'équipe du matin est constituée au minimum de cinq soignants (dont, au minimum trois infirmiers), celle de l'après-midi, de cinq soignants (dont, au minimum, deux infirmiers) et celle de nuit d'un infirmier et d'un aide-soignant.

Aucun infirmier référent n'est désigné pour suivre plus particulièrement chaque patient.

Par ailleurs, une psychologue vient un jour et demi par semaine et une assistante sociale, trois jours à trois jours et demi, selon les semaines.

Des transmissions sont effectuées à chaque relève. Un « staff » a lieu tous les lundis au sein de l'unité en présence du médecin, de la cadre de santé, des infirmiers et aides-soignants présents et de la psychologue. Une réunion de pôle a lieu chaque mardi matin avec le chef de pôle, les médecins, les cadres de santé et des soignants.

#### d) Les patients

A la date de la visite, vingt-cinq patients étaient présents dans cette unité :

ASPDRE		ASPDPT		SL		Total	
H	F	H	F	H	F	H	F
5	/	3	/	13	4	21	4

La personne la plus âgée avait 70 ans.

Un patient, en soins libres, avait été admis en hospitalisation complète en octobre 2014 (soit 18 mois). La plus longue hospitalisation sous contrainte avait débuté en juin 2015 (soit 11 mois) ; elle concernait un patient en ASPDT.

Trois patients suivaient un programme de soins. Ils sortaient du CPO deux à trois après-midi par semaine et le week-end.

Le mardi 10 mai, deux personnes en ASPDRE étaient placées en chambre d'isolement depuis le week-end précédent et pouvaient en sortir, en pyjama, durant la journée. Deux autres personnes, l'une placée dans la zone fermée et l'autre dans la zone ouverte, restaient également en pyjama durant la journée. Le 12 mai, les contrôleurs ont observé que toutes revêtaient une tenue de jour et que les chambres d'isolement étaient vides.

#### 4.3.2 Rochebrune

##### a) Présentation générale

L'unité Rochebrune, installée dans un bâtiment datant de 1958 mais rénové en 2004, est l'autre unité de soins de suite du pôle. Elle est prévue pour vingt-quatre lits et ne compte qu'une zone ouverte.

Cette unité dispose de locaux nettement plus vaste qu'Ecouves (sa surface hors œuvre nette est de 2 382 m<sup>2</sup> alors que celle d'Ecouves est de 1 991 m<sup>2</sup>).

Comme à Ecouves, le nombre de lits installés est supérieur à la capacité autorisée, ce qui offre la même souplesse de gestion.

L'entrée de l'unité est ouverte de 10h à 18h, y compris à l'heure des repas. Le jardin situé devant l'entrée est fermé à 18h par un portail mais les patients ont accès à ce jardin de 9h30 à 20h.



Le jardin

##### b) Les locaux

Le pavillon, composé d'un rez-de-chaussée, servant de zone de jour, et d'un étage, servant de zone de nuit, est propre et en bon état général. Des couleurs différentes agrémentent les lieux.

Le rez-de-chaussée regroupe :

- dans une zone centrale : deux salons (dont un fait aussi fonction de hall d'entrée) avec un poste de télévision, une salle d'activité, la salle à manger avec un office attenant, une cabine téléphonique (identique à celle d'Ecouves), le bureau des infirmiers, le bureau de la cadre de santé, un bureau médical ;
- à la gauche de l'entrée, de part et d'autre d'un couloir fermé à clé, des locaux servant aux agents des services hospitaliers (pour le linge propre, pour le linge sale et pour le rangement des matériels et produits de nettoyage), deux salons de visite pour les familles (plus spacieux qu'à Ecouves) et quelques bureaux paraissant être sans emploi ;
- sur la droite de l'entrée, une salle de soins, la pharmacie, une salle d'activité, la salle de repos et les vestiaires du personnel, deux chambres de soins et, derrière une porte fermée, la zone d'isolement avec deux chambres (cf. § 4.8).

L'étage regroupe une salle de veille, une salle d'eau avec une baignoire et vingt chambres (seize individuelles et quatre à deux lits).

Lors de la visite, les contrôleurs ont constaté que, dans deux chambres, un troisième lit avait été installé ; en cas d'utilisation, la troisième personne ne dispose pas d'une armoire. L'un de ces deux lits supplémentaires n'est pas un lit médicalisé, contrairement à tous les autres. Cette sur-occupation crée de mauvaises conditions de vie et n'est pas acceptable.



*Une chambre avec un troisième lit*

**Recommandation :**

*A l'unité Rochebrune, le troisième couchage installé dans deux chambres à deux lits devrait être retiré afin de maintenir des conditions dignes d'hospitalisation.*

Comme à Ecouves, les chambres sont composées d'une salle d'eau et de la chambre proprement dite. Les équipements sont identiques mais certains placards sont particulièrement étroits et des patients ont, encore plus qu'à Ecouves, des difficultés pour ranger leurs affaires :

- dans une chambre, des sacs contenant des effets personnels étaient posés au sol ;
- dans des locaux de stockage, des effets excédentaires avaient été rangés sur des rayonnages mais, selon les informations recueillies, l'espace manquait pour conserver ces vêtements dans de bonnes conditions.



*L'entassement des affaires personnelles dans la chambre ou dans le placard*

Même si ces unités sont des lieux de soins et non des lieux de vie, comme les contrôleurs ont pu l'entendre, des patients y restent durant de très longues périodes et leurs conditions de vie devraient être adaptées à ces durées.

Par ailleurs, par rapport à la situation observée à l'unité Ecouves, deux différences d'importance ont été constatées :

- les chambres de l'unité Rochebrune sont équipées de prises électriques et les contrôleurs ont observé la présence de postes de radio alimentés par un cordon électrique ;
- les portes des placards sont le plus souvent ouvertes et les patients en ont le libre accès.

Des horloges sont fixées aux murs en différents endroits.

### *c) Les personnels*

Un psychiatre est affecté à Rochebrune. Il intervient aussi le mardi matin et le mercredi matin au CMP d'Alençon. Il est présent les autres jours de la semaine, sauf en cas de garde.

Les personnels non médicaux se répartissent ainsi :

	Cadre de santé		Infirmiers (IDE)		Aides-soignants (AS)		Agents des services hospitaliers qualifiés (ASHQ)		Total	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
Effectif	/	1	5	10	2	8	1	3	8	21

Une équipe de deux infirmiers et de deux aides-soignants assure le service de nuit.

L'équipe du matin est constituée au minimum de cinq soignants (dont, au minimum trois infirmiers), celle de l'après-midi, de quatre soignants (dont, au minimum, deux infirmiers) et celle de nuit d'un infirmier et d'un aide-soignant.

Contrairement à ce qui existe à Ecouves, un infirmier référent est désigné pour suivre plus particulièrement chaque patient.

Par ailleurs, une psychologue et une assistante sociale interviennent dans cette unité.

Les transmissions, le « *staff* » hebdomadaire (ici le mardi) et la réunion de pôle sont identiques à ce qui a été décrit pour Ecouves.

#### d) Les patients

A la date de la visite, vingt-quatre patients étaient présents dans cette unité :

ASPDRE		ASPDT		SL		Total	
H	F	H	F	H	F	H	F
/	/	5	2	12	5	17	7

La personne la plus âgée avait 80 ans.

Un patient, en soins libres, avait été admis en hospitalisation complète en juin 2004 (soit près de 12 ans). La plus longue hospitalisation sous contrainte, qui concernait un patient en ASPDT, avait débuté en décembre 2010 (soit 5 ans et 6 mois).

Dix patients suivaient un programme de soins. L'un d'eux sortait trois jours par semaine pour suivre une formation, quittant le CPO le matin et y revenant le soir.

Lors de la visite, les chambres d'isolement étaient inoccupées mais deux personnes étaient en pyjama. Pour l'une, il a été indiqué que ses vêtements étaient au nettoyage et qu'elle n'en possédait pas d'autres, malgré l'existence d'une réserve d'effets destinés aux personnes dépourvues de moyens. Pour l'autre, le port du pyjama permet de l'empêcher de fuguer et d'aller chercher de l'alcool en ville ; il a été précisé qu'elle revêtait une tenue de ville pour sa participation aux activités extérieures à l'unité.

#### 4.3.3 Le fonctionnement des deux unités de soins de suite

L'accès aux chambres est fermé, le matin, après le petit déjeuner et la toilette puis ouvert en début d'après-midi, après le déjeuner et jusqu'à 15h, pour les patients qui souhaitent faire la sieste.

Durant la journée, des installations sanitaires sont à la disposition des patients qui y accèdent librement.

Les sorties sont autorisées dans le parc pour les patients de Rochebrune et de la zone ouverte d'Ecouves. Des limitations peuvent toutefois y être apportées par le psychiatre.

Dans chacune des deux unités, une infirmière se consacre aux activités. Ces postes, après avoir été supprimés, ont été créés à nouveau début 2015. Travaillant du lundi au vendredi, de 9h15 à 16h15, l'infirmière construit un programme d'animation en tenant compte des attentes des patients. Un autre soignant peut se joindre à elle pour certaines activités, comme l'ont observé les contrôleurs.

Des séances sont également développées en commun par les deux unités.

Au cours de la semaine du 9 au 13 mai 2016, les programmes étaient les suivants :

- à Ecouves :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi

Matin	Atelier pâtisserie	Sport	Activité manuelle	Sortie pédestre hors CPO (avec Rochebrune)	Sport
Après-midi	Atelier pâtisserie	Stimulation cognitive	Mandala	Atelier d'écriture	Jeux de société ou marche dans le parc (selon le temps)

▪ à Rochebrune :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin	Revue de presse	Tennis de table	Dessin / mandala	Sortie pédestre hors CPO (avec Ecouves)	Activités manuelles et cuisine
Après-midi	Jeux de société	Jeux de société	Atelier mémoire	Atelier d'écriture	Ecoute musicale

Les groupes sont généralement constitués de trois à quatre patients et ne dépassent jamais sept ou huit patients. La participation est volontaire. Lors de la visite, les contrôleurs ont constaté que les salles d'activité de Rochebrune étaient fréquentées.

Un budget est accordé chaque année pour l'achat de petits matériels.



Une salle d'activité à Ecouves

**Bonne pratique :**

*La mise en place d'une infirmière affectée aux activités, dans les deux unités de soins de suite, permet l'organisation de séances de natures diverses et garantit une animation régulière. Il s'agit là d'une bonne mesure qui évite de laisser les patients désœuvrés.*

La télévision reste une occupation importante ; les contrôleurs ont observé que de nombreuses personnes se trouvaient dans les salles équipées d'un poste. Chaque unité dispose de deux pièces avec un téléviseur mais, à Ecouves, l'une est en zone ouverte et l'autre en zone fermée. Les télécommandes sont laissées à la disposition des patients. Il a été indiqué que les postes étaient éteints vers 23h pour permettre à ceux qui le souhaitent de suivre une émission jusqu'à sa fin.

Dans son courrier en date du 26 octobre 2017, le directeur indique que « l'unité Rochebrune est conçue pour accueillir 24 patients dans 16 chambres à 1 lit et 8 patients dans 4 chambres à 2 lits. La gestion des entrées a parfois imposé la mise en place d'un lit

supplémentaire dans 1 ou 2 chambres afin de permettre un accès aux soins même en surcapacité ».

#### **4.4 L'UNITE LES ARCIS ACCUEILLE DES PATIENTS CHRONIQUES ENCADRES ET ACCOMPAGNES PAR DES SOIGNANTS IMPLIQUES ET DISPONIBLES**

##### *a) Présentation générale*

Cette unité, située en fond de l'emprise, accueille les patients chroniques, avec une capacité de vingt-six lits ; elle dispose d'une chambre d'isolement.

Lors de la visite des contrôleurs, le taux d'occupation de cette unité était de 100 %.

##### *b) Les locaux*

Le bâtiment, rectangulaire, comprend deux niveaux, reliés par un escalier et un ascenseur.

L'entrée se situe en partie centrale du rez-de-chaussée, où se trouvent : deux salles de vie, deux salons de télévision, deux tables de restauration (une étant réservée aux patients non autonomes) situées de part et d'autre de la cuisine, les offices du personnel, le local pharmacie, le bureau du cadre de santé, deux salles de bains, quatre douches et WC séparés, un WC pour personne à mobilité réduite, la chambre d'isolement, et neuf chambres dont une double et une spécialement aménagée (chambre capitonnée ; lit, table et chaise scellés au sol).

Le premier étage accueille : quinze chambres dont une double ; deux salles de bains, trois douches, deux lavabos, quatre WC répartis en plusieurs points du couloir ; des placards muraux pour les affaires personnelles des patients ; deux locaux lingerie (linge propre et linge sale) ; deux vestiaires pour les soignants ; un petit salon télévision. Une partie du second étage a été condamnée lors de la restructuration ; la fermeture de cette partie supprime une arrivée de lumière naturelle ; n'étant plus éclairé que par une fenêtre située en bout de couloir, l'accès aux chambres est, ce faisant, relativement sombre.

Les chambres disposent d'un lit, d'une table de chevet, d'une table et d'une chaise, mais sont dépourvus de sanitaires. Les fenêtres sont condamnées mais peuvent être ouvertes par les soignants avec une manivelle. Les volets électriques peuvent être commandés par un bouton électrique situé dans la chambre.

Les patients hébergés au premier étage descendent à 8h30 pour le petit déjeuner et peuvent remonter dans leurs chambres jusqu'à 10h. Celles-ci sont ensuite fermées jusqu'à 13h30, ré-ouvertes de 13h30 à 15h, puis à nouveau fermées jusqu'à 20h.

Les douches de l'étage ne servent que le matin ; les douches prises le soir le sont exclusivement dans les sanitaires du rez-de-chaussée.

##### *c) Le personnel*

L'équipe médicale comprend un psychiatre à mi-temps et un somaticien présent trois après-midi par semaine.

L'équipe non médicale est constituée d'un cadre de santé, de douze infirmiers, de quinze aides-soignants, de six ASH, dont un mi-temps thérapeutique.

Les équipes sont composées : pour celles du matin (6h45 à 14h15) de deux infirmiers et quatre aides-soignants ; pour celles de l'après-midi (13h45 à 21h15) de deux infirmiers et deux (parfois trois) aides-soignants ; pour celles de nuit (21h à 7h) de deux équipes de trois personnes – un infirmier et deux aides-soignants.

#### *d) Les patients*

Au 10 mai 2016, l'unité comptait vingt-six patients (dix-neuf hommes et sept femmes), dont un admis en SDRE, considéré comme « potentiellement dangereux », isolé dans une chambre du rez-de-chaussée, fermée et munie d'un œillette, ne sortant de cette chambre qu'accompagné d'un soignant.

A leur arrivée, les patients sont accueillis par les soignants qui leur font visiter l'unité et leur expliquent son fonctionnement, puis ils rencontrent le cadre et le psychiatre de l'unité.

Le plus âgé de ces patients a 91 ans.

Deux patients sortent toutes les fins de semaine, mais, dans l'ensemble, les sorties sont peu fréquentes en l'absence de possibilités de prise en charge à l'extérieur. Une grande partie des patients est en effet isolée, sans aucune visite ; seuls, dix patients sur les vingt-six reçoivent des visites.

Les patients participent à la vaisselle, au nettoyage de leur chambre.

Ils bénéficient de nombreuses activités : ergothérapie, art-thérapie, activités équestres, piscine, vélo (organisées par l'hôpital de jour « Le vignage »). Ils peuvent se rendre à ces activités seuls ou accompagnés, en fonction de leur état. Lorsque l'équipe de soignants est en nombre suffisant, ils peuvent également se rendre au cinéma ou faire des sorties.

Au sein de l'unité, les infirmiers organisent et animent des séances de musique et de chant, des jeux de société, du coloriage, des ateliers cuisine.

Les soignants rencontrés ont fait preuve d'une grande implication dans ces activités et l'accompagnement des patients.

### **4.5 LE SITE DE L'AIGLE EST EXCENTRE MAIS INTEGRE DANS LE PROJET D'ETABLISSEMENT DU CPO**

#### *a) Présentation générale*

Il comprend deux unités d'hospitalisation à temps complet, une ouverte « Saint-Evrault » et une fermée « Fontenil », dont les locaux sont en tous points identiques. Ces unités ont fait l'objet d'un premier contrôle les 17 et 18 mars 2009.

Comme indiqué dans le précédent rapport :

*L'établissement est situé sur le territoire d'une commune dépourvue de transports en commun. Il est à une dizaine de minutes de la gare à pied et à quinze minutes du centre-ville. Le bâtiment, récent et restructuré en 2001, est composé d'un rez-de-chaussée, de deux étages et d'un sous-sol. Le rez-de-chaussée héberge l'unité ouverte (vingt lits) ; le premier étage l'unité fermée (seize lits) ; le deuxième, les services administratifs et les bureaux de consultation des médecins et psychologues du service. Le sous-sol accueille les salles d'activités et une buanderie à l'usage des patients. Rien ne distingue et ne sépare ce bâtiment des autres services hospitaliers du site. L'enceinte de l'ensemble du centre hospitalier est grillagée. La porte d'accès est fermée la nuit et placée sous la surveillance d'un poste d'entrée, occupé en permanence par une standardiste. Des rondes, confiées à une entreprise de gardiennage, sont effectuées la nuit sur l'ensemble du site. Une école d'infirmière avoisine l'unité hospitalière et concourt à la présence permanente de stagiaires, (51 en 2015).*

#### *b) Les locaux*

L'unité ouverte Saint-Evroult dispose de vingt lits, seize chambres individuelles et deux doubles, situées au rez-de-chaussée. L'unité fermée de seize lits est située au premier étage.

Comme indiqué dans le rapport de 2009 :

*Les deux unités, aux rez-de-chaussée et premier étage, sont conçues sur le même modèle. La rénovation a permis l'adjonction d'un nouveau bâti comprenant une montée d'escalier circulaire et un ascenseur desservant chaque étage, une salle d'attente et un local d'accueil des familles, extérieur à la partie fermée et une vaste salle à manger lumineuse équipée d'un office.*

*Les chambres cernent l'intégralité du bâtiment historique rénové. La partie interne de chaque étage laisse place à l'espace de vie, une petite salle de lecture équipée d'un écran et d'un lecteur de vidéos, une salle de bains, une lingerie, un salon de coiffure, une salle de repos et un bureau à l'usage des personnels.*

*Les chambres sont équipées d'un lit et d'une table de nuit, d'une petite table et d'une chaise. Le mobilier est récent et harmonisé. Les murs sont nus et uniformes, dépourvus de décoration personnalisée. L'accès à la chambre est permanent. Les patients ne sont pas en mesure de fermer leur chambre de l'intérieur, la nuit.*

*Il est à souligner qu'à la suite d'une erreur architecturale, deux chambres ne sont accessibles que par le passage dans une autre.*

*Les fenêtres sont constituées de larges baies vitrées dont l'ouverture peut être contrainte par un sabot réglable au moyen d'une clé détenue par le personnel. Elles sont dépourvues de grilles ou de barreaux. Chaque chambre est équipée d'un placard, fermé par une clé en possession du seul personnel soignant, d'un vaste bloc sanitaire comprenant des toilettes, une douche et un lavabo en excellent état. Le ménage est fait tous les jours.*

*L'unité fermée, située au premier étage, ne dispose pas de cour ou d'accès à l'extérieur sécurisé ; les patients hospitalisés sous contrainte se trouvent donc le plus souvent dans l'impossibilité de bénéficier de promenades ou de sorties alors que l'enceinte de l'hôpital est vaste et verdoyante.*

### c) Les patients

#### i) Saint-Evrout

Au 11 mai 2016, sont pris en charge vingt patients, dix hommes et dix femmes, dont deux patients en SDRE (un homme et une femme). Une mesure de SDT a été transformée le jour même en soins libres.

#### ii) Fontenil

Au 11 mai 2016, treize patients sont pris en charge, cinq femmes et huit hommes, dont un homme en SDRE et une femme en SDT entrée le 11 mai vers 15h (une autre femme entrée en SDT le 10 mai à 21h est sortie dès le 11 mai à 14h30).

Cette unité accueille deux personnes âgées, respectivement de 91 et 94 ans.

Les hospitalisations sans consentement les plus longues sont de 2 847 jours pour un patient admis en SDRE arrivé le 23 juillet 2008 et de 29 jours pour un patient en SDT admis le 10 avril 2016.

Sur la file active, vingt et un patients étaient, à la date du contrôle, en programme de soins, dont vingt SDT (le plus ancien datant du 3 août 2011) et un SDRE remontant au 2 juillet 2015.

Les patients en soins contraints sont mis en pyjama à l'arrivée pour une durée d'environ 24 heures ou selon l'évaluation du psychiatre.

Lorsque les personnes ont une mobilité réduite, elles sont installées dans une chambre proche du bureau des soignants afin de permettre une meilleure surveillance et une aide rapide en cas de besoin.

Les patients accueillis au long cours bénéficient de l'accompagnement d'un infirmier référent chargé de regrouper les informations les concernant, de faire l'anamnèse ; il est aussi en charge des relations avec les familles et des démarches de réorientation.

Après un réveil en douceur, « au rythme des patients », le petit déjeuner est pris de 7h30 à 8h30. Ensuite, les patients bénéficient d'un accompagnement infirmier pour faire leur toilette et leur chambre avant les rendez-vous médicaux de la matinée. La distribution des médicaments s'effectue de 11h30 à 12h. Le début d'après-midi est consacré à un retour au calme, des sorties peuvent être organisées et certains patients se rendent en activité. L'accès aux activités ne serait, d'après les propos recueillis, limité que par le refus des patients ou leur incapacité à effectuer certaines pratiques (telles que la randonnée). Selon d'autres propos, les patients seraient peu orientés vers les activités alors qu'elles sont disponibles. Une salle de bains équipée d'une baignoire est disponible toute la journée pour les patients. De 15h45 à 16h30, les patients se voient proposer un goûter puis leur traitement et le repas entre 19h30 et 20h30.

Le médecin référent d'unité est présent 3 à 4 jours par semaine et visite tous les patients de l'unité. Certains patients, sur prescription médicale, sont autorisés à se rendre à la cafétéria, seuls ou accompagnés d'un soignant.

Les lundis et jeudis, le médecin généraliste rencontre tous les patients lors de leur admission puis en fonction de leur éventuels problèmes de santé. Comme indiqué dans le précédent rapport :

*Le service étant implanté au sein du centre hospitalier, l'accès aux consultations et services d'autres spécialités est aisé ; en particulier, les médecins présents aux urgences peuvent être appelés pour intervenir pour des pathologies courantes.*

Le centre d'addictologie de l'hôpital général intervient à la demande.

Une synthèse nominative est effectuée par l'équipe toutes les trois semaines.

Les contrôleurs partagent le sentiment de l'équipe soignante sur la situation insatisfaisante d'un patient présent depuis trois ans en chambre d'isolement. Ils invitent la direction et le corps médical à renouveler leurs efforts pour trouver l'orientation la plus pertinente.

#### *d) Le personnel*

Six psychiatres interviennent sur le pôle : un à temps plein – médecin référent du service, trois qui interviennent sur les deux unités et sont référents de structures extérieures, deux médecins qui font des vacances. Comme indiqué *infra* (cf. § 4.7) le somaticien intervient deux demi-journées par semaine.

Du personnel non médical intervient indifféremment sur les deux unités : 1,8 ETP de psychologue, 2 ETP d'assistante sociale travaillant également sur l'extrahospitalier, 3 secrétaires médicales (plus une devant être affectée au CMP), 1 éducatrice et 2 aides-soignants pour les activités.

#### *i) Saint-Evrout*

Outre le personnel commun aux deux unités citées plus haut, l'équipe non médicale est constituée d'un cadre de santé, de 13,1 ETP infirmiers dont 4 infirmiers de secteur psychiatrique – deux à 80 %, un à 90% et un à temps plein –, 5,8 ETP d'aides-soignants, 3,3 ETP d'ASH.

Les équipes sont composées : pour celles de jour (6h45 à 14h15) et celles de l'après-midi (13h45 à 21h15) au minimum de deux infirmiers et d'un aide-soignant ; pour celles de nuit (21h à 7h) d'un infirmier et d'un aide-soignant. Les équipes de nuit sont renouvelées annuellement ; les équipes jour et après-midi permutent sur des cycles se reproduisant à l'identique sur des périodes de huit semaines, caractérisés par quelques règles incontournables telles que : un maximum de six jours de travail consécutifs, pas de travail le matin suivant un soir travaillé mais possibilité de positionnement en médian (9h à 16h30 ou 9h15 à 16h15), alternance entre matin et après-midi.

Outre le personnel commun aux deux unités citées plus haut, l'équipe non médicale est constituée d'un cadre de santé, de 13,4 ETP d'infirmiers, 4,8 ETP d'aides-soignants, 4 ETP d'ASH.

La composition des équipes et les cycles de travail sont les mêmes que ceux décrits plus haut pour l'unité Saint-Evrout.

## ii) Fontenil

Les équipes sont composées : de trois personnels du matin (6h45 à 14h15) et l'après-midi (13h45 à 21h15) ; de trois infirmiers ou deux infirmiers et un ASH, deux personnels pour la nuit (21h à 7h) de deux équipes dédiées de deux personnes – les infirmiers sont amenés à être de service dix nuits par an.

Selon les propos recueillis, les dernières années une évolution favorable des relations entre l'équipe de soignants et les médecins psychiatres est à noter. Les avis des soignants sont mieux pris en compte dans les décisions médicales et les patients bénéficient ainsi de plus de liberté. De même, les familles sont plus régulièrement reçues par les médecins psychiatres. Enfin, le soutien apporté aux personnels en cas d'événement difficile est très apprécié (dans le cas d'un suicide de patients, les agents ont été reçus en entretien par exemple).



Site de l'Aigle

*Vue latérale sur salle de restauration - Entrée de l'établissement, bâtiment Letailleur*

**Recommandations du contrôle de 2009 sur le site de l'Aigle, non suivies :**

*L'accès à un espace de promenade et de détente, protégé et propre au secteur, devrait être aménagé. L'établissement dispose d'un domaine adéquat.*

*Les patients doivent pouvoir disposer d'une clé du placard de leur chambre.*

*Les patients doivent pouvoir accéder quotidiennement à des activités.*

*La localisation et la conception de la cabine téléphonique doivent assurer la confidentialité des communications.*

*Les mises en isolement doivent être consignées précisément.*

Dans son courrier en date du 26 octobre 2017, le directeur indique que « la mise à disposition d'une clé de placard pour chaque patient relève d'une gestion complexe et qui ne permet pas d'assurer la sécurité des biens de certains patients. De plus, une telle disposition entraîne des coûts importants notamment en lien avec de nombreuses pertes de clés ».

## 4.6 UNE UNITE D'HOSPITALISATION PEDOPSYCHIATRIQUE TRES PEU ADAPTEE A LA PRISE EN CHARGE D'ENFANTS

### a) Historique et organisation de la prise en charge des enfants

La création en 2000 d'une unité « accueil thérapeutique adolescents » a permis une mise en œuvre de la première équipe ressource pour la prise en charge de jeunes, jusqu'alors accueillis dans le dispositif de droit commun. Dès lors, cela a permis une intervention plus rapide en ambulatoire, la construction de liens avec la pédiatrie afin d'éviter les hospitalisations (les enfants et adolescents étaient accueillis dans les pavillons adultes).

Sur l'ensemble du département de l'Orne, l'offre proposée dans le cadre du dispositif adolescent s'est diversifiée avec la réouverture de l'hôpital de jour et le positionnement d'équipes mobiles de proximité.

En articulation avec les CMP, les hôpitaux de jour et les familles d'accueil thérapeutique, un premier projet « d'hospitalisation de nuit et week-end » a vu le jour avec la projection d'une construction spécifique à l'extérieur de l'enceinte du CPO (mais à proximité d'activités intéressant les adolescents). Le projet avait prévu de « *faire prédominer l'ambiance, les activités agréables sur les conflits destructeurs ou mortifères. Ceci à travers les activités quotidiennes : sorties, cuisine, jeux, sports...* » ; « *il nous semble important de situer cette maison avec un jardin qui devra comporter des aménagements suffisants pour pouvoir organiser l'accueil de 6 à 8 ado des 2 sexes et recevoir éventuellement des familles* ».

Ce dispositif aurait dû être développé en 2004. Compte-tenu du retard pris, c'est à l'issue d'un ultimatum posé par l'ARS pour une ouverture au 30 juin 2011 « que s'est imposé le seul choix possible » d'ouvrir l'unité pédopsychiatrique au 1<sup>er</sup> étage du bâtiment « Andaines », dont la construction date des années 1970. Elle utilise un quart du bâtiment partagé avec les activités du pôle transversal et le CATTP. Isolé des autres bâtiments du pôle infanto-juvénile, il est proche des autres unités d'hospitalisation. Selon les propos recueillis, il est impossible de réhabiliter convenablement ce lieu, ni de recentrer son activité à proximité des autres du même pôle, afin de mutualiser les offres de service (dans le bâtiment « Itard » occupé par l'hôpital de jour, l'ergothérapie, la médiation, la salle d'audience et la bibliothèque). Il est prévu de réorganiser le pôle dans un bâtiment neuf sur une surface prévisionnelle de 3 293 m<sup>2</sup>, offrant des espaces verts, des accès extérieurs et regroupant les activités de jour.

L'ouverture « provisoire » de cette unité s'est donc réalisée dans la précipitation et avec peu de personnel (organisé en conséquence en service de 12 heures et avec des services de nuit sans infirmiers jusqu'en septembre 2015 ; depuis, elles sont assurées par un personnel infirmier et sus d'un aide-soignant).

Le département est organisé en quatre territoires avec des CMP pivots et des CMP de proximité. Dans le cadre du projet d'établissement actuel, l'objectif de la pédopsychiatrie est de créer une identité de pôle : « à partir de deux projets d'inter-secteurs peu en lien, construire des lignes directrices communes pour avoir une lisibilité pour les personnels et les partenaires extérieurs ».

### *b) Présentation des locaux de l'unité d'hospitalisation pédopsychiatrique*

Comme indiqué l'UHA (unité d'hospitalisation des adolescents) est, depuis juin 2011, provisoirement, située au 1<sup>er</sup> étage d'un bâtiment ancien, propre et relativement bien équipé mais peu adapté à la prise en charge d'enfants et d'adolescents.

Pour y accéder, un interphone est disponible dans le couloir du rez-de-chaussée ; un personnel doit ouvrir deux portes et accompagner les personnes extérieures jusqu'à l'étage.

Les locaux suivants sont répartis de part et d'autre d'un long couloir :

- sur le côté droit : la pharmacie ; un bureau médical utilisé aussi par les infirmiers et les assistantes sociales pour leurs entretiens ; les douches collectives pour les filles dotées d'un lavabo, d'un WC et au fond un WC pour le personnel féminin ; deux chambres de 10 m<sup>2</sup> qui disposent d'un placard mural fermé (ouvert en cas de besoin par les soignants) ; les sanitaires collectifs « garçons » équipés d'un lavabo supplémentaire et disposant de fenêtres permettant un éclairage naturel et l'aération du local ; cinq placards individuel intégrés dans le mur du couloir qui permettent d'entreposer les vêtements volumineux des jeunes.
- sur le côté gauche : la chambre d'apaisement de 13 m<sup>2</sup> à proximité immédiate du bureau de soins (avec une porte d'accès direct), équipée seulement d'un matelas au sol ; dans un placard mural, la réserve alimentaire contenant : lait, jus d'orange, biscottes, vinaigrette, café décaféiné, chocolat en poudre, compote, confiture, thé, sucre, mayonnaise, moutarde, et plusieurs packs de bouteille d'eau ; une salle de 28 m<sup>2</sup> contenant l'espace salle à manger, la salle de télévision (un meuble TV et cinq fauteuils individuels) et un coin bibliothèque ; une salle d'activité de 28 m<sup>2</sup> équipée d'une table ronde, cinq chaises, un baby-foot, deux meubles bas servant de rangement du matériel pour les activités manuelles et les jeux de sociétés ; trois chambres de 13 m<sup>2</sup> équipées d'armoires et de tables, d'un plafonnier et deux veilleuses (qui offrent peu de luminosité) ; un « salon famille » de 13 m<sup>2</sup> dont le mobilier (trois fauteuils et une table basse) a été acquis grâce au financement par le dispositif « pièces jaunes ».

Les chambres ne sont pas fermées en journée sauf en cas de risques suicidaires identifiés. Les volets s'ouvrent et se ferment aussi par une clef. La plus petite chambre plus proche du bureau infirmier est généralement réservée aux jeunes ayant des tendances suicidaires afin de permettre une meilleure surveillance. Les fenêtres ne sont pas barreaudées mais bloquées par une fermeture à clef (dont disposent les soignants). En cas de nécessité, il est arrivé qu'une chambre déjà occupée par un jeune en permission, soit mise à disposition d'un autre jeune accueilli en urgence quand l'unité ne dispose plus de place. Ses affaires sont alors ramassées et stockées par les soignants. La chambre d'apaisement peut aussi être utilisée en 6<sup>ème</sup> chambre « équipée en urgence avec le mobilier disponible ».

Dans une seconde partie du couloir, séparée par une porte fermée, le personnel dispose d'un vestiaire avec casier individuel en fer. S'y trouve aussi un local ménage dans lequel sont entreposés : le linge de maison, les pyjamas, le chariot de ménage, le matelas de la chambre d'apaisement, le papier WC et les mouchoirs en papier, le fauteuil des veilleurs, sorti quand les enfants sont couchés. L'ensemble du personnel y a accès.

Les locaux sont équipés d'un chauffage au sol ; selon les propos recueillis, il ne fait pas froid en hiver (sauf dans la chambre située au fond du couloir) mais parfois les enfants se plaignent de la chaleur en été.

Un effort pour entretenir (les locaux sont rénovés et propres), « égayer » (peintures de couleur) et équiper (une cuisine neuve très agréable) au mieux ces locaux est notable. Néanmoins, ils restent exigus, offrent peu de possibilité de se mouvoir pour des enfants qui en ont un besoin physiologique et donnent un sentiment d'enfermement total.

Un espace extérieur situé à l'arrière du bâtiment est disponible depuis 18 mois. Il est accessible par le sous-sol, après avoir descendu deux étages et franchi plusieurs portes fermées à clef. Cet espace fermé par un grillage de 2,5 m (pour éviter les fugues) ne dispose que d'une table et de cinq chaises en plastique. Selon les propos recueillis, des repas extérieurs peuvent être organisés mais cet espace peu attractif n'est pas utilisé. Ainsi, les soignants privilégient plutôt l'espace situé devant le bâtiment. Il est à noter que, compte-tenu de la configuration des locaux et de l'éloignement de l'espace extérieur, il ne peut être utilisé que si l'ensemble des mineurs est autorisé, sur prescription médicale à sortir. En effet, pour des raisons de sécurité, un seul membre du personnel ne peut rester à l'étage avec les enfants.

Le bâtiment est partagé avec l'HSTP mais les salles d'activités, plus grandes et mieux équipées et la serre de ce service ne sont pas utilisables par l'UHA.

D'après les propos recueillis, les relations avec les unités accueillant des adultes sont de plus en plus fréquentes du fait des remplacements de personnels, de l'utilisation des chambres d'isolement de ces unités pour accueillir des mineurs en crise et des relais qui s'organisent lors de passage de jeunes à leur majorité chez les majeurs.

### *c) Le personnel*

L'équipe médicale comprend un pédopsychiatre et un somaticien présents une demi-après-midi par semaine. La chef de pôle, pédopsychiatre est présente tous les jeudis et vendredis.

L'équipe non médicale est constituée d'un cadre de santé, de six infirmiers, de six aides-soignants (six personnels de jour et six de nuit), d'une mi-temps ASH (du lundi au vendredi de 9h à 12h30, remplacée en cas de congés), de deux psychologues à hauteur de 0,40 ETP (une effectue les tests et la seconde le suivi des mineurs et la rencontre des familles).

Le personnel effectue des services de 12 heures en journée (7h30-19h30). Cette modalité d'organisation propre à l'UHA va évoluer au 1<sup>er</sup> septembre 2016 afin de mieux s'articuler avec la psychiatrie générale (« assurer les mêmes services que les autres unités facilitera les remplacements »). L'attractivité de ce temps de travail étant perdue, de nombreuses demandes de mobilité ont été enregistrées et, au moment du contrôle, trois postes étaient à pourvoir pour la rentrée.

Les agents ont pu bénéficier en 2015 : d'une session de formation sur la prévention du suicide et de trois sessions de formation pour quinze personnes, sur l'analyse systémique familiale, grâce au financement du prix Hélioscope/GMF de 7500 euros<sup>30</sup>. Selon les propos recueillis, cette formation a été peu suivie par les personnels hospitaliers.

Depuis 2013, la régulation d'équipe n'est plus inscrite au budget, malgré une demande récurrente du service.

Chaque lundi, une réunion de service est animée par le cadre en présence du pédopsychiatre, d'un psychologue, des personnels de service, de l'assistante sociale. Des synthèses sont organisées avec les partenaires en tant que de besoin.

Selon les observations des contrôleurs, l'équipe de pédopsychiatrie a semblé dynamique mais très limitée par son environnement et en attente de la mise en œuvre concrète d'un projet de restructuration immobilière dont la programmation semble lointaine.

#### *d) La prise en charge des mineurs*

##### *i) L'activité du service*

Le 10 mai 2016, étaient hospitalisés trois enfants : un jeune garçon de 12 ans, deux jeunes filles respectivement de 15 et 17 ans.

En 2015, le service a accueilli trois enfants en placement contraints par :

- une ordonnance de placement provisoire (OPP) du procureur de la République d'Alençon en vertu de l'article 375c.civ en date du 29/09/2015 « OPP à l'ASE avec maintien au CH d'Alençon que l'état de santé de la mineure (née en 1999) nécessite », admise du 1/06/15 au 17/07/15 puis à nouveau à compter du 17/08/15 ;
- une OPP d'un juge des enfants du TGI de la Manche en date du 2/04/15, pour un enfant né le 29/01/01 « avec autorisation des parents : orientation à partir du secteur hospitalisation adulte pour adapter les soins à son âge », admis du 2/4/15 au 29/5/15 ;
- une OPP d'un juge du TGI d'Alençon du 24/02/14 pour un enfant né le 18/03/97 « placement ASE et hospitalisation en raison de l'hospitalisation d'office de la mère » admis du 25/02/14 au 7/03/14.

Le service a accueilli, en 2015, 38 jeunes (nombre quasiment constant depuis 2012) : 23 garçons et 15 filles, le taux d'occupation était de 82,3 % en hausse constante et une durée moyenne de séjour de 28 jours (moyenne constante). Les demandes d'admission proviennent de l'ASE, la PJJ, les familles, les services d'urgences, les instituts de rééducations ou scolaires

Sur le total des mineurs accueillis, 15 étaient placés à l'ASE, la plupart des jeunes accueillis sont aussi placés, notamment en famille d'accueil et ne reçoivent pas de visites. Mais, selon les propos recueillis, quand elles sont présentes, les visites des familles sont fréquentes, que ce soit en week-end ou en semaine.

---

<sup>30</sup> La plus haute récompense, 1<sup>er</sup> prix du concours national qui récompense des établissements hospitaliers pour leurs actions de coopération entre différents services au bénéfice du malade et de ses proches : « pour la mise en place d'un projet innovant en milieu rural le CPO allant à la rencontre des adolescents ».

Selon les propos recueillis, l'articulation avec les services chargés du suivi des mineurs (ASE, IME<sup>31</sup>, ITEP<sup>32</sup>) est difficile à trouver. Le cadre supérieur de santé de l'unité participe aux commissions de « situation critique » en présence de l'ASE mais cela ne permet pas toujours de trouver des solutions adéquates aux problématiques des jeunes accueillis, l'hospitalisation aggravant parfois le sentiment que le mineur ne peut relever d'aucune autre structure.

Afin de « replacer l'hospitalisation dans un parcours global et non comme une finalité de prise en charge, des réunions sont planifiées pour élaborer une convention interinstitutionnelle visant une prise en charge conjointe et afin d'éviter que les mineurs ne soient placés à long terme en hospitalisation sans autre perspective de prise en charge. La psychiatrie doit intervenir en soutien aux difficultés de prise en charge ». Dans cette perspective, il a été créé une équipe mobile de médiation, travaillant avec des groupes d'adolescents sur des thématiques particulières et proposant des interventions sur les sites rencontrant des difficultés dans les prises en charge d'adolescents.

L'équipe mobile s'inscrit dans la préoccupation du projet d'établissement de construire une prise en charge dans le tissu local au plus près des bassins de vie des mineurs, tout comme la coopération avec les services de pédiatrie des hôpitaux généraux, afin d'éviter la « psychiatrisation des enfants ».

Selon les propos recueillis, des lits pourraient être dédiés à l'accueil séquentiel mais, faute de places disponibles, cette modalité d'accueil ne peut se développer.

#### ii) Le quotidien des mineurs

A l'arrivée, si les parents accompagnent le jeune, une visite des locaux leur est proposée.

Lors de l'admission, aucun document n'est remis aux jeunes, le règlement de fonctionnement intitulé « le chef nous propose et le grand chef nous impose » est affiché au sein de l'unité. À l'arrivée, l'enfant porte pendant trois jours le pyjama et, ensuite, en cas de risques suicidaires ; ce qui selon les propos recueillis est fréquent. L'utilisation du pyjama peut dépendre du comportement du jeune qui peut s'en voir prescrire médicalement le port pour 48 heures.

Un stock de vêtements est disponible afin de proposer des changes aux jeunes sans effets personnels.

Le matin, les jeunes se lèvent seuls, « pourquoi les réveiller puisqu'ils n'ont rien à faire de particulier », la limite de 9h30 n'est pas dépassée pour permettre la prise des traitements sauf le week-end où ils sont autorisés à « flâner dans leur chambre jusqu'à 11h ». Le petit déjeuner n'est pas soumis à un horaire précis et est le seul repas que les jeunes peuvent prendre seuls. Le médecin pédopsychiatre reçoit les jeunes tous les matins ; si les parents sont présents, ils peuvent aussi être reçus (ce qui se fait régulièrement selon les propos recueillis).

---

<sup>31</sup> IME : institut médico-éducatif.

<sup>32</sup> ITEP : institut thérapeutique éducatif et pédagogique.

Les jeunes, selon prescription médicale, peuvent accéder à un ordinateur (avec un internet bloqué pour l'accès à certains sites) pendant une heure. Télévision et ordinateur sont accessibles de 10h à 23h. Les jeunes ne peuvent pas conserver leur téléphone portable mais ont la possibilité de consulter leur messagerie.

Les repas sont thérapeutiques, les soignants prenant leur repas avec les enfants qui sont ensuite invités à débarrasser et faire la vaisselle.

En dehors de ces activités, peu de choses sont proposées aux enfants :

- l'éducateur sportif intervient le mardi de 14h à 15h (en individuel ou jusqu'à trois jeunes) ;
- l'association « Anima » finance des sorties (cinéma, piscine) mais cela nécessite d'organiser à l'avance les activités. Les possibilités d'organisation spontanée sont réduites, parfois le personnel avance le montant des dépenses qui lui sont ensuite remboursées par cette association ; quelques ateliers « cuisine », « jeux de société » ou « activités artistiques » sont encadrés par les soignants.

Si les jeunes sont accueillis sur de longues durées (et sur prescription médicale), ils peuvent bénéficier de l'art-thérapie deux fois par semaine, sur rendez-vous.

Aucun apprentissage de type scolaire n'est proposé.

Les jeunes n'ont aucun planning d'activités structurant leur temps d'hospitalisation.

En cas de besoin, les soignants disposent d'un minibus permettant d'organiser des sorties avec l'ensemble des jeunes hospitalisés (les courses pour confection des gâteaux, repas à l'extérieur, promenade en forêts...).

Les patients mineurs ne croisent jamais les adultes qui, de ce fait, n'importunent ou n'influencent jamais les enfants accueillis.

### **Recommandation :**

*Les mineurs doivent être accueillis dans des locaux permettant une prise en charge adaptée, une possibilité de se mouvoir et de sortir de façon correcte et quotidienne. Ils doivent se voir offrir des activités, notamment scolaires, structurant leur temps d'hospitalisation.*

Dans son courrier en date du 26 octobre 2017, le directeur indique que « les projets de soins de l'unité d'hospitalisation des adolescents sont pensés et mis en œuvre sur la base d'hospitalisations programmées et contractualisées pour une durée de 3 semaines, et donc visant une déscolarisation courte ».

## **4.7 DES SOINS SOMATIQUES QUI MERITERAIENT DE FAIRE L'OBJET D'UN PROJET MEDICAL ET QUI NECESSITERAIENT D'ETRE RENFORCES**

### **4.7.1 Organisation de la prise en charge des soins somatiques**

Le médecin généraliste en charge des soins somatiques au CPO est praticien hospitalier temps plein depuis janvier 2015. En poste au CPO depuis 1985, il était auparavant à mi-temps.

Il a en charge l'ensemble des unités du CPO tant sur le site d'Alençon que sur celui de L'Aigle.

Son planning de présence dans les unités est le suivant :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin	Medavy		Medavy	Les Ecouves	Medavy
Après-midi	L'Aigle	Rochebrune Les Arcis UH Ados	Rochebrune Les Arcis	L'Aigle	

Les patients entrants sont tous vus dans un délai de 24 à 72 heures ; ce délai s'applique aussi aux patients hospitalisés sous contrainte mais le médecin généraliste précise qu'ils sont vus auparavant par le service des urgences de l'hôpital général et par le médecin psychiatre du service. Les patients en isolement ne sont pas vus systématiquement par le médecin généraliste.

Les consultations ont lieu à la demande du médecin psychiatre, des soignants ou du patient lui-même. Chaque unité dispose d'une salle dédiée aux consultations de médecine générale.

Les médecins psychiatres assurent une garde sur place de 12h30 à 8h30 le lendemain matin mais il n'y a pas de garde ou d'astreinte en médecine générale. En cas d'urgence somatique, le patient est transféré par ambulance aux urgences de l'hôpital général après un appel au médecin régulateur du centre 15 et au médecin du service des urgences.

**Recommandation :**

*Les patients placés à l'isolement doivent pouvoir rencontrer un médecin généraliste.*

Il existerait, selon le médecin généraliste, plusieurs protocoles portant sur la pratique des électrocardiogrammes (ECG), des bilans biologiques, du bilan d'entrée... Ce dernier ne serait pas appliqué ; par contre, le patient bénéficierait systématiquement d'un bilan biologique standard et d'un ECG.

Les consultations spécialisées sont toutes réalisées au centre hospitalier général, sauf si le patient a un médecin personnel. Si le patient est admis en SPDRE, une sortie inférieure à 12 heures est demandée et il est accompagné par un infirmier.

Les soins dentaires sont réalisés au CPO par un dentiste présent le lundi après-midi. Il est prévu de réaliser, dans le cadre du comité de lutte contre les infections nosocomiales, une grille d'évaluation de l'état bucco-dentaire des patients.

Les patientes sont systématiquement interrogées sur leur contraception. Si une contraception par implant sous-cutané est demandée, la pose de l'implant est faite à l'hôpital général.

En l'absence de kinésithérapeute sur place, il est indiqué qu'il est difficile de faire venir des kinésithérapeutes libéraux pour prendre en charge des patients au CPO.

Il n'y a pas de consultation sur le sevrage tabagique et celui-ci n'est pas proposé aux patients.

**Recommandation :**

*Le projet médico-soignant 2014-2018 ne fait à aucun moment référence à la prise en charge somatique des patients en hospitalisations complète. Un projet médical dans ce domaine ainsi qu'un renforcement des moyens (kinésithérapeutes, diététicien...) permettraient de mieux répondre aux besoins des patients, à la qualité de la prévention et des soins somatiques.*

**4.7.2 Les thérapies non médicamenteuses****a) Les ateliers d'art-thérapie et d'ergothérapie**

La filière « thérapies non médicamenteuses » est une des cinq filières du pôle transversal. Elle comprend le centre de traitement de l'anxiété, la thérapie familiale et l'hypnothérapie ainsi que l'ensemble des activités entrant dans le cadre des ateliers thérapeutiques, le sport adapté, la relaxation, le service d'art-thérapie et celui d'ergothérapie.

Des postes d'infirmier d'animation ont été à nouveau créés, après avoir été supprimés, dans deux pavillons (Rochebrune et Les Ecouves) début 2015.

Sur le site d'Alençon, l'art-thérapie, créée en 1995, est définie par ses animateurs, dans une plaquette en cours d'édition, comme « une psychothérapie à médiation artistique qui vise à stimuler les capacités créatrices de la personne et à libérer ses capacités d'expression ».

L'équipe en charge de l'atelier est constituée de trois infirmiers formés dans les disciplines de l'art-thérapie. Depuis la réorganisation de l'établissement, un médecin référent a été nommé mais n'a rencontré l'équipe que deux fois en six mois.

Les locaux sont situés au rez-de-chaussée des bâtiments les plus anciens du CPO et sont spécifiques à chaque activité. Ils sont vastes, clairs et extrêmement propres.



*Salles du service d'art-thérapie*

Y sont accueillis des adultes, des adolescents et des enfants, qu'ils viennent des services de suite du CPO, des structures médico-sociales ou de la médecine générale. Les patients des unités d'admission ne bénéficient pas de l'art-thérapie.

L'orientation vers le service se fait sur prescription médicale doublée d'une information faite par l'équipe ou par l'infirmière d'activité, dans les unités où cette fonction existe.

L'entretien d'accueil permet de définir avec le patient les médiations qui lui seront proposées : peinture, dessin, collage, modelage, textile, écriture ou théâtre d'improvisation.

Les activités se tiennent principalement au CPO mais peuvent avoir aussi lieu dans des structures extrahospitalières. Ainsi une infirmière du service se déplace deux fois par semaine pour animer des séances aux CATTP de Bellême et de La Ferté.

Le service bénéficie d'un budget annuel de 1 500 euros qui semble répondre à ses besoins.

Le planning d'activité du service, lors de la mission de contrôle, est décrit dans le tableau ci-dessous :

Semaine du .....au.....									
Lundi		Mardi		Mercredi		Jeudi		Vendredi	
GYM 1 5 patients	DESSIN 7 patients	REUNION équipe	PEC indiv 2 patients	DESSIN TERRE 5 patients	PEC indiv 2 patients	DESSIN 8 patients		TERRE 8 patients	DESSIN 4 patients
GYM 2 4 patients		PEC indiv * 1 patient				PEC indiv* 1 patient			
				Réunion inf activités intra				Réunion équipe	
ART TEXTILE 10 patients	DESSIN 4 patients PEC indiv* 2 patients	THEATRE BELLEM 5 patients	ECRITURE 6 patients	DESSIN 8 patients			THEATRE LA FERTE MACE 6 patients	DESSIN TERRE 9 patients	PEC indiv* 3 patients

\*Prise en charge individuelle

La file active du service est, pour 2015, de 130 patients et le nombre d'actes de 3 500 à 4 000.

En ce qui concerne l'ergothérapie, la plaquette d'information la définit comme « un outil thérapeutique spécifique ayant pour objectif le maintien ou l'accession à l'autonomie du patient. L'activité est ici un médiateur à la relation entre le thérapeute et le patient. »

Le personnel comprend une infirmière et une ergothérapeute. Cette dernière, en congé sabbatique, n'a pas pu être remplacée.

Les locaux sont situés dans un pavillon comprenant un seul niveau et permettent d'accueillir les patients dans de bonnes conditions.

L'origine des patients et les modalités d'admission sont similaires à celles du service d'art-thérapie.

Le budget du service est d'un montant de 1 500 euros ; il est géré par l'association L'Eveil et semble correspondre aux besoins du service.

Les activités proposées sont des activités classiques d'ergothérapie : mosaïque, vannerie, tricot, patchwork, peinture sur soie, papier mâché, chant...

Le tableau ci-dessous présente le planning d'activité du service la semaine du contrôle :

Semaine du..... au.....				
Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Mosaïque 5 patients	Réunion équipe	Atelier « Jeu de mots » 4 patients Atelier « vannerie »	Atelier « polyvalent » 6 patients	Atelier « papier collé » 4 patients
		Réu. Inf. activités intra		
Art textile 10 patients		Atelier théâtre 5 patients	Atelier « chant » 9 patients	Atelier « laine et fil » 9 patients

En 2014, la file active du service était de 70 patients et 1 700 actes ont été réalisés. Les patients proviennent pour la moitié de l'intra-hospitalier et pour l'autre moitié de l'extra-hospitalier.

### *b) Les activités sportives adaptées*

Créées en 2013, elles sont animées par un éducateur sportif.

Elles comprennent des activités sur le site d'Alençon qui se déroulent sur le terrain de football, dans la salle de ping-pong et celle de gymnastique et à l'extérieur du CPO : au complexe aquatique d'Alençon, une fois par semaine avec quatre à cinq patients accompagnés d'un deuxième infirmier ou au club de tennis de table d'Alençon où le CPO dispose de deux créneaux horaires, le lundi après-midi pour une dizaine de patients dépendants et le mardi soir avec des patients très autonomes.



*Salle de sport d'Alençon*

Le service dispose d'un parc d'une quinzaine de vélos.

Par ailleurs l'infirmier se rend :

- sur le site de L'Aigle, un jour toutes les deux semaines ;
- à la MAS, un après-midi par semaine ;
- à l'unité d'hospitalisation-ados un après-midi par semaine.

Ces différentes activités permettent la prise en charge d'une dizaine de patients chaque jour.

### *c) Les activités psycho-corporelles*

Les activités psycho-corporelles, sont définies dans la plaquette de présentation comme « l'ensemble des approches psychothérapeutiques partant du corps ou se servant du corps comme médiation et plus largement comme des méthodes impliquant un travail corporel à visée psychothérapeutique, prophylactique et préventive ».

Ces activités sont réalisées par un soignant, aide-soignant de formation initiale mais qui s'est formé par la suite à de multiples approches (DU de pratiques psycho-corporelles, DU de conseil et information en phyto-aromathérapie).

Les patients sont adressés sur prescription médicale qu'ils soient suivis en intra ou en extra-hospitalier. Il peut s'agir d'adultes, d'adolescents ou d'enfants. Les patients peuvent être pris en charge pendant plusieurs années.

A la suite d'un entretien initial, la méthode la plus adaptée est proposée au patient et un premier bilan est effectué au bout de cinq séances.

Des activités de groupe sont par ailleurs proposées avec des psychologues, l'animateur d'activités physiques adaptées ou des infirmiers.

Les activités se déroulent en salle de relaxation ou dans la salle de sport.

En 2013, ce sont de vingt-cinq à soixante-sept patients qui ont été suivis mensuellement.

En ce qui concerne le site de l'Aigle, une éducatrice spécialisée et deux aides-soignantes sont chargées des activités thérapeutiques. Cette activité est continue avec la présence d'une personne le week-end. Une des deux ASH a été formée à la coiffure/esthétique. Comme indiqué *supra*, l'éducateur sportif d'Alençon se déplace un vendredi sur deux pour des activités à la salle de sport, des sorties à vélo...

Les moyens à disposition sont à la hauteur des enjeux (la resocialisation extérieure des patients et l'évaluation de leur comportement) grâce au financement de l'association L'Astre : salle de sport, petite salle de « cinéma » pour passer des DVD, salle d'activité manuelle, salle de musique, salon de coiffure entièrement équipé, cafétéria. Les trois soignants reçoivent mensuellement de la part de l'association 80 euros pour l'achat d'ustensiles, de matériels à l'appui des activités.

Au sein des unités, les plannings des activités prévues pour la semaine en cours et la semaine qui suit sont affichés sur le tableau d'informations dans la salle commune : les personnes autorisées médicalement à y participer sont invitées à s'y inscrire. Il a été indiqué aux contrôleurs que l'éducatrice et les ASH prennent également contact avec l'équipe soignante pour connaître les patients susceptibles de s'y intéresser.

Les activités sont variées : le jour du contrôle, une activité « crêpes » se déroulait à la cafétéria ; la fréquentation est diverse et l'activité culinaire, selon les propos recueillis, « plaît beaucoup car elle permet d'associer les patients à la préparation du plat en passant par les courses, la vaisselle, jusqu'au déjeuner avec les ASH ». D'autres activités sont proposées : activité manuelle (poterie, ...), activité sportive avec la salle de sport équipée de nombreux appareils pour la musculation et d'une table de ping-pong. Un goûter est également organisé dans le jardin du pavillon, agrémenté d'un salon de jardin. Tous les quinze jours, les patients se déplacent à Alençon pour une séance de cinéma. Des déplacements sont prévus au bowling et au cinéma avec des tarifs préférentiels (3 euros pour le cinéma et 2,50 euros pour le bowling). Il a été indiqué qu'une participation du patient est toujours demandée.

#### **Planning des activités thérapeutiques**

jours	Nbre de soignants	10h30-11h45	14h00-16h00
Lundi	1	cafétéria	Jeux de société

Mardi	3	Sortie marché	Sortie expo arts naïfs à Verneuil Ping-pong
Mercredi	3	cafétéria jardinage	Activités manuelles Préparation concours CPO
Jeudi	1	cafétéria	Cinéma au CPO
Vendredi	2	cafétéria	Sport ou marché
Samedi	1	cafétéria	Activité à définir
dimanche	1	cafétéria	Sortie sculpture sur glace à Mortagne

#### 4.7.3 La pharmacie

L'équipe de la pharmacie à usage intérieur (PUI) comprend une pharmacienne, chef de service, chef du pôle transversal à 0,6 ETP, une pharmacienne à 0,5 ETP et trois préparateurs dont l'un se consacre à l'hygiène à raison de 0,3 ETP.

Les médicaments sont préparés de façon nominative à la pharmacie de l'hôpital pour une semaine et ce, pour chaque unité. Par ailleurs, chaque unité dispose d'une dotation. L'ensemble des traitements est stocké au sein d'une même armoire permettant ainsi un contrôle par la pharmacie. Un contrôle est effectué une fois par trimestre sur le site de L'Aigle.

La gestion du circuit du médicament - de la prescription à la délivrance - s'appuie sur le logiciel CARIATIDES.

Une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) sur la sécurisation du médicament a eu lieu suite à une erreur d'administration en 2012, ayant donné lieu au signalement d'un événement indésirable grave. Le manque de confidentialité dans la délivrance des médicaments est un des facteurs mis en évidence par cet incident. Une des recommandations fut donc de délivrer les médicaments dans un endroit à l'écart, de façon à pouvoir donner des informations et en recevoir. Ce lieu est le plus souvent aujourd'hui dans un coin de la salle à manger ou dans la salle de soins. Les contrôleurs ont cependant constaté à l'UHA que les médicaments étaient délivrés dans l'entrée de l'infirmierie à la vue des jeunes présents.

#### **Recommandation :**

*La dispensation des médicaments doit être individuelle et respecter les règles de confidentialité.*

#### 4.7.4 Le comité de lutte contre la douleur (CLUD)

Le médecin généraliste est président du CLUD. Une évaluation faite au sein de l'établissement a montré qu'un patient sur deux était sous antalgique. L'évaluation de la douleur se fait dans les unités à l'aide d'une échelle classique de 1 à 10. Il n'existe ni protocole ni échelle spécifique à la prise en charge de patients en milieu psychiatrique.

## 4.8 LE RECOURS A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION

Deux procédures ont été remises aux contrôleurs, l'une portant sur « les modalités de prise en charge en chambre d'isolement » et l'autre sur « la mise en œuvre de la contention physique ».

### 4.8.1 La contention

La procédure relative à la « mise en œuvre de la contention physique » en est encore au stade de document de travail alors que la première rédaction date du 25 mai 2014. Elle n'a donc pas été diffusée auprès des équipes.

Les indications retenues pour la contention sont :

- la protection de la personne et de son entourage ;
- le risque de chute ;
- l'automutilation ;
- l'agitation dangereuse de la personne.

Il est précisé que la contention ne doit être mise en œuvre qu'en dernier recours et que les circonstances ayant conduit à la décision, les actions mises en œuvre avant celle-ci doivent être décrites dans le dossier médical.

La prescription médicale ne doit pas dépasser 24 heures et renouvelée si nécessaire après examen du patient. L'examen par le médecin somaticien a lieu lors de sa venue dans le service sans qu'il soit précisé le rythme auquel cet examen doit être fait. La prescription d'un anticoagulant est recommandée si la contention dépasse 24 heures.

La surveillance doit être très régulière et doit être tracée dans le dossier infirmier. Il est rappelé que « l'installation de la personne soignée préserve son intimité et sa dignité ».

La pratique de la contention semble très limitée, voire absente, à l'UHA ; cependant, aucune information statistique n'a pu être transmise aux contrôleurs permettant de valider cette pratique.

### 4.8.2 L'isolement

#### a) La procédure applicable

La procédure sur « les modalités de prise en charge en chambre d'isolement » date du 18 janvier 2006 et a été révisée le 5 décembre 2014. Cette procédure concerne la prise en charge des patients « présentant des comportements agressifs, violents ou les patients en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE) ».

Il est précisé dans la procédure que :

- la mise en chambre d'isolement (MCI) nécessite une prescription médicale qui ne peut excéder 24 heures et doit être renouvelée (la prescription est faite dans l'onglet *ad hoc* du dossier médical informatisé) ;
- le patient est mis en pyjama ou casaque ;
- les soins infirmiers sont renforcés et doivent être tracés dans le dossier informatisé ;
- les repas sont pris dans le sas avec de la vaisselle incassable sans couteau ni fourchette.

Le patient doit être vu au minimum toutes les 24 heures par le médecin psychiatre pour évaluation de son état clinique et renouvellement éventuel de la prescription. Le médecin somaticien intervient dans le cadre de son passage dans l'unité. La surveillance infirmière doit être réalisée au minimum toutes les heures. Le téléphone/PTI doit être utilisé lors de chaque intervention en CI.

En cas d'urgence, la MCI peut être décidée par l'équipe soignante avec examen par le médecin dans l'heure qui suit et surveillance infirmière toutes les dix minutes.

Les patients détenus sont systématiquement mis en chambre d'isolement.

A Médavay, la chambre du patient est toujours conservée quand celui-ci est placé en isolement.

#### *b) Les chambres d'isolement*

Unité	Nombre chambres isolement ou apaisement
Médavy	3 chambres d'isolement
Ecouves	2 chambres d'isolement
Rochebrune	2 chambres d'isolement
Les Arcis	1 chambre d'isolement
Unité adolescents	1 chambre apaisement
Fontenil	2 chambres d'isolement
Saint-Evrout	0
Total	10 chambres d'isolement + 1 chambre d'apaisement

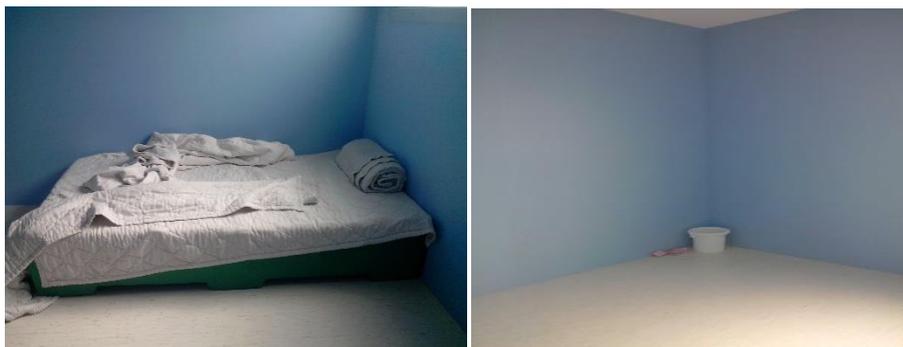
#### *i) Unité Rochebrune*

Les deux chambres d'une superficie de 8 m<sup>2</sup> ont un sas commun d'une superficie de 11 m<sup>2</sup>. Les chambres et le sas sont éclairés par une fenêtre en hauteur ne pouvant pas être ouverte dans les chambres et pouvant être entre-ouverte dans le sas. Elles sont dépourvues de sonnette d'appel et volets, chauffage et climatisation sont commandés depuis le sas.

La porte d'entrée de la chambre est munie d'un oculus qui est fermé lorsque deux patients sont en chambre d'isolement au moment des repas et de la toilette.

Les chambres sont meublées d'un lit en mousse de 1,90 m sur 0,90 m et 0,12 m d'épaisseur, recouvert d'une house en plastique. Le patient a droit à trois couvertures, l'une repliée servant d'oreiller.

En l'absence de WC, un seau hygiénique est mis à disposition du patient dans la chambre.



*Une chambre d'isolement unité Rochebrune*

Le sas est meublé d'une table, d'une chaise et d'un pouf en mousse qui servent au repas des patients.

Une salle d'eau, d'une superficie de 12,40 m<sup>2</sup>, donne sur le sas. Elle comporte une douche, un WC, un lavabo surmonté d'un miroir métallique et une étagère en matière plastique. Le tout est propre et clair. Les robinets délivrent de l'eau chaude et de l'eau froide.

Les patients isolés sont vêtus d'un pyjama.



*Sanitaires des chambres d'isolement, unité Rochebrune*

#### ii) Unité Médavy

Les deux chambres, d'une surface de 16 m<sup>2</sup>, sont desservies par un sas commun. Les chambres sont éclairées par une fenêtre ne pouvant pas être ouverte et munie d'une vitre opaque.

La chambre est meublée d'un lit en mousse ; elle ne dispose pas de sonnette d'appel ; le chauffage, la climatisation et le volet extérieur sont commandés depuis le sas.

L'éclairage comprend un plafonnier et une veilleuse afin de ne pas réveiller le patient lors des surveillances de nuit.

La porte de la chambre est munie de deux œilletons dirigés l'un vers l'extérieur et l'autre vers l'intérieur de la chambre. Ce dernier peut être occulté.

Le sas est éclairé par une fenêtre barreaudée à ouverture à bascule.

Plusieurs dispositifs d'alarme sont installés : une alarme générale, une alarme communiquant avec le bureau infirmier, un interphone communiquant lui aussi avec le bureau infirmier qui peut être laissé ouvert pendant la surveillance.

### iii) Unité Les Arcis

La chambre d'isolement, d'une superficie de 8 m<sup>2</sup> est située au bout du couloir du rez-de-chaussée, à distance du bureau infirmier. Elle ne dispose pas de sas. Elle est fermée par une porte avec œilleton dirigé vers l'intérieur.

Une deuxième chambre est occupée en permanence par un patient dont l'état médical nécessite une chambre adaptée et une surveillance rapprochée de la part des infirmiers. Elle est meublée d'un lit médical avec matelas anti-escarres et sangles de contention qui sont utilisées la nuit uniquement. Cette chambre possède un poste de télévision fourni par la famille. On notera, selon les informations transmises aux contrôleurs, que l'installation de ce téléviseur a été acceptée par la direction de l'hôpital après de multiples demandes de la famille mais refusée pour d'autres patients.

### iv) Unité adolescents

La chambre d'apaisement a une superficie de 12 m<sup>2</sup>. Elle est éclairée par une fenêtre pouvant être ouverte par le personnel.

Une des deux portes de la chambre donne sur le bureau de soins avec un oculus carré de 30 cm de côté muni d'un volet. Lumière et volet extérieur sont commandés de l'extérieur de la pièce. La chambre est meublée d'un matelas en mousse 1,90 m sur 0,90 m et 0,12 m d'épaisseur. Elle ne dispose pas de pendule ni de sanitaires (WC, douche, lavabo) attenants à la chambre. Le patient en chambre d'isolement utilise les sanitaires de l'unité accompagné d'un soignant du même sexe.

Le service ne dispose pas de sangles de contention.

### v) Unité Fontenil

Les deux chambres d'isolement de 12 m<sup>2</sup> sont accessibles après un sas d'entrée. Au centre, les sanitaires sont accessibles par les deux chambres.

Comme indiqué dans le rapport de 2009 :

*Une ouverture vitrée dans la porte de la chambre permet sa surveillance à l'exclusion d'une partie dissimulée par le bloc sanitaire. La chambre d'isolement est dépourvue de mobilier, de poste de télévision, de radio et d'horloge. Un matelas repose dans l'angle de la pièce sur une dalle de ciment surélevée d'une quinzaine de centimètres. Les murs sont blancs et ne font l'objet d'aucune décoration. Le bloc sanitaire, ouvert sur la chambre, est propre et spacieux. Une large baie vitrée, hermétiquement fermée et non barreaudée, identique aux autres, laisse entrer amplement la lumière. La fenêtre donne vue sur le parking qui jouxte l'unité et permet de voir le va-et-vient des personnels, des visiteurs et des patients.*

Il a été indiqué que, suite au précédent contrôle, une pendule avait été installée dans le sas donnant accès à la chambre d'isolement mais que cette dernière avait été brisée par un patient.

#### **Recommandation :**

*Les chambres d'isolement doivent être équipées de sanitaires.*

*c) Les pratiques d'isolement*

Les données relatives à la mise en isolement ont été fournies aux contrôleurs par le département d'information médicale (DIM) qui peut produire un journal des MCI pour chaque unité contenant les informations suivantes :

**CENTRE G01****Prescripteur : Dr Xxxx**

53 682 C. B né le 26/07/83 Homme UF : G02 - MEDAVY Date d'entrée  
: 25/12/15

	Date	Heure	Texte	Resultat Type autre
Date de la M.C.I :	30/12/2015	:		
Date de fin prévue de la M.C.I :	31/12/2015	:		
Heure de début :		:		
Heure de fin prévue :		:		
Indication de la M.C.I :		:	mode d'hospitalisation	
Contention partielle		:		0
Contention Totale		:		0
Non		:		1

Des données mensuelles et annuelles spécifiques à chaque pôle et unité peuvent être calculées.

Cependant, il n'y a pas de retour d'informations vers les pôles et les unités, à l'exception du bureau des entrées.

Tableau de patients mis en isolement en 2015 :

	Ecouves	Rochebrune	Les Arcis	Médavy	Fontenil	St-Evroult	total
Nbre patients	16	26	3	40	22	2	109
DMS en CI	8 jours	14 jours	1 jour	5 jours	23 jours	1 jour	
Extrêmes en jours	1 - 59	1 - 150	1	1 - 65	1 - 351	1	
<= 1 jour	5	7	3	13	2		30
2 jours	5	8		8	3		24
3 à 10 jours	3	4		15	12		34
11 à 20 jours	1	2		2	2		7
21 à 30 jours	1	1		0	1		3
30 jours +	1	4		1	2		8

## i) Unité Rochebrune

Selon les propos recueillis, « seuls deux à trois patients sur les vingt-trois présents ont une probabilité élevée de mise en chambre d'isolement ».

Dans le mois écoulé, la pratique de l'isolement s'est déroulée comme suit :

- patient 1 : le patient a été mis en CI le 3 mai à 22h, pour des troubles du comportement. La prescription a été faite par le médecin le lendemain. Une surveillance infirmière est notée à 7h28, 9h46, 10h17, 11h16, 12h35, 15h avec une observation détaillée, à 16h (heure de la prescription médicale et des consignes), 17h58, 18h59 (heure de la prise du repas dans le sas), 20h55 puis surveillance horaire par le personnel de nuit. La surveillance de jour reprend le lendemain à 7h21, 9h15 (petit déjeuner + douche), 10h, 12h30 (repas), 16h (arrêt de la MCI par le médecin de garde et prescription de CI si besoin).
- patient 2 : la prescription initiale a eu lieu le 17 avril à 18h47 ; elle a été renouvelée tous les jours jusqu'au 25 avril et le patient est sorti d'isolement le 27 avril, soit après dix jours d'isolement.
- patient 3 : la prescription initiale a eu lieu le 7 avril et a été renouvelée quotidiennement jusqu'au 11 avril puis du 18 au 20 avril et enfin du 21 au 25 avril. C'est à l'occasion de cette troisième mise en chambre d'isolement que le statut du patient est modifié avec passage du statut de SL en SDT.

Les prescriptions de mise en chambre d'isolement sont globalement faites toutes les 24 heures ; la validation par le médecin psychiatre d'une MCI faite par le personnel peut prendre plusieurs heures. La transformation du statut de SL en SDT pour l'un des patients est à noter, même si on peut regretter qu'elle ne survienne qu'à la troisième MCI dans le mois.

#### ii) Unité Médavy

L'ensemble du personnel est formé à la gestion des situations d'agressivité et à la pose de sangles de contention. Deux mallettes de matériel de contention sont disposées, l'une dans le placard du sas des CI et l'autre dans la salle de soins.

Les indications de MCI au sein de l'unité sont : la sécurité du patient et celle des autres patients. Selon les soignants rencontrés, la MCI chez un patient entrant est exceptionnelle. Il en est de même pour les MCI décidées par le personnel soignant, la prescription médicale étant le plus souvent faite avant.

Une sédation médicamenteuse accompagne systématiquement la mise sous contention alors que ce n'est pas le cas pour l'isolement.

La surveillance infirmière est programmée toutes les heures sans qu'un infirmier soit nominativement désigné pour l'assurer ; ce qui peut entraîner une moindre régularité.

Les patients en isolement sont douchés tous les matins. La lecture est autorisée sur prescription médicale ainsi que l'écoute de la radio si le patient est seul (et les autres CI vides).

Les repas sont pris dans le sas avec deux à quatre infirmiers. Une cigarette peut être fumée à cette occasion.

Le médecin a un entretien quotidien avec le patient y compris le week-end et les infirmiers un entretien au moment de chaque repas.

Dans le mois écoulé, la pratique de l'isolement s'est déroulée comme suit :

- patient 1 : prescription de MCI si agitation le 17 avril puis prescription de MCI le 4 mai, renouvelée le 5 mai avec « contention si besoin », le 6 mai, le 7 mai, le 8 mai, le 9 mai et le 10 mai.
- patient 2 : patient admis en SDRE en attente de transfert en UMD (unité pour malades difficiles). Prescription initiale de MCI le 30 avril avec renouvellement quotidien, à l'exception du 2 mai, jusqu'au 9 mai.

#### iii) Unité Ecouves

Les motifs de MCI sont essentiellement les situations d'auto ou d'hétéro-agressivité. La plupart du temps, les patients peuvent être conduits en CI sans qu'il soit nécessaire d'employer la force.

Les patients sont mis en pyjama et, si le risque suicidaire est très important, tous ses vêtements lui sont enlevés.

Il ne dispose pas de drap ni d'oreiller mais de trois couvertures. En l'absence de WC, un seau hygiénique est disposé dans la chambre. Il peut avoir de l'eau sur prescription médicale ainsi qu'un magazine.

Les repas sont pris soit dans le sas soit avec les autres patients. Le patient peut fumer trois à quatre cigarettes par jour dans le sas.

Dans le mois écoulé, la pratique de l'isolement s'est déroulée comme suit :

- patient 1 : patient admis en SDRE, prescription initiale de MCI le 28 avril, renouvelée quotidiennement jusqu'au 11 mai soit 14 jours d'isolement complet puis séquentiel.
- patient 2 : patient admis en SDRE en attente de transfert en UMD, prescription initiale de MCI le 9 avril, à sa demande, renouvelée le 10 avril (fin de MCI), puis nouvelle prescription de 24 heures le 25 avril.
- patient 3 : patient admis en SDRE, prescription initiale le 23 avril renouvelée tous les jours jusqu'au 26 avril.

#### iv) Unité d'hospitalisation pour adolescents (UHA)

Comme indiqué précédemment, il n'y a pas de mise sous contention dans le service.

Les patients mis en chambre d'apaisement prennent leur douche dans les sanitaires communs mais en dehors des temps des autres patients. Ils prennent leurs repas soit dans le couloir faisant face à la porte d'entrée de la chambre soit dans la salle à manger.

Lorsqu'une mise en chambre d'isolement est nécessaire, elle se fait dans un service de psychiatrie adulte.

#### v) Unité Fontenil

La chambre d'isolement est occupée par le même patient depuis 2006. Celui-ci s'est montré violent (violence dite « cataclysmiques et peu prévisible » par le psychiatre) envers certains membres du personnel qu'il prend pour cible. Sa prise en charge est difficile mais les soignants adaptent le fonctionnement du service pour qu'il puisse sortir de la chambre (repas seul une fois que le reste du groupe a terminé, mise à disposition d'une personne de service pour l'habillage - sinon, le reste du temps, il reste en casaque et slip filet car il ne supporte pas les vêtements - et l'accompagnement en promenade à l'extérieur quand le patient en a la volonté (beaucoup de temps de préparation pour quelques minutes mais les soignants ont la patience nécessaire), rituel du bain (il ne prend pas de douche, sinon c'est la toilette lavabo avec deux agents), jeux un peu « physiques », dons de friandises qu'il affectionne.

Il a bénéficié de sorties autorisées, week-end et jours fériés, chez son père jusqu'en 2010. Suite à des violences lors d'un retour, le préfet a suspendu les sorties. Le père, âgé de 80 ans, n'assumant plus la gestion de son fils, ne peut plus l'accueillir ni lui rendre visite.

La chambre d'apaisement a été refaite (sécurisée : tout est protégé, luminaire, chauffage....) pour lui permettre de ne plus être dans la chambre d'isolement mais il l'a entièrement détruite. Les soignants supposent que le fait de ne plus avoir vue sur le parking a pu être un déclencheur de son refus d'accepter ce déménagement.

Des projets sont évoqués pour lui (une nouvelle chambre après travaux de sécurisation côté parking, une orientation en unité au long cours) mais la peur de le déstabiliser fait que ce n'est pas mis en œuvre rapidement, une orientation en UMD lui a été refusée.

Mais en conclusion, pour le personnel, ce n'est pas une personne placée à l'isolement : c'est une chambre d'isolement qui est devenue la sienne car elle est adaptée à son état clinique.

**Recommandation :**

*La procédure relative à la mise sous contention doit être finalisée et être diffusée au sein des équipes. Elle doit couvrir toutes les situations, quel que soit le lieu d'isolement : chambre d'isolement, chambre d'apaisement, fermeture de la chambre du patient et respecter le renouvellement de la prescription toutes les 24 heures ainsi que la surveillance infirmière soutenue. Les prescriptions « si besoin » doivent être proscrites.*

*Un plan de prévention/limitation de l'isolement et de la contention devrait être inclus dans le projet médico-soignant.*

**4.9 L'ADMISSION DES PERSONNES DETENUES PRIVILEGIE LES MESURES DE SECURITE SYSTEMATIQUES PLUTOT QUE LA LOGIQUE DE SOINS ET ECHAPPE, POUR L'ESSENTIEL, AU CONTROLE DU JLD**

Le site d'Alençon a vocation à recevoir les personnes détenues en provenance du centre pénitentiaire d'Argentan. Quinze personnes détenues ont ainsi été reçues en 2015. Elles sont admises en service d'accueil. Contrairement aux autres patients, les personnes détenues sont systématiquement placées en chambre d'isolement, par « peur des évasions ou des interventions extérieures » a-t-il été précisé et ce, durant toute la période de leur séjour ; elles ne reçoivent ni visite, ni communication téléphonique, ni courrier. Elles ne sont autorisées à sortir que pour un transfert à l'hôpital pour des soins ou pour les audiences JLD, ce qui - comme indiqué ci-dessus (cf. § 3.9.b) - n'est plus le cas depuis que les audiences se tiennent dans l'enceinte du CPO – vraisemblablement du fait de l'absence d'escorte permettant d'assurer la sécurité du transport.

## 5. L'AMBIANCE GENERALE

Cet établissement a le mérite de bénéficier d'un projet médico-soignant qui guide la restructuration de la psychiatrie sur ce territoire et l'action des professionnels. Ce projet, qui n'a pas trouvé l'adhésion de tous, s'est conduit non sans difficulté (départ de médecins, non reconduction du chef de pôle, menaces et propos agressifs envers certains personnels). Les soignants ont parfois eu le sentiment de ne pas avoir le temps d'accompagner le changement auprès des patients. L'architecture actuelle de cet établissement est le fruit d'un travail conséquent, débuté en 2013 et pas totalement abouti (pour les mineurs notamment), qui a nécessité du courage et de la détermination. Aujourd'hui, ce sont des professionnels très investis qui travaillent dans un certain apaisement. Le projet paraît bien intégré et connu de l'ensemble des personnels pour lesquels il fait référence.

Néanmoins, la communauté médicale, cadres administratifs et personnels soignants ont fait part aux contrôleurs de leur crainte quant aux évolutions à venir dans le cadre de la mise en œuvre *des groupements hospitaliers de territoire (GHT)*. Ce nouveau projet vient, pour eux, perturber la mise en œuvre du projet médico-soignant en cours et présente le risque de décourager les professionnels qui ne se sentent pas associés aux décisions qui seront lourdes de conséquences.