



Rapport de visite :

4 au 8 décembre 2017 – 1^{ère} visite

Centre Hospitalier de Vire

(Calvados)

SYNTHESE

Quatre contrôleurs ont effectué une première visite du centre hospitalier de Vire (Calvados) du 4 au 8 décembre 2017.

Un rapport de constat a été adressé le 15 mars 2018 au directeur de l'établissement, à l'agence régionale de santé, au président et au procureur de la République du tribunal de grande instance de Caen et au préfet du Calvados. Seule la directrice adjointe de l'établissement a, par courrier en date du 26 avril 2018, fait valoir ses observations qui ont été prises en considération pour la rédaction du présent rapport.

Le centre hospitalier est situé dans une commune rurale enclavée sur le terrain de l'ancien l'hospice Saint Louis (1697), avec des bâtiments plus récents construits entre 1915 et 1968. L'établissement est organisé autour de trois pôles autonomes : le pôle gériatrique, le pôle médecine et le pôle psychiatrie. Il n'y a pas de structure d'hospitalisation à temps complet pour les enfants. L'hôpital dispose aujourd'hui de 510 lits et places et comprend cinq bâtiments principaux, dans un bon état général qui renvoie une image positive aux patients et à leurs familles. Après la fermeture de plusieurs activités dans le bâtiment Saint Louis (le plus ancien), une surface de 2 260 m² demeure inoccupée.

L'ensemble des structures du pôle psychiatrique de l'établissement est dispersé sur cinq sites différents. Au sein même de l'hôpital, l'unité d'hospitalisation à temps plein pour adultes (UHTP) dispose de vingt-cinq lits avec un taux d'occupation de 74,05 %.

Dans un courrier du 30 juin 2017 l'agence régionale de santé (ARS) a constaté que les difficultés structurelles en matière de démographie médicale ne permettaient pas de garantir la qualité et la sécurité des soins délivrés en psychiatrie d'une façon générale. **Plus particulièrement, la pénurie de médecins empêchait l'établissement de respecter les dispositions réglementaires en matière de soins sans consentement.** C'est pourquoi il a été demandé à la direction de diriger tous les patients qui devaient être admis pour des soins sans consentement vers l'établissement public de santé mentale de Caen (EPSM). De ce fait au jour du contrôle, seuls quatre patients hospitalisés sans leur consentement étaient encore présents à l'UHTP, les quatorze autres patients étaient admis en soin libres et six chambres étaient inoccupées.

L'établissement connaît des difficultés budgétaires importantes, avec un niveau de surendettement majeur caractérisé par une capacité d'autofinancement négative.

Les postes budgétés pour le pôle psychiatrie sont au nombre de trois pour les praticiens hospitaliers à temps plein, plus un poste de praticien attaché associé et un médecin généraliste vacataire. Sur les trois psychiatres, un seul est présent le jour du contrôle, les deux autres étant en arrêt maladie depuis juillet et septembre 2016 et le médecin généraliste n'est présent que depuis avril 2017. En revanche il n'y a pas de difficultés pour le recrutement des autres membres du personnel soit : dix-huit infirmiers, cinq aides-soignants cinq agents des services hospitaliers, deux assistants médico-administratifs, trois psychologues à temps partiel.

Les contrôleurs ont formulé seize recommandations après avoir relevé un certain nombre de difficultés au sein de l'établissement. Le premier point porte sur le constat que l'UHTP est une unité complètement fermée pour tous, y compris pour tous les patients (la majorité) qui sont admis en soins libres. Une réflexion en urgence sur ce sujet s'avère donc indispensable.

La liberté d'aller et venir est restreinte et le patio qui est mis à disposition doit au moins être doté d'un abri qui permette de l'utiliser le plus souvent possible, même en cas d'intempéries.

De même, cette absence de liberté (avec seulement un système de permissions de sorties) impose que de nombreuses activités soient proposées à l'intérieur de l'établissement, ce qui n'est pas le cas, alors que les locaux sont vastes et inutilisés et les soignants en nombre suffisant. La rédaction d'un projet de service est donc nécessaire.

Les patients admis sans leur consentement ne disposent pas de notice décrivant de manière exhaustive les droits dont ils bénéficient. L'information sur leurs droits doit être délivrée et expliquée par des soignants bien formés. Ces derniers doivent recueillir systématiquement les observations des patients sur les décisions médicales qui sont prises et notamment lorsqu'il y a une mise en chambre d'isolement et un recours à la contention. Cette dernière décision doit être précisément mentionnée dans le registre et revue régulièrement lors des réunions de synthèse.

Une politique de limitation des recours à l'isolement et à la contention est nécessaire, étant précisé qu'en 2017, près de 10 % des patients avaient vécu au moins un épisode de mise en chambre d'isolement. Cependant, tant que l'établissement n'aura pas renforcé son effectif médical, il doit renoncer complètement à pratiquer l'isolement.

Globalement les conditions matérielles de travail sont apparues satisfaisantes, mais le personnel soignant a laissé paraître une certaine inquiétude dans la mesure où l'existence même du pôle psychiatrique au sein de l'hôpital peut être remise en cause à court terme par les autorités de tutelle. Même si cette mesure n'est pas prise, l'habilitation de l'établissement à recevoir des patients en soins sans consentement doit être réexaminée car il n'est pas aujourd'hui en mesure de le faire dans le respect de la loi.

OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

1. BONNE PRATIQUE 21

La venue d'un membre de la gendarmerie pour établir des procurations, l'octroi d'autorisations de sortie aux patients et l'accompagnement de ces derniers par le personnel soignant favorisent l'exercice effectif du droit de vote.

RECOMMANDATIONS

1. RECOMMANDATION 20

L'établissement doit élaborer une notice qui détaille les dispositions de l'article L 3211-3 du code de la santé publique en déclinant l'ensemble des droits inhérents à toute personne hospitalisée sans son consentement pour la remettre systématiquement au patient accueilli.

2. RECOMMANDATION 20

La possibilité de désigner une personne de confiance doit être expliquée aux patients durant leur séjour lorsque leur état de santé leur permet d'en saisir le sens. La procédure doit comporter l'information de la personne désignée et son accord.

3. RECOMMANDATION 21

Les coordonnées des représentants des différents cultes doivent être mentionnées dans le règlement intérieur et le guide du séjour. Les informations concernant l'aumônerie doivent figurer dans la convention de vie de l'UHTP et être affichées au sein de l'unité.

4. RECOMMANDATION 23

Les conditions d'admission à l'ESPM de Caen des patients en soins sans consentement après un passage au service des urgences du CH de Vire, ne peuvent perdurer. Une solution rapide doit être trouvée pour offrir aux patients une prise en charge rapide et sereine et leur garantir la notification de droits sans délai.

5. RECOMMANDATION 23

L'information des patients doit être assurée, avec conviction, par des agents formés et la copie des documents attachés à l'hospitalisation sous contrainte remise systématiquement pendant tout le temps de l'hospitalisation.

6. RECOMMANDATION 24

La présence actuelle de patients en soins sans consentement exige la mise en place sans délai d'un « outil » permettant de recueillir leurs observations sur toute décision médicale prolongeant le maintien de soins psychiatriques sous contrainte.

7. RECOMMANDATION 25

Il est urgent, tant que sont hospitalisés à l'unité de santé mentale du CH de Vire des patients en soins sans consentement, que la CDSP y exerce son contrôle institutionnel.

8. RECOMMANDATION 26

Les modalités de remise de convocation pour l'audience du JLD doivent être davantage protocolisées afin de s'assurer que le patient ait une exacte compréhension et un accès complet aux droits découlant de l'audience.

9. RECOMMANDATION 29

Les documents supports du règlement intérieur du centre hospitalier, du guide de séjour dans l'établissement et de la convention de vie de l'UHTP doivent être mis à jour, complétés et enrichis, en prenant davantage en compte les soins psychiatriques sans consentement.

10. RECOMMANDATION 31

La restriction de la liberté d'aller et venir d'une personne ne peut être justifiée que par son état clinique et par la mise en œuvre du traitement requis. Pour les patients en soins libres, cette liberté fondamentale ne saurait être conditionnée par une procédure de permission de sortie. Une réflexion doit être conduite au sein du personnel afin d'organiser l'ouverture de l'unité.

11. RECOMMANDATION 34

Des abris doivent être installés pour permettre à tous les patients d'aller et venir dans le patio tout en étant protégés.

12. RECOMMANDATION 35

Compte tenu de la grandeur des locaux et de la présence nombreuse du personnel soignant, des activités thérapeutiques ou occupationnelles doivent être programmées et proposées régulièrement aux patients, quelle que soit la durée de leur séjour.

13. RECOMMANDATION 36

Une réflexion collective sur le thème de la sexualité des patients hospitalisés doit être engagée.

14. RECOMMANDATION 38

La prise en charge psychiatrique des patients nécessite que soit défini un projet de service tenant compte des orientations discutées avec l'ARS en juin et octobre 2017. Elle nécessite aussi que soit établi pour chaque patient un plan de soins discuté avec lui et revu régulièrement en réunion de synthèse dès lors que son hospitalisation se prolonge.

15. RECOMMANDATION 41

Conformément à l'art. L 3222-5-1 du code de la santé publique, une politique de limitation des recours à l'isolement et à la contention doit être mise en œuvre et les mesures de contention ne peuvent être prise que si le nombre de médecins présents le permet, ce qui n'est pas le cas au jour de la visite.

Les chambres d'isolement doivent être équipées d'une horloge et d'un calendrier pour donner des repères au patient isolé.

Chaque isolement et chaque contention doivent donner lieu à une analyse lors de chaque réunion de synthèse. Les données du registre doivent être analysées collectivement à un rythme régulier (par exemple tous les trois mois).

16. RECOMMANDATION 42

Des séances d'éducation thérapeutique du patient doivent être mises en place afin de permettre aux patients de mieux comprendre leur pathologie et d'être acteurs de leur traitement.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
OBSERVATIONS	4
SOMMAIRE	7
RAPPORT	9
1. LES CONDITIONS DE LA VISITE	9
2. PRESENTATON GENERALE ET POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	10
2.1 Un établissement organisé autour de trois pôles autonomes	10
2.2 La psychiatrie dans le département du Calvados : une pénurie médicale appelée à s'accroître.....	11
2.3 Des structures du pôle de santé mentale déployées sur plusieurs sites très éloignés les uns des autres.....	12
2.4 Des objectifs ambitieux confrontés à une absence durable de médecins spécialisés	13
2.5 Des difficultés budgétaires anciennes et lourdes de conséquences	14
2.6 Un personnel médical en effectif nettement insuffisant.....	15
3. LA CONNAISSANCE DE LEURS DROITS PAR LES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT	19
3.1 Une présence en décroissance de patients sous contrainte	19
3.2 Une information écrite inexistante lors de l'admission des patients en soins sans consentement	19
3.3 Un droit formel à désigner une personne de confiance	20
3.4 Un exercice possible du droit de vote.....	20
3.5 Une information insuffisante pour l'accès au culte.....	21
4. LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS DES PATIENTS ET LEUR CONTROLE	22
4.1 Des conditions actuelles d'admission en hospitalisation sans consentement insatisfaisantes.....	22
4.2 Des droits des patients hospitalisés sans leur consentement largement ignorés des soignants	23
4.3 Une absence de recueil des observations du patient.....	24
4.4 Une tenue correcte des registres de la loi	24
4.5 Une absence de contrôle par la commission départementale des soins psychiatriques	25
4.6 Un contrôle effectif par le juge des libertés et de la détention et un rôle actif de tous les acteurs du suivi de la mesure	25
5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES	29
5.1 Une présentation minimale de l'unité d'hospitalisation et de ses règles de fonctionnement	29

5.2	Une unité fermée en permanence et des restrictions injustifiées à la liberté d'aller et venir pour les patients en soins libres	30
5.3	Des contraintes minimales dans la vie quotidienne des patients	31
5.4	Des modalités souples de communication avec l'extérieur	32
6.	LES CONDITIONS DE VIE DES PATIENTS	34
6.1	Des locaux d'hébergement vastes et propres mais insuffisamment utilisés	34
6.2	La vie quotidienne peut être améliorée à la marge.....	35
7.	LES SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES NECESSAIRES A LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS	37
7.1	Un temps médical insuffisant et une absence d'un projet de service préjudiciables à la qualité des soins psychiatriques.....	37
7.2	Des soins somatiques correctement assurés depuis l'arrivée récente d'un médecin généraliste.....	38
8.	LE RESPECT DE L'INTEGRITE DE LA PERSONNE ACCUEILLIE.....	40
8.1	Un recours à l'isolement et à la contention incompatible avec les moyens dont dispose l'établissement.....	40
8.2	Une distribution des médicaments respectueuse du secret médical mais des patients insuffisamment informés sur leur traitement	41
8.3	Des situations de violence peu nombreuses qui donnent lieu à un signalement à l'observatoire national	42
9.	CONCLUSION.....	43

Rapport

Contrôleurs :

- Danielle PIQUION ; cheffe de mission,
- Marie-Agnès CREDOZ ; contrôleure,
- Hubert ISNARD ; contrôleur,
- Thierry LANDAIS ; contrôleur.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, quatre contrôleurs ont effectué une visite du pôle de santé mentale du centre hospitalier de Vire (Calvados) du 4 au 8 décembre 2017.

1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement situé au 4 rue Emile Desvaux le 4 décembre 2017 à 15h. Ils l'ont quitté le 8 décembre 2017 à 11h30. Ils ont été accueillis par le directeur par intérim. Il a été procédé à une présentation de la mission devant une quinzaine d'auditeurs dont le président de la commission médicale d'établissement (CME), la directrice des soins, la directrice des services financiers, la directrice des ressources humaines, des psychiatres, des cadres de santé, des représentants des organisations syndicales professionnelles, des représentants des usagers.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le cabinet du préfet du Calvados, le secrétariat général du sous-préfet de Vire, le président et le procureur de la République du tribunal de grande instance de Caen, le délégué territorial de l'agence régionale de santé (ARS).

Les contrôleurs ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention et se sont entretenus avec les avocats de permanence.

Une salle de travail équipée d'un ordinateur et d'une imprimante a été mise à la disposition des contrôleurs. Tous les documents demandés par l'équipe ont été remis sous format papier, d'autres ont été regroupés dans un dossier électronique qui a été alimenté tout au long de la visite.

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

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

Une réunion de restitution a eu lieu le 8 décembre 2017 en présence de nombreux participants, à l'exception du directeur général par intérim retenu à une autre réunion.

2. PRESENTATON GENERALE ET POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

La commune de Vire Normandie (sous-préfecture) qui compte 17 839 habitants est une commune rurale enclavée, qui se trouve à environ 1 heure en voiture de Caen et à 2h30 de Paris en train.

Le centre hospitalier de Vire se situe dans un bassin qui comprend quatre-vingt-huit communes et plus de 60 000 habitants. La population âgée de plus de 60 ans représente plus de 23 % de l'ensemble. Le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans s'élèverait à 15,2 % du bassin d'emploi à l'horizon 2025.

Le centre hospitalier (CH) est installé au sein de la commune de Vire Normandie sur le terrain de l'ancien Hôtel Dieu devenu l'Hospice Saint Louis (1697), avant la construction d'un premier bâtiment Charles Canu en 1915 pour accueillir les blessés de la première guerre mondiale. C'est en 1931 que se construit le premier hôpital Charles Canu. Les bâtiments presque totalement détruits en 1944 furent reconstruits entre 1948 et 1954 et un nouveau programme de modernisation et d'extension à partir de 1968 a permis la construction du bâtiment Abraham Drucker. En septembre 1977 l'Unité de Soins Normalisée (USN) est mise en service (loi de sectorisation sur la psychiatrie) dans le bâtiment Yannick Salaün.

2.1 UN ETABLISSEMENT ORGANISE AUTOUR DE TROIS POLES AUTONOMES

En 1984 le centre hospitalier, qui a des difficultés financières, doit transformer ses services de médecine générale en services à orientation (cardiologie, gastro-entérologie, pneumologie) et surtout restructurer son secteur de psychiatrie. Entre 2008 et 2011 d'importants travaux, grâce à un emprunt bancaire très important, sont engagés (ravalement des façades, achat des locaux du pôle Enfance, création d'une activité de soins de suite et de réadaptation, etc.). Mais le remboursement de l'emprunt contribue encore aujourd'hui au déséquilibre budgétaire de l'hôpital.

Après l'avis défavorable de la commission de sécurité incendie une partie des locaux (EHPAD¹ Saint Louis) a dû être déménagée en avril 2016. L'unité de soins longue durée (USLD) a été transférée dans le bâtiment Abraham Drucker à la place de l'unité pour les courts séjours gériatriques (CSG) et a ainsi perdu quatre lits passant de trente à vingt-six lits. L'unité CSG a été transférée dans l'ancienne maternité et a perdu deux lits. L'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes situé dans le bâtiment Saint Louis a fermé quatre lits.

En janvier 2016 l'antenne hospitalisation à domicile (HAD) du CH de Flers a été intégrée au CH de Vire, le nombre de lits passant de quarante à cinquante-cinq lits.

Le taux d'occupation moyen pour l'ensemble des activités de l'hôpital s'est amélioré en 2016 soit 85,33 % (en 2015 : 84,07 %) grâce à l'activité du pôle médecine. Les deux autres pôles étant le pôle gériatrique et le pôle psychiatrique.

Les trois pôles se répartissent les activités de l'hôpital à hauteur de 78,53 % pour le pôle gériatrique, 14,40 % pour le pôle médecine et 7,0% pour le pôle psychiatrique.

L'intégration de l'antenne HAD de Flers a permis d'améliorer le taux d'occupation du CH de Vire.

Le CH dispose aujourd'hui de 510 lits et places. Près de 11 000 patients sont accueillis chaque année au service des urgences (générales et psychiatriques) qui se situe au rez-de-chaussée du bâtiment Abraham Drucker et qui est doté d'un SMUR (service mobile d'urgence et de

¹ EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

réanimation). Une équipe de liaison spécialisée (des infirmiers) intervient à tout moment dans l'hôpital, notamment à la demande des médecins urgentistes. Le nombre de personnes accueillies est en constante augmentation (10 400 personnes en 2015), malgré l'inadaptation architecturale des locaux.

Sur le site du CH se trouvent également trois EHPAD (résidences Saint Louis, Les Costils, Charles Canu) qui ont une capacité totale de 182 lits. D'autres services sont présents sur place : un centre mémoire de ressources et de recherche (CMRR), un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), l'activité d'hospitalisation à domicile (HAD) qui est répartie sur quatre sites (Vire, Mortain et Villedieu-les-Poêles et Flers), et enfin un service transversal d'éducation thérapeutique.

Le CH a développé un pôle multi partenarial de type guichet unique pour l'accompagnement des mineurs et de leurs familles (pôle enfance adolescence famille PEAf La Pommeraie), uniquement sous forme de consultations.

Le CH a dû fermer son service maternité en 2013, puis son bloc d'endoscopie en 2015.

Depuis mars 2017 l'activité de chimiothérapie est suspendue (nombre de patients inférieur à quatre-vingts par an).

Aujourd'hui l'hôpital comprend cinq bâtiments principaux. L'état général des locaux est satisfaisant véhiculant une image positive de l'établissement. La situation du plus ancien bâtiment (hospice Saint Louis) qui comprend un EHPAD et la cantine du personnel est toutefois particulière compte tenu de sa classification en monument historique. En effet dans ce bâtiment 2 260 m² sont inoccupés, suite à la fermeture de plusieurs services.

2.2 LA PSYCHIATRIE DANS LE DEPARTEMENT DU CALVADOS : UNE PENURIE MEDICALE APPELEE A S'ACCROITRE

Le département du Calvados, soit 538 communes, recouvre un territoire d'une superficie de 5 548 km² pour une population de 691 670 habitants (21 % de la population de la région Normandie), avec une densité de 125 habitants au km². Le département figure dans le premier tiers des départements français selon le produit intérieur brut par habitant.

Le Calvados est découpé en neuf secteurs géographiques de psychiatrie adulte, répartis dans quatre structures hospitalières :

- l'établissement public de santé mentale de Caen (EPSM) qui dessert un bassin de population d'environ 420 000 habitants, soit 60 % de la population du département (seize communes) ;
- le centre hospitalier universitaire (CHU) de Caen pour le secteur 14 G 01 Côte de Nacre (sept communes) ;
- l'établissement hospitalier du Bessin à Bayeux pour le secteur 14 G 05 à l'Ouest du département (huit communes) ;
- le centre hospitalier de Vire pour le secteur 14 G 06 au Sud-ouest du département (cantons d'Aunay-sur-Odon, Le Bénvy-Bocage, Condé-sur-Noireau, Saint-Sever-Calvados, Vassy, Vire et vingt-deux communes des cantons d'Evrecy et Thury-Harcourt).

Concernant la psychiatrie infanto-juvénile, le département est découpé en quatre secteurs, dont deux sont rattachés à l'EPSM de Caen, le troisième au CH de Bayeux et le quatrième au CH de Vire.

Le pôle santé mentale du CH de Vire ne dispose d'aucune structure d'hospitalisation à temps complet pour les enfants. Le CH de Bayeux, l'UCHA² du CHU de Caen et le service de pédiatrie du CH de Flers peuvent prendre en charge à temps complet les mineurs.

L'hôpital de Vire a acquis un bâtiment dans sa commune pour installer en 2015 le Pôle Enfance Adolescence Famille (PEAF La Pommeraie) qui regroupe plusieurs structures (CATTP³, CAMPS, CMPEA, CMPP) pour un travail en réseau pour la prise en charge des problématiques pédopsychiatriques. Les activités des associations (APAEI⁴ et Gaston Maliaret) sont importantes pour assurer le suivi des patients en dehors de l'hôpital, par le biais par exemple du service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD).

Concernant la psychiatrie en milieu pénitentiaire, la maison d'arrêt et le centre pénitentiaire sont tous les deux situés sur la commune de Caen. Un service médico-psychologique régional (SMPR) est implanté dans les locaux du centre pénitentiaire.

Pour l'ensemble du département quarante-et-un psychiatres sont inscrits et exercent leurs activités avec un mode libéral ou mixte, la plupart ayant leur cabinet dans la ville de Caen.

Selon le conseil national de l'Ordre des médecins, dans la région Basse-Normandie le nombre de psychiatres a diminué de 21 % depuis 2007 et cette tendance se confirmerait à l'horizon 2020 avec une baisse de 13,3 % par rapport à 2015. Il n'y a par ailleurs pas de clinique psychiatrique privée dans le département.

2.3 DES STRUCTURES DU POLE DE SANTE MENTALE DEPLOYEES SUR PLUSIEURS SITES TRES ELOIGNES LES UNS DES AUTRES

Les structures du pôle psychiatrique du CH de Vire qui se situent sur plusieurs sites sont les suivantes :

- l'unité d'hospitalisation à temps plein (UHTP) se trouve dans le bâtiment Yannick Salaün et dispose de vingt-cinq lits, avec un taux d'occupation de 74,05 % ;
- l'unité d'hébergement thérapeutique et de réadaptation sociale UHTRS dispose de dix-neuf lits et se trouve sur un autre site, à quinze minutes à pied de l'hôpital, avec un taux d'occupation de 38,05 % ;
- les trois CMP de Vire, d'Aunay-sur-Odon (à 34 km de Vire) et de Condé-sur-Noireau (à 26 km de Vire) ;
- les CATTP de Vire et de Condé-sur-Noireau ;
- les deux hôpitaux de jour (HDJ) de Vire, et de Condé-sur-Noireau (trente-trois places) ;
- le service de placement familial thérapeutique (trois places) ;
- le service addictologie.

Le secteur enfants et adolescents comprend :

- les trois centres médico-psychologiques pour enfants et adolescents (CMPEA) de Vire, d'Aunay-sur-Odon et de Condé-sur-Noireau ;

² UCHA : unité de crise et d'hospitalisation pour adolescents

³ CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel ; CAMPS : centre d'action médico-sociale précoce ; CMPEA : centre médico-psychologique enfants et adolescents ; CMP : centre médico-psychologique

⁴ APAEI : association des parents et amis d'enfants inadaptés

- le CATTP de Vire.

Depuis 2016 tous les patients qui relèvent des CMP d'Aunay-sur-Odon et de Condé-sur-Noireau doivent venir au CH de Vire pour rencontrer le psychiatre.

Le temps d'attente pour les rendez-vous est d'environ deux mois. Les horaires d'ouverture des CMP sont en journée jusqu'à 18h, avec une fermeture le soir et le week-end.

2.4 DES OBJECTIFS AMBITIEUX CONFRONTES A UNE ABSENCE DURABLE DE MEDECINS SPECIALISES

Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) a été signé entre le CH de Vire et l'ARS de Basse-Normandie pour la période 2013 à 2018 avec pour objectif principal de rechercher et de mettre en œuvre des solutions permettant d'assurer de manière pérenne à la population de Vire l'accès à un dispositif gradué de soins de proximité, aussi bien en matière de consultations qu'en matière de soins hospitaliers.

Le dernier projet d'établissement du centre hospitalier de Vire présenté aux contrôleurs, qui couvre la période 2012 à 2017 a été établi sous la forme de plans d'actions à réaliser durant la période concernée pour chacun des trois pôles : pôle plateau hospitalier, pôle santé mentale et pôle gérontologie. Un quatrième chapitre est consacré au pôle transversal qui regroupe les fonctions support.

En ce qui concerne le pôle santé mentale l'objectif principal était d'améliorer le parcours et la prise en charge du patient à chaque moment de la journée.

Le dernier projet médical, ou projet de prise en charge médico-soignante a été établi pour la même période (années 2012 à 2017). Les objectifs prenaient en compte notamment l'absence dans la commune de Vire de psychiatre exerçant en libéral depuis 2007. Ainsi il était indispensable de renforcer le dispositif des CMP pour que le suivi des patients ne soit pas fait par un psychiatre mais par des infirmiers et des psychologues avec des médecins généralistes ou avec les psychiatres de Flers (ville située à 30 km).

Il était mis en avant la situation très instable du personnel médical avec des arrêts maladie de longue durée et donc la nécessité de recruter des médecins psychiatres par le biais d'une agence d'intérim. Cette pénurie de médecins spécialisés entraînait des délais d'attente importants (autour de trois mois) pour l'obtention d'une simple consultation.

Les difficultés étaient également relevées s'agissant de patients, hospitalisés à temps plein, stabilisés sur le plan psychiatrique mais pour lesquels des structures d'accueil étaient recherchées, en vain, parfois depuis plusieurs années.

Le projet médical de territoire (PMT) est en cours d'élaboration après des réunions (la dernière en octobre 2017) du comité stratégique du groupement hospitalier de territoire (GHT). Le nouveau territoire concernerait une population d'environ 150 000 habitants. Ce projet médical est attendu par toutes les équipes car il doit permettre de fixer de nouveaux objectifs compte tenu de la fragilité de la situation de l'hôpital aujourd'hui, sur le plan financier et sur le plan des effectifs.

Le constat a été fait que les services sont localisés de façon inadaptée. De nombreux bureaux sont inoccupés dans certains bâtiments. En revanche la réflexion est avancée sur la restructuration du service des urgences, avec un projet qui devrait être finalisé avant la fin de l'année 2017 et qui porte et sur des modifications architecturales (extension du service) et sur le

mode de prise en charge des patients, avec une augmentation du nombre de lits dans l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

Comme il a été dit précédemment le CH de Vire comptabilise au service des urgences (généralistes et psychiatriques) près de 11 000 passages par an, alors que la clinique Notre Dame qui reçoit les urgences jusqu'à 20h enregistre une moyenne de 5 000 passages par an.

La question de la délocalisation ou du regroupement des urgences sur le seul site de la clinique Notre Dame a été tranchée en début d'année 2017.

L'avenir de l'unité de surveillance médicale continue (USMC) n'est pas encore fixé par l'ARS, et sa fermeture aurait de graves conséquences sur l'ensemble des autres services du CH et notamment sur les activités des urgences, de la cardiologie et de la pneumologie. Selon les informations recueillies, la fermeture de cette unité (ouverte depuis 2009 avec huit lits) entraînerait une perte de recettes non négligeable (environ un million d'euros) et obligerait à revoir les critères d'accueil de patients au sein du service des urgences.

L'ARS a constaté dans un courrier du 30 juin 2017 que les difficultés structurelles graves en matière de démographie médicale ne permettaient pas de garantir le maintien de la qualité et de la sécurité des soins délivrés en psychiatrie. En outre cette pénurie de médecins psychiatres empêchait le CH de se conformer aux dispositions réglementaires en vigueur en matière des soins sans consentement. Dans ces circonstances l'ARS a demandé au CHU de Caen, au CH de Bayeux et à l'EPSM de Caen d'apporter un appui médical à compter du mois de juillet 2017, notamment sous forme de vacations de médecins spécialisés. Par ailleurs il a été demandé que tous les patients du secteur de Vire qui doivent être hospitalisés pour des soins sans consentement, soient impérativement dirigés vers l'EPSM de Caen. C'est la raison pour laquelle, le jour du contrôle, seules quatre personnes étaient encore présentes dans l'unité d'hospitalisation fermée, avec le statut de patients hospitalisés sans leur consentement, alors que les quatorze autres personnes présentes avaient été admises en soins libres, six chambres restant inoccupées.

2.5 DES DIFFICULTES BUDGETAIRES ANCIENNES ET LOURDES DE CONSEQUENCES

En 2008 le CH de Vire avait été identifié comme étant une structure en situation difficile.

Suite aux prévisions budgétaires inquiétantes pour l'année 2010 et au niveau de surendettement majeur caractérisé par une capacité d'autofinancement négative, le premier plan de retour à l'équilibre budgétaire (PRE) a été signé en 2011 ; il couvrait la période 2010-2014 et mettait l'accent sur l'amélioration des recettes, sur la réorganisation des services et sur l'optimisation des fonctions annexes aux soins. En 2013 le déficit budgétaire était de l'ordre de 3,7 millions d'euros, soit plus de 1 % des recettes, en raison notamment de l'arrêt de l'activité de la maternité et le maintien du bloc opératoire, de la baisse des subventions MIGAC (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation) et d'une chute de l'activité générale.

Sur la demande de l'ARS la direction de l'hôpital avait proposé en juin 2014 un avenant au contrat d'objectifs et de moyens (CPOM), avenant portant sur un deuxième plan de retour à l'équilibre budgétaire pour les années 2014 à 2018.

Ce PRE présentait quatre orientations pour arriver au redressement pérenne de la situation financière de l'établissement :

- le non-renouvellement des contrats à durée indéterminée ;
- le non-remplacement de certains départs à la retraite ;
- la réduction du recours à l'intérim médical ;

- la collaboration avec le CH de Flers et le CH intercommunal des Andaines prévue dans le projet médical de territoire (PMT).

L'hôpital a enregistré une baisse d'activité en 2016 sur le pôle médecine en raison notamment de la diminution du nombre de lits en cardiologie passant de trente à vingt-deux lits en avril 2016. Compte tenu de la baisse d'activité constante et de l'importance des emprunts à rembourser, l'établissement n'a pas de capacité d'autofinancement. Il n'y a plus de programme pour le gros investissement.

La trésorerie de l'hôpital est par ailleurs très dégradée et certains interlocuteurs ont pu parler d'une situation de quasi-cessation de paiement (retards très importants pour régler certains fournisseurs).

Le niveau d'endettement est tel qu'il empêche toute possibilité d'emprunt et pour les engagements à court terme il faut absolument l'intervention et l'aide financière de l'ARS.

Des travaux sont à l'étude comme l'installation du service des archives sur le site même de l'hôpital, pour permettre la baisse de la charge financière due à la location d'un local à l'extérieur. Les changements depuis plusieurs années (depuis la fermeture de la maternité) des membres de la direction ne favorisent pas la dynamique et le suivi des projets institutionnels. Cette dynamique est également freinée du fait de l'instabilité du corps médical dans les spécialités de la psychiatrie, de la pédopsychiatrie et des urgences.

En 2015, compte tenu de la subvention de l'ARS de 700 000 euros le compte de résultat a été négatif à hauteur de 2 480 344 euros.

En 2016, compte tenu de la subvention de l'ARS de 800 000 euros le solde négatif a été établi à hauteur de 2 381 613 euros.

Pour 2017 ce résultat négatif pourrait s'élever à 2 903 711 euros, soit 7,87 % du total des produits, en prenant en compte le plan des actions prévues et notamment : la mise en place des hôpitaux de jour (addictologie et diabétologie), l'augmentation de l'activité endocrinologie, le gain d'un point sur la tarification à l'acte (T2A), un gain de productivité au niveau des achats et l'augmentation du nombre de lits dans l'unité de court séjour gériatrique.

Le projet régional de santé de Normandie (PRS2) va être arrêté avant le 1^{er} mai 2018 pour couvrir la période 2018 à 2023.

L'ARS va déterminer les territoires normands de santé mentale, ce qui est le préalable à l'élaboration des projets territoriaux de santé mentale (loi du 26 janvier 2016).

Il faut rappeler que les capacités d'hospitalisation à l'EPSM de Caen – qui reste l'établissement de référence – sont en baisse puisque des travaux sont en cours.

En ce qui concerne les dispositifs ambulatoires, un appui médical avait été demandé par l'ARS à d'autres établissements en juillet 2017.

L'ensemble des entretiens effectués au moment du contrôle a confirmé l'inquiétude des équipes vis-à-vis des mesures à venir et des arbitrages qui seront rendus en 2018 par l'ARS.

2.6 UN PERSONNEL MEDICAL EN EFFECTIF NETTEMENT INSUFFISANT

2.6.1 Le personnel de l'hôpital

Dans l'ensemble de l'hôpital le nombre d'équivalents temps plein rémunérés (ETPR) est relativement stable entre 2015 et 2016 soit :

- pour le personnel médical (PM) : 40,48 en 2015 et 40,21 en 2016 avec le recrutement d'un assistant pendant un an ;
- pour le personnel non médical (PNM) : 639,92 en 2015 et 629,41 en 2016.

Il faut préciser que le CH de Flers met à disposition huit personnes pour la prise en charge de l'activité HAD (quatre infirmiers, trois aides-soignants, une secrétaire, une assistante sociale, une psychologue).

Il y a une légère diminution de l'effectif du personnel non médical soignant soit en 2015 : 477,84 ETP et en 2016 : 473,89 ETP (hors activité HAD de Flers), baisse qui concerne les agents des services hospitaliers (ASH) et les infirmiers du secteur psychiatrique (départs à la retraite seulement).

Au niveau de l'intérim médical on note une diminution de la charge financière soit pour 2015 : 99 000 euros et pour 2016 : 88 000 euros (pas de recrutement d'infirmiers anesthésistes notamment).

Mais il faut évidemment prévoir une nouvelle hausse très importante en 2017 compte tenu de l'absence de médecins psychiatres pour le pôle santé mentale et donc un recours intensif à l'intérim (avec un coût d'environ 1 500 euros par jour).

Le taux d'absentéisme est en baisse en 2016 pour le PM et le PNM, soit respectivement 4,42 % et 6,9% (taux national 7 %), mais augmente pour le personnel soignant (7,18 %).

C'est le pôle plateau hospitalier qui est le plus touché (7,32 %) concernant le PNM mais c'est le pôle santé mentale le plus touché concernant le PM pour les raisons déjà évoquées.

Pour le personnel médical le *turn over* a augmenté (six sorties en 2015 et treize en 2016), alors qu'il a diminué concernant le PNM (cinquante-sept sorties en 2015 et quarante-six en 2016). C'est le pôle gériatrie qui est le plus touché.

Il y a une grande mobilité au niveau des IDE, car on constate qu'au bout de deux ans il ne reste que 41 % des IDE recrutés contre 5% en 2015 (départ souvent dans le secteur libéral).

L'hôpital a engagé une politique de formation de l'ensemble de son personnel, avec soixante à soixante-dix personnes bénéficiaires chaque année d'une formation sur site par un organisme spécialisé (travail notamment sur les valeurs et la bientraitance). Le plan de formation pour le pôle santé mentale est en cours d'élaboration (absence de deux psychiatres actuellement).

Le CH gère sur place un institut de formation (IFSI /IFSA) ce qui facilite le recrutement d'infirmiers diplômés d'état et d'aides-soignants hospitaliers à la sortie de leur formation chaque année au mois de juillet (180 élèves diplômés).

2.6.2 Les médecins au pôle de santé mentale

a) Psychiatrie adulte

Les postes budgétés du pôle de psychiatrie adulte sont de trois praticiens hospitaliers (PH) temps plein, d'un poste de praticien attaché associé temps plein et d'un médecin généraliste vacataire (0,3 ETP).

Sur les trois PH un seul est actuellement en poste, un est en arrêt maladie depuis septembre 2016 et actuellement en congé longue maladie et le troisième est en arrêt maladie depuis juillet 2016 avec un passage en disponibilité depuis le 1^{er} novembre 2017.

Le seul PH présent, ayant pris ses fonctions en 2013, assure l'intérim de la fonction de chef de pôle de psychiatrie (service adulte et enfant). Il assure l'ensemble des astreintes de psychiatre soit en première ligne (huit jours par mois) soit en deuxième ligne (vingt-deux jours par mois) lorsque l'astreinte est effectuée par un interne.

Le praticien attaché associé, psychiatre de formation, a entamé la procédure d'autorisation d'exercer en France (PAE). Après avoir passé l'épreuve de vérification des connaissances il doit exercer pendant trois ans dans un service agréé pour la formation des internes, or le service de psychiatrie du CH de Vire n'est agréé que jusqu'à la fin de l'année 2017.

Un médecin psychiatre du centre hospitalier de Flers intervient régulièrement dans les hôpitaux de jour et le CATTP adulte.

Pour pallier les insuffisances de temps médical le centre hospitalier fait appel à des médecins remplaçants ou intérimaires. Deux médecins sont actuellement dans cette situation. Ils assurent en particulier le remplacement du chef de pôle lors de ses absences.

Le médecin généraliste exerce en tant que médecin libéral à proximité de Vire. Elle a été recrutée en avril 2017. Elle est présente trois demi-journées par semaine les lundis, mercredis et vendredis.

Les deux postes vacants de praticien hospitalier sont publiés mais l'établissement n'a reçu aucune candidature. Le premier jour de la mission le chef de pôle recevait un médecin psychiatre espagnol éventuellement intéressé par le poste.

Les temps médicaux se répartissent de la façon suivante sur les différentes structures du pôle :

	Unité d'hospitalisation temps plein (UHTP)	Unité de réadaptation (UHRPS)	Structures ambulatoires ⁵	Équipe de liaison
PH Psychiatre	0,5	0,2	0,3	
Praticien attaché psychiatre	0,2		0,1	0,7
Médecin généraliste	0,25	0,05		

b) Psychiatrie infanto-juvénile

Deux postes de PH sont budgétés (1,8 ETP) mais du fait de l'impossibilité de recruter des médecins psychiatres sur ces postes, l'établissement a établi une convention avec le CHU de Caen afin de mettre à disposition du CMPEA de Vire un PH à 0,1 ETP et depuis le mois de décembre 2017, 0,20 ETP sur le CMP et le CATTP.

A partir du 1^{er} mai 2018, un médecin assistant spécialisé régional interviendra à 0,60 ETP au CH de Vire et 0,40 ETP au CHU de Caen.

Les deux praticiens présents n'effectuent que 0,2 ETP.

Un interne consacre 0,2 ETP au service.

⁵ Les consultations médicales des trois CMP ont été regroupées au CMP de Vire localisé au sein de l'hôpital

2.6.3 Le personnel non médical

Un cadre supérieur de santé supervise les pôles psychiatrie adulte, pédopsychiatrie ainsi que l'unité d'addictologie.

a) Psychiatrie adulte

Un cadre de santé est présent dans chacune des unités UHTP et UHRPS.

L'UHTP compte dix-huit infirmiers plein temps et cinq aides-soignants assurant les horaires de jour et de nuit, cinq ASH pour 4,5 ETP et deux assistants médico-administratifs pour 1,9 ETP.

Par ailleurs trois psychologues interviennent dans l'unité pour 1,3 ETP.

Les fonctions d'assistante sociale sont regroupées au sein du pôle support partagé avec l'ensemble de l'établissement. Au moment du contrôle, le poste de l'assistante sociale ayant en charge la psychiatrie était toujours vacant, après la démission de l'intéressée.

Le recrutement du personnel non médical ne rencontre pas de difficultés. Les soignants sont tous volontaires pour venir travailler en psychiatrie.

b) Psychiatrie infanto-juvénile

En l'absence d'unité d'hospitalisation l'ensemble du personnel exerce ses activités dans les structures ambulatoires, CMPEA et CATTTP.

L'équipe comprend cinq infirmiers pour 4,6 ETP, quatre psychologues (3,6 ETP), une psychomotricienne, un éducateur, un assistant social mis à disposition (0,5 ETP) et deux assistants médico-administratifs à temps plein.

2.6.4 La formation du personnel non médical

Le plan de formation 2017 prévoyait, entre autres, une formation à la gestion de la violence chez l'enfant pour dix à quinze soignants qui s'est effectivement tenue et une formation aux soins sans consentement pour dix infirmières qui n'a pas eu lieu faute de temps pour l'organiser.

3. LA CONNAISSANCE DE LEURS DROITS PAR LES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT

3.1 UNE PRESENCE EN DECROISSANCE DE PATIENTS SOUS CONTRAINTE

Lors de la visite des contrôleurs, quatre patients en soins sous contrainte étaient hospitalisés au service de santé mentale du centre hospitalier de Vire, dans des conditions totalement identiques à celles de quatorze patients en soins libres.

Deux de ces patients avaient été admis sur décision du directeur suite à la demande d'un tiers, dont un jeune homme arrivant au terme de son année d'hospitalisation complète.

Concernant les patients sous contrainte, après décision du représentant de l'Etat, l'un relevait des dispositions de l'article 706-135 du code de procédure pénale et le second, initialement hospitalisé à sa demande, avait vu son statut modifié le 24 octobre 2017 par un arrêté préfectoral ordonnant son hospitalisation sous contrainte avant transfert vers une unité pour malades difficiles (UMD).

Il est à rappeler (cf. *supra* § 2 4) que depuis le 17 juillet 2017, la direction générale de l'ARS, a préconisé que les patients relevant du secteur de Vire soient hospitalisés temporairement à l'établissement de santé mentale (EPSM) de Caen.

Ainsi pendant la mission, les contrôleurs n'ayant pu assister à des admissions ont recherché, par les échanges avec les uns et les autres, par l'analyse de quatre dossiers de patients sous contrainte et l'examen des registres de l'établissement, les pratiques appliquées avant le transfert de compétence.

A titre d'information, il résulte des statistiques qu'en 2016 trente-sept patients ont été admis sur décision du directeur (dont vingt-cinq en urgence) et deux suite à un arrêté préfectoral, alors qu'en 2017 et jusqu'au 17 juillet, quatorze admissions ont été réalisées sur décision du directeur dont huit en urgence, tandis que sept patients ont été admis sur arrêté du représentant de l'Etat.

3.2 UNE INFORMATION ECRITE INEXISTANTE LORS DE L'ADMISSION DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT

L'établissement ne dispose pas d'un livret d'accueil mais a édité un « *guide de séjour* » sommaire, destiné à toute personne entrant au CH et qui ne contient aucune explication sur la spécificité de l'hospitalisation sous contrainte. Selon ce qui avait été précisé aux contrôleurs, ce livret n'était d'ailleurs pas remis aux patients admis pour une hospitalisation sous contrainte.

Mais dans son courrier de réponse en date du 26 avril 2018 la directrice adjointe de l'établissement a indiqué que le livret est remis à tous les patients, à l'exception de ceux qui sont placés en chambre d'isolement.

En revanche, un document intitulé « *informations aux patients hospitalisés dans le cadre d'une mesure de soins sous contrainte* » était notifié à l'admission du patient. Ce formulaire est très incomplet puisqu'il ne précise que la possibilité de saisir le juge des libertés et de la détention, de prendre conseil avec l'avocat du choix du patient, de contacter le procureur de la République. Il mentionne l'obligation pour l'équipe médicale d'évaluer mensuellement les soins nécessaires au maintien de l'hospitalisation sans consentement.

Il n'est nullement fait état des autres droits reconnus au patient sous contrainte tels qu'ils résultent de l'article L 3211-3 du code de la santé publique et notamment la possibilité de saisir

la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), la commission des usagers (CDU) et le Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

Recommandation

L'établissement doit élaborer une notice qui détaille les dispositions de l'article L 3211-3 du code de la santé publique en déclinant l'ensemble des droits inhérents à toute personne hospitalisée sans son consentement pour la remettre systématiquement au patient accueilli.

3.3 UN DROIT FORMEL A DESIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Le « *guide de séjour* », qui est remis à chaque entrant dans l'hôpital, présente la personne de confiance dans les termes suivants : « *Je peux désigner par écrit une personne de mon entourage en qui j'ai toute confiance pour m'accompagner tout au long des soins et des décisions à prendre. Cette personne sera consultée dans le cas où je ne serais pas en mesure d'exprimer ma volonté ou de recevoir l'information nécessaire* ». La distinction est clairement établie entre la personne de confiance et la personne à prévenir.

Il comporte également deux fiches distinctes explicatives sur la personne de confiance : l'une précise son rôle, qui peut la désigner et qui peut être désigné, quand et comment la désigner, et comment faire connaître ce document et le conserver ; l'autre constitue un formulaire de désignation de la personne de confiance. Les informations sont conformes aux dispositions prévues par l'article L.1111-6 du code de la santé publique.

Par ailleurs, le livret d'accueil remis au personnel lors de sa prise de fonction à l'hôpital, intitulé : « *Respecter les droits des usagers pour une meilleure prise en charge* », contient une rubrique relative à la personne de confiance.

Même si l'ensemble des documents mentionne la procédure particulière pour les personnes sous tutelle, le dispositif ne s'adresse pas en particulier aux patients de l'unité de psychiatrie, comme en témoigne la fiche jointe aux deux précédemment citées qui porte sur les directives anticipées exprimant les volontés pour la fin de vie.

Hormis cette information formelle donnée à l'arrivée, la question de la désignation de la personne de confiance n'est pas ultérieurement reprise avec le patient pendant son séjour à l'UHTP.

En outre, le personnel de l'unité n'a pas été en mesure de confirmer si la personne enregistrée comme personne de confiance en était bien informée.

Recommandation

La possibilité de désigner une personne de confiance doit être expliquée aux patients durant leur séjour lorsque leur état de santé leur permet d'en saisir le sens. La procédure doit comporter l'information de la personne désignée et son accord.

3.4 UN EXERCICE POSSIBLE DU DROIT DE VOTE

La possibilité de voter au cours d'une hospitalisation n'est évoquée dans aucun des documents remis aux patients.

Selon les indications données par le personnel soignant, les patients désireux de voter au moment des élections présidentielles et législatives de 2017 ont pu le faire : d'une part, un agent

de police judiciaire de la brigade de gendarmerie de Vire s'est déplacé à l'hôpital pour recueillir les procurations ; d'autre part, un patient en soins psychiatriques sur décision de représentant de l'Etat (SPDRE) a bénéficié d'autorisations de sortie pour chacun des deux tours de l'élection présidentielle, accompagné d'un soignant lors du premier tour, seul lors du second.

Bonne pratique

La venue d'un membre de la gendarmerie pour établir des procurations, l'octroi d'autorisations de sortie aux patients et l'accompagnement de ces derniers par le personnel soignant favorisent l'exercice effectif du droit de vote.

3.5 UNE INFORMATION INSUFFISANTE POUR L'ACCES AU CULTE

Le règlement intérieur indique la possibilité de participer à l'exercice de son culte et l'existence d'un service d'aumônerie. L'aumônerie n'est en revanche pas mentionnée dans le « *guide de séjour* », qui informe que la visite des représentants des différents cultes doit être demandée auprès du personnel soignant. La question du culte n'est pas abordée dans la « *convention de vie de l'UHTP* », qui constitue le principal support d'information en direction des patients et qui est affichée dans l'unité.

Le service de l'aumônerie est composé de douze personnes, toutes de confession catholique, pour l'ensemble de l'hôpital.

La responsable de l'aumônerie et un autre membre se rendent respectivement une fois par semaine à l'unité d'hospitalisation, les matins du mardi et du jeudi. Dès son arrivée dans l'unité, l'intervenante s'enquiert auprès des soignants des patients à ne pas visiter sans considération de leur éventuelle croyance religieuse. Toute remise d'un objet – croix religieuse, bible, image, etc. – est également soumise à autorisation du personnel.

Les rencontres avec les patients peuvent avoir lieu dans tous les locaux de l'unité, à l'exception des chambres.

Lorsque les patients en font la demande auprès des soignants, il leur est possible de se rendre à l'office catholique qui est célébré un mercredi par mois à la chapelle de l'hôpital. Les personnes, à raison de quatre au maximum, sont accompagnées par un membre de l'aumônerie.

Chaque année, les membres de l'aumônerie accompagnent des patients à un réveillon « Noël pour tous » organisé en ville : en 2016, un patient de l'UHTP a ainsi participé au repas et a reçu un cadeau.

L'aumônerie assure le relais entre les patients et les représentants des autres cultes, qui interviennent ponctuellement et à la demande, la dernière venue en date étant celle d'un pasteur protestant.

Selon les indications données, les patients formulent peu de demandes relatives au culte.

Les relations entre l'aumônerie, l'unité et la direction sont qualifiées d'excellentes. Une rencontre entre l'aumônerie et l'équipe soignante a lieu périodiquement.

Recommandation

Les coordonnées des représentants des différents cultes doivent être mentionnées dans le règlement intérieur et le guide du séjour. Les informations concernant l'aumônerie doivent figurer dans la convention de vie de l'UHTP et être affichées au sein de l'unité.

4. LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS DES PATIENTS ET LEUR CONTROLE

4.1 DES CONDITIONS ACTUELLES D'ADMISSION EN HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT INSATISFAISANTES

Ainsi qu'il a été dit (cf. *supra* § 2.4) les patients du secteur de Vire sont orientés, depuis le 17 juillet 2017, quand une hospitalisation sans consentement est décidée, vers l'EPSM de Caen.

Toutefois ils transitent obligatoirement par le service des urgences du CH de Vire, où le médecin urgentiste pratique l'examen somatique. Un personnel de direction du CH de Vire informe alors l'EPSM pour préparer l'arrivée du patient.

Conformément à l'article 6 de la convention signée notamment entre l'ARS, l'EPSM de Caen et le CH de Vire le transport est, « *dans toute la mesure du possible* », à la charge du CH de Vire.

Il a été dit aux contrôleurs que, dans les rares cas de transfert programmé après 20h, l'EPSM acceptait alors de venir chercher le patient en attente au service des urgences de Vire.

Selon l'état clinique du patient, le trajet, qui dure environ une heure, se fait par un transporteur privé soit en VSL, soit en ambulance quand une mise en contention est estimée nécessaire. Un ou deux soignants du CH de Vire, dont l'infirmière de liaison, accompagnent systématiquement le patient.

Les contrôleurs ont assisté à l'arrivée, vers 15h au service des urgences à Vire, d'un homme, interpellé par deux militaires de la gendarmerie compte-tenu de son agitation sur la voie publique.

Menottée, cette personne à l'égard de laquelle aucun certificat médical n'avait été établi pour préconiser son admission en soins psychiatriques sans consentement, a patienté dans un box du service, en attente de la consultation par un médecin urgentiste.

Concomitamment s'est présenté l' élu municipal de permanence, venu pour rédiger l'arrêté municipal d'hospitalisation sous contrainte.

Le médecin urgentiste a pratiqué l'examen somatique avant de délivrer le certificat médical décrivant l'état pathologique du patient qui justifiait la demande d'admission en SPDRE.

Le représentant du maire s'est ensuite employé à motiver l'arrêté municipal, en s'appropriant les termes du certificat médical de l'urgentiste.

Encadré par les gendarmes, la personne a alors patienté plusieurs heures avant de partir à 18h30 en ambulance, mais non contentionnée, avec deux soignants.

Les documents nécessaires à l'admission en SPDRE, à savoir le certificat médical d'admission et l'arrêté du maire, étaient à remettre au bureau des admissions de l'EPSM de Caen, étant précisé qu'aucun droit n'a été notifié au patient durant son passage aux urgences.

Ce constat a confirmé les informations précédemment recueillies quant à la pertinence du dispositif actuel ; en effet, dans la plupart des situations, il engendre, par l'attente, souvent longue de la mise en œuvre du transfert, de l'angoisse chez le patient en situation de crise et retarde le moment où ce dernier, enfin informé de ses droits, pourrait faire valoir ses observations.

Recommandation

Les conditions d'admission à l'ESPM de Caen des patients en soins sans consentement après un passage au service des urgences du CH de Vire, ne peuvent perdurer. Une solution rapide doit être trouvée pour offrir aux patients une prise en charge rapide et sereine et leur garantir la notification de droits sans délai.

4.2 DES DROITS DES PATIENTS HOSPITALISES SANS LEUR CONSENTEMENT LARGEMENT IGNORES DES SOIGNANTS

Au CH de Vire, les modalités d'admission étaient organisées de telle façon que le patient n'ait pas à se présenter au secrétariat de l'unité de santé mentale où deux adjointes administratives ont, entre autres tâches, la gestion de toutes les procédures de soins sous contrainte. Leur travail est apparu marqué par une grande rigueur et la recherche d'un contrôle efficient quant au respect des exigences procédurales découlant de la loi de 2011.

Avant le 17 juillet, les patients arrivant aux urgences en vue d'une admission sous contrainte étaient aussitôt vus par l'infirmière de liaison attachée à l'unité de santé mentale qui rassemblait les documents et les transmettait immédiatement au secrétariat.

C'est alors que s'effectuaient les vérifications de la conformité des certificats médicaux et l'édition des documents tels que le bulletin d'entrée, l'arrêté du maire puis celui du préfet, la décision de la direction avant que ne soient communiquées au bureau des soignants les notifications à effectuer auprès du patient.

Il a été dit que les notifications étaient le plus souvent signifiées au patient par l'infirmière de service ou le cadre de santé, avec remise de la notice dont il a été fait mention au § 3.2.

Les patients étaient invités à signer l'accusé de réception qui accompagne l'arrêté préfectoral ou la décision directoriale, chacun de ces documents portant mention des voies de recours.

Il est toutefois très vite apparu que le souci principal était davantage d'obtenir la preuve de la notification que d'apporter des explications pédagogiques sur le sens de l'hospitalisation et d'informer les patients des droits dont ils peuvent demander la mise en œuvre.

Les contrôleurs ont constaté le manque de formation quant aux exigences de la loi sur les soins sans consentement.

Les pratiques des soignants sont apparues certes respectueuses du formalisme légal, mais empreintes de peu de conviction pour expliquer aux patients l'intérêt des droits qui leur sont reconnus et l'utilité de la mise en œuvre des voies de recours.

Par ailleurs la copie des documents requis tout au long du placement (notamment les certificats médicaux mensuels) n'est jamais remise aux patients.

Recommandation

L'information des patients doit être assurée, avec conviction, par des agents formés et la copie des documents attachés à l'hospitalisation sous contrainte remise systématiquement pendant tout le temps de l'hospitalisation.

4.3 UNE ABSENCE DE RECUEIL DES OBSERVATIONS DU PATIENT

Selon les dispositions de l'article L 3211-3 du code de la santé publique, le patient, dès que son état le permet, doit être informé par le médecin psychiatre du projet de maintien des soins sous le régime de la contrainte. Il doit alors lui être donné la possibilité de faire valoir ses observations, notamment son opposition à la poursuite des soins sous cette forme.

Cette notion est totalement méconnue des soignants. Certes un médecin a indiqué en faire mention au bas du certificat mensuel ; toutefois les contrôleurs, n'ont pas constaté de telles mentions, après consultation d'un certain nombre de certificats médicaux concernant les quatre patients actuellement hospitalisés.

Recommandation

La présence actuelle de patients en soins sans consentement exige la mise en place sans délai d'un « outil » permettant de recueillir leurs observations sur toute décision médicale prolongeant le maintien de soins psychiatriques sous contrainte.

4.4 UNE TENUE CORRECTE DES REGISTRES DE LA LOI

Les registres de la loi sont tenus par une secrétaire médicale et une adjointe administrative du secrétariat de l'unité de santé mentale, sous le regard attentif du cadre supérieur de santé particulièrement vigilant quant à la régularité des procédures concernant les soins sans consentement.

Le CH de Vire ne procédant plus à des admissions, le nombre de registres vivants conservés au secrétariat est minime (trois) ; c'est ainsi que les contrôleurs, après avoir procédé à un sondage des trois registres ont plus particulièrement examiné le dernier, ouvert le 18 mai 2017 et utilisé, au jour de la visite, jusqu'au feuillet 14.

Il est à préciser que les registres de la loi, d'un modèle standard, ne sont pas distincts, qu'il s'agisse de l'enregistrement des mesures prises après arrêté préfectoral (SDRE) ou sur décision du directeur de l'établissement (SDDE).

Il a été dit que les registres dans lesquels toutes les mesures ont été levées sont gardés aux archives de l'hôpital avant d'être versés aux archives départementales.

Aucun registre n'est paraphé par le maire de la commune, cette pratique étant ignorée du personnel.

Les pièces sont photocopiées puis réduites avant d'être collées sur le folio correspondant à l'identité du patient.

L'analyse du registre en cours fait apparaître l'enregistrement de neuf patients admis sur décision du directeur après demande d'un tiers dont deux en urgence.

Trois mesures avaient été levées et quatre hospitalisations complètes avaient été modifiées pour la mise en place d'un programme de soins.

Concernant les cinq patients inscrits à la suite d'un arrêté préfectoral, trois bénéficiaient d'un programme de soins.

Les mentions visées par l'article 3212-11 du code de la santé publique sont généralement correctement retranscrites avec quelques omissions d'indications des décisions de mise sous protection judiciaire et des dates d'audience du juge des libertés et de la détention (JLD).

En revanche, toutes les autorisations de sorties sont collées.

Il est à signaler que les arrêtés préfectoraux mentionnent les voies de recours, mais ne font pas état des coordonnées du CGLPL ni de celle de la commission des usagers.

Enfin et malgré les dispositions de la loi du 22 septembre 2013, aucun projet de dématérialisation du registre de la loi n'était envisagé (le contexte ne s'y prêtait guère).

4.5 UNE ABSENCE DE CONTROLE PAR LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES

Si la CDSP du Calvados est régulièrement constituée, elle semble ignorer totalement l'existence de l'unité de santé mentale au CH de Vire où elle ne s'est jamais rendue.

Les soignants au CH ont dit aux contrôleurs n'avoir jamais reçu la visite des membres de la commission.

Les deux représentants de l'ARS, au cours des échanges avec les contrôleurs, n'ont pu que déplorer cette situation. Ils ont ajouté avoir pour projet une réorganisation de cette instance départementale pour lui permettre d'assurer pleinement ses compétences légales. Un groupe de travail vient d'être mis en place au niveau national, sur l'insistance de l'union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM), afin de redonner un dynamisme efficient aux commissions départementales.

A la demande des contrôleurs, le rapport d'activité de l'année 2016 leur a été transmis ; ils ont ainsi constaté que seuls deux des quatre établissements du département avaient été visités, n'ayant entraîné aucune observation de la part de la CDSP.

Recommandation

Il est urgent, tant que sont hospitalisés à l'unité de santé mentale du CH de Vire des patients en soins sans consentement, que la CDSP y exerce son contrôle institutionnel.

4.6 UN CONTROLE EFFECTIF PAR LE JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION ET UN ROLE ACTIF DE TOUS LES ACTEURS DU SUIVI DE LA MESURE

Depuis la loi du 27 septembre 2013, l'audience du JLD doit obligatoirement, sauf exception motivée, être tenue au sein de l'établissement de santé (L 3211-12-2 du CSP). C'est ainsi qu'une convention a été signée, dont la dernière version est datée du 25 mars 2016 entre l'ARS, le TGI de Caen et les établissements de son ressort recevant des patients en soins sans consentement. Elle a pour objet :

- d'optimiser l'application de la législation sur les soins psychiatriques sans consentement dans les établissements habilités du département ;
- de fixer l'organisation des audiences qui depuis le 1^{er} septembre 2014 se tiennent à l'EPSM de Caen ;
- de formaliser les supports de travail correspondant aux besoins de chacun ;
- de créer une dynamique d'évaluation continue des pratiques et des relations.

Ce document, très complet, est un véritable outil de travail qui facilite la phase de préparation, de déroulement et de suivi de l'audience autant pour le personnel des établissements que pour le greffe judiciaire.

4.6.1 Les modalités d'organisation de l'audience

Le secrétariat de l'unité de santé mentale pour les patients en SDDE, et l'ARS pour les patients en SPDRE, tiennent à jour les dates prévisibles des audiences et transmettent la requête de saisine du juge rédigée selon un formulaire standard au plus tard huit jours après la décision d'admission (cette hypothèse ne se produit plus à Vire depuis le mois d'août 2017) et au moins quinze jours avant l'expiration du délai de six mois pour les contrôles ultérieurs.

Les requêtes sont toujours accompagnées des certificats médicaux obligatoires sur lesquels l'attention des médecins a été attirée pour qu'ils décrivent avec précision les troubles mentaux et les causes justifiant la poursuite de l'hospitalisation complète.

Les coordonnées du tiers et l'existence d'une mesure de protection judiciaire sont mentionnées ; la convocation du patient est, ensuite, adressée par le greffe à l'établissement de santé qui a la charge de la notification avec traçabilité de la prise de connaissance de cette notification par le patient.

A l'instar des conditions de notification des droits et des décisions d'admission il n'a pas été possible aux contrôleurs de vérifier quelles explications étaient données sur le sens de l'audience et sur les droits attachés à la convocation, notamment la possibilité de consulter le dossier judiciaire, ce dont les soignants ont paru être dans l'ignorance la plus totale.

Toutefois, pendant le temps de la mission, un patient hospitalisé suite à la demande d'un tiers a été convoqué à l'audience du jeudi 7 décembre pour examen du bien-fondé du maintien, après onze mois et vingt-cinq jours d'hospitalisation complète.

Cette personne, qui a échangé avec les contrôleurs, avant l'audience, a indiqué en comprendre l'enjeu, expliquant d'ailleurs qu'elle espérait une mainlevée. Elle a toutefois indiqué ne pas être au courant de la possibilité de consulter son dossier. Bien que convoqué le tiers n'était pas présent à l'audience.

Recommandation

Les modalités de remise de convocation pour l'audience du JLD doivent être davantage protocolisées afin de s'assurer que le patient ait une exacte compréhension et un accès complet aux droits découlant de l'audience.

La veille de l'audience, une dernière vérification du dossier par le secrétariat a mis en évidence l'oubli de la convocation du collège des professionnels de santé obligatoire, dans l'hypothèse d'un maintien par le JLD, puisque le délai d'une année d'hospitalisation complète allait être dépassé le 12 décembre.

4.6.2 Le déroulement de l'audience

Les contrôleurs ont assisté le jeudi 7 décembre 2017 à l'une des deux audiences hebdomadaires présidée par le JLD en charge des contentieux de soins sans consentement.

La salle d'audience, située dans l'enceinte de l'ESPSM, est une vaste pièce de plus de 100 m², lumineuse et en parfait état de maintenance ; elle est meublée d'une dizaine de rangées de bancs faisant face à une estrade destinée au juge et à sa greffière ; une pièce est réservée aux entretiens avec les avocats, garantissant la confidentialité et une autre sert de salle d'attente avec une table ronde et des sièges confortables. Les sanitaires étaient en parfait état de propreté.

Le patient venu de Vire s'est immédiatement entretenu avec l'avocat (commis d'office) avant d'être appelé à comparaître, les débats se tenant, à sa demande, en chambre du conseil.

Les soignants accompagnateurs sont entrés dans la salle et se sont assis sur un banc, laissant le patient seul face au juge.

La juge qui n'avait pas revêtu sa robe institutionnelle, s'est montrée particulièrement à l'écoute du patient qui, en capacité de s'exprimer, lui a expliqué avec énergie les raisons de son non-consentement à la poursuite de la mesure.

Par un recueil d'informations pertinent, elle a cherché à recueillir les éléments indispensables pour mener à bien son processus décisionnel.

L'avocat a relevé l'absence de réunion du collège des professionnels de santé avant de conclure à la mainlevée de la mesure.

La juge, à l'issue de la phase des débats, a immédiatement informé le requérant qu'elle souhaitait un temps de réflexion et qu'ainsi la décision serait rendue à 15h par envoi de l'ordonnance au secrétariat de l'unité de santé mentale.

Le jeune homme, à l'issue de l'audience, a exprimé sa satisfaction d'avoir été écouté et son espoir d'obtenir la levée de la mesure

4.6.3 Les décisions rendues

Il a été dit aux contrôleurs que dans certains des cas le juge rédigeait sa décision sur place et la notifie avec pédagogie, sans omettre d'indiquer les possibilités de voies de recours.

Dans d'autres hypothèses, la décision n'est pas annoncée en fin d'audience mais notifiée dans les 24h à l'établissement.

La remise au patient, par le cadre de santé, de la notification de la décision du JLD est toujours tracée.

Le 7 décembre à 15h, la copie de la décision concernant le patient ayant comparu le matin est arrivée par fax au secrétariat.

Cette décision relevait qu'à défaut de réunion du collège l'hospitalisation du patient ne pourrait se poursuivre au-delà du 12 décembre ; en conséquence un nouvel examen des mesures de soins psychiatriques a été fixé à l'audience au 12 décembre, l'hospitalisation étant maintenue jusqu'à cette date.

Entre-temps, le vendredi 8 décembre, le médecin psychiatre a prescrit la levée de l'hospitalisation complète pour mise en œuvre d'un programme de soins.

En 2016, le JLD a rendu trente-cinq décisions, aucune ne l'ayant été suite à une saisine directe du patient.

Quatre procédures relevaient d'un contrôle à six mois. Une mainlevée a été prononcée compte-tenu de la saisine judiciaire hors délai.

Quatre patients ont interjeté appel, la cour d'appel de Caen ayant ensuite confirmé les décisions de premier ressort.

En 2017, jusqu'au 1^{er} décembre, vingt-sept ordonnances ont été rendues par le JLD, dont quatre suite à un contrôle à l'issue du délai de six mois.

Une mainlevée immédiate a été prononcée au mois de janvier 2017. Aucun recours n'a été formé contre ces décisions.

Il est à signaler que la cour d'appel de Caen a organisé le jeudi 7 décembre 2017 une journée de réflexion sur le thème « justice et psychiatrie » avec une table ronde destinée à la réflexion sur le contrôle par le juge de l'hospitalisation sous contrainte.

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 UNE PRESENTATION MINIMALE DE L'UNITE D'HOSPITALISATION ET DE SES REGLES DE FONCTIONNEMENT

Le CH de Vire s'est doté d'un règlement intérieur dont la version en vigueur date de septembre 2014. Le document n'est pas accessible aux patients ou aux familles. Au moment du contrôle, il ne l'était pas non plus par le biais du site internet de l'hôpital, qui était « *en développement* ». Le site renvoie au site de la fédération hospitalière de France (FHF), dont la fiche ne fournit que des éléments très généraux de présentation.

Le règlement intérieur comprend des paragraphes particuliers pour les « *admissions en psychiatrie* », les « *autorisations de sortie* » s'agissant des hospitalisations sans consentement et la « *sortie d'un patient à l'insu d'un service (fugue)* ».

Certaines dispositions ne sont pas conformes à la réalité, notamment celles relatives à la liberté d'aller et venir pour les patients en soins psychiatriques libres (cf. *infra* § 5.2).

Le « *guide de séjour* » remis à l'arrivée dans l'hôpital est un document succinct, comprenant dix pages en couleur et trois fiches volantes (cf. *supra* § 3.3 sur la personne de confiance). Le document est organisé autour de six thèmes⁶ ; le service de psychiatrie et l'UHTP ne sont pas mentionnés.

Le seul document comportant les règles de vie de base pour un patient hospitalisé à temps plein en psychiatrie est la « *convention de vie de l'UHTP* », qui n'est pas un document de nature contractuelle contrairement à ce que sa dénomination indique. On y trouve des mentions sommaires sur les règles de vie suivantes : « *les horaires, l'hygiène, le sommeil, les traitements, les repas, tabac, visites, téléphone, références IDE/AMP, sorties de l'unité, hygiène alimentaire, objets de valeur, tâches quotidiennes, inventaires* ».

Le document, qui comporte deux feuillets rédigés en janvier 2013, n'est pas remis à l'arrivée mais, selon les indications données, les règles de vie seraient présentées oralement lors d'un entretien d'accueil. Il est affiché sur la vitre du bureau infirmier, donc visible du couloir de l'unité. Il n'était pas affiché dans les chambres visitées par les contrôleurs.

Le nom et les coordonnées des médecins, du cadre de santé, de la psychologue, de l'assistante sociale ne figurent pas dans ce document, qui ne fait pas état non plus de règles particulières selon le statut de l'hospitalisation, y compris dans son paragraphe concernant les sorties de l'unité.

Recommandation

Les documents supports du règlement intérieur du centre hospitalier, du guide de séjour dans l'établissement et de la convention de vie de l'UHTP doivent être mis à jour, complétés et enrichis, en prenant davantage en compte les soins psychiatriques sans consentement.

⁶ « *J'organise mon hospitalisation* », « *Mes bagages* », « *Pour mon hospitalisation* », « *Ma sortie* », « *Mes droits* » (résumé de la charte de la personne hospitalisée), « *Mon séjour de A à Z* ».

5.2 UNE UNITE FERMEE EN PERMANENCE ET DES RESTRICTIONS INJUSTIFIEES A LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR POUR LES PATIENTS EN SOINS LIBRES

L'UHTP est une unité fermée et, selon tous les interlocuteurs rencontrés, l'a toujours été par le passé, à la différence de l'unité de réadaptation, qui est ouverte. De ce fait, la sortie de l'unité dépend, pour les patients, de l'ouverture par le personnel soignant de l'une des deux portes de l'unité, donnant respectivement dans le hall et dans le couloir du bâtiment Yannick Salaün.

Contrairement à l'affichage dans le règlement intérieur d'une liberté totale d'aller et venir au sein de l'établissement pour les personnes en soins psychiatriques libres, le personnel soignant ne procède en réalité à l'ouverture de l'unité qu'au profit des personnes bénéficiant d'une autorisation médicale, quel que soit leur statut (admission en soins libres ou sous contrainte).

La règle est explicitée dans la convention de vie de l'UHTP s'agissant des sorties de l'unité : « *Elles se font exclusivement sur prescription médicale en fonction de votre projet personnalisé de soins.* »

La « *permission de sortie* » d'un patient en soins libres n'est autorisée que si ce dernier la sollicite auprès du médecin. Usuelle parmi le personnel, cette terminologie est mentionnée dans le règlement intérieur à propos des personnes hospitalisées en général, sans référence aucune à celles en soins psychiatriques, et concernent « *à titre exceptionnel* » des sorties « *de quelques heures sans découcher, sans atteindre les 48 heures* ».

Au moment du contrôle, sur les treize patients en soins libres que comptait l'UHTP, sept personnes, soit un peu plus de la moitié, n'étaient pas autorisées à sortir parce qu'elles n'en avaient pas fait la demande. Plusieurs d'entre elles ont indiqué aux contrôleurs ne pas oser formuler une demande de sortie, craignant que cela soit jugé prématuré par le médecin, voire interprété comme une contestation de l'hospitalisation.

De surcroît, le cadre de la « *permission* » est apparu particulièrement restreint pour les six patients en bénéficiant : d'une part, quatre d'entre eux ne pouvaient sortir que pendant une durée comprise entre une heure et deux heures et demie par jour ; d'autre part, les deux derniers ne pouvaient sortir qu'accompagnés par du personnel soignant, par deux infirmiers pour l'un d'entre eux.

Le règlement intérieur considère comme une « *fugue* » la sortie d'un patient en soins libres à l'insu du service et, par suite, énonce que « *le patient est immédiatement recherché, dans l'établissement et à l'extérieur. La personne ayant constaté la fugue prévient l'administrateur de garde et la gendarmerie. L'administrateur de garde signale la fugue à l'agence régionale de santé (ARS)* ».

Parallèlement, trois des quatre personnes en soins sans consentement sont aussi autorisées à sortir de l'unité : la première, en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT), se rend plusieurs fois par semaine à l'hôpital de jour sans accompagnement de personnel soignant ; la deuxième, également en SPDT se rend, aussi à l'hôpital de jour mais accompagnée ; la troisième, en SPDR, se promène au sein de l'hôpital, accompagnée de deux soignants, et rend visite une fois par mois à sa famille hors la présence du personnel.

Au total, au moment du contrôle, un seul patient (en SPDR) se trouvait formellement interdit de sortie par une décision médicale.

Plusieurs soignants ont indiqué aux contrôleurs que, par le passé, des médecins considéraient qu'ils n'avaient pas à autoriser la sortie des patients en soins libres et que celle-ci était de droit pour eux.

La question de la fermeture de l'unité est un sujet de préoccupation au sein du personnel sans que cela aboutisse pour autant à en faire un point de réflexion commune.

Recommandation

La restriction de la liberté d'aller et venir d'une personne ne peut être justifiée que par son état clinique et par la mise en œuvre du traitement requis. Pour les patients en soins libres, cette liberté fondamentale ne saurait être conditionnée par une procédure de permission de sortie. Une réflexion doit être conduite au sein du personnel afin d'organiser l'ouverture de l'unité.

5.3 DES CONTRAINTES MINIMALES DANS LA VIE QUOTIDIENNE DES PATIENTS

5.3.1 L'accès aux chambres et au patio

L'accès aux chambres est libre, jour et nuit. Seules les chambres inoccupées sont fermées à clé. Aucune porte de chambre n'est équipée d'un verrou intérieur, à la différence de celles des sanitaires. Lors de leurs échanges avec les patients, les contrôleurs n'ont pas entendu de plaintes relatives à des vols d'effets personnels ou à des intrusions intempestives dans leur chambre.

Le lever s'effectue à partir de 7h30.

La distribution de médicaments et des repas ne s'effectuent pas dans la chambre sauf prescription médicale contraire.

Dans la journée, tout patient peut rejoindre sa chambre, l'entretien étant en principe réalisé durant le déroulement du petit déjeuner.

Le coucher a lieu, au plus tard, aux alentours de 23h ou en fonction du programme télévisé.

L'accès au patio de l'unité est libre, tous les jours, entre 9h et 23h, sauf pendant la période de transmissions entre les équipes soignantes du matin et de l'après-midi.

5.3.2 L'accès au tabac

Si l'interdiction de fumer et d'utiliser la cigarette électronique au sein de l'hôpital est affichée dans le règlement intérieur, le guide du séjour et dans la convention de vie de l'UHTP, les patients ont toutefois le droit de consommer du tabac, dans des conditions réglementées : exclusivement à l'extérieur, dans le patio de l'unité, lors de huit créneaux horaires⁷ dans la journée, chacun d'une durée d'un quart d'heure, répartis entre 9h15 et 22h15.

Le tabac est entreposé dans une boîte en plastique, individuelle et repérable par le numéro de chambre, qui est rangée dans le bureau infirmier. Chaque patient y a accès aux heures prévues sous le contrôle du personnel soignant, qui est notamment vigilant pour récupérer les briquets.

Les patients s'approvisionnent en cigarettes par l'intermédiaire de leur famille ou de leur tuteur. Ils peuvent être accompagnés par du personnel soignant dans un bureau de tabac en ville.

Il a été indiqué qu'un substitut nicotinique (patch ou pastille) était proposé au patient souhaitant stopper ou réduire sa consommation de tabac ou en ressentant le manque la nuit.

Les chambres sont toutes équipées d'un détecteur de fumée.

⁷ Les six autres horaires sont à 10h30, 13h, 15h, 16h30, 18h et 20h.

Du fait de l'ennui, la « pause cigarette » constitue pour certains patients l'activité essentielle et rythme leur journée. Il a été indiqué que des avances financières étaient consenties sur le budget de fonctionnement de l'établissement aux personnes sans ressources, afin d'éviter qu'elles aient à s'approvisionner auprès d'autres malades.

5.3.3 Le port du pyjama

Depuis 2012, le port du pyjama n'est plus imposé aux patients, de manière systématique, dans les vingt-quatre premières heures de leur séjour. Il l'est aujourd'hui, au cas par cas, « *en fonction de l'état clinique du patient* », la raison invoquée étant la volonté de « *le placer dans une posture de soins* ».

Le port du pyjama entraîne pour le patient concerné une interdiction de sortir de l'unité et constitue un repère aisé pour les soignants chargés de l'observance de cette prescription.

Au moment du contrôle, une jeune femme, en soins libres, y a été contrainte dès son arrivée à la suite d'une tentative de suicide à son domicile et ce pendant les quarante-huit heures qu'a duré son séjour dans l'unité. Le pyjama porté était celui de l'hôpital, de couleur bleue, manifestement taillé pour être porté par un homme ; elle portait aux pieds une paire de bottes en cuir.

5.4 DES MODALITES SOUPLES DE COMMUNICATION AVEC L'EXTERIEUR

5.4.1 Le courrier

La seule mention du courrier dans un document de l'hôpital se trouve dans le guide du séjour, qui indique la présence d'une boîte aux lettres dans le hall d'entrée du bâtiment Yannick Salaün, celle-ci n'étant pas directement accessible aux patients du fait de la fermeture de l'UHTP. L'expédition d'un courrier rédigé par un patient qui ne sort pas de l'unité s'effectue par le biais du personnel ou d'un autre patient autorisé à sortir.

Il n'est pas apparu de restriction particulière relative à l'expédition ou à la réception de courrier. Les patients écrivent en général peu de courrier et achètent papier à lettres, cartes postales et timbres à l'extérieur de l'hôpital, le cas échéant, accompagnés par un soignant. Le courrier reçu leur est adressé directement sans qu'il soit préalablement ouvert par le personnel.

5.4.2 Le téléphone

Les patients ont en principe le libre usage de leur téléphone portable, sauf restriction thérapeutique ; au moment du contrôle, une seule personne n'était pas autorisée à conserver son téléphone avec elle.

La formulation du paragraphe relatif au téléphone dans la convention de vie de l'UHTP est néanmoins plus restrictive, puisqu'il est mentionné que les téléphones portables sont autorisés dans l'unité sur prescription médicale. Le même document précise les horaires d'utilisation : « *entre 9h et 21h en excluant les temps de repas* ».

En raison de l'interdiction de conserver avec soi le cordon d'alimentation, la plupart des patients ne disposent pas la nuit de leur portable, qui est alors mis en charge dans le bureau des infirmiers.

Les patients non pourvus de portables peuvent téléphoner à partir d'un poste mural au sein de la bibliothèque après l'ouverture d'un compte auprès de l'accueil de l'hôpital et son alimentation en crédit. Il a toutefois été indiqué que, dans la plupart des cas, ces personnes étaient autorisées à passer leurs appels en utilisant gratuitement une ligne du service et un appareil mobile qui permet une conversation en toute discrétion.

5.4.3 L'accès à internet

Les patients peuvent se connecter au réseau wifi de l'hôpital.

Tous les types d'appareils téléphoniques sont autorisés, notamment ceux permettant un accès à internet. Il a été indiqué que des photos ou des vidéos prises au sein de l'unité ont été diffusées sur les réseaux sociaux sans entraîner pour autant une réaction de demande d'interdiction de la part du personnel.

Il est théoriquement possible pour un patient de conserver, sous sa seule responsabilité comme cela est mentionné dans la convention de vie de l'UHTP, son ordinateur portable ou sa tablette pendant son séjour, sauf indication thérapeutique contraire. Toutefois, au moment du contrôle, aucune personne présente ne disposait de ce type d'appareil.

Aucun poste informatique donnant notamment accès à internet n'est mis à la disposition des patients ; la seule possibilité pour eux est d'utiliser les postes professionnels, avec l'accord et en présence du personnel soignant.

5.4.4 Les visites des familles

Au moment du contrôle, aucun des patients de l'unité ne faisait l'objet d'une contre-indication médicale aux visites mais seule une moitié d'entre eux recevaient des membres de leur famille.

Les horaires de visite – tous les jours de 14h30 à 18h30 – sont mentionnés dans la convention de vie de l'UHTP et affichés à la porte d'entrée de l'unité et sur la vitre du bureau infirmier. Selon les indications recueillies, les horaires peuvent être adaptés à la convenance des familles.

Les enfants de moins de 15 ans ne sont pas admis à circuler dans l'unité, raison pour laquelle les visites s'effectuent alors dans un salon installé dans le hall d'entrée de l'UHTP ; cette pièce, totalement fermée et sans fenêtre, est néanmoins confortablement meublée et des jouets y sont mis à la disposition des enfants ; pour les autres membres de la famille, les visites peuvent avoir lieu dans tous les espaces de l'unité, y compris dans les chambres ou à l'extérieur quand les patients sont autorisés à sortir.

A l'occasion d'une visite, les familles peuvent déposer des cigarettes, qui sont remises au personnel. La convention de vie de l'UHTP autorise les proches à apporter de la nourriture et interdit « *rigoureusement d'introduire de l'alcool, des médicaments, des toxiques, des briquets et des allumettes.* »

6. LES CONDITIONS DE VIE DES PATIENTS

6.1 DES LOCAUX D'HEBERGEMENT VASTES ET PROPRES MAIS INSUFFISAMMENT UTILISES

6.1.1 Les chambres

L'unité hospitalière à temps plein (UHTP) qui compte vingt-cinq lits se trouve au rez-de-chaussée du bâtiment Yannick Salaün, dans des locaux vastes et bien entretenus (travaux de réhabilitation en 2008). Elle comporte vingt-huit chambres dont deux chambres médicalisées (22 m² chacune) et deux chambres d'isolement (10,90 m² et 12,50 m²) pour vingt-cinq lits autorisés. Ces dernières se trouvent dans le couloir où se situe le bureau central des infirmiers. Les autres chambres se trouvent dans un autre couloir situé tout au bout du premier, et sont donc très éloignées du bureau central, dans lequel se retrouvent parfois tous les soignants, notamment pour la transmission des informations. Dans ce cas la porte de ce bureau est fermée et les patients peuvent se retrouver sans aucune surveillance, alors que certains souffrent de handicaps lourds. Chaque patient dispose d'une chambre individuelle qu'il ne peut pas fermer ni de l'intérieur, ni de l'extérieur. Le patient peut accéder à sa chambre à tout moment de la journée, étant rappelé que l'unité en elle-même est fermée en permanence. Aucune chambre ne comporte deux lits. Il n'y a jamais eu de problème de sur occupation. Dans chaque chambre (surface comprise entre 17,20 m² et 18 m²) on trouve une armoire à vêtements, sans clé, une table, une chaise, une patère. Chaque patient dispose d'une salle d'eau (avec douche, lavabo, miroir, porte-serviettes et toilettes).

Le patient pourrait disposer de son téléviseur personnel, mais pour des raisons thérapeutiques il lui est demandé et de se rendre dans l'une des deux salles communes pour regarder la télévision avec les autres patients. Le patient peut disposer de son poste de radio personnel.

Les chambres peuvent être décorées après autorisation du médecin. Mais il semble que cette demande soit rarement faite, compte tenu de la durée du séjour que le patient espère la plus courte possible.

Les chambres qui ont été visitées par les contrôleurs sont apparues assez tristes, sans aucune décoration ni photos personnelles et donc peu chaleureuses, alors que certains patients y demeurent plusieurs semaines (voire des mois, et des années pour ceux qui sont en attente d'un placement dans une autre structure mieux adaptée à leur handicap).

Des protections ont été installées sur les radiateurs pour éviter toute tentative de suicide.

Les chambres sont équipées de boutons d'appel.

6.1.2 Le patio

Un patio d'environ 400 m², situé à l'intérieur de l'unité fermée est accessible de 9h à 23h.

Ce patio très vaste est certainement très agréable au printemps et en été car il dispose de plusieurs bancs et de beaucoup d'arbres. Par contre en hiver les conditions sont mauvaises, car il n'est pas équipé d'abri, alors que le climat en Normandie peut être très rude.

Recommandation

Des abris doivent être installés pour permettre à tous les patients d'aller et venir dans le patio tout en étant protégés.

6.1.3 Les espaces communs

Les locaux ont semblé très grands et notamment la largeur des couloirs qui a le seul avantage de permettre aux patients de marcher toute la journée dans ces couloirs sans jamais se bousculer.

Par contre le fait de voir les patients circuler ainsi dans l'unité fermée n'a fait que confirmer l'idée d'un manque très important d'activités, alors que les locaux paraissent tout à fait suffisants et adaptés.

Il a été noté la présence d'une salle d'ergothérapie et de coiffure ou esthétique, qui n'a pas été utilisée les jours de la visite des contrôleurs. En tout état de cause aucun poste d'ergothérapeute ne figure dans les effectifs de l'hôpital.

De façon générale les activités thérapeutiques ou occupationnelles proposées aux patients sont apparues très insuffisantes, compte tenu du nombre de membres de l'équipe soignante qui sont présents chaque jour dans l'unité.

Les patients peuvent seulement soit regarder la télévision soit se rendre dans la salle dite bibliothèque (18,70 m²), où l'on trouve quelques livres déposés dans une armoire mais dans un contexte qui n'invite pas à la lecture. Aucune activité collective régulière n'est programmée, à l'exception de quelques sorties à l'extérieur (Les Vaux), de la sortie sur le marché de Vire le vendredi matin. Le sport peut être pratiqué dans une salle intérieure équipée de matériel (47,50 m²), mais à des heures fixes et toujours avec un soignant.

En conclusion les patients rencontrés ont dit s'ennuyer et certains sont apparus quelque peu désœuvrés.

Recommandation

Compte tenu de la grandeur des locaux et de la présence nombreuse du personnel soignant, des activités thérapeutiques ou occupationnelles doivent être programmées et proposées régulièrement aux patients, quelle que soit la durée de leur séjour.

6.2 LA VIE QUOTIDIENNE PEUT ETRE AMELIOREE A LA MARGE

6.2.1 Les repas

Les représentants des usagers n'ont pas remis en question la qualité nutritive et gustative des repas servis aux patients (liaison chaude). Cependant certains patients ont pu se plaindre d'une quantité parfois insuffisante, et notamment au moment du goûter. Selon les informations recueillies, il s'agit d'éviter que certains patients ne prennent trop de poids (effets secondaires de nombreux médicaments).

Les repas le midi ou le soir (à 18h45) sont pris avec les membres de l'équipe, ajoutant une valeur thérapeutique à ces moments d'échange. Certains repas sont améliorés, notamment au moment des fêtes de fin d'année, et sont toujours pris dans la salle à manger qui est très grande (49,90 m²), et dispose de plusieurs tables autour desquelles chacun s'installe comme il le souhaite.

6.2.2 Les biens des patients

Chaque patient dispose d'un petit casier personnel qui se trouve dans le bureau central des infirmiers, dans lequel il peut déposer tous les documents ou biens personnels qui lui paraissent très importants (téléphone, argent, bonbons, etc.). Ce coffre est accessible à tout moment de la

journée, avec l'accord d'un membre de l'équipe soignante, mais la liste des objets remis n'est mentionnée dans aucun registre. Les patientes hospitalisées peuvent conserver avec elle leurs bijoux et leurs lunettes, mais pas leur trousse de maquillage.

6.2.3 La sexualité des patients

La vie sexuelle des patients n'est pas apparue comme une dimension suffisamment prise en compte par les soignants, en particulier chez les personnes hospitalisées de façon prolongée.

Selon les informations recueillies, les situations sont traitées au cas par cas, si un patient a un comportement qui montre qu'il pourrait y avoir des difficultés à régler. Dans ce cas le patient pourra être vu par un membre de l'équipe et des explications pourront lui être données, avec éventuellement une prescription médicale (préservatif, moyens contraceptifs).

Il n'y a par contre aucune action d'éducation ou de prévention, aucune réunion collective d'information sur les sujets se rapportant aux abus sexuels, aux maladies sexuellement transmissibles, à l'accès à la contraception.

Il est à noter qu'il y a quelques années (sans date plus précise) un patient avait commis des faits de nature sexuelle sur deux autres patients, ce qui a conduit à un dépôt de plainte (avec un classement sans suite par le parquet).

Le comité d'éthique qui ne peut se réunir, en l'absence d'élection de son président n'a pas pu encore s'emparer du sujet.

Recommandation

Une réflexion collective sur le thème de la sexualité des patients hospitalisés doit être engagée.

7. LES SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES NECESSAIRES A LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

7.1 UN TEMPS MEDICAL INSUFFISANT ET UNE ABSENCE D'UN PROJET DE SERVICE PREJUDICABLES A LA QUALITE DES SOINS PSYCHIATRIQUES

Seule unité d'accueil du pôle, l'UHTP reçoit des patients en soins libres et en soins sans consentement présentant des pathologies très variées. La fermeture de l'unité est justifiée par le chef de pôle par cette diversité des pathologies.

7.1.1 Le projet de service

L'ancien chef de pôle est en arrêt maladie depuis le mois de juillet 2016 et vient de demander, début novembre 2017, une mise en disponibilité qui lui a été accordée. La chefferie de pôle est actuellement assurée par le seul PH temps plein de l'équipe et ce à titre intérimaire.

Le projet de pôle inscrit dans le « *projet de prise en charge médico-soignante 2012-2017* » n'a pas trouvé de relais dans un nouveau projet de pôle.

Les membres de l'équipe rencontrés au cours de la mission se sentent à l'abandon, très inquiets pour l'avenir, parlent d'un « *fonctionnement chaotique* », d'une absence de direction.

7.1.2 Les projets de soins individuels

Comme dit précédemment la prise en charge des patients est assurée par le médecin temps plein du pôle qui consacre la moitié de son temps à l'unité d'hospitalisation temps plein (UHTP) mais qui est remplacé lors de ses absences par plusieurs médecins. Ces remplacements peuvent amener les patients à avoir plusieurs avis médicaux successifs vécus parfois comme contradictoires par les soignants. Un médecin psychiatre est présent dans l'unité tous les jours, le matin et en fin de journée.

Trois psychologues (à temps partiel) interviennent au sein de l'unité et participent aux réunions de synthèse du jeudi. Les entretiens avec les patients ont lieu à la demande du médecin psychiatre, des infirmiers et parfois des patients. Quelques patients sont suivis de façon régulière. Les infirmiers assistent aux entretiens avec les médecins mais il n'existe plus de référent pour chaque patient.

L'analyse, avec l'aide d'un soignant de l'équipe, de neuf dossiers de patients présents dans le service montre que ces patients sont régulièrement vus par un médecin psychiatre, le nombre de consultations retranscrites dans le dossier variant, en moyenne, d'une toutes les cinq semaines à trois par semaine. La moitié d'entre eux a été vue par le médecin généraliste et pour l'un d'entre eux trois fois en deux semaines. Les entretiens avec un psychologue sont moins fréquents les patients n'étant vus qu'à leur demande ou sur indication du médecin ou sur proposition d'un soignant. Au moment du contrôle trois patients étaient concernés. Enfin la retranscription dans le dossier d'un entretien infirmier était faite trois fois.

En dehors des entretiens individuels il n'existe pas de prise en charge autre au sein du service à l'exception des repas thérapeutiques et de certaines activités accompagnées de soignants (jeux, sorties à l'extérieur).

L'assistante sociale qui apportait son appui au pôle pour 0,4 ETP a vu la fin de son contrat au moment du contrôle sans que l'équipe ait une idée de la date de son remplacement.

Une réunion de synthèse a lieu chaque jeudi matin et permet de passer en revue les patients présents au sein du service. Plusieurs soignants ont souhaité faire part d'une absence d'écoute de leur point de vue et d'orientations de patients non partagées par eux. La dimension clinique des échanges est jugée comme insuffisante par certains.

On notera l'absence de supervision de l'équipe soignante par un intervenant extérieur.

Plusieurs soignants de l'équipe sont formés à l'éducation thérapeutique du patient mais celle-ci n'est que rarement mise en œuvre (une seule situation présentée aux contrôleurs).

Au total on constate l'absence de projet de soins établi pour chaque patient et partagé avec lui avec un sentiment au sein de l'équipe d'une prise en charge insuffisamment structurée.

Recommandation

La prise en charge psychiatrique des patients nécessite que soit défini un projet de service tenant compte des orientations discutées avec l'ARS en juin et octobre 2017. Elle nécessite aussi que soit établi pour chaque patient un plan de soins discuté avec lui et revu régulièrement en réunion de synthèse dès lors que son hospitalisation se prolonge.

7.2 DES SOINS SOMATIQUES CORRECTEMENT ASSURES DEPUIS L'ARRIVEE RECENTE D'UN MEDECIN GENERALISTE

Jusqu'à récemment les soins de médecine générale étaient dispensés par les médecins du service d'accueil des urgences de l'hôpital. Depuis avril 2017 et suite à une sollicitation des médecins généralistes de la région par le chef de pôle, un médecin généraliste installé à proximité du centre hospitalier assure trois demi-journées par semaine à l'UHTP et l'UHRS.

7.2.1 Les consultations de médecine générale

Elles sont effectuées à la demande des patients ou sur proposition d'un membre de l'équipe soignante. Elles ont lieu dans un cabinet de consultation.

Est en projet la création avec l'équipe d'une fiche de suivi comportant en particulier une dimension prévention (vaccins, dépistage des cancers, etc.).

Le médecin assure les consultations de contraception et peut être amenée à poser un stérilet ou un implant contraceptif.

Elle est systématiquement appelée pour voir les patients mis en chambre d'isolement.

7.2.2 Les recours aux soins spécialisés et aux examens radiologiques et biologiques

Il est fait appel aux consultations réalisées au centre hospitalier de Vire pour la médecine et à la clinique chirurgicale de Vire pour la chirurgie. Il en est de même pour les examens radiologiques (radiologie conventionnelle au centre hospitalier et scanner à la clinique). Les patients sont systématiquement accompagnés par un soignant du service et il n'existe aucun obstacle à la prise de rendez-vous. Lorsque c'est nécessaire il est fait appel au plateau technique du CHU de Caen.

Les soins dentaires sont effectués au cabinet d'un dentiste libéral de Vire qui soigne depuis de nombreuses années les patients hospitalisés en psychiatrie. Les patients sont accompagnés par des soignants du service.

Les examens biologiques sont réalisés au centre hospitalier et les prélèvements par les infirmières de l'équipe. Les résultats sont transmis sans délais.

7.2.3 Les médicaments

Les médicaments sont gérés par la pharmacie à usage interne du centre hospitalier.

Les prescriptions sont faites par les médecins sur informatique depuis 2016. Les prescriptions sont contrôlées chaque jour par un pharmacien.

Les médicaments sont préparés le lundi pour la semaine, par un préparateur dans des boîtes nominatives. Le traitement journalier est préparé dans le service. La délivrance des médicaments est faite de façon individuelle, dans la salle de soins, avec prise du médicament devant l'infirmier.

Un contrôle est effectué au moment de la délivrance par consultation de la prescription sur l'écran de l'ordinateur.

Un préparateur passe une à deux fois par semaine dans le service pour contrôler la dotation et éviter l'accumulation de médicaments dans le service.

8. LE RESPECT DE L'INTEGRITE DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

8.1 UN RECOURS A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION INCOMPATIBLE AVEC LES MOYENS DONT DISPOSE L'ETABLISSEMENT

8.1.1 Les chambres d'isolement

L'UHTP comprend deux chambres d'isolement situées de part et d'autre d'un sas. Un sanitaire donne sur le sas. Le sas a une surface de 10 m² et les deux chambres ont respectivement une surface de 11 m² et 12 m². Les sanitaires ont une surface de 3 m².

L'une des chambres est contiguë de la salle de soins et séparée de celle-ci par une fenêtre avec vitre sans tain mais posée à l'envers et ayant nécessité la pose d'un rideau du côté de la salle de soins. A noter cependant que les soignants sont peu présents dans la salle de soins.

Les chambres sont équipées d'un matelas en mousse sur lequel sont disposées en permanence les fixations pour une éventuelle contention. Le radiateur est fixé au plafond non accessible au patient. Une fenêtre avec vitre sans tain donnant sur la cours offre un éclairage naturel. La chambre est équipée d'un bouton d'appel L'appel – dont le fonctionnement a été vérifié – se répercute sur les téléphones mobiles de trois soignants. Il n'y a ni calendrier ni horloge visibles par le patient isolé. Les deux chambres ainsi que les sanitaires sont propres.



Les chambres d'isolement et le sanitaire attenant

Lorsqu'il est utilisé le matelas est recouvert d'un drap et le patient a, à sa disposition, une couverture non déchirable (quatre autres couvertures sont en stock).

Une table de lit en mousse permet aux patients de prendre leurs repas sur leur lit.

8.1.2 Les procédures

Le centre hospitalier dispose d'une procédure mise à jour en décembre 2017 pour tenir compte des recommandations de la Haute autorité de santé (HAS). Celle-ci n'est pas encore utilisée dans l'unité. Sa mise en œuvre nécessitera une information du personnel et une organisation permettant une décision médicale d'isolement ou de contention renouvelée toutes les douze heures et une consultation par le médecin généraliste dans les vingt-quatre heures.

Une fiche de prescription et de surveillance infirmière est annexée à la procédure.

8.1.3 Le registre

Le registre rendu obligatoire par l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique est tenu par le secrétariat du pôle de psychiatrie. Il est rempli par le cadre de santé de l'UHTP. Il se présente sous la forme d'un fichier *Excel*. Une copie du registre des années 2016 et 2017 a été remise aux contrôleurs.

L'analyse du registre montre l'existence de :

- trente-deux séquences d'isolement en 2016 dont onze avec contention, ayant concerné dix-huit patients. La file active a été de 243 patients, ainsi 7 % des patients hospitalisés ont vécu au moins un épisode de mise en chambre d'isolement ;
- trente-huit séquences d'isolement en 2017 dont onze avec contention, ayant concerné vingt-six patients. En faisant l'hypothèse d'une file active de patients hospitalisés identique à celle de 2016, 10 % des patients ont vécu au moins un épisode de mise en chambre d'isolement. Parmi ces vingt-six patients, douze étaient en soins libres et deux autres ont vu leur statut être transformé en soins sans consentement.

Un tiers des mises en chambre d'isolement avait une durée inférieure ou égale à vingt-quatre heures, la moitié avait une durée comprise entre un et six jours.

8.1.4 La pratique de l'isolement et de la contention

Les repas sont pris en chambre en présence de deux infirmiers sur la table de lit en mousse avec des couverts en plastique. La toilette est faite toujours en étant détaché, si le patient était contentonné. Dès que l'état du patient le lui permet, il est conduit dans la cour pour fumer, en dehors de la présence d'autres patients.

L'analyse de quelques dossiers avec un membre de l'équipe infirmière a montré la présence de fiches de prescription et de surveillance infirmière dans tous les dossiers patients concernés, des décisions médicales d'isolement ou de contention revues toutes les vingt-quatre heures et une surveillance infirmière très régulière.

Recommandation

Conformément à l'art. L 3222-5-1 du code de la santé publique, une politique de limitation des recours à l'isolement et à la contention doit être mise en œuvre et les mesures de contention ne peuvent être prises que si le nombre de médecins présents le permet, ce qui n'est pas le cas au jour de la visite.

Les chambres d'isolement doivent être équipées d'une horloge et d'un calendrier pour donner des repères au patient isolé.

Chaque isolement et chaque contention doivent donner lieu à une analyse lors de chaque réunion de synthèse. Les données du registre doivent être analysées collectivement à un rythme régulier (par exemple tous les trois mois).

8.2 UNE DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS RESPECTUEUSE DU SECRET MEDICAL MAIS DES PATIENTS INSUFFISAMMENT INFORMES SUR LEUR TRAITEMENT

Comme cela a été dit au chapitre 7.2.3, les médicaments sont délivrés au patient dans la salle de soins préservant ainsi le secret médical et la dignité du patient.

Parmi les patients attendant leur tour pour prendre leur traitement seul un sur deux connaissait le nom de ses médicaments et leurs effets secondaires.

Recommandation

Des séances d'éducation thérapeutique du patient doivent être mises en place afin de permettre aux patients de mieux comprendre leur pathologie et d'être acteurs de leur traitement.

8.3 DES SITUATIONS DE VIOLENCE PEU NOMBREUSES QUI DONNENT LIEU A UN SIGNALEMENT A L'OBSERVATOIRE NATIONAL

En 2017, un seul événement indésirable correspondant à une violence de la part d'un patient sur un soignant a été signalé Il a été notifié à l'observatoire national des violences en milieu de santé.

9. CONCLUSION

Le centre hospitalier de Vire connaît une situation financière très difficile depuis plusieurs années. Les conséquences qui en découlent impactent tous les services et le directeur actuel de l'établissement est en fonction sur deux établissements en même temps. Le pôle psychiatrie n'échappe pas aux difficultés, puisque son chef de pôle a dû être recruté dans le cadre d'un contrat d'intérim ; ses conditions de travail sont donc très difficiles car deux postes de médecins psychiatres sont encore vacants.

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, l'agence régionale de santé a décidé qu'à compter du mois de juillet 2017, les patients en soins sans consentement seraient pris en charge et donc hospitalisés à Caen, dans l'établissement public de santé mentale (EPSM). Mais force est de constater que cette nouvelle procédure porte atteinte à certains droits fondamentaux des patients, compte tenu de l'éloignement de l'hôpital et des conditions de transport traumatisantes, de la rupture systématique des liens familiaux et de la rupture des soins par le médecin traitant.

Pour les derniers patients en soins contraints qui sont encore hospitalisés à Vire, leur prise en charge n'est pas pleinement satisfaisante. En effet, ils sont accueillis dans une unité complètement fermée, avec l'ensemble des autres patients qui ont été admis en soins libres, et ils ne bénéficient que de très peu d'activités thérapeutiques ou même occupationnelles.

Par ailleurs, les décisions de placement en chambre d'isolement qui sont prises très fréquemment, ne sont pas revues toutes les douze heures et il semble indispensable qu'une réflexion sur cette question soit engagée rapidement, par les équipes soignantes qui sont apparues par ailleurs motivées.

L'ensemble des professionnels de santé de l'établissement se sont montrés tout à fait attentifs et réceptifs aux observations formulées par les contrôleurs, mais ils ont exprimé leurs vives inquiétudes quant au devenir à moyen terme, de la psychiatrie au sein de leur établissement.