



Rapport de visite :

10 au 12 juillet 2017 - Première visite

Centre hospitalier du Haut
Anjou

Château-Gontier

(Mayenne)

SYNTHESE

Trois contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier du Haut-Anjou à Château-Gontier (Mayenne) du 10 au 12 juillet 2017

Un rapport de constat a été adressé au directeur de l'établissement, à la délégation territoriale de l'Agence régionale de santé Pays de la Loire ainsi qu'à la préfecture de la Mayenne. Leurs observations ont été prises en considération pour la rédaction du présent rapport.

Le pôle psychiatrie du centre hospitalier du Haut-Anjou couvre l'un des quatre secteurs de psychiatrie générale de la Mayenne, soit une population de 63 000 habitants. Il compte une unité d'hospitalisation complète de vingt-cinq lits, quinze places en hôpital de jour ainsi qu'un dispositif de structures extra hospitalières.

L'unité d'hospitalisation est implantée dans un ancien cloître qui a été rénové récemment. Ce lieu offre un cadre de vie agréable et apaisant. Les patients peuvent circuler librement depuis les chambres jusqu'au patio et aux lieux de vie collectifs. Cependant, l'unité vit en vase clos et certaines restrictions, portant sur l'usage du téléphone ou les sorties à l'extérieur notamment pour les patients admis en soins libres, sont imposées de façon systématique et semblent être injustifiées.

Les équipes soignantes ont néanmoins le souci d'offrir la meilleure prise en charge. Des ateliers thérapeutiques, des activités ludiques et sportives sont organisées tous les jours de la semaine. A cet égard, les retours des patients aux contrôleurs ont été très positifs.

Cependant le recours à l'isolement en chambre ordinaire ainsi que le nombre et la durée des mesures de contention sont anormalement élevés. Par ailleurs, la situation des médecins psychiatres est préoccupante. Les effectifs sont insuffisants et il n'existe aucune perspective en matière de recrutement.

Enfin, le déroulement des audiences du juge des libertés et de la détention n'est pas conforme aux exigences de la loi. Depuis le 1^{er} septembre 2014, elles doivent se tenir, sauf exception, au sein du centre hospitalier comme le prévoit la loi du 27 septembre 2013. Or, pour l'ensemble des hôpitaux psychiatriques du département de la Mayenne, elles continuent à être organisées au sein du tribunal de grande instance de Laval.

OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

1. BONNE PRATIQUE 14

L'élaboration de documents à l'attention du personnel soignant intégrant l'UHP, portant sur les différents statuts d'hospitalisation sous contrainte avec un rappel de la loi favorise le respect des droits des patients.

RECOMMANDATIONS

1. RECOMMANDATION 13

Les effectifs de médecins psychiatres doivent être renforcés afin de maintenir un niveau optimal de prise en charge médicale.

2. RECOMMANDATION 13

Le projet d'engager une assistante sociale à temps plein apparaît indispensable compte tenu des nombreuses démarches à entreprendre dans le cadre de la préparation à la sortie.

3. RECOMMANDATION 13

Il conviendrait de mettre en place une politique de mobilité des soignants exerçant la nuit, afin que ces derniers puissent réactualiser leurs connaissances et leurs pratiques.

4. RECOMMANDATION 15

Les registres de la loi doivent être tenus avec plus de rigueur et le personnel en charge de les renseigner doit bénéficier d'une formation.

5. RECOMMANDATION 18

Un lit doit être installé dans le box de l'unité d'urgence médico-psychologique afin d'améliorer la sécurité et le confort des patients.

6. RECOMMANDATION 20

Lorsqu'un patient désigne une personne de confiance et n'est pas en capacité de se mettre en relation avec elle, le personnel soignant doit la contacter afin d'obtenir son accord.

7. RECOMMANDATION 22

Il serait utile d'apporter au livret d'accueil de l'UHP, qui doit être systématiquement remis aux patients, les modifications nécessaires afin d'offrir aux personnes hospitalisées sans leur consentement une information plus complète sur les droits dont elles disposent.

8. RECOMMANDATION 23

Il convient d'aménager, sans délai au sein de l'hôpital, une salle réservée aux audiences du JLD comme le prévoit la loi. L'intérêt du patient doit primer sur toute autre considération.

9. RECOMMANDATION 25

Le retrait des biens du patient ne doit pas être systématique et doit s'effectuer selon son état clinique.

10. RECOMMANDATION 26

L'accès à l'UHP doit être libre pour les représentants de l'aumônerie et les informations sur les différentes confessions doivent être affichées dans l'unité.

11. RECOMMANDATION 30

Les conditions matérielles d'hébergement doivent être améliorées : les chambres des patients doivent disposer d'un bouton d'appel, de fenêtres ouvrables et être équipées de prises électriques.

12. RECOMMANDATION 32

Il convient d'élargir la plage horaire de l'accès du jardin en soirée pour les patients désirant fumer ou s'aérer.

13. RECOMMANDATION 33

L'accès au téléphone doit être libre et la confidentialité des conversations préservée. Il ne peut être limité qu'en raison de l'état clinique des patients.

14. RECOMMANDATION 35

La liberté d'aller et venir au sein de l'UHP est relative. Les patients en soins libres doivent pouvoir sortir librement de l'unité.

15. RECOMMANDATION 35

Il est nécessaire d'engager une réflexion sur la sexualité au sein du comité d'éthique et de mettre des préservatifs à disposition des patients.

16. RECOMMANDATION 37

Le contrat de soins, dont l'objectif est de formaliser par écrit les restrictions prescrites par le médecin psychiatre, devrait être élaboré pour chaque patient soumis à une restriction.

17. RECOMMANDATION 38

Le personnel soignant devrait pouvoir bénéficier de séances de supervision animées par un intervenant extérieur au pôle psychiatrie.

18. RECOMMANDATION 41

Le registre d'isolement et de contention doit être tenu avec plus de rigueur.

19. RECOMMANDATION 41

Les chambres d'isolement doivent être équipées d'une sonnette d'appel.

20. RECOMMANDATION 43

L'isolement ou le confinement dans une chambre ordinaire doivent être proscrits. L'aménagement d'une chambre d'apaisement devrait être envisagé pour les patients dont l'état clinique ne relève pas d'un placement en chambre d'isolement.

21. RECOMMANDATION 44

Une réflexion autour des pratiques relatives à la contention s'impose au sein de l'UHP.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
OBSERVATIONS	3
SOMMAIRE	6
RAPPORT	8
1. LES CONDITIONS DE LA VISITE	8
2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT	9
2.1 Le département de la Mayenne compte quatre secteurs de psychiatrie générale 9	
2.2 L'activité du pôle psychiatrie est caractérisée par un allongement de la durée d'hospitalisation et une augmentation du taux d'occupation des lits	9
2.3 Les effectifs médicaux sont insuffisants cependant, les psychiatres demeurent disponibles pour recevoir les patients et assurer les tours de garde	12
2.4 Les contrôles institutionnels sont insatisfaisants	14
2.5 La représentation des usagers dans les instances du centre hospitalier garantit la qualité de la prise en charge	16
3. LE DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT	18
3.1 Les conditions de prise en charge des patients, à leur arrivée, sont globalement satisfaisantes	18
3.2 Le contenu de l'information transmise aux patients par les soignants est adapté en fonction de leur état clinique	21
3.3 La préparation de la sortie se caractérise par un engagement des professionnels hypothéqué par un manque de moyens	22
3.4 Les conditions matérielles dans lesquelles se déroulent le contrôle du juge des libertés et de la détention sont insatisfaisantes	23
4. LES DROITS DES PATIENTS	25
4.1 La protection juridique des majeurs est assurée	25
4.2 Le retrait des biens est systématique à l'exception du numéraire	25
4.3 La procédure de l'accès au dossier médical est respectée	25
4.4 Le droit de vote est organisé	26
4.5 Les représentants de l'aumônerie ne disposent pas d'un libre accès à l'unité de psychiatrie	26
5. LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION ET DE PRISE EN CHARGE AU SEIN DE L'UNITE D'HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUE (UHP)	27
5.1 Les conditions matérielles de prise en charge sont globalement satisfaisantes	27
5.2 Les restrictions des libertés individuelles, systématiques, ne sont pas forcément justifiées par l'état clinique des patients	32
5.3 La question de la sexualité ne fait pas l'objet d'une réflexion entre les professionnels	35

5.4	La gestion de la sécurité des patients et des incidents est prise en compte	35
5.5	Les entretiens, l'éducation thérapeutique et les activités font partie intégrante des soins psychiatriques	36
5.6	La prise en charge somatique est bien organisée mais l'accès au médecin généraliste est limité.....	38
6.	L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION	40
6.1	Les mesures d'isolement et de contention ont fait l'objet d'un protocole.....	40
6.2	Le registre prévu par l'article L3222-5-1 du CSP est en place, il n'est pas tenu avec suffisamment de rigueur	40
6.3	Les deux chambres d'isolement sont de configuration identique, elles ne disposent pas de sonnette d'appel.....	41
6.4	Le recours à l'isolement s'accompagne souvent d'une mesure de contention, l'isolement strict se déroule parfois en chambre ordinaire	42
6.5	Le nombre et la durée des mesures de contention appellent à la vigilance	43
7.	AMBIANCE GENERALE	45

Rapport

Contrôleurs :

- Bonnie Tickridge, cheffe de mission ;
- Christine Basset, contrôleure ;
- Muriel Lechat, contrôleure.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, trois contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier du Haut Anjou (CHHA) à Château-Gontier (Mayenne) du 10 au 12 juillet 2017.

1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 10 juillet 2017 à 11h30. Ils l'ont quitté le 12 juillet à 16h.

Dès leur arrivée ils ont été accueillis, en l'absence du directeur général de l'établissement, par la directrice adjointe. Il a été procédé à une présentation de la mission devant le directeur des soins infirmiers, le chef du pôle psychiatrie, le cadre supérieur de pôle, l'infirmier faisant fonction de cadre de l'unité d'hospitalisation en psychiatrie ainsi que son remplaçant, un membre du bureau des admissions et un représentant des usagers.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le directeur du cabinet du préfet de Mayenne et la déléguée territoriale de l'agence régionale de sante (ARS). Malgré plusieurs tentatives, les contrôleurs n'ont pas pu obtenir un rendez-vous téléphonique avec le juge des libertés et de la détention (JLD) du tribunal de grande instance (TGI) de Laval. Il n'a pas non plus été possible de prendre attache avec la présidente du TGI, également JLD et présidente de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), cette dernière étant sur le départ.

Tous les documents demandés par l'équipe ont été mis à sa disposition.

Des affichettes signalant la visite de contrôleurs ont été diffusées dans l'unité d'hospitalisation.

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

Une réunion de restitution a eu lieu le 12 juillet 2017 en présence de la directrice adjointe, du président de la commission médicale d'établissement (CME), le directeur des soins infirmiers, le chef de pôle psychiatrie, le cadre supérieur de pôle, le cadre de l'unité d'hospitalisation en psychiatrie, du personnel infirmier et un membre du bureau des admissions.

2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 LE DEPARTEMENT DE LA MAYENNE COMPTE QUATRE SECTEURS DE PSYCHIATRIE GENERALE

La Mayenne, dont le chef-lieu est Laval, est un département à dominante rurale partagé entre quelques zones fortement urbanisées et de vastes espaces ruraux. Sa population de 305 700¹ habitants, inégalement répartie sur le territoire, croît chaque année. Le système de santé est marqué par de nombreuses contraintes, tant de financement que de répartition spatiale de l'offre de soins. Le département a été défini comme territoire de santé par le projet régional de santé des Pays de la Loire, élaboré en 2011.

Outre le CH de Laval, établissement de référence de son territoire, le département compte au Nord le CH de Nord Mayenne à Mayenne et au Sud, le CH du Haut Anjou situé à Château-Gontier ainsi que quatre hôpitaux locaux et une vingtaine d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

L'instauration de la psychiatrie de secteur a conduit à un découpage du département en quatre secteurs de psychiatrie générale et à la création d'un service intersectoriel de psychiatrie infanto-juvénile.

Les quatre secteurs de psychiatrie générale comprennent :

- le secteur lavallois comprenant le secteur Est et le secteur Ouest ;
- le secteur Mayenne Nord qui est rattaché au centre hospitalier Nord Mayenne ;
- le secteur de Château-Gontier couvrant le Sud de la Mayenne.

2.2 L'ACTIVITE DU POLE PSYCHIATRIE EST CARACTERISEE PAR UN ALLONGEMENT DE LA DUREE D'HOSPITALISATION ET UNE AUGMENTATION DU TAUX D'OCCUPATION DES LITS

2.2.1 L'organisation de l'établissement

L'hôpital s'est implanté autour de la « Maison Dieu Saint-Julien » qui fut fondée en 1206 et qui fut gérée successivement à travers les siècles par différentes communautés religieuses. L'établissement s'est développé entre 1879 et 1882 et en 1993, le centre hospitalier de Château-Gontier fusionne avec le centre hospitalier de Segré et donne naissance au centre hospitalier (CH) du Haut Anjou. En 1997, il rachète la clinique de l'Espérance puis dans les années 2000 il poursuit son développement notamment avec l'instauration de nouveaux plateaux techniques.

Aujourd'hui, l'offre de soins est répartie sur plusieurs sites :

- l'hôpital Saint-Julien compte l'Hôtel-Dieu au sein duquel se trouve la psychiatrie, la gériatrie, les soins de suite et réadaptation, toute l'activité de médecine - chirurgie - obstétrique (MCO), le SMUR et l'hospitalisation à domicile (HAD);
- le centre hospitalier - pôle santé à Segré qui comprend la médecine, un secteur soins de suite et de réadaptation ainsi que des consultations de spécialité ;
- un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) situé à Château-Gontier ;
- le centre de personnes âgées Saint-Joseph situé également à Château-Gontier.

¹ Données INSEE 2013

Le CH du Haut Anjou comptabilise un total de 300 lits et l'activité est organisée sur la base de huit pôles.

2.2.2 Le pôle psychiatrie

Le pôle psychiatrie couvre le quatrième secteur du Sud de la Mayenne (cantons de Bierné, Château-Gontier, Cossé-le-Vivien, Craon, Grez-en-Bouère et Saint-Aignan-sur-Roë) soit une population de 63 000 habitants. Il compte vingt-cinq lits d'hospitalisation complète et quinze places d'hospitalisation à temps partiel. Il regroupe :

- l'unité d'hospitalisation en psychiatrie (UHP) ;
- une unité d'urgence médico-psychologique (UMP) ;
- un hôpital de jour (HDJ) ;
- un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel ;
- un centre médico-psychologique (CMP) à Château-Gontier et trois autres CMP délocalisés qui sont ouverts à raison d'une journée par semaine faute d'effectifs médicaux en nombre suffisant (cf. § 2.3.1) ;
- une résidence d'accueil est installée sur le territoire de Château-Gontier dont la mission est l'insertion des personnes en souffrance psychique.

Selon les propos recueillis, les délais d'attente pour une prise en charge au CMP sont de l'ordre de deux semaines lorsqu'il s'agit de patients suivis au sein du pôle, pour les autres patients les délais d'attente sont supérieurs à deux mois.

Tableau d'activité du pôle psychiatrie⁴

INDICATEURS	2014	2015	2016
Nombre de journées d'hospitalisation complète	7 762	7 907	8 634
Nombre d'admissions à l'UHP	333	357	352
Nombre de patients hospitalisés à temps complet	260	248	260
Nombre de patients hospitalisés sous contrainte	96	84	78 ²
DMH	29,85	31,88	33,21
Taux d'occupation des lits d'hospitalisation	94 %	98 %	106 %
Nombre de patients hospitalisés à temps partiel	59	62	75
Nombre de patients pris en charge à l'UMP	1 038	1 159	1 497
Nombre de patients pris en charge à l'HDJ	61	62	75 ³
Consultations médicales CMP	4 367	4 510	4 539

² Dont 8 en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) et 71 en soins sur demande d'un tiers (SPDT)

³ Dont 21 patients en programme de soins

⁴ Source : rapport d'activité 2016 du centre hospitalier

Le tableau ci-dessus indique une augmentation de la durée moyenne d'hospitalisation (DMH). De même, le taux d'occupation des lits a considérablement augmenté (106 % en 2016). Selon les informations recueillies, lorsqu'aucun lit d'hospitalisation n'est disponible, les patients admis en soins libres sont transférés, avec leur accord, en service de médecine. Ils sont néanmoins pris en charge en journée par un médecin psychiatre et infirmier du secteur psychiatrique.

Les contrôleurs n'ont pas pu obtenir des données détaillées relatives à l'activité par statut d'hospitalisation (nombre de mesures par statut notamment). Comme l'indique le tableau, le nombre de patients hospitalisés sous contrainte demeure relativement stable depuis ces trois dernières années.

2.3 LES EFFECTIFS MEDICAUX SONT INSUFFISANTS CEPENDANT, LES PSYCHIATRES DEMEURENT DISPONIBLES POUR RECEVOIR LES PATIENTS ET ASSURER LES TOURS DE GARDE

2.3.1 Les effectifs médicaux

Le CH du Haut Anjou compte plus de 900 équivalents temps plein (ETP) de personnel non médical et 60 ETP de médecins.

Le pôle psychiatrie compte 56,05 ETP de personnel non médical et quatre praticiens hospitaliers (PH) pour un effectif de 2,9 ETP de médecins psychiatres. Selon le chef de pôle, il manque deux postes de PH. Un psychiatre a pris sa retraite, il y a environ deux ans et il n'a jamais été remplacé. Un appel à candidatures a également été effectué pour une nouvelle ouverture de poste ; il n'a jamais été pourvu. Par ailleurs un PH, actuellement en poste à temps plein, aurait dû prendre sa retraite il y a deux ans et un autre PH sera bientôt en âge de quitter l'établissement. Parmi les quatre PH en poste, deux exercent à plein temps tandis que les deux autres sont employés respectivement à 40 et 50 %. L'un de ces deux PH répartit son temps de travail entre le CH et le centre santé mentale Angevin (CESAME) avec lequel le CH a développé un partenariat en vue d'augmenter ses effectifs de psychiatres et de recruter des internes. Le jour de la visite, aucun interne n'était en stage ; le CESAME rencontre également des difficultés dans ce domaine.

Il convient de rappeler que la mise en œuvre du groupement hospitalier de territoire (GHT) s'est effectuée sur une logique départementale. En conséquence le CH adhère au GHT de la Mayenne et du Haut Anjou dont l'établissement support est le CH de Laval. Pour les patients du territoire de Segré, la prise en charge est réalisée par le CESAME 49.

En dépit des effectifs médicaux restreints, les PH assurent une présence médicale journalière (matin ou après-midi) tous les jours de la semaine. Un planning de présence des médecins est affiché sur la porte de l'un des bureaux de consultation afin qu'il puisse être consulté par les patients. Les PH se répartissent également à tour de rôle les astreintes qui sont en réalité des gardes car aucun d'entre eux ne réside à Château-Gontier. Lors de la visite deux PH étaient en congés annuels ; le chef de pôle venait d'effectuer quatre gardes d'affilée.

Les patients rencontrés ont, dans leur majorité, salué la disponibilité des PH tout en soulignant le nombre insuffisant de médecins. Ces propos ont été corroborés par ceux du personnel infirmier. Une patiente, connaissant bien l'unité, a indiqué que par rapport aux années précédentes « *certaines psychiatres paraissent épuisés* ».

Recommandation

Les effectifs de médecins psychiatres doivent être renforcés afin de maintenir un niveau optimal de prise en charge médicale.

2.3.2 Les effectifs non médicaux

Le pôle psychiatrie compte 51,15 ETP d'effectifs non médicaux dont 29,50 ETP pour l'UHP. Tous les postes étaient pourvus lors de la visite.

Trois infirmiers diplômés d'Etat (IDE), un aide-soignant (AS) et un agent des services hospitaliers (ASH) sont en poste de 6h15 à 14h15. Les effectifs sont identiques l'après midi (13h45 à 21h15). L'équipe de jour est renforcée par un IDE qui est présent de 8h30 à 16h. Il a pour mission d'accompagner les patients à leurs rendez-vous et de gérer, en collaboration avec l'assistante sociale, tous les aspects relatifs à la préparation à la sortie. Enfin un second IDE est également présent en journée, il est chargé d'animer les ateliers thérapeutiques qui se déroulent du lundi au vendredi.

En sus de ces effectifs, trois psychologues du pôle interviennent respectivement une fois par semaine pour assurer des suivis et animer les réunions soignants/soignés (cf. § 5.5). Une assistante sociale intervient également une journée par semaine ce qui semble être largement insuffisant compte tenu des démarches à entreprendre dans le cadre de la préparation à la sortie (cf. 3.3). Il est prévu d'engager une personne à temps plein sur ce poste.

Recommandation

Le projet d'engager une assistante sociale à temps plein apparaît indispensable compte tenu des nombreuses démarches à entreprendre dans le cadre de la préparation à la sortie.

Deux IDE et un AS sont présents durant la nuit (20h45 à 6h45). Il s'agit d'une équipe fixe, certains soignants sont en poste depuis quinze ans. Le personnel soignant de jour effectue des remplacements de nuit durant les congés annuels, l'inverse ne se produit jamais.

Recommandation

Il conviendrait de mettre en place une politique de mobilité des soignants exerçant la nuit, afin que ces derniers puissent réactualiser leurs connaissances et leurs pratiques.

L'équipe soignante est stable depuis environ dix mois. Elle est composée essentiellement de personnel féminin ; trois agents masculins étaient en poste le jour de la visite. Selon les témoignages recueillis, cela peut s'avérer problématique lorsque l'UHP accueille des patients au comportement hétéro-agressif notamment à l'égard des femmes. Parmi le personnel infirmier, seuls trois soignants sont des infirmiers de secteur psychiatrique. Il a été indiqué que les IDE qui sont affectés en psychiatrie sont sélectionnés en fonction de « leur appétence pour cette spécialité » ainsi que pour leurs qualités relationnelles. Une procédure d'intégration à l'UHP a été mise en place pour les nouvelles recrues. Ainsi, elles se voient remettre une série de documents sur les pathologies et les médicaments en santé mentale. Par ailleurs, des fiches relatives aux différents statuts d'hospitalisation, avec un rappel à la loi, leur sont également

distribuées. Les soignants exercent en binôme avec un soignant expérimenté sur une période de trois mois.

Des réunions mensuelles, animées par le cadre de l'unité, offrent l'occasion d'aborder les questions de fonctionnement inhérentes au service.

Bonne pratique

L'élaboration de documents à l'attention du personnel soignant intégrant l'UHP, portant sur les différents statuts d'hospitalisation sous contrainte avec un rappel de la loi favorise le respect des droits des patients.

Une série de formations, dont certaines sont animées par des organismes extérieurs, est accessible au personnel soignant. Les principaux thèmes abordés sont les suivants : droit et confidentialité, prévention du risque suicidaire, consolidation et intégration de savoirs et des pratiques en soins pour la psychiatrie, l'isolement et la contention, prévention des violences et agressions physiques.

2.4 LES CONTROLES INSTITUTIONNELS SONT INSATISFAISANTS

2.4.1 Le registre de la loi

La loi prévoit que soit tenu dans chaque établissement un registre sur lequel sont retranscrits ou reproduits dans les 24 heures un certain nombre d'éléments listés aux termes de l'article L.3212-11 du code de la santé publique (CSP^o). Le règlement intérieur de l'établissement se fait l'écho de cette disposition en citant la liste de l'ensemble des informations et documents requis.

Force est pourtant de constater que les registres de la loi que les contrôleurs ont pu consulter ne contiennent pas l'ensemble des documents requis aux termes de la loi.

Les registres sont tenus sous la forme traditionnelle de cahier au format imposant. Chaque dossier ou « Folio » comporte quatre pages. Ces registres ne sont plus à jour. Ils font encore usage de dénominations qui n'ont plus cours comme « hospitalisation d'office » et ne couvrent pas tous les renseignements exigés par la loi.

Les contrôleurs ont examiné les derniers volumes desdits registres : l'un est consacré aux soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) tandis que l'autre est consacré aux mesures prises sur décision du directeur d'établissement (SDDE).

Le volume consacré aux SDRE contient soixante-quatorze folios et concernent des décisions d'admission qui ont eu lieu entre le mois d'août 2012 et le 12 mai 2017. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'il s'agissait bien là de la dernière admission sur décision du représentant de l'Etat. Le registre semble donc à cet égard à jour des dernières admissions. Le volume consacré au SDDE contient soixante-douze folios à jour de la dernière admission.

Les renseignements donnés en première page – qui sont censés fournir un certain nombre de renseignements non seulement sur l'identité du patient mais également sur le mode d'hospitalisation ou encore les mesures de protection du patient ou encore la levée de son hospitalisation – se résument le plus souvent à l'état civil de la personne hospitalisée et à sa date d'admission en soins psychiatriques, quoique cette dernière ne soit pas systématiquement indiquée.

Tous les renseignements exigés par la loi concernant l'identité du patient ne sont pas retranscrits.

Le registre de conception ancienne, ne comporte pas de partie réservée aux dates de délivrance des informations mentionnées aux a) et b) de l'article L.3211-3 (relatives à la décision d'admission ainsi qu'aux décisions subséquentes ainsi qu'à la situation juridique du patient, à ses droits, aux voies de recours qui lui sont offertes ainsi qu'au contrôle du juge des libertés et de la détention).

Toutes mesures provisoires, décisions, avis et certificats médicaux exigés par la loi ne figurent pas au registre. Il en est de même pour les certificats mensuels, en particulier ceux concernant les SDRE ; le contrôle de leur périodicité est, de ce fait, impossible à exercer.

Aucune mention n'est faite des mesures de protection (sauvegarde de justice, curatelle ou tutelle) dont le patient a pu faire l'objet. La date et le dispositif des décisions du JLD n'y sont pas reproduits.

Les dates de levées des mesures de soins psychiatriques autres que celles prononcées par le JLD n'y sont jamais mentionnées.

Le format papier du registre impose des renvois à des folios antérieurs afin de pouvoir tenter de retracer le parcours du patient. Les documents figurant dans le volume consacré aux SDRE sont des photocopies miniaturisées, ce qui ne facilite pas leur lecture.

Il ressort de l'ensemble de ces considérations que la consultation des registres de la loi ne permet pas de suivre d'une manière effective le déroulement de la procédure de soins sous contrainte ni par conséquent de suivre le parcours du patient.

Les personnes du secrétariat du CMP qui ont la charge de renseigner ces registres ont indiqué aux contrôleurs qu'elles n'avaient reçu aucune information sur ce que devait contenir ces registres de la loi.

Recommandation

Les registres de la loi doivent être tenus avec plus de rigueur et le personnel en charge de les renseigner doit bénéficier d'une formation.

2.4.2 La commission départementale des soins psychiatriques

Les contrôleurs ont reçu communication de la synthèse et des conclusions de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) pour l'année 2016. Il y est précisé que la CDSP s'est réunie à trois reprises au cours de l'année dernière.

Le CDSP examine les dossiers des patients admis en soins psychiatriques sans consentement. Elle souligne que les procédures ont bien été respectées sans préciser de quels établissements sont issues les procédures ainsi examinées.

Ce rapport de synthèse précise cependant que trois visites ont été réalisées sur deux sites différents : le CH de Laval et le CH du Nord Mayenne. Du fait des impératifs des membres de la CDSP, la visite des locaux du CH du Haut Anjou de Château-Gontier n'a pu avoir lieu.

Le rapport de synthèse est le seul document qui a été remis aux contrôleurs concernant la CDSP.

2.4.3 La visite des autorités

Le volume du registre de la loi consacré aux SDRE a été signé par le JLD en sa qualité de présidente de la CDSP en 2012, 2013, 2014 et 2015. Aucune observation n'a été mentionnée.

Aucune mention n'a été trouvée d'une visite des autorités que sont le préfet, le président du TGI, le procureur de la République ou encore le maire de la commune (mentionnée à l'article L3222-

4 du code de la santé publique), ni de parlementaires nationaux comme européens en application des dispositions de l'article L3222-4-1 du même code.

2.5 LA REPRESENTATION DES USAGERS DANS LES INSTANCES DU CENTRE HOSPITALIER GARANTIT LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE

2.5.1 La place laissée aux représentants des familles et des usagers

a) Les associations de famille

L'union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) n'est pas représentée au CH de Château-Gontier.

b) Les associations d'usagers

Les usagers sont bien représentés dans les instances de l'établissement. Les contrôleurs ont rencontré un représentant de l'union départementale des associations familiales (UDAF) qui siège comme suppléant à la commission des usagers (CDU) et participe également au comité d'éthique. Il a fait part aux contrôleurs des bonnes relations et de la qualité des échanges avec la direction.

Il n'existe pas de maison des usagers. Cependant, l'aménagement d'un local destiné aux usagers et aux associations est prévu afin de leur permettre d'organiser un temps de présence.

2.5.2 La commission des usagers (CDU)

La CDU est présidée par le directeur général de l'établissement. Le vice-président de la commission est un représentant de l'UDAF.

Sa mission est précisée à la dernière page du livret d'accueil de l'hôpital portant sur les droits et informations du patient ; la CDU est chargée d'assister et d'orienter toute personne qui rencontre un problème en tant qu'utilisateur de l'établissement et de l'informer sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose. Elle examine les plaintes et les réclamations qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel. Le livret comporte en annexe la liste actualisée des membres de la commission.

Cette instance comprend quatre représentants des usagers (deux représentants de l'UDAF, un représentant de France Alzheimer et un représentant des Aînés ruraux) et treize membres du personnel hospitalier rattachés aux différents services du CH. Elle se réunit quatre fois par an ; la dernière réunion a eu lieu le 14 mars 2017.

Il est indiqué que l'objectif de cette instance est notamment d'augmenter le taux de retour des questionnaires de satisfaction et le nombre d'emplacements de boîtes aux lettres.

2.5.3 Le comité d'éthique

Un comité d'éthique composé de vingt-sept membres est présidé par un médecin assisté d'un vice-président est d'un cadre de santé. Un représentant des usagers et deux soignants de l'unité de psychiatrie en font partie.

Le groupe s'est réuni quatre fois en 2016 pour des travaux de séances sur des thématiques telles que :

- le consentement et le libre arbitre ;
- le risque infectieux et le respect des personnes ;

– photos, « selfies » à l'hôpital, quel sens, quelles limites ?

Selon les informations recueillies, l'isolement et la contention avaient été discutés en 2013. Il est prévu d'aborder la question de la vulnérabilité lors de la prochaine session.

Les documents élaborés par le comité d'éthique sont publiés sur le site intranet du centre hospitalier.

2.5.4 Les questionnaires de satisfaction

Les questionnaires de satisfaction sont remis avec le livret d'accueil. Il n'existe pas de boîte aux lettres spécifiques dans l'unité pour les y déposer lors de la sortie. Cela est regrettable car de ce fait, l'anonymat n'est pas respecté. Les modalités de remise du questionnaire sont précisées à la fin du formulaire ; la remise s'effectue au cadre de santé, aux hôtesse d'accueil, au bureau des admissions ou par courrier au directeur du CH.

L'appréciation du patient porte sur les conditions d'accueil et d'hébergement, la restauration, les soins, les relations avec les professionnels de santé et la préparation à la sortie.

Le taux de retour des questionnaires pour le centre hospitalier est faible et ne semble pas s'être amélioré par rapport à 2015 : 16 % en 2015 et 15 % en 2016. En outre, le taux de retour par service n'est pas déterminé. Il a été indiqué que le faible retour des questionnaires de sortie par les patients de psychiatrie n'en permettait pas l'analyse : sept questionnaires en 2015, six questionnaires en 2016 et huit en 2017. Sur les huit questionnaires (quatre patients en soins libres, deux en soins sans consentement et un indéterminé) de l'année en cours, les conditions d'aller et venir sont jugées insuffisantes à deux reprises par un patient en soins libres et un patient en soins sous contrainte.

L'un des objectifs de la CDU est d'augmenter le taux de retour des questionnaires de satisfaction et le nombre d'emplacements de boîtes aux lettres.

3. LE DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT

3.1 LES CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS, A LEUR ARRIVEE, SONT GLOBALEMENT SATISFAISANTES

3.1.1 Les modalités d'admission

Les personnes qui transitent par l'unité d'urgence médico-psychologique (UMP) peuvent être adressées par leur médecin traitant en vue d'une hospitalisation ou peuvent venir pour un problème qu'ils pensent être de nature somatique et qui se révèle être d'ordre psychiatrique.

Elles font l'objet d'un examen somatique réalisé par le médecin urgentiste et d'une évaluation par une infirmière qui justifie d'une expérience en psychiatrie. Si le patient est agité, il est isolé dans un box équipé d'un brancard et peut éventuellement être mis sous contention, si son état clinique le nécessite et que le traitement médicamenteux s'avère insuffisant, sur le brancard pour une période maximale de deux heures.

Recommandation

Un lit doit être installé dans le box de l'unité d'urgence médico-psychologique afin d'améliorer la sécurité et le confort des patients.

L'infirmière prend soin d'expliquer à la famille les différentes décisions qui pourront être prises par le médecin psychiatre en fonction de l'état clinique du patient : retour au domicile, hospitalisation libre ou sous contrainte. Dans cette dernière hypothèse, elle leur en explique le déroulement (période d'observation, contrôle du JLD, présence aux côtés du patient d'un avocat).

La décision du mode de prise en charge est prise par l'un des médecins psychiatres au terme d'un entretien. Etant donné le manque d'effectifs, il a été indiqué aux contrôleurs que les patients doivent souvent attendre plusieurs heures aux urgences avant de pouvoir être examinés par leurs soins.

Le praticien tente en premier lieu de recueillir le consentement du patient aux soins. Lorsque l'état du patient ne le permet pas, le psychiatre lui explique la nécessité d'être placé sous la protection des médecins. Selon les propos recueillis auprès d'un des praticiens « *il existe des cas où la maladie s'interpose entre le patient et son psychiatre* ». Même dans ces cas, le psychiatre se soucie de maintenir l'alliance thérapeutique en lui indiquant que ce n'est pas lui qui est en cause mais sa pathologie. Il lui explique les droits que la loi lui accorde dans le cadre de cette procédure : examen de la nécessité de la poursuite de soins psychiatriques sans consentement dans le cadre de la période d'observation, contrôle du juge devant lequel il sera assisté par un avocat.

L'infirmière assiste à cet entretien puis accompagne le patient à l'UHP afin d'effectuer les transmissions à l'un des infirmiers de l'unité.

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

La notification de la décision prononçant l'admission en soins sans consentement et des voies de recours est réalisée par l'IDE. Cette notification fait l'objet d'un accusé de réception qui comporte deux encadrés relatifs au patient et au soignant. Aux termes de ce document, le patient reconnaît

avoir reçu copie de la décision et avoir été informé des voies de recours possibles contre cette mesure comme de la possibilité de présenter des observations tandis que le soignant reconnaît avoir remis copie de la décision au patient. Le soignant certifie avoir informé oralement le patient du sens et des motifs de la décision notifiée, des voies de recours contre celle-ci, ainsi que de la possibilité de présenter des observations écrites ou orales à l'attention du directeur d'établissement, préalablement à la décision de maintien des soins psychiatriques susceptibles d'intervenir ultérieurement.

D'après les informations recueillies par les contrôleurs, le cadre de santé n'intervient que lorsque le patient refuse de signer l'accusé de réception qui lui est remis par l'IDE. Dans cette hypothèse, il appartient en effet au cadre de santé d'expliquer à nouveau au patient la décision d'hospitalisation sous contrainte dont il fait l'objet. Si le patient oppose un second refus, le cadre l'acte en en faisant mention sur l'accusé de réception.

3.1.3 Le recueil des observations des patients

Les observations du patient sont retranscrites dans le dossier patient dans la partie réservée au personnel infirmier. Il a été indiqué aux contrôleurs par les médecins psychiatres rencontrés qu'elles n'étaient retranscrites *in extenso* que lorsqu'une telle retranscription présentait un intérêt particulier à un instant t par rapport à la pathologie du patient. Intégrées au dossier patient, les contrôleurs n'ont donc pas pu en prendre connaissance.

3.1.4 La désignation d'une personne de confiance

Le livret d'accueil contient un feuillet informatif intitulé « *Désignation d'une personne de confiance* ». Ce feuillet rappelle aux personnes prises en charge qu'elles ont la possibilité de désigner à la fois une « personne à prévenir » au visa de l'article R.1112-3 et une « personne de confiance » au visa de l'article L.111-6.

La personne à prévenir est définie comme celle qui sera contactée par l'équipe soignante pour des informations d'ordre social, administratif ou matériel ainsi qu'en cas d'évolution de l'état de santé de la personne prise en charge afin d'avertir son entourage.

La personne de confiance est tout d'abord définie comme une personne qui assiste le patient : famille, proche ou médecin traitant. Le caractère facultatif et nécessairement écrit de cette désignation est ensuite précisé. Le feuillet indique que la personne de confiance peut avoir un rôle d'accompagnement du patient dans ses démarches à l'hôpital, d'assistance lors des entretiens médicaux et d'aide à la décision tout en précisant que cette personne ne peut avoir accès au dossier médical. Il est enfin précisé l'essence même du rôle de la personne de confiance : si l'état de santé du patient ne lui permet pas d'exprimer sa volonté, l'équipe soignante consultera cette personne avant de prendre les décisions concernant les traitements et examens à mettre en œuvre en s'appuyant sur les éventuelles directives anticipées du patient.

Si une explication du rôle de la personne de confiance est systématiquement apportée par les infirmières, il a été indiqué aux contrôleurs que la spécificité de ce rôle demeure difficile à appréhender pour de nombreux patients qui ne prennent pas la mesure de ce qu'une telle désignation implique.

D'après les chiffres communiqués aux contrôleurs au moment de leur visite, dix-huit patients sur les vingt-deux hospitalisés (en soins libres et en soins sans consentement) en ont fait la demande. Selon les informations recueillies, les soignants ne se mettent pas en relation avec la personne de confiance pour l'informer et obtenir son accord.

Recommandation

Lorsqu'un patient désigne une personne de confiance et n'est pas en capacité de se mettre en relation avec elle, le personnel soignant doit la contacter afin d'obtenir son accord.

3.1.5 La période initiale de soins et d'observation

La période de soins et d'observation fait l'objet de diverses appréciations.

Les médecins psychiatres la jugent incontournable et insistent sur le fait qu'elle ne se résume par à l'élaboration de deux certificats médicaux mais permet au contraire de parvenir à une approche globale du patient par le recueil d'informations émanant de professionnels variés (médecins psychiatres, psychologues, infirmiers). Ils insistent sur la nécessité de bénéficier de cette pluralité de regards sur les patients qu'ils sont amenés à suivre.

D'autres membres du personnel soignant font part de leurs réserves. Ils constatent que la période d'observation aboutit souvent à entériner la décision d'admission. Ils souhaiteraient davantage d'espaces d'échanges et une plus grande concertation avec les médecins psychiatres sur la levée de la contrainte.

3.1.6 Les cas de sur occupation et de transfert

Les personnes interrogées constatent, tout en le déplorant, des cas de sur occupation dans le service (cf. § 2.2). Ils soulignent que la pénurie des structures susceptibles d'accompagner les personnes à leur sortie d'hospitalisation peut entraîner le maintien au sein du service de personnes dont l'état clinique ne justifie pourtant plus une hospitalisation complète.

L'équipe soignante tente de trouver des solutions au sein de l'établissement hospitalier. Des sorties sont également accordées lorsque l'état clinique du patient le permet. Il arrive qu'il faille si nécessaire organiser en urgence des transferts en urgence vers Laval ou Mayenne.

3.1.7 La confidentialité sur l'hospitalisation

L'unité d'hospitalisation psychiatrique a confectionné un petit livret d'accueil qui comporte, au chapitre des droits et obligations du patient la « *non divulgation de la présence à l'hôpital* ». Le patient est ainsi informé qu'il peut demander à être hospitalisé sans que sa présence ne soit divulguée à des tiers. Il lui est indiqué qu'il doit en faire la demande auprès de l'équipe soignante.

Interrogé sur ce point, l'un des psychiatres a indiqué que cette information était donnée tant par les médecins que par les infirmières. En application de ce principe de confidentialité, aucune information n'est donnée par téléphone sans recueil préalable de l'avis du patient dans le souci de ne pas mettre à mal l'alliance thérapeutique. La confidentialité de l'hospitalisation du patient au sein d'une unité psychiatrique est parfois impossible à préserver. Ainsi en est-il dans les cas d'arrêt de travail, ceux-ci étant revêtus des cachets du CHHA.

Les demandes des patients de conserver l'anonymat sont rares.

3.2 LE CONTENU DE L'INFORMATION TRANSMISE AUX PATIENTS PAR LES SOIGNANTS EST ADAPTE EN FONCTION DE LEUR ETAT CLINIQUE

3.2.1 Les informations prévues par la loi

Les modalités de l'hospitalisation sous contrainte ayant été expliquées au patient, lors de son admission aux urgences, — lorsque son état clinique le permettait — elles ne lui sont pas nécessairement réexpliquées lors de son arrivée dans l'unité d'hospitalisation.

Il a en revanche été indiqué aux contrôleurs que les différentes phases de l'hospitalisation sous contrainte vont donner l'occasion au personnel soignant d'en réexpliquer les spécificités. C'est notamment le cas lors de l'élaboration des certificats des 24 et 72 heures de la période d'observation qui donne lieu à des explications du médecin psychiatre en présence d'une infirmière.

La communication au patient des certificats médicaux, comme des décisions du directeur le concernant, donne lieu à la signature d'un accusé de réception qui offre à nouveau au personnel soignant l'occasion d'informer le patient sur le déroulement de son hospitalisation.

L'audience devant le JLD pouvant être particulièrement anxiogène pour les patients, une information spécifique leur est par conséquent apportée en amont de l'audience afin de les informer sur le rôle du juge et le caractère non pas accusateur mais bien au contraire protecteur que revêt cette audience.

3.2.2 Le livret d'accueil

Le livret d'accueil du centre hospitalier contient les dispositions de la Charte de la personne hospitalisée ainsi que les droits et informations du patient : droit à l'information, accès au dossier médical, annonce d'un dommage associé aux soins, directives anticipées, personne de confiance, informatique et libertés, protection juridique des incapables majeurs et enfin commission des usagers.

Les dispositions propres à la psychiatrie sont rassemblées dans un petit livret distinct relatif à l'UHP. Celui-ci contient des informations sur les règles de vie au sein de l'unité, aux soins, au séjour du patient, à son régime d'hospitalisation, à ses droits et obligations et enfin à sa sortie.

Le service social est mentionné au titre des soins, mettant ainsi en exergue l'importance de ce service pour les patients hospitalisés dans l'unité. Le numéro de téléphone de l'assistante sociale y est opportunément précisé.

Il est rappelé aux personnes hospitalisées sans leur consentement les dispositions de l'article L.3211-3 du CSP relatives à leur information de la décision d'admission comme des décisions subséquentes dans la mesure où leur état de santé le permet. Il pourrait être utile de préciser, conformément aux termes de cet article, le souci de célérité de l'information donnée aux patients, d'une manière bien évidemment adaptée à leur état.

Le livret ne donne aucune information sur les voies de recours qui sont ouvertes aux patients contre la décision d'hospitalisation dont ils font l'objet, ce qui est regrettable.

Le document rappelle les missions de la CDSP mais ses coordonnées ne sont pas précisées. La même remarque peut être faite pour le CGLPL mentionné au titre des dispositions de l'article précité sans qu'il soit fait mention de son rôle ni de son adresse.

Il a été indiqué aux contrôleurs que le livret d'accueil n'était pas systématiquement remis aux patients.

Recommandation

Il serait utile d'apporter au livret d'accueil de l'UHP, qui doit être systématiquement remis aux patients, les modifications nécessaires afin d'offrir aux personnes hospitalisées sans leur consentement une information plus complète sur les droits dont elles disposent.

3.2.3 Le règlement intérieur

Le livret d'accueil de l'unité d'hospitalisation psychiatrique indique que le règlement intérieur est affiché dans le service, ce qui n'est pas le cas, et qu'il est également à la disposition des patients au poste de soins infirmiers.

Le règlement intérieur, volumineux, consacre une dizaine de pages aux droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques. Si les développements consacrés aux personnes faisant l'objet de soins psychiatriques se veulent complets, il en ressort un ensemble disparate (en particulier pour la première partie 6.1 consacrée au consentement des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques) qui ne favorise pas la compréhension des différentes étapes d'une admission en soins psychiatriques et des droits qui y sont attachés.

3.3 LA PREPARATION DE LA SORTIE SE CARACTERISE PAR UN ENGAGEMENT DES PROFESSIONNELS HYPOTHEQUE PAR UN MANQUE DE MOYENS

3.3.1 Les sorties de courte durée

Les psychiatres consultés ont indiqué aux contrôleurs recourir aux sorties de courte durée. Ces dernières sont utiles aux médecins comme aux patients. Elles offrent aux médecins l'occasion d'observer les interactions sociales du patient tant avec sa famille qu'avec des tiers et d'adapter en conséquence le mode de prise en charge du patient. Elles permettent également de valoriser le patient sur le chemin de sa réinsertion.

La consultation des registres de la loi et de différents dossiers attestent du fréquent recours à ces sorties pour des motifs extrêmement variés qui correspondent aux objectifs de guérison, de réadaptation et de réinsertion sociale qui leur sont assignés par la loi : démarches au domicile de patient, démarches administratives, visites à la famille, activités de loisirs etc.

Il a été indiqué aux contrôleurs que les cas d'opposition du représentant de l'Etat étaient extrêmement rares. Il s'agissait toujours de patients aux profils très particuliers constituant un danger pour autrui.

3.3.2 Le passage en programme de soins

D'après les informations recueillies par les contrôleurs, si le recours aux programmes de soins ne semble pas être contesté en son principe, les avis divergent sur ses modalités.

Certains affirment que les personnes en soins sans consentement qui sont en programme de soins ne sont pas hébergées à l'hôpital, à l'exception d'un patient suivi à l'hôpital de jour dont le profil particulier nécessite qu'il soit hébergé au sein de l'unité fermée. D'autres nuancent ce propos en indiquant au contraire que l'hébergement au sein de l'unité de personnes faisant l'objet de programmes de soins n'est pas une exception. La raison ne tiendrait pas à une volonté des soignants mais à un déficit de structures d'hébergement particulièrement criant dans le département.

Cette pénurie de structures a été confirmée par l'assistante sociale qui intervient au sein de l'unité. Des structures essentielles telles que les foyers occupationnels, les maisons d'accueil médicalisées ou les foyers d'accueil médicalisés n'existent pas en Mayenne. Ce manque de structures peut aboutir à la prolongation de l'hospitalisation des patients. Les effectifs d'assistante sociale sont insuffisants (cf. § 2.3) et constituent une autre difficulté à laquelle il apparaît urgent de répondre. Malgré un engagement patent à l'UHP, l'assistante sociale qui n'y travaille qu'à temps partiel, n'est pas en mesure de consacrer le temps qu'elle souhaiterait aux patients de cette unité.

3.3.3 La levée de la mesure

Force est de constater que les informations sur la levée des mesures de soins sans consentement n'étant jamais retranscrites sur le registre de la loi, les contrôleurs n'ont pas été en mesure de les analyser.

3.4 LES CONDITIONS MATERIELLES DANS LESQUELLES SE DEROULENT LE CONTROLE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION SONT INSATISFAISANTES

3.4.1 Les modalités d'organisation de l'audience

La loi du 27 septembre 2013 entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2014 prévoit que l'audience du JLD se déroule dans une salle spécialement aménagée sur l'emprise de l'établissement d'accueil ou, en cas de nécessité, sur l'emprise d'un autre établissement de santé dans le ressort du tribunal de grande instance.

Nonobstant l'entrée en vigueur de ces dispositions il y a trois ans, les audiences se poursuivent au sein du tribunal de grande instance de Laval, ce qui est particulièrement regrettable. Même s'il a été indiqué aux contrôleurs par des membres de l'équipe soignante que la salle d'audience localisée au rez-de-chaussée du tribunal, permettait ainsi aux patients de ne pas côtoyer de justiciables, leur comparution au tribunal constitue un élément particulièrement anxiogène auquel il conviendrait de remédier dans les meilleurs délais. Les raisons financières qui avaient pu être alléguées pour ne pas procéder à cette réforme menée dans l'intérêt des patients ne paraissent pas recevables. Il ne semble en effet pas insurmontable de trouver une salle au sein de l'hôpital qui remplisse les trois conditions nécessaires à la tenue de débats de qualité (clarté, sécurité et sincérité des débats).

Les patients se rendent au TGI en taxi. Ils sont assis à l'arrière du véhicule, accompagnés de soignants. Le temps de trajet est d'une heure aller-retour.

Recommandation

Il convient d'aménager, sans délai au sein de l'hôpital, une salle réservée aux audiences du JLD comme le prévoit la loi. L'intérêt du patient doit primer sur toute autre considération.

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

Aucune audience ne s'étant tenue au moment de la visite des contrôleurs, il n'a donc pas été possible d'en décrire le déroulement. D'après les renseignements fournis par le personnel soignant, le magistrat explique au patient le rôle qui est le sien.

3.4.3 Les décisions rendues

Selon les propos recueillis, le JLD rend sa décision immédiatement. Une copie est remise au patient.

4. LES DROITS DES PATIENTS

4.1 LA PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS EST ASSUREE

L'assistante sociale procède à un bilan de la situation sociale du patient avec lequel elle s'entretient. Elle rencontre également des membres de sa famille si le besoin s'en fait sentir.

Lorsqu'une mesure de protection est décidée par le juge des tutelles, l'assistance sociale explique au patient que la mise en place de cette protection est dans son intérêt.

D'après les informations fournies, les mandataires judiciaires assistent aux audiences du JLD.

4.2 LE RETRAIT DES BIENS EST SYSTEMATIQUE A L'EXCEPTION DU NUMERAIRE

Un inventaire des effets personnels est réalisé par un soignant à l'admission du patient à l'UHP. Les téléphones portables, les nécessaires de toilette, les objets sensibles et susceptibles d'être dangereux ou coupants (ceinture, rasoirs, briquet, cordon de charge de téléphone, documents d'identité etc.) sont systématiquement retirés et conservés dans des boîtes entreposées dans un placard de la salle des soins infirmiers. La fiche d'inventaire signée contradictoirement par le patient et le soignant est classée dans le dossier patient ; aucune copie ne lui est remise.

A chaque remise d'objet à la demande du patient, un logo aimanté représentant l'objet (rasoir, téléphone, briquet, ciseaux etc.) est apposé sur le casier concerné.

Les objets de valeur (bijoux, carte bancaire, numéraires etc.) sont placés dans une enveloppe nominative, entreposée dans un coffre se trouvant dans la salle de soins infirmiers ; une fiche de mouvements d'argent signée par le patient est jointe à l'enveloppe. Aucun montant maximum n'est prévu. Cependant, les personnes hospitalisées ont la possibilité de conserver de leur argent. Les transferts d'argent au Trésor public sont rares sauf pour les personnes placées sous tutelle. Au jour de la visite, le coffre contenait onze enveloppes.

Recommandation

Le retrait des biens du patient ne doit pas être systématique et doit s'effectuer selon son état clinique.

4.3 LA PROCEDURE DE L'ACCES AU DOSSIER MEDICAL EST RESPECTEE

La procédure de l'accès au dossier médical est mentionnée à la dernière page du livret d'accueil du centre hospitalier dans la rubrique « *droits et informations du patient* ». Une demande écrite est adressée au directeur du CH. Il a été indiqué que lorsque la requête émane d'un patient hospitalisé, ce dernier consulte son dossier médical, accompagné par un médecin.

Le nombre de demandes d'accès au dossier médical de moins de cinq ans, pour les patients relevant de la psychiatrie, est de cinq en 2015 et de huit en 2016. Les demandes d'accès n'ont fait l'objet d'aucun refus. La communication du dossier médical intervient dans le délai légal de huit jours en 2015 et en 2016. Le nombre de demandes d'accès au dossier médical de plus de cinq ans est de deux en 2015 et de un en 2016. Le délai de réponse est de cinq jours pour 2015 et 2016.

4.4 LE DROIT DE VOTE EST ORGANISE

Une note de service de la direction générale a été adressée au personnel de l'UHP. Suite à cette note, le personnel soignant a indiqué avoir expliqué aux personnes hospitalisées les modalités d'exercice du droit de vote. Pour le deuxième tour des élections présidentielles, un officier de police judiciaire de la gendarmerie s'est déplacé pour établir deux procurations.

4.5 LES REPRESENTANTS DE L'AUMONERIE NE DISPOSENT PAS D'UN LIBRE ACCES A L'UNITE DE PSYCHIATRIE

Le CH dispose au rez-de-chaussée d'une chapelle, lieu de culte catholique, et d'une salle polyculturelle, à proximité de l'entrée fermée de l'UHP. Ce lieu est ouvert en permanence. Sur la porte extérieure, il est indiqué qu'une célébration est organisée tous les mardis à 14h30. Un dépliant de présentation de l'aumônerie avec un numéro de téléphone est également affiché.

La salle polyculturelle est meublée d'une petite table basse, de sièges, de présentoirs et d'étagères comportant de la documentation et quelques livres sur la religion catholique.

Selon les informations mentionnées dans le livret du CH, les soignants prennent contact, à la demande des patients, avec les responsables de l'aumônerie ou avec le ministre du culte de leur choix. Aucune information sur le culte n'est affichée dans l'unité.

Le culte au sein de l'hôpital est assuré par deux aumônières catholiques bénévoles qui disposent d'un local dans l'espace d'accueil. Elles sont destinataires de la liste nominative de tous les patients de l'hôpital, à l'exception de ceux du service de psychiatrie. Par ailleurs, les aumônières ont précisé que l'accès à l'UHP n'était pas libre, contrairement à tous les autres services de l'établissement. Elles se questionnent sur les moyens à mettre en place pour améliorer la communication avec les professionnels de santé et l'information des patients hospitalisés. Elles ne se déplacent à l'UHP qu'à la demande du patient ou des soignants, avec l'accord des patients, les entretiens pouvant se dérouler dans sa chambre. Elles viennent chercher les patients souhaitant assister à la célébration à l'entrée de l'unité et se chargent de les raccompagner. Au jour de la visite, deux à trois patients de l'UHP étaient concernés par le culte catholique.

Recommandation

L'accès à l'UHP doit être libre pour les représentants de l'aumônerie et les informations sur les différentes confessions doivent être affichées dans l'unité.

L'aumônerie est l'interlocuteur privilégié des représentants des différents cultes. Elle dispose des coordonnées des autres confessions (église orthodoxe, églises protestantes, religion juive, culte musulman, aumônerie pastorale des forains, aumônerie des migrants et aumônerie des gens du voyage). Selon les informations recueillies, les demandes des patients pour les autres confessions sont rares.

5. LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION ET DE PRISE EN CHARGE AU SEIN DE L'UNITE D'HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUE (UHP)

L'UHP accueille et prend en charge tout patient présentant une pathologie psychiatrique et dont l'état clinique nécessite une prise en charge en hospitalisation complète. La majorité des patients est adressée par les CMP du secteur. Bon nombre de patients transitent par l'UMP avant d'être admis à l'UHP.

5.1 LES CONDITIONS MATERIELLES DE PRISE EN CHARGE SONT GLOBALEMENT SATISFAISANTES

5.1.1 Les locaux collectifs et individuels

L'UHP est une unité fermée. Elle est répartie sur deux niveaux et comprend une zone d'hébergement à l'étage et une zone d'activités au rez-de-chaussée. L'unité dispose de deux entrées ; au rez-de-chaussée, l'accès s'effectue par une porte vitrée et, à l'étage par une porte pleine.

Le rez-de-chaussée occupe une partie de la galerie couverte et vitrée, entourant un vaste jardin intérieur, accessible par un escalier. Les contrôleurs ont constaté que la galerie orientée au Sud n'était pas climatisée ni suffisamment aérée ; au jour de la visite, la chaleur était suffocante.



La galerie de l'unité

La galerie, aménagée avec des tables et des sièges, distribue les pièces suivantes :

- la salle à manger jouxtant l'office est une pièce agréable, décorée par les patients dans le cadre des activités thérapeutiques. Elle est meublée de tables de quatre places ;
- des toilettes ;
- un espace avec un meuble bien fourni en livres ;
- une vaste salle de sport équipée d'une table de ping-pong, d'un sac de frappe, de quelques vélos d'appartement et de tapis de gymnastique ;
- une salle multi-activités ;
- un bureau médical avec un espace d'attente ;
- un local utilisé pour la distribution des médicaments avant le déjeuner et le dîner ;
- la cafétéria (cf. § 5.1.5) ;
- un jardin arboré, situé en contrebas d'un escalier, lieu de rencontre des patients fumeurs ; il est aménagé de quelques bancs, d'un puits sécurisé et d'un espace utilisé parfois par les patients pour jouer à la pétanque.



Le jardin vu de la galerie

L'étage est accessible par un escalier intérieur donnant sur la zone d'hébergement des patients dont la porte est fermée, sauf entre 8h et 10h. Il regroupe vingt-trois chambres (vingt et une individuelles et deux chambres doubles) et deux chambres d'isolement.

Quelques autres locaux s'y trouvent également :

- une vaste salle de télévision ornée de deux vitraux protégés par une vitre et meublée de tables, de fauteuils, d'un canapé ; le poste de télévision est encastré et la télécommande à libre disposition. On y trouve également un espace pour les jeux de société et un espace de lecture. Cette pièce est ouverte jusqu'à 23h ;



La salle de télévision à l'étage

- une tisanerie, située au bout d'un couloir, petite pièce comportant une partie salon pour regarder la télévision et une partie cuisine pour la préparation des repas servis en chambre par les ASH ; ce lieu est ouvert à partir de 21h30 « si le service le permet » selon le livret de l'unité ;
- une salle de coordination des soins infirmiers à proximité des deux chambres d'isolement ;
- un local à pharmacie ;
- un local pour les produits de ménage ;
- un bureau médical ;
- le bureau du cadre de santé ;
- les toilettes du personnel ;
- une salle de bains commune ;

- un espace fermé comprenant une laverie, une buanderie, une salle de sport, les vestiaires du personnel.

Toutes les chambres individuelles et doubles disposent d'une salle d'eau avec un lavabo, un miroir, un WC, une douche à l'italienne ; elles sont de conception identique.



Une chambre simple



Une chambre double

Les chambres individuelles sont équipées d'un lit, d'une table de chevet, d'une table, d'une chaise, d'un meuble de rangement non sécurisé ainsi que d'un placard intégré comprenant deux étagères et une penderie, fermant à clé. Les patients, qui ne disposent pas des clés, n'y accèdent qu'en présence d'un soignant.

Les chambres doubles sont meublées de deux lits, deux tables de chevet, deux chaises et deux placards intégrés fermés par une clé. En revanche, les contrôleurs ont constaté que ces chambres ne disposaient que d'une petite table pour deux patients.

Les chambres sont équipées d'une table auxiliaire de lit pour la prise des repas en chambre.

Les patients ne peuvent pas fermer leur chambre de l'intérieur.

Les chambres ne disposent pas de bouton d'appel.

Les fenêtres avec un vitrage à petits carreaux sont sécurisées ; le patient ne peut pas aérer sa chambre. Elles sont équipées de volets intérieurs en bois. En pratique, les soignants ouvrent la fenêtre pour aérer en l'absence du patient et ferment à clé la porte de la chambre ; un témoin lumineux de couleur rouge est alors allumé au-dessus de la porte dans la chambre.



Les fenêtres des chambres

Aucune prise électrique ne permet de brancher d'appareil dans la chambre.

Recommandation

Les conditions matérielles d'hébergement doivent être améliorées : les chambres des patients doivent disposer d'un bouton d'appel, de fenêtres ouvrables et être équipées de prises électriques.

5.1.2 La restauration

Une commission des menus réunit chaque trimestre du personnel des différents services de l'hôpital, dont la diététicienne et un soignant de l'UHP, pour l'élaboration des menus sur six semaines. L'affichage des menus sur la porte de la salle à manger est hebdomadaire.

Les ASH conduisent les chariots de la cuisine centrale de l'hôpital jusqu'à l'office de l'unité ; les repas sont livrés en liaison froide puis réchauffés à l'office.

Les repas sont servis en commun dans la salle à manger de l'unité : le petit déjeuner entre 8h et 8h30, le déjeuner à 12h, le goûter entre 15h30 et 16h, le dîner à 19h et la tisane à 21h30. Les patients peuvent se placer librement. Selon les propos recueillis par les patients rencontrés en entretien, la nourriture, servie dans un plat, est satisfaisante en quantité et qualité.



La salle à manger

Des goûters, des repas thérapeutiques et des soirées à thème sont organisés par les soignants. Le goûter comprend du jus d'orange, une boisson chaude et des gâteaux secs parfois

confectionnés par les patients. La tisane du soir est servie dans la tisanerie. Les repas peuvent être pris également dans les chambres pour des raisons liées à l'état clinique du patient.



La tisanerie

Tous les matins, de l'eau en bouteille est distribuée aux patients. Les contrôleurs ont également constaté dans la galerie du rez-de-chaussée, que des bouteilles d'eau étaient mises à disposition tout au long de la journée.

5.1.3 L'hygiène

L'entretien des locaux et l'hygiène de l'unité sont assurés par les ASH. Les chambres des patients sont nettoyées en journée du lundi au vendredi à raison de cinq chambres par jour. La salle à manger et les sanitaires des patients au rez-de-chaussée sont nettoyés tous les jours. Selon les informations recueillies, des patients volontaires participent au nettoyage de la salle à manger, à la vaisselle. Au jour de la visite, il est constaté que l'ensemble des locaux est propre et bien entretenu.

L'entretien du linge plat relève de la blanchisserie de l'établissement ; il est changé au moins une fois par semaine au moment du nettoyage de la chambre. Le linge personnel des patients est habituellement lavé par les familles. Lorsque les personnes hospitalisées n'ont pas la possibilité de faire entretenir leur linge par leurs proches, une buanderie avec une machine à laver est à disposition des patients. L'entretien du linge s'effectuant dans le cadre d'un accompagnement thérapeutique de même que l'étendage et le repassage.

L'unité dispose en outre de quelques vêtements de dépannage.

Concernant l'hygiène corporelle, le service ne dispose pas de kits d'hygiène. Il est indiqué que des produits d'hygiène destinés à dépanner les personnes hospitalisées peuvent être distribués et renouvelés en cas de besoin. L'UHP comporte une salle de bains commune dont la porte est fermable de l'intérieur et utilisée par certains patients le matin ou l'après-midi.

5.1.4 L'accès au tabac

Toutes les personnes peuvent conserver leur tabac ; elles sont autorisées à fumer dans le jardin.



L'escalier, accès unique au jardin

Les contrôleurs ont constaté que les quelques fumeurs de l'unité se concentraient sur les marches à l'entrée du jardin, les patients y disposant d'un cendrier et d'un briquet.

Cependant, le jardin n'est plus accessible pour les fumeurs de 20h à 8h. Il a été indiqué que les soignants distribuaient des gommes nicotiques.

Recommandation

Il convient d'élargir la plage horaire de l'accès du jardin en soirée pour les patients désirant fumer ou s'aérer.

Au jour de la visite, aucun patient n'était limité dans sa consommation.

Il n'est pas rare que les familles soient contactées en cas de besoin de tabac ou qu'un personnel soignant accompagne, à sa demande, un patient souhaitant acheter des cigarettes, notamment le jour de marché.

5.1.5 L'accès à une cafétéria ou un lieu de rencontre

La cafétéria est un lieu convivial, décoré par les patients et partagé entre une salle de télévision et un espace équipé de deux distributeurs de boissons. Il s'agit du seul espace climatisé de l'unité dont profitent en journée les patients de l'UHP.

5.1.6 Le transport

L'UHP dispose d'un véhicule pour les accompagnants. En cas de besoin, il est possible d'utiliser le véhicule de l'HDJ et les deux véhicules du CMP.

5.2 LES RESTRICTIONS DES LIBERTES INDIVIDUELLES, SYSTEMATIQUES, NE SONT PAS FORCEMENT JUSTIFIEES PAR L'ETAT CLINIQUE DES PATIENTS

5.2.1 Les contacts avec l'extérieur

a) Le téléphone

Les patients de l'unité ne sont pas autorisés à conserver leur téléphone portable munis d'un appareil photographique. Le téléphone et le cordon avec le chargeur sont remis au personnel soignant au moment de l'inventaire d'arrivée. Il a été indiqué que des patients ont, à plusieurs reprises, pris des photographies d'autres patients sans leur consentement alors qu'ils se

trouvaient au rez-de-chaussée de l'unité ; ces photographies avaient été publiées sur les réseaux sociaux.

L'accès au téléphone est soumis à prescription médicale. L'usage du téléphone portable est limité en journée, les patients pouvant le consulter de 13h à 15h30 et de 20h à 20h30 en présence d'un soignant. Ces créneaux horaires correspondent à leur présence à l'étage de l'unité. Suite à la publication de photos sur *Facebook*, la consultation du téléphone n'est plus possible lorsque les patients se trouvent au rez-de-chaussée de l'unité. Selon les informations recueillies auprès des soignants, « *on est passé d'un excès à l'autre depuis ces incidents* ».

Ces restrictions ne sont pas justifiées par l'état clinique des personnes ; celles-ci apparaissent sans fondement d'autant qu'au rez-de-chaussée, une cabine téléphonique à carte, à disposition des patients de 8h à 20h, a été supprimée ; il a été indiqué qu'un projet d'installation d'un poste téléphonique était envisagé pour permettre aux patients de recevoir des appels.

La nuit, les téléphones sont mis en charge par les soignants.

Selon les informations recueillies, la question de l'accès au téléphone fait l'objet d'une réflexion au sein d'un groupe de travail.

Au jour de la visite, quinze patients sur vingt-deux avaient un téléphone portable. Quatorze patients pouvaient téléphoner dans les créneaux horaires sus mentionnés. Un contrat de soins autorisait en outre une patiente en SDT à conserver son téléphone 24h/24 et à l'utiliser librement à tout moment de la journée et quel que soit le lieu. Les contrôleurs ont constaté que celle-ci en faisait usage au rez-de-chaussée, en présence d'autres patients.

Un contrat de soins portant sur les restrictions n'est pas systématiquement établi avec le patient. Pour les sept patients qui ne disposent pas de téléphone portable, les pratiques varient selon les soignants. Les patients peuvent soit utiliser le téléphone portable d'un soignant dans la salle de coordination à l'étage soit utiliser le poste de téléphone fixe dans un bureau au rez-de-chaussée de l'unité, toujours en présence d'un personnel soignant.

Recommandation

L'accès au téléphone doit être libre et la confidentialité des conversations préservée. Il ne peut être limité qu'en raison de l'état clinique des patients.

b) Le courrier

Aucune boîte aux lettres n'est installée à l'UHP. Les patients remettent généralement leur courrier au cadre de santé ou plus généralement aux soignants qui n'examinent pas le contenu. Les règles de fonctionnement mentionnent que le courrier est distribué dans la matinée. Il a été indiqué que les patients peuvent bénéficier de papier à lettre et d'enveloppes.

c) L'accès à internet

Les locaux de l'UHP ne permettent pas l'accès à internet et ne sont pas équipés du réseau WIFI. De même, il n'est pas prévu d'atelier informatique permettant aux patients de se familiariser avec l'ordinateur. Au jour de la visite, aucun patient ne disposait d'un ordinateur, les patients peuvent éventuellement avoir accès à l'ordinateur réservé aux soignants.

d) Les visites

Les visites des familles sont autorisées de 13h à 19h ; les familles pénètrent dans l'unité par la porte du rez-de-chaussée. Une affiche sur la porte d'entrée précise toutefois que pour les visites de 13h à 15h30, l'accès se fait par le premier étage. Elles sont limitées à deux personnes pour une durée maximum de trois heures. Les patients et les familles se rencontrent au rez-de-chaussée dans la galerie du cloître, le jardin. Les visites sont également autorisées dans la chambre des patients. Lorsque les familles se présentent avec des enfants ou des adolescents de moins de 15 ans, la rencontre a lieu en dehors de l'UHP, dans un local d'attente qui se trouve dans les locaux du CMP, un IDE restant à proximité.

5.2.2 La liberté d'aller et venir

La liberté d'aller et venir est toute relative au sein de cette unité fermée. Les patients peuvent circuler librement⁵ entre 8h et 10h30 entre l'étage et le rez-de-chaussée, la porte d'accès à l'escalier étant ouverte. Ils descendent prendre le petit déjeuner dans la salle à manger puis se rendent librement à la cafétéria, au local de bibliothèque, à la salle de sport, dans le jardin du cloître. La liberté d'aller et venir s'applique de la même manière aux personnes hospitalisées en soins libres et sans consentement. Au jour de la visite, quelques personnes dépendantes et celles qui n'étaient pas cliniquement en état de descendre étaient restées à l'étage.

A partir de 10h30 jusqu'à 13h et de 15h30 à 20h, sauf prescription médicale, les patients restent au rez-de-chaussée afin de participer notamment aux différentes activités thérapeutiques proposées. La remontée à l'étage d'hébergement n'est pas autorisée dans ces créneaux horaires sauf en cas de nécessité ou pour des patients qui, dans le cadre d'une activité thérapeutique, aident les ASH au nettoyage des chambres. Des soignants assurent une présence au rez-de-chaussée pour accompagner les patients.

A partir de 20h, tous les patients remontent à l'étage.

Les portes des chambres ne sont pas fermées ; cependant, leur accès est limité en journée. Les personnes disposent en effet d'un temps de repos à l'étage de l'hébergement entre 13h et 15h30 ; elles ont la possibilité de se reposer dans leur chambre ou de s'installer dans la salle de télévision durant ce créneau horaire.

Après 13h et 20h30, les patients qui sont placés en isolement, ont la possibilité de sortir dans le jardin pour fumer, accompagnés par deux soignants.

Les patients en soins libres ne peuvent sortir inopinément à l'extérieur de l'unité sans autorisation médicale. Si un soignant est ainsi sollicité, il fait appel au médecin psychiatre. Il a été indiqué qu'à l'admission d'un patient, un entretien avec le médecin psychiatre permettait d'analyser la situation pour mesurer le niveau de risque.

L'élaboration d'un contrat de soins n'est pas systématique. Lors de la visite, huit patients en soins sans consentement et huit parmi les quatorze patients en soins libres étaient autorisés médicalement à sortir hors de l'unité. Quatre patients en SDTU sur les huit en soins sous contrainte (sept SDTU et un SDRE) et trois sur quatorze en soins libres bénéficiaient d'un contrat

⁵ Les patients dépendants, en soins intensifs soumis à prescription médicale et ceux placés en isolement restent à l'étage.

de soins les autorisant à des sorties extérieures sous réserve d'être accompagnés par la famille ou des soignants dans le jardin et à l'extérieur ; aucun de ces patients ne pouvait sortir seul.

Recommandation

La liberté d'aller et venir au sein de l'UHP est relative. Les patients en soins libres doivent pouvoir sortir librement de l'unité.

5.3 LA QUESTION DE LA SEXUALITE NE FAIT PAS L'OBJET D'UNE REFLEXION ENTRE LES PROFESSIONNELS

La sexualité n'a pas fait l'objet d'une réflexion au sein de l'unité. Même si les relations sexuelles ne sont pas interdites, cette question n'est pas évoquée avec le patient. Elle n'est pas non plus abordée au sein des équipes de soignants. Selon les informations recueillies, les professionnels ont des positions différentes à l'égard de cette question. Un soignant a évoqué que des couples s'étaient déjà formés au sein de l'unité ; l'équipe leur a demandé d'être discrets « *afin que leur comportement ne soit pas envahissant pour les autres patients* ».

Il est interdit de pénétrer dans la chambre des autres patients. Le personnel soignant est vigilant pour prévenir tout abus sexuel sur des patients plus vulnérables dont le comportement sexuel lié à leur pathologie pourrait être problématique.

Au jour de la visite, l'UHP ne disposait pas de préservatifs pour prévenir les maladies sexuellement transmissibles.

Recommandation

Il est nécessaire d'engager une réflexion sur la sexualité au sein du comité d'éthique et de mettre des préservatifs à disposition des patients.

5.4 LA GESTION DE LA SECURITE DES PATIENTS ET DES INCIDENTS EST PRISE EN COMPTE

5.4.1 Le traitement des plaintes et réclamations

Selon le livret d'accueil de l'hôpital, les patients souhaitant un médiateur ou un représentant de la CDU, peuvent contacter le secrétariat de direction par téléphone. Selon les informations recueillies, les représentants des usagers examinent les plaintes et les réclamations avant la réunion de la commission des usagers (CDU).

Après l'envoi d'un courrier d'accusé de réception, une enquête est diligentée auprès des services concernés. La procédure prévoit d'adresser au plaignant les éléments de réponse dans le mois qui suit la réclamation avec, le cas échéant, la possibilité de saisine des médiateurs médecins ou non médecins, du directeur des soins ou des usagers.

Le rapport annuel d'activité de la commission des usagers fait état de seize réclamations enregistrées en 2015, dont une réclamation en décembre 2015 de l'épouse d'un patient, hospitalisé à l'UHP. Cette dernière déplorait l'insuffisance d'informations concernant l'état de santé de son mari ; une réponse écrite lui a été adressée en mars 2016. Pour l'année 2016, sur les dix-huit réclamations enregistrées, une réclamation en octobre 2016 émanait d'un patient

hospitalisé en psychiatrie ; malgré le caractère inexploitable du courrier, une réponse écrite lui a été adressée en novembre 2016.

Aucune saisine des médiateurs médecins n'a été effectuée en 2015 ni en 2016 à la suite d'une réclamation.

5.4.2 Les événements indésirables

Les événements indésirables recensés ont été plus nombreux en 2016 qu'en 2015⁶ ; les déclarations concernent les médicaments et les dispositifs médicaux (une en 2015 et deux en 2016), l'organisation de la prise en charge (une en 2016), le matériel, les équipements, locaux et installations (six en 2015 dont deux dégradations et huit en 2016 dont cinq dégradations), la sécurité des biens et des personnes (trois en 2015 dont deux agressions/maltraitance physique ou verbale envers le personnel et quatre en 2016 dont trois agressions et une tentative de suicide), la logistique (une en 2016), la gestion du personnel (trois en 2015 dont deux accidents du travail et trois en 2016 dont un accident du travail).

Au premier semestre 2017, dix-sept déclarations ont été enregistrées sur l'organisation de la prise en charge (une), la prescription médicale (trois), les médicaments et dispositifs médicaux (deux), le matériel, les équipements, locaux et installations (trois dont une dégradation), la sécurité des biens et des personnes (quatre dont une agression et trois risques d'intrusion ou tentative), l'informatique (quatre).

Parmi les événements les plus graves en 2016, une personne placée en chambre d'isolement a dû être transférée aux urgences du CHU suite à la contention dont elle a fait l'objet. La réunion pluridisciplinaire qui s'est tenue, a dégagé des axes d'amélioration sur la nécessité d'une surveillance régulière, de l'hydratation et d'une traçabilité.

5.5 LES ENTRETIENS, L'EDUCATION THERAPEUTIQUE ET LES ACTIVITES FONT PARTIE INTEGRANTE DES SOINS PSYCHIATRIQUES

5.5.1 La prise en charge au cours de l'hospitalisation

Comme indiqué auparavant, les médecins psychiatres assurent une présence médicale quotidienne. Les patients, en phase aiguë de leur pathologie, sont vus en priorité. Ceux présents depuis longtemps dans l'unité et qui sont stabilisés dans leur pathologie ne sont pas vus toutes les semaines, faute de temps médical.

Bien que les PH rencontrés soient en faveur d'annoncer le diagnostic au patient cela dépend essentiellement de la capacité de ce dernier à accueillir l'information. Le diagnostic n'est jamais annoncé de façon abrupte. Bien souvent cela se déroule en plusieurs étapes et le patient est invité à mettre des mots sur ses symptômes et sa pathologie. Selon la nature de la relation avec la personne de confiance, cette dernière peut être associée à l'entretien.

Concernant le choix du médecin, certains patients demandent à être suivis par un psychiatre en particulier. Si le PH est disponible, leur requête est en général accordée. Lorsqu'un patient demande à changer de médecin au cours de son hospitalisation, sa demande est examinée en équipe. Si le patient est en phase aiguë de sa pathologie, sa requête est différée. Si l'état clinique de ce dernier est stable et si la relation thérapeutique est rompue, le praticien accède à la

⁶ Treize déclarations en 2015 contre dix-neuf en 2016.

demande — voire l'anticipe — afin d'éviter que la prise en charge ne devienne contre-thérapeutique.

L'éducation thérapeutique fait partie intégrante des soins. Outre les explications fournies par le PH sur la pathologie et les traitements prescrits, les IDE reprennent ces éléments d'explications avec le patient au cours des entretiens infirmiers. Il est mis en place un système d'infirmier référent ; le soignant est sélectionné en fonction « *des affinités qu'il a avec le patient* ». Les traitements du matin sont dispensés au poste de soins et ceux du midi et du soir sont donnés dans le bureau médical situé au rez-de-chaussée. Ce mode de distribution permet de garantir la confidentialité des échanges.

Les entretiens médicaux se déroulent, le plus souvent, en binôme avec l'IDE. En principe, il est prévu d'élaborer un contrat de soins pour chaque patient, élargé par lui-même, dont l'objectif est de formaliser les restrictions médicales portant sur les visites, les modalités de sortie, l'usage du téléphone, les activités, la salle de restauration. Le port du pyjama peut être éventuellement prescrit. Lors de la visite, aucun patient n'y était soumis ; il a été indiqué que cette prescription s'appliquait essentiellement aux patients placés en chambre d'isolement.

Selon les informations recueillies, ces contrats de soins ne sont pas systématiquement élaborés notamment pour les patients en soins libres alors même que certains ne sont pas autorisés à sortir comme ont pu le constater les contrôleurs (cf. § 5.2). En revanche, une copie signée est remise à ceux pour lesquels ce document a été établi.

Recommandation

Le contrat de soins, dont l'objectif est de formaliser par écrit les restrictions prescrites par le médecin psychiatre, devrait être élaboré pour chaque patient soumis à une restriction.

Du lundi au vendredi, des activités sportives et ludiques et des ateliers thérapeutiques sont organisés par un infirmier et animés par deux ou trois soignants. Le jour de la visite, les vingt-trois patients, admis dans le service, étaient autorisés à s'y rendre. Par ailleurs, une patiente nouvellement admise a pu également participer aux activités dès le lendemain de son admission. Lors de la visite, des ateliers de mosaïque, de peinture, de cuisine et des activités ludiques étaient prévues durant la semaine. Une sortie au marché était également planifiée ; deux personnes en SDT étaient inscrites.

En dehors des vacances scolaires, un certain nombre de sorties et de séjours thérapeutiques ont lieu (sorties au cinéma, rencontres sportives, randonnées et régates). Les psychiatres font largement usage des autorisations de sortie de 12 heures et de 48 heures en vue de favoriser la réinsertion et l'autonomie du patient.

Une réunion soignants/soignés, animée par une psychologue et un IDE, se tient une fois par mois. Les contrôleurs ont pris connaissances des deux derniers comptes rendus. Ces réunions ont regroupé à chaque fois une quinzaine de participants ; ont été abordés les sorties et les séjours thérapeutiques, les demandes de permissions de sortie au médecin et les modalités d'accès au téléphone portable.

Chaque vendredi matin, l'équipe médicale et soignante se réunit pour faire le point sur la semaine passée et les PH présentent également les nouveaux cas. Cette réunion est aussi

l'occasion pour les infirmiers de partager leurs interrogations et leurs difficultés concernant certaines prises en charge.

Tous les quinze jours, un psychologue se rend disponible pour un temps d'échanges cliniques avec le personnel soignant. Cependant, les infirmiers déplorent l'absence de séances de supervision animée par un intervenant extérieur.

Recommandation

Le personnel soignant devrait pouvoir bénéficier de séances de supervision animées par un intervenant extérieur au pôle psychiatrie.

5.6 LA PRISE EN CHARGE SOMATIQUE EST BIEN ORGANISEE MAIS L'ACCES AU MEDECIN GENERALISTE EST LIMITE

5.6.1 L'accès au médecin généraliste

Un médecin généraliste, exerçant en libéral, intervient deux après-midi par semaine. Durant ses congés, il est remplacé par un confrère.

Il reçoit éventuellement les nouvelles admissions mais les patients, dans leur ensemble, transitent par l'UMP où ils sont examinés par le médecin urgentiste. Outre l'examen clinique, le protocole de prise en charge à l'arrivée comprend un électrocardiogramme et un bilan biologique. L'évaluation de la douleur est bien souvent réalisée par l'IDE de l'UHP, en charge de l'admission. Ce protocole de l'évaluation de la douleur a été mis en place par le comité de lutte contre la douleur (CLUD) qui s'est réuni à trois reprises au cours de l'année 2016.

Le médecin généraliste, que les contrôleurs n'ont pas rencontré, assure le suivi des patients présentant une pathologie chronique et voit également ceux signalés par les psychiatres ou par les IDE. Il examine également les patients placés en chambre d'isolement et ceux qui font l'objet d'une contention. En son absence, l'examen somatique est pratiqué par les psychiatres (cf. § 6.4)

Si la collaboration avec le médecin généraliste semble bonne, les IDE regrettent qu'un médecin ne soit pas présent en permanence « *car les choses se font mais moins rapidement* ». A titre d'exemple, l'une indiquait que lorsqu'un électrocardiogramme doit être réalisé dans le cadre d'une surveillance spécifique liée à prescription de certains neuroleptiques, aucun PH de l'établissement ne se rend disponible pour lire le résultat. De même, lorsqu'un patient nécessite d'être rapidement examiné, le personnel soignant doit l'accompagner aux urgences.

5.6.2 Les consultations spécialisées

Selon les témoignages recueillis, les délais pour obtenir une consultation de spécialité ou un examen radiologique sont raisonnables et le CH dispose d'un plateau technique conséquent. Certains spécialistes tels que le dermatologue, le neurologue ou le gériatre, consultent *in situ*.

Concernant les soins dentaires, les patients se rendent chez un chirurgien-dentiste libéral. Ils sont accompagnés par un soignant.

L'unique difficulté réside dans le cadre d'une hospitalisation d'un patient admis en soins sans consentement en MCO. Un soignant de l'UHP doit parfois demeurer auprès de ce dernier de façon permanente.

5.6.3 La pharmacie

L'UHP effectue une commande bimensuelle auprès de la pharmacie centrale. Les IDE ont la possibilité de réajuster leur commande entre deux livraisons. Une préparatrice en pharmacie est la personne référente pour la psychiatrie. Durant les week-ends, un pharmacien assure une permanence le samedi et une astreinte le dimanche. Les ruptures de stock sont très rares et l'UHP a la possibilité de s'approvisionner dans l'une des pharmacies de la ville.

Les traitements pour chaque patient sont préparés toutes les 24 heures par l'équipe de nuit. Il n'a pas été fait état de difficultés particulières.

5.6.4 Le laboratoire

L'établissement fait appel à un laboratoire extérieur. Les bilans biologiques sont déposés au service des urgences et sont récupérés par une navette. Tous les résultats parviennent par voie informatique. Selon les propos recueillis, il n'existe aucune difficulté particulière dans le cadre des bilans réalisés en urgence.

6. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

6.1 LES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION ONT FAIT L'OBJET D'UN PROTOCOLE

Un protocole décrivant les modalités de mise en isolement et de contention a été réactualisé en avril 2017. Le document fait référence notamment à l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique à la circulaire du 29 mars 2017⁷ ainsi qu'au guide méthodologique de la Haute autorité de santé (HAS). Le protocole a été rédigé par le cadre de l'unité ainsi que par le cadre supérieur de pôle sous la supervision du directeur des soins. Il a été validé par l'un des médecins psychiatres et approuvé par le médecin chef de pôle. Les fiches de décision⁸ et de surveillance d'isolement et de contention ont été également réactualisées.

Une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) s'est déroulée entre 2006 et 2013.

6.2 LE REGISTRE PREVU PAR L'ARTICLE L3222-5-1 DU CSP EST EN PLACE, IL N'EST PAS TENU AVEC SUFFISAMMENT DE RIGUEUR

Un premier registre des mesures d'isolement et de contention a été mis en place au sein de l'unité le 17 avril 2016. Il retrace l'ensemble des mesures jusqu'au 3 juillet 2017. Une feuille de relevé des mesures est accolée à chaque page. Toutes les données recommandées par le législateur apparaissent à l'exception de la durée en heure décimale par mesure (isolement et ou contention). L'isolement en chambre ordinaire, qui est pratiqué au sein de cette unité, est intitulé « *confinement* » et fait l'objet de la même traçabilité que l'isolement.

A l'examen du registre, il apparaît que les items ne sont pas systématiquement renseignés. A titre d'exemple au feuillet 202, l'heure de la décision de contention n'est pas renseignée et il en est de même pour l'heure de fin de mise sous contention au feuillet 248. Concernant les mesures d'isolement ou de confinement, il manque à de très nombreuses reprises la date de début ou de fin de la mesure ainsi que le nom du médecin psychiatre décideur.

Le second registre, ouvert le 4 juillet 2017, compte de nouveaux items tels que le nombre d'heures ou de jours pour chaque mesure. Le statut d'hospitalisation sous contrainte ou en soins libres et, le cas échéant, la transformation du statut d'hospitalisation sont notés. Enfin, il n'est plus fait de distinction entre les mesures d'isolement et de confinement ; cependant, l'isolement en chambre ordinaire est précisé. Dans ces deux registres, l'anonymat du patient n'est pas respecté comme le prévoit la loi.

Dans sa réponse, la direction indique que ce registre n'est qu'un outil de travail, propre à l'équipe infirmière, non diffusable, non consultable. Il permet de transcrire les informations, de manière exhaustive, dans le registre numérique. Les contrôleurs maintiennent leur constat étant donné que le jour de la visite, le registre papier leur a été présenté.

Un registre numérique anonyme a également été mis en place. Il est renseigné par le cadre de santé à partir du registre papier, il permet d'extraire des données statistiques (cf. § 6.4 et 6.5).

⁷ Instruction n° DGOS/RA/DGS/SP4/2017/109 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie.

⁸ Intitulées « prescription » lors de la visite

Recommandation

Le registre d'isolement et de contention doit être tenu avec plus de rigueur.

6.3 LES DEUX CHAMBRES D'ISOLEMENT SONT DE CONFIGURATION IDENTIQUE, ELLES NE DISPOSENT PAS DE SONNETTE D'APPEL

L'UHP dispose de deux chambres d'isolement (CI) dont l'une est adjacente au poste de soins, la seconde est située un peu plus loin. La CI, proche du poste de soins, est donc utilisée en priorité. Ces deux chambres sont de configuration identique. Elles occupent une surface d'environ 10 m² et sont de couleur mandarine. Le jour de la visite, les chambres étaient propres et bien entretenues.

Les CI sont précédées d'un sas, dont la porte d'accès est pleine, comprenant une table de lit à roulette et une armoire. Ce sas donne accès à la chambre et à la salle d'eau. Il est à noter que la porte de la salle d'eau de la CI, adjacente au poste de soins, a été retirée car son ouverture bloquait l'accès à la chambre. Lorsqu'un patient utilise les sanitaires, la porte de la chambre est tirée de telle sorte que la salle d'eau n'est pas visible depuis le sas.

La porte, donnant accès à la CI, est équipée d'un fenestron. Un lit, scellé au sol, est positionné au milieu de la pièce. Le sommier métallique permet de relever la tête de lit. Il convient de noter que le matériel de contention est déjà installé « *afin d'attacher le patient, dont l'état clinique le requière, avec un minimum de manipulations* ». Selon les propos recueillis, pour les autres patients placés en CI, le matériel de contention est retiré avant que ce dernier ne pénètre dans la CI.

Les deux CI bénéficient d'une belle luminosité grâce à l'installation d'une large double fenêtre, l'une des deux fenêtres est condamnée en permanence. Elle est cependant équipée d'un hublot laissant filtrer l'air extérieur. Une horloge est installée dans l'espace située entre ces deux fenêtres. Le lit est positionné de telle sorte que le patient peut lire l'heure et bénéficier de la vue extérieure.

L'éclairage électrique s'actionne depuis le sas, il en est de même pour l'air conditionné.

Les CI ne sont pas équipées de bouton d'appel, les patients disposent d'une alarme portative mais les piles sont rapidement usagées. Des interphones ont été placés en hauteur ; ils permettent au personnel soignant d'échanger avec le patient lorsque ce dernier actionne en permanence l'alarme portative. Il a néanmoins été indiqué que la surveillance infirmière était réalisée de façon régulière, selon la prescription médicale.

Les sanitaires ne sont pas accessibles depuis la chambre puisqu'il faut passer par le sas. La majeure partie du temps, la porte demeure donc fermée. La salle d'eau est équipée d'un lavabo, surmonté d'un miroir incassable, d'une douche à l'italienne et d'un WC dépourvu d'abattant. Tous ces éléments sont équipés d'un bouton poussoir.

Recommandation

Les chambres d'isolement doivent être équipées d'une sonnette d'appel.

6.4 LE RECOURS A L'ISOLEMENT S'ACCOMPAGNE SOUVENT D'UNE MESURE DE CONTENTION, L'ISOLEMENT STRICT SE DEROULE PARFOIS EN CHAMBRE ORDINAIRE

Les chambres d'isolement n'étaient pas occupées durant la visite et aucun patient n'était enfermé dans sa chambre.

Le protocole cité ci-dessus (cf. § 6.1) regroupe les mesures d'isolement et de contention. Il précise les indications qui sont identiques pour les deux mesures : prévention d'une violence imminente du patient envers lui-même ou autrui et justifié par un argumentaire clinique en lien avec les troubles mentaux. Il détaille également les contre-indications, les facteurs de risque, les modalités de mise en œuvre de la mesure, la surveillance, l'information du patient, les conditions de l'isolement et de la contention, l'espace réservé à l'isolement, la réalisation de la contention mécanique, la levée de la mesure et la tenue du registre. Il est rappelé dans ce document que « *l'isolement ou confinement dans une chambre ordinaire est proscrit.* » Il est également précisé que la mise en place et la levée de la mesure doivent s'accompagner d'explications sur les raisons et les buts du recours à la mesure et d'un entretien de sortie. Si les explications sont fournies au patient au moment de la mise en place de la mesure, elles ne sont pas toujours compréhensibles par ce dernier en raison de son état d'agitation. L'entretien à l'issue de la mesure est conduit par le psychiatre.

Ce protocole s'accompagne d'un schéma décisionnel relatif aux mesures d'isolement et de contention ainsi que de feuilles de décision médicale et de surveillance des deux mesures. La feuille de décision médicale, identique aux deux mesures, comprend les éléments suivants : l'identité du patient, la date, l'heure du début et de fin de la mesure, le statut d'hospitalisation, le motif de la décision (la motivation doit faire apparaître les mesures mises en œuvre au préalable afin de justifier cette décision de dernier recours), la recherche de contre-indications, les modalités de prescription du traitement médicamenteux, les modalités de surveillance adaptée (la surveillance infirmière s'effectue toutes les heures) et les consignes devant permettre au patient de s'alimenter, de s'hydrater et d'aller aux sanitaires. Lorsque ce dernier est très agité et qu'il adopte un comportement agressif, l'accès aux sanitaires est restreint ; il est mis à sa disposition un urinoir ou un bassin.

Si la décision de mise à l'isolement est renouvelée par le médecin psychiatre toutes les 24 heures, il est prévu une réévaluation médicale biquotidienne y compris les week-ends où les psychiatres de l'unité sont de garde à tour de rôle. L'isolement « *si besoin* », tout comme la contention, n'est jamais prescrit. D'après les témoignages, les décisions d'isolement sont des mesures de dernier recours qui sont discutées en équipe.

La personne de confiance est prévenue de la mesure. En revanche, les visites et les appels téléphoniques sont proscrits. En général, les patients ne sont pas autorisés à fumer, à l'exception de quelques patients bénéficiant d'un isolement séquentiel. Les autres patients se voient remettre un substitut nicotinique.

En dehors des jours de présence (mardi et jeudi) du médecin généraliste libéral, l'examen somatique est pratiqué par les psychiatres. Lorsque le patient présente un risque de complication sévère, ce dernier est transféré au service des urgences lorsqu'il est transportable ; les urgentistes se déplacent rarement dans le service.

Durant la période du 1^{er} janvier au 1^{er} juillet 2017, quarante-trois mesures d'isolement ont été décidées pour quatorze patients. Cela correspond à 1 815 heures d'isolement soit un total de soixante-seize jours. Parmi ces quatorze patients, onze ont été soumis à une mesure de

contention. Pour un patient, la mesure d'isolement a duré vingt et un jours avec treize jours de contention séquentielle (cf. *infra*).

Dans le fichier informatisé à partir duquel il est possible d'extraire des données statistiques, il n'est pas fait de distinction entre l'isolement en CI et celui en chambre ordinaire d'hébergement.

A la lecture du registre papier, il en résulte que trois patients ont été isolés dans leur chambre. A titre d'exemple, un patient, admis en soins libres, a été enfermé vingt et une fois dans sa chambre pour des durées allant de 50 minutes à 19 heures. Il s'agit d'un patient qui est hospitalisé depuis 2005 et qui est présent dans le service depuis cinq ans. Ce dernier, dont l'état clinique demeure difficile à stabiliser, alterne entre un comportement hétéro-agressif et des crises de catatonie. Il a été précisé que l'isolement dans un environnement familial le rassurait et que, par ailleurs, lors de ses épisodes de catatonie, il était enfermé afin d'éviter toute intrusion dans sa chambre. L'équipe soignante avait envisagé de procéder éventuellement à un changement de statut en raison des mesures d'isolement dont les durées ont parfois dépassé les 12 heures. Cependant, ce patient étant consentant aux soins, il a été décidé de le maintenir en soins libres. A cet égard, il a été indiqué que lorsqu'un patient nécessite un changement de statut, il est fait appel à un tiers dans le cadre d'un SPDTU. Lorsque cette solution s'avère impossible à mettre en œuvre, le psychiatre se met en relation avec le médecin traitant ou le médecin de ville qui établit un certificat dans le cadre d'un SPPI.

Enfin, un homme et une femme admis en SDT ont été à maintes reprises enfermés dans leur chambre afin de « *les protéger* » l'un persécutant le second. Par ailleurs, la patiente « *devait éviter tout stimulus extérieur sans pour autant que son état clinique ne requière l'utilisation de la CI* ».

Recommandation

*L'isolement ou le confinement dans une chambre ordinaire doivent être proscrits.
L'aménagement d'une chambre d'apaisement devrait être envisagé pour les patients dont l'état clinique ne relève pas d'un placement en chambre d'isolement.*

6.5 LE NOMBRE ET LA DUREE DES MESURES DE CONTENTION APPELLENT A LA VIGILANCE

Le matériel de contention a été renouvelé en début d'année. Auparavant, le personnel soignant utilisait du matériel constitué de sangles en tissu munies d'écrous aimantés permettant d'attacher les quatre membres et la ceinture abdominale. « *Pour des raisons de confort et de rapidité d'exécution* », il a été décidé d'opter pour du matériel muni d'attaches réglables pour les poignets et les chevilles.

Comme indiqué au chapitre 6.3, le matériel de contention est installé à demeure.

Durant la période du 1^{er} janvier au 1^{er} juillet 2017, vingt-cinq mesures de contention ont été décidées pour onze patients. Cela correspond à 1 157 heures soit un total de quarante-huit jours.

La durée la plus longue de cette mesure a été de treize jours dont trois jours de contention stricte puis séquentielle avec des périodes de sortie où le patient se rendait au réfectoire. Il s'agissait d'un jeune adulte de 18 ans, en provenance d'un institut médico-éducatif (IME) et admis en SDT, présentant une déficience intellectuelle s'accompagnant d'une carence affective et adoptant des comportements hétéro et auto-agressifs. Le cas de ce patient semble avoir mis l'ensemble de l'équipe en difficulté. En vue de mettre un terme à la mesure de contention, le personnel infirmier aurait souhaité qu'un traitement sédatif soit prescrit mais selon les témoignages

recueillis, le médecin référent n'en n'aurait pas retenu l'indication. Le jour de la visite, ce patient circulait librement dans le service.

Concernant les autres patients, mis sous contention, les durées ont été supérieures à 12 heures pour huit mesures et quatre mesures ont duré entre 24 et 46 heures. Il a été précisé que le recours à la contention était décidé en dernier recours et faisait l'objet d'une discussion en équipe.

Comme indiqué auparavant, l'examen somatique est réalisé par le médecin généraliste les jours où il est présent et en son absence, il est effectué par le médecin psychiatre. Les modalités de surveillance prescrites par le psychiatre sont les suivantes : constantes vitales avec évaluation et prévention des risques thrombo-emboliques, surveillance de l'élimination (selles et diurèse), hydratation, évaluation de la douleur, évaluation des effets de la contention sur la conscience, le comportement, l'expression orale et l'activité motrice, vérifications des points d'appui. Elles se déroulent au minimum toutes les 30 minutes. La majorité du temps, les quatre membres sont attachés « *pour plus de sécurité* ». Lorsque deux membres sont détachés, il s'agit d'un membre inférieur gauche et un membre supérieur droit.

Concernant les besoins d'hygiène, il est fait usage d'urinoirs et de bassins lorsque le patient est encore très agité. Les protections (alaises, couches) ne sont pas utilisées. Lorsque le patient est plus calme, le personnel soignant l'accompagne aux sanitaires.

Recommandation

Une réflexion autour des pratiques relatives à la contention s'impose au sein de l'UHP.

7. AMBIANCE GENERALE

L'UHP offre un cadre de vie agréable et apaisant. La conception architecturale des lieux permet aux patients de circuler librement au sein de l'unité et d'avoir accès à l'ensemble des espaces communs. Les équipes soignantes, empreintes de bienveillance à l'égard des patients, ont à cœur d'offrir la meilleure prise en charge. A cet égard, le retour des patients est positif.

Il n'en demeure pas moins que l'unité vit en vase clos et certaines restrictions imposées de façon systématique paraissent être injustifiées aux yeux des patients. De même, le recours à l'isolement en chambre ordinaire et le nombre et la durée des mesures de contention interrogent.

Enfin, la situation des médecins psychiatres est préoccupante en raison du manque d'effectifs. Les soignants, tout comme les patients, ont évoqué un état d'épuisement chez certains praticiens. Dans un tel contexte, il apparaît difficilement envisageable pour les professionnels de santé d'engager une réflexion de fond sur leurs pratiques.