



Rapport de visite :

11 au 15 juin 2018 – 1^{ère} visite

Centre hospitalier spécialisé de
Blain

(Loire-Atlantique)

SYNTHESE

Six contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier spécialisé de Blain (Loire-Atlantique) du 11 au 15 juin 2018.

Un rapport provisoire a été adressé à la directrice de l'établissement, à la direction territoriale de l'agence régionale de la santé de La Loire-Atlantique ainsi qu'au président tribunal de grande instance de Saint-Nazaire et au procureur près ce même tribunal. Leurs observations ont été prises en considération pour la rédaction du présent rapport.

Le centre hospitalier spécialisé est implanté sur un terrain de 120 hectares, il bénéficie d'un bel environnement et les conditions d'hébergement, dans leur ensemble, sont correctes.

L'établissement dessert le Nord de la Loire-Atlantique soit une population de 337 000 habitants répartie sur une superficie couvrant plus de la moitié du département. Il dispose d'une capacité d'accueil de 496 places dont 142 lits d'hospitalisation adulte. Il compte également un pôle de psychiatrie infanto-juvénile qui couvre une population générale de 66 228 mineurs. Cependant, les soins proposés sont réalisés uniquement en ambulatoire alors même que le nombre de lits en pédopsychiatrie est largement insuffisant sur l'ensemble du département. En conséquence, les mineurs sont hospitalisés dans les unités d'hospitalisation pour adultes. Les conditions de prise en charge sont nettement insatisfaisantes, d'autant que les mineurs sont susceptibles d'être soumis à un isolement en chambre ordinaire afin d'être protégés des autres patients.

Depuis huit ans, l'établissement connaît un taux de sur occupation des lits d'hospitalisation à temps plein qui n'a cessé d'augmenter et qui affecte le quotidien des patients hospitalisés. Les établissements hospitaliers de la région sont dans une situation similaire. Ce phénomène de sur occupation a donc conduit l'établissement à formaliser un dispositif d'augmentation temporaire de ses capacités d'accueil. Des lits supplémentaires ont été installés de façon permanente dans les bureaux et les locaux communs des unités d'hospitalisation. De même, les chambres d'isolement sont parfois utilisées comme chambre d'hébergement. Lors de la visite du CGLPL, une unité temporaire de dix lits dite « plan de crise », destinés aux patients hospitalisés dont la date de sortie était imminente, avait été aménagée dans un bâtiment désaffecté.

En dépit des difficultés rencontrées, le centre hospitalier apparaît comme un établissement dynamique qui a élaboré des projets innovants pour fluidifier la filière de soins des patients et redynamiser les structures extra hospitalières afin de limiter les durées d'hospitalisation. Il conviendrait de finaliser leur mise en œuvre sans plus tarder.

Les équipes soignantes ont à cœur d'offrir aux patients une prise en charge individualisée, notamment grâce à l'effort qui est effectué pour assurer une présence médicale régulière. Par ailleurs, les patients sont incités à être acteurs de leur prise en charge et à questionner les soins qui leur sont délivrés. Indépendamment de la qualité de la prise en charge, on peut néanmoins regretter l'absence de politique de réduction du recours à l'isolement qui témoigne d'un déficit de réflexion institutionnelle.

En dernier lieu, il a été constaté que les admissions à la demande d'un tiers sont pour la majorité décidées dans le cadre de la procédure d'urgence. Ainsi lors de la visite, le pourcentage de personnes admises en soins à la demande d'un tiers en urgence était de 64 % par rapport à la totalité des admissions à la demande d'un tiers. Cette procédure présente la particularité de n'exiger qu'un seul et unique certificat médical. Des médecins extérieurs au centre hospitalier choisiraient ainsi cette procédure notamment pour des personnes relevant de soins libres, mais qui dans ce cadre ne pourraient être admises faute de places dans l'établissement. A cet égard,

Il a pu être noté dans le registre de la loi plusieurs cas de patients admis selon la procédure d'admission en urgence, pour lesquels la mesure de soins sans consentement a été levée dans les 72 heures ou bien très rapidement. Il convient de rappeler que la procédure d'admission en soins sans consentement en urgence ne saurait être utilisée pour obtenir l'hospitalisation d'un patient relevant d'une admission en soins libres.

OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

1. BONNE PRATIQUE	18
La création d'un service de prise en charge intensive à domicile permet de limiter les durées d'hospitalisation.	
2. BONNE PRATIQUE	28
Toute saisine écrite ou orale donne lieu à un accusé de réception. L'établissement respecte un délai maximum de trente jours pour répondre aux plaintes et réclamations.	
3. BONNE PRATIQUE	36
L'investissement du barreau a permis une forte évolution du contenu des décisions du JLD plus soucieuses de la protection des droits des patients	
4. BONNE PRATIQUE	37
A toute notification d'une décision ou d'un certificat médical est jointe une nouvelle information sur les droits.	
5. BONNE PRATIQUE	46
Les patients peuvent téléphoner gratuitement depuis les cabines de chaque unité, dans des conditions respectant parfaitement la confidentialité des échanges.	
6. BONNE PRATIQUE	53
Lorsque les patients ne peuvent se déplacer à la banque pour retirer de l'argent en espèces, une procédure particulière est mise en œuvre, prévoyant notamment que les agents de la banque se rendent dans les unités pour remettre directement l'argent en espèces aux patients, sans intermédiaire. Cette procédure les rassure et limite les erreurs.	
7. BONNE PRATIQUE	55
Lorsqu'ils sont confrontés à des mandataires peu réactifs, les patients protégés peuvent bénéficier d'avances grâce au fonds de solidarité de l'hôpital.	
8. BONNE PRATIQUE	61
Dans son interaction avec les services d'urgence et les CMP, le service d'accueil cherche à éviter les hospitalisations qui peuvent l'être, notamment par des entretiens téléphoniques, en période de fermeture des CMP, avec les patients signalés par ceux-ci. Le service s'assure du confort du patient pendant son transport vers le CHS	
9. BONNE PRATIQUE	64
Dans certaines unités, les patients peuvent discuter de leur traitement voire participer à son administration afin de les rendre acteurs de leur prise en charge.	
10. BONNE PRATIQUE	70

Le passage par une étude collective sur les réalisations pratiques de mise en chambre d'isolement aboutit à une réflexion partagée sur les conditions du respect des droits du patient isolé et sa priorité.

11. BONNE PRATIQUE 74

Les soignants de la sociothérapie participent aux réunions de staff de toutes les unités et apportent un éclairage sur le choix des activités proposées aux patients notamment au regard de leur projet thérapeutique.

OBSERVATIONS

RECOMMANDATIONS

- | | |
|--|-----------|
| 1. RECOMMANDATION | 17 |
| Les chambres d'isolement ne doivent en aucun cas être utilisées comme chambre d'hébergement. | |
| 2. RECOMMANDATION | 18 |
| L'établissement doit mettre en œuvre, sans plus attendre, un plan d'action visant à rendre plus fluide le parcours de soins du patient afin de diminuer le taux d'occupation des lits. | |
| 3. RECOMMANDATION | 21 |
| Il conviendrait de relancer la politique de mobilité au sein des pôles afin d'offrir la possibilité aux soignants d'évoluer entre l'intra et l'extra hospitalier et de permettre aux agents de nuit de réactualiser leurs connaissances et leurs pratiques. | |
| 4. RECOMMANDATION | 25 |
| La procédure d'admission en soins sans consentement en urgence ne doit pas être utilisée pour obtenir l'hospitalisation d'un patient relevant d'une admission en soins libres. | |
| 5. RECOMMANDATION | 27 |
| Le recueil des observations des patients doit être formellement mis en place pour toute décision médicale, au moment de la rédaction du certificat médical, conformément aux dispositions de l'article L 3211-3 du code de la santé publique. Lorsque l'état clinique du patient ne permet pas de lui notifier ses droits immédiatement, il doit y être procédé dès que sa situation évolue et la mesure doit être tracée. Enfin, l'ensemble des cadres de santé doit bénéficier d'une formation portant sur les droits et les voies de recours. | |
| 6. RECOMMANDATION | 29 |
| Il est nécessaire de rétablir effectivement les entretiens dans le cadre de permanences dans la maison des usagers qui dispose sur le site même de l'établissement de vastes locaux fonctionnels qui sont sous-utilisés. | |
| 7. RECOMMANDATION | 30 |
| Le personnel soignant doit recevoir une formation sur le rôle exact de la personne de confiance. La notification du droit de désigner cette personne et la procédure de désignation doivent être formalisées. | |
| 8. RECOMMANDATION | 31 |
| Les patients doivent être informés systématiquement de leur droit de demander la confidentialité de leur hospitalisation. | |
| 9. RECOMMANDATION | 35 |
| L'information sur la rémunération des avocats intervenant aux audiences du JLD doit être améliorée afin de mettre un terme à l'inquiétude qu'elle suscite chez certains patients. | |
| 10. RECOMMANDATION | 36 |

Il convient de prendre des mesures d'informations suffisantes de nature à inciter les patients à demander des entretiens avec la CDSP à l'occasion de ses passages.

11. RECOMMANDATION 38

Les demandes et certificats concourant à une décision d'admission et de maintien en soins sans consentement doivent respecter strictement la chronologie prévue par le code de la santé publique.

12. RECOMMANDATION 38

La délégation générale de signature donnée à tout le personnel du bureau des admissions doit être réexaminée afin de permettre un contrôle direct et effectif des décisions d'admission par la direction de l'établissement.

13. RECOMMANDATION 39

L'entretien obligatoire avec le patient à l'occasion de la réunion du collège des professionnels de santé doit être protocolisé.

14. RECOMMANDATION 42

La réflexion portant sur l'ouverture des portes des unités fermées doit se poursuivre.

15. RECOMMANDATION 43

Les sorties sans autorisation des patients en soins libres ne doivent pas être comptabilisées au même titre que celles des patients en soins sans consentement.

16. RECOMMANDATION 44

L'enfermement d'un patient dans sa chambre, afin de faciliter sa surveillance durant la nuit, doit être proscrit. Par ailleurs, un dispositif permettant aux patients de fermer leur chambre, sans empêcher le personnel d'y accéder quand il le souhaite, doit être généralisé.

17. RECOMMANDATION 45

Les règles relatives aux restrictions de tabac doivent être harmonisées entre unités analogues, dans le sens d'une individualisation accrue et d'un réapprentissage de l'autonomie.

18. RECOMMANDATION 46

La privation générale du téléphone portable dans les unités du pôle Est porte une atteinte disproportionnée aux droits des patients. Le principe doit demeurer le libre accès des patients à leur téléphone, et l'interdiction l'exception pour des motifs strictement cliniques.

19. RECOMMANDATION 47

Il conviendrait d'installer le Wi-Fi dans l'hôpital – dans le respect des conditions minimales de sécurité informatique – afin que les patients qui disposent d'un ordinateur portable ou d'une tablette puissent avoir accès à leur messagerie et effectuer des démarches administratives et sociales.

20. RECOMMANDATION 47

Les conditions matérielles de visite doivent être améliorées, en particulier pour les enfants.

21. RECOMMANDATION 50

L'intérieur des chambres, et les faits et gestes des patients qui y sont hospitalisés, ne doivent pas être visibles distinctement de l'extérieur. De même, les salles d'eau de toutes les chambres doivent pouvoir être fermées de l'intérieur par le patient, afin de garantir son intimité.

22. RECOMMANDATION 51

Les patients de l'USLC qui ne disposent pas de sanitaires dans leur chambre doivent, si nécessaire, être accompagnés la nuit pour se rendre aux toilettes plutôt que d'avoir à utiliser le seau hygiénique qui leur est remis, situation dégradante, constituant une atteinte à la dignité.

23. RECOMMANDATION 53

Le formulaire de demande de retrait d'argent à la banque des patients ne doit pas être contresigné par un personnel soignant. Les horaires de la banque doivent par ailleurs être étendus. Enfin, la direction doit trouver une solution pour que les patients sortant de l'hôpital ne soient pas contraints de se rendre à la trésorerie de Blain pour récupérer les biens et valeurs déposés à l'entrée.

24. RECOMMANDATION 54

Le suivi des biens et valeurs laissés dans les casiers et les bagageries des unités est inopérant. Il ne permet pas de sécuriser le processus de conservation de ces biens par l'administration hospitalière et expose le personnel en cas de réclamation, même infondée, d'un patient. Il doit être entièrement repensé.

25. RECOMMANDATION 54

Les patients doivent pouvoir fermer à clef l'armoire individuelle de leur chambre.

26. RECOMMANDATION 57

Même si cette règle n'est pas écrite, l'interdiction des rapports sexuels entre patients, et entre patients et visiteurs, est posée au sein des unités. Or cette interdiction ne saurait être générale et systématique. Par ailleurs, les questions de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles ne sont pas suffisamment abordées. L'hôpital doit donc engager une réflexion institutionnelle sur tous les sujets relatifs à la sexualité des patients, en prenant en compte à la fois le principe de la liberté sexuelle et la nécessaire protection des patients les plus fragiles.

27. RECOMMANDATION 58

Les produits stupéfiants sont de plus en plus accessibles pour les patients. La direction doit mettre en œuvre un plan de prévention pour tenter de juguler ce phénomène préoccupant, tant du point de vue de la santé des patients que de leur sécurité et celle des professionnels qui y exercent.

28. RECOMMANDATION 59

L'hôpital doit se doter d'outils plus précis permettant de mesurer les différentes situations mettant en insécurité les patients (agressions, vols, pressions diverses, etc.) et mettre en œuvre un plan d'actions si l'évolution de ces actes est en nette progression comme le laisse entendre le bilan des fiches d'événements indésirables.

29. RECOMMANDATION 64

Même si les patients peuvent bénéficier d'activités proposées par la sociothérapie, les activités occupationnelles apparaissent trop peu nombreuses au sein des unités. Elles doivent être enrichies, en particulier l'après-midi entre l'heure de fermeture des espaces communs de vie sociale (bibliothèque, cafétéria) et le dîner.

30. RECOMMANDATION 70

L'utilisation de l'isolement pour protéger les patients les plus fragiles doit être exclue et des solutions alternatives de prise en charge doivent être mises en œuvre.

31. RECOMMANDATION 71

L'établissement doit mettre en place une politique de réduction du recours à l'isolement reposant sur des outils d'observation fiables.

32. RECOMMANDATION 74

Il convient d'augmenter l'offre en matière d'activités thérapeutiques afin de répondre aux demandes des unités. De même, l'information sur les activités figurant dans le livret d'accueil mériterait d'être développée.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
OBSERVATIONS	4
OBSERVATIONS	6
SOMMAIRE	10
RAPPORT	13
1. LES CONDITIONS DE LA VISITE	13
2. LA POLITIQUE MEDICALE DE L'ETABLISSEMENT ET LES MOYENS MIS EN OEUVRE ..	14
2.1 L'établissement est organisé en secteurs de psychiatrie classiques dans un contexte de désert médical et il doit accueillir des mineurs sans en avoir les moyens.....	14
2.2 L'établissement souffre d'un taux de sur occupation récurrent, malgré une activité stable, et réfléchit à une réorganisation du parcours de soins afin d'y faire face	15
2.3 Les effectifs sont à flux tendu dans un contexte de sur occupation	19
2.4 Le retour à l'équilibre budgétaire permet de relancer des programmes d'investissement	23
3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS	25
3.1 La proportion de patients admis sans consentement en urgence est élevée	25
3.2 La notification des droits est complète mais le recueil des observations du patient n'est pas formellement instauré.....	25
3.3 Les réclamations et plaintes des usagers sont traitées au jour le jour par la direction	27
3.4 La commission des usagers est présente et active	28
3.5 Le rôle de la personne de confiance étant mal compris, la désignation de cette personne est assez rare	29
3.6 La procédure mise en place pour que le patient consulte son dossier médical est simple et rapide	30
3.7 La confidentialité de l'hospitalisation n'est assurée que si le patient prend l'initiative de la demande.....	30
3.8 Le libre choix du médecin par le patient est possible en théorie mais exceptionnel en réalité	31
3.9 Les personnes qui ont besoin d'une protection juridique sont identifiées rapidement par les assistantes sociales très présentes et actives au sein de l'établissement.....	31
3.10 Les patients sont informés de leur droit de voter et mis en mesure de l'exercer	32
3.11 Les patients ont facilement accès au culte.....	32
4. LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS DES PATIENTS ET LEUR CONTROLE	34

4.1	Depuis début 2017 le nombre de mainlevées décidées par le juge est en forte augmentation.....	34
4.2	La commission départementale des soins psychiatriques est attentive au régime d'admission des patients et à leurs conditions de séjour, malgré un seul passage annuel.....	36
4.3	Bien tenu formellement, l'étude du registre de la loi révèle un grand nombre d'incohérences et une absence de contrôle hiérarchique	36
4.4	L'aménagement et la levée des mesures est un dispositif facilité par la mise en œuvre de structures extra hospitalières dédiées à la sortie	38
4.5	Les avis du collège des professionnels de santé ne sont pas rendus dans des conditions conformes au code de la santé publique	39
4.6	Un contrôle annuel est effectué par les autorités judiciaires.....	40
5.	LES RESTRICTIONS DE LIBERTE	41
5.1	La liberté de circulation des patients progresse hors de l'unité.....	41
5.2	Les contraintes imposées aux patients dans leur vie quotidienne sont minimales et rarement systématiques	43
5.3	Les modalités de communication avec l'extérieur sont perfectibles et parfois trop restrictives.....	45
6.	LES CONDITIONS MATERIELLES DE VIE	48
6.1	les chambres sont pour la plupart agréables et fonctionnelles, mais les patients y sont visibles de l'extérieur	48
6.2	Une attention efficace est portée à l'hygiène des patients, mais celle-ci est limitée par la sur occupation des unités sectorielles et par la configuration des locaux de l'USLC.....	49
6.3	Les biens des patients sont peu protégés et peu accessibles.....	51
6.4	Les repas sont pris en commun par les patients, en principe sans les soignants..	55
6.5	Dans l'esprit des soignants, les relations sexuelles sont interdites.....	56
6.6	Les patients sont hospitalisés dans un climat de sécurité tout relatif et les trafics dans le parc sont préoccupants	57
7.	LES SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES	60
7.1	L'organisation des hospitalisations priorise, dans son approche, l'adaptation à l'état clinique du patient.....	60
7.2	La prise en charge psychiatrique repose sur des projets de soins individualisés régulièrement révisés grâce à une présence médicale quotidienne.....	61
7.3	La prise en charge somatique est globalement assurée malgré une insuffisance temporaire de médecins	64
8.	LES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION	67
8.1	Les conditions de mise en chambre d'isolement sont travaillées mais la pratique est perturbée, notamment en raison des problèmes de locaux	67
8.2	L'absence de demande institutionnelle d'outils d'évaluation traduit la faiblesse de la politique de réduction du recours à l'isolement	70

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	72
9.1 La prise en charge des personnes âgées de plus de 65 ans est de courte durée mais le projet de sortie est bien préparé	72
9.2 L'unité intersectorielle d'activités thérapeutiques propose de nombreux ateliers mais le nombre de places offertes est insuffisant	73
10. AMBIANCE GENERALE	75

Rapport

Contrôleurs :

- Bonnie Tickridge ; cheffe de mission,
- Alexandre Bouquet ; contrôleur,
- André Ferragne ; contrôleur,
- Anne Lecourbe ; contrôleur,
- Philippe Lescène ;
- Danielle Piquion.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, six contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier spécialisé de Blain du 11 au 15 juin 2018.

1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 11 juin 2018 à 14h. Ils l'ont quitté le 15 juin à 14h30.

A leur arrivée, ils ont été accueillis par la directrice et la mission a pu se présenter devant les membres de la direction, le président de la commission médicale d'établissement (CME), les chefs de pôle, les cadres supérieurs de pôle et les cadre de santé.

Des contacts téléphoniques avaient été préalablement établis avec le directeur de cabinet du préfet de Loire-Atlantique, le président du tribunal de grande instance (TGI) de Saint-Nazaire ainsi que le juge des libertés et de la détention (JLD) près ce même tribunal et le directeur de la délégation territoriale de l'agence régionale de santé (ARS) de Nantes.

Les organisations professionnelles représentatives du personnel, avisées de la présence des contrôleurs, ont été reçues à leur demande.

Il a été mis à la disposition des contrôleurs une salle de travail équipée d'un ordinateur. Tous les documents demandés ont été mis à disposition et regroupés dans un dossier électronique qui a été alimenté tout au long de la visite.

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

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

Une réunion de restitution a eu lieu le 15 juin en présence de l'équipe de direction, du président de la CME, des chefs et des cadres supérieurs de pôle, des cadres de santé ainsi que de nombreux praticiens et soignants.

2. LA POLITIQUE MEDICALE DE L'ETABLISSEMENT ET LES MOYENS MIS EN OEUVRE

Le centre hospitalier spécialisé (CHS) a été construit sur le terrain d'une ancienne propriété de 120 hectares nommée le Pont-Piétin. Un château de style Renaissance et une chapelle furent édifiés en 1884. L'ensemble fut très endommagé au cours de la seconde guerre mondiale. Le conseil général prit la décision de construire sur le site, qui fut totalement rasé, un hôpital psychiatrique pour desservir la population du Nord du département de Loire-Atlantique.

L'établissement ouvrit ses portes aux premiers patients en novembre 1960. Douze pavillons étaient répartis sous la forme « d'hôpital village ». Afin de préserver l'intimité des patients et d'améliorer leur confort, en 2011 un nouveau bâtiment, abritant 108 lits, fut inauguré.

2.1 L'ETABLISSEMENT EST ORGANISE EN SECTEURS DE PSYCHIATRIE CLASSIQUES DANS UN CONTEXTE DE DESERT MEDICAL ET IL DOIT ACCUEILLIR DES MINEURS SANS EN AVOIR LES MOYENS

2.1.1 La répartition des unités d'hospitalisation pour adultes et l'organisation des filières de soins

L'établissement dessert le Nord de la Loire-Atlantique soit une population de 337 000 habitants¹, répartie sur une superficie couvrant plus de la moitié du département. Il s'agit d'un territoire très étendu, à forte dominante rurale avec, dans certains secteurs, une population précarisée en situation d'isolement social. En outre, ce territoire est touché par la désertification médicale.

Les autres établissements publics de santé mentale couvrant la partie Sud du département de la Loire-Atlantique sont le CHS de Daumezon, le centre hospitalier universitaire (CHU) de Nantes et le centre hospitalier (CH) de Saint-Nazaire.

Depuis juillet 2016, le CHS de Blain fait partie du groupement hospitalier du territoire (GHT) qui fédère les treize hôpitaux publics de Loire-Atlantique autour de Nantes. Il compte 142 lits d'hospitalisation à temps plein, 30 lits de soins longue durée, 85 places d'hôpital de jour (HDJ) et 6 places d'hospitalisation de nuit, 38 places en appartements associatifs et 125 places d'accueil familial thérapeutique adultes. Il dispose également de six centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et de neuf centres médico-psychologiques (CMP). Ces CMP sont ouverts du lundi au vendredi de 8h30 à 12h45 et de 13h30 à 17h15/18h. Dans certains secteurs comme celui du pôle Ouest, les nouveaux patients, tout comme ceux sortant d'hospitalisation, doivent attendre environ un mois avant de pouvoir bénéficier d'une consultation avec un médecin psychiatre.

L'établissement est réparti en quatre pôles de psychiatrie adulte dont trois sont sectorisés : le pôle centre (secteur 44 G 14), le pôle Ouest (secteur 44 G 13) et le pôle Est (secteur 44 G 12), le quatrième étant un pôle intersectoriel. Chaque pôle sectorisé compte, outre les structures ambulatoires, une unité d'admission (UA) accueillant des patients en phase aiguë de leur pathologie et une unité intermédiaire (UI) destinée aux patients dont l'état clinique est stabilisé.

Le pôle intersectoriel comprend une unité d'admission psychiatrique du sujet âgé (APSA) et une unité de soins de longue durée (USLD) destinée également à prendre en charge le sujet âgé. Il dispose aussi d'une unité de soins au long cours (USLC). Les patients de cette unité, dans leur

¹ 25 % de la population de la Loire-Atlantique

majorité, sont en attente d'une place dans une structure médico-sociale. L'unité de psychothérapie est également rattachée à ce pôle.

Au total, le CHS compte huit unités d'hospitalisation pour adultes et sept chambres d'isolement (cf. § 8). Toutes les unités accueillent des patients en soins sans consentement. Les trois unités intermédiaires ont leurs portes ouvertes tandis que les unités d'admission sont fermées à l'exception de l'unité rattachée au pôle centre. Il est prévu que l'unité d'admission du pôle Ouest ouvre ses portes en novembre 2018. Quant à l'unité du pôle Est, le sujet fait débat au sein de l'équipe soignante (cf. § 5.1.2).

Dans sa réponse, la direction indique que les portes de l'unité d'admission du pôle Ouest ont été ouvertes à compter du 5 novembre 2018 et que la réflexion était en cours au pôle Est.

Parmi les autres pôles cliniques, l'établissement compte le pôle d'accueil familial thérapeutique pour adultes (AFTA), le département d'information médicale (DIM) et le pôle médico-technique accueil (PMTA) qui comprend notamment la pharmacie et l'accueil permanent hospitalier (APH).

2.1.2 Le pôle de psychiatrie infanto-juvénile

Le CHS dispose également d'un pôle de psychiatrie infanto-juvénile qui couvre une population générale de 66 228 mineurs. Les soins proposés sont réalisés uniquement en ambulatoire (trente-neuf places en HDJ) alors même que l'offre en matière d'hospitalisation sur le territoire est insuffisante.

Seul le CHS de Daumezon dispose de quatorze lits d'hospitalisation. L'unité de pédiatrie du CHU de Nantes accueille parfois des enfants et adolescents.

Au cours de l'année 2017, le CHS a pris en charge vingt-six mineurs dans ses unités d'hospitalisation et dont l'un a fait l'objet d'une admission en soins sur décision du représentant de l'Etat (ASDRE). Depuis le début de l'année 2018, dix-sept mineurs ont été accueillis. Les conditions de prise en charge sont nettement insatisfaisantes, aucun dispositif particulier n'est mis en place. En outre, lorsqu'un mineur présente une conduite à risque (recherche de contact physique auprès des majeurs) il est susceptible d'être soumis à un isolement séquentiel en chambre ordinaire. Tel était le cas pour une mineure âgée de 17 ans hébergée à l'unité d'admission du pôle Ouest.

2.2 L'ETABLISSEMENT SOUFFRE D'UN TAUX DE SUR OCCUPATION RECURRENT, MALGRE UNE ACTIVITE STABLE, ET REFLECHIT A UNE REORGANISATION DU PARCOURS DE SOINS AFIN D'Y FAIRE FACE

2.2.1 L'activité de l'établissement

L'activité de l'établissement pour les années 2016 et 2017 se présente ainsi :

ACTIVITE	2016	2017	Evolution
File active globale	7 575	7 607	+ 32
File active à temps complet	935	913	- 22

File active ambulatoire	6 619	6 724	+ 1,6 %
File active nouveaux patients	2 193	2 247	+ 2 %
Nombre de journées d'hospitalisation à temps plein	52 684	49 450	-6,14 %
DMH²	56,3	54,2	-2,18 %

La file active globale augmente peu, tout comme la file active de nouveaux patients alors même que l'établissement est confronté en permanence au problème de sur occupation des lits (cf. § 2.2.2).

Si la DMH a légèrement diminué, le tableau suivant met en évidence une augmentation de la durée de séjour d'hospitalisation dans les unités intermédiaires à l'exception du pôle Est. Selon les propos recueillis, ce pôle travaille en lien étroit avec le secteur médico-social et a su développer des relations privilégiées avec des interlocuteurs clés. Par ailleurs, le relais avec les assistantes sociales, exerçant en extra hospitalier, s'effectue rapidement afin de limiter le temps d'hospitalisation dès lors que l'état clinique du patient ne le justifie plus.

Durée de séjour d'hospitalisation par unités d'hospitalisation années 2016 et 2017 :

	Pôle centre		Pôle Est		Pôle Ouest	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Unités d'admissions	27,8	29,1	31,4	26,3	21,8	27,4
Unités intermédiaires	53,9	55,6	54,1	47,8	50,5	58

2.2.2 La sur occupation des lits d'hospitalisation et ses conséquences sur la prise en charge des patients

Depuis environ huit ans, l'établissement connaît un taux de sur occupation des lits d'hospitalisation à temps plein qui n'a cessé d'augmenter. Les établissements hospitaliers³ de la région sont également confrontés à ce même problème. En conséquence, ils ne sont plus en

² Durée moyenne d'hospitalisation

³ Hôpital Saint-Jacques de Nantes, CH de Saint Nazaire et le centre de santé mentale Angevin

mesure de prendre en charge comme autrefois les patients que le CHS ne pouvait accueillir. Selon les propos de la direction cela concernerait environ 200 admissions par an.

Par ailleurs, les services des urgences des CH de Redon, d'Ancenis et de Châteaubriand manquent d'avis spécialisé et adressent des patients dont l'état clinique ne relève pas d'une hospitalisation en psychiatrie.

Actuellement, le choix d'affectation dans les unités d'hospitalisation du CHS dépend essentiellement des disponibilités de lits. Les patients ne sont pas systématiquement admis dans le pôle relevant de leur secteur.

Le tableau suivant met en évidence le nombre de séjours et leur pourcentage relevant d'un autre pôle au cours des six premiers mois de l'année 2018 :

1 ^{er} janvier au 13 juin 2018	Séjours relevant du pôle	Séjours relevant d'un autre pôle
Pôle centre	216	97 (31 %)
Pôle Est	179	33 (16 %)
Pôle Ouest	207	37 (15 %)

Faute de chambre disponible, des patients nouvellement admis sont parfois hébergés en chambre d'isolement (CI). De même, certains patients ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement doivent demeurer en CI plus longtemps que le strict nécessaire, leur chambre ayant été réquisitionnée pour une nouvelle admission.

Selon les témoignages recueillis auprès de patients, ces derniers appréhendent de ne pas retrouver leur chambre à leur retour de permission de sortie.

Recommandation

Les chambres d'isolement ne doivent en aucun cas être utilisées comme chambre d'hébergement.

En 2017, le problème de sur occupation a conduit l'établissement à formaliser un dispositif, intégré au plan de crise, d'augmentation temporaire de ses capacités d'accueil. Dans un premier temps, ce dispositif s'est traduit par :

- la transformation des bureaux de consultation des unités d'admission en chambre d'hébergement ;
- l'ajout d'un lit dans chaque unité intermédiaire ;
- l'ajout d'un lit à l'unité d'admission du sujet âgé.

L'étape suivante a consisté en la transformation des salons de télévision en chambre d'hébergement. Ces mesures ont été mises en œuvre au cours de l'année 2017. Puis l'établissement est allé au-delà en ouvrant une unité de dix lits dite « plan de crise » (UPC) dans l'un des bâtiments non occupés. Les patients sélectionnés ont été ceux pour lesquels une date de sortie était proche. Outre les contraintes logistiques, ce dispositif exigeait de mobiliser des ressources humaines en utilisant le pool de suppléance, en faisant appel au volontariat et en

dernier recours, en engageant du personnel intérimaire. Cela n'était pas sans conséquences sur la prise en charge des patients puisqu'ils n'étaient plus suivis par les soignants de l'unité dont ils dépendaient. Seuls les psychiatres référents continuaient d'assurer le suivi médical. L'UPC a été fermée au cours de la visite du CGLPL mais les autres mesures, citées auparavant, étaient toujours en place. A cet égard, les patients ont déploré de ne plus avoir à leur disposition deux salons de télévision ce qui limite le choix dans les programmes.

Pour rappel, l'établissement avait fait l'objet d'un diagnostic partagé en 2015, conduit par l'ARS Pays de la Loire et un comité de pilotage du CHS⁴, en vue d'établir un plan d'action permettant au CHS de retrouver un équilibre financier (cf. § 2.4.2).

L'objectif global de ce plan consistait à mettre en œuvre une offre de soins moins orientée vers l'hospitalisation afin de diminuer le nombre d'hospitalisations longues, rendre plus fluides les parcours de soins et améliorer les ratios (diminuer la DMH). Ce plan d'action a donné lieu à plusieurs mesures (détaillées dans le chapitre 2.4.2), dont la fermeture de dix lits en unité d'addictologie et d'une unité hébergeant dix-neuf patients relevant de structures médico-sociales. Onze de ces dix-neuf patients ont été réorientés de façon définitive tandis que les huit autres ont été transférés dans les unités intermédiaires du CHS.

Lors de la visite l'établissement hébergeait cinquante-sept patients relevant d'une prise en charge au long cours qui étaient en attente d'une place dans une structure adaptée. Parmi ces patients, quarante étaient hébergés en unité intermédiaire et dix-sept autres étaient hospitalisés à l'USLC. Concernant cette unité, un projet de transformation en maison d'accueil spécialisée est en cours d'élaboration. Cependant il ne verra pas le jour avant 2020. Il en va de même pour les projets de logements, dans les territoires les moins pourvus, que l'établissement souhaite créer en partenariat avec des acteurs du secteur social et médico-social. En parallèle, des pistes de réflexion ont été lancées afin de rendre plus fluide le parcours de soins en intra comme en extra hospitalier. Cela consisterait notamment à redynamiser les CMP et les HDJ en incitant les soignants à prendre en charge des patients, dont l'état clinique n'est pas complètement stabilisé, et gérer les états de crise.

Des initiatives ont été engagées au niveau du pôle Est qui mériteraient d'être élargies à l'ensemble des pôles. A titre d'exemple, il a été créé un service de prise en charge à domicile (SPAD) permettant d'assurer un suivi à domicile pour une dizaine de patients sur une période d'un mois renouvelable une fois.

Bonne pratique

La création d'un service de prise en charge intensive à domicile permet de limiter les durées d'hospitalisation.

Recommandation

L'établissement doit mettre en œuvre, sans plus attendre, un plan d'action visant à rendre plus fluide le parcours de soins du patient afin de diminuer le taux d'occupation des lits.

⁴ Ce comité était composé de la direction, des chefs de pôle, des cadres supérieurs de santé et des représentants des organisations syndicales.

2.3 LES EFFECTIFS SONT A FLUX TENDU DANS UN CONTEXTE DE SUR OCCUPATION

Effectif global de l'établissement

	2016	2017	2018
Effectif temps plein rémunéré (ETPR)	714,10 ETP (pour le budget H (dont 5,70 ETP CAE ⁵))	690,65 ETP pour le budget H (dont 4,76 ETP CAE)	682,20 ETP pour budget H (dont 4 ETP CAE)

Comme indiqué dans le chapitre 2.2, le diagnostic partagé réalisé en 2015 a conduit à la fermeture de lits et d'un CMP passant de trois sous-secteurs à deux sous-secteurs par pôle. Ces mesures ont généré la suppression d'une cinquantaine de postes.

2.3.1 Les effectifs médicaux

a) Les postes de médecins psychiatres

Lors de la visite, l'établissement comptait trente-quatre postes de praticiens hospitaliers (PH) pour 31,9 ETP dont vingt postes de PH pour 15,75 ETP dédiés à l'intra hospitalier. Il manquait depuis plusieurs mois un médecin pour un poste, soit 0,80 ETP, au pôle intersectoriel. De même, le pôle Ouest a fonctionné pendant plusieurs mois avec quatre praticiens hospitaliers au lieu de cinq. Pour rappel, le Nord du département est touché par la désertification médicale et le CHS est peu attractif en raison de sa localisation géographique. En conséquence, le pôle Ouest a recruté deux médecins généralistes qui ont démarré leur spécialisation en psychiatrie. Lors de la visite, l'un d'entre eux était sur le point d'obtenir son diplôme universitaire.

Les effectifs en PH (hors internes et médecins généralistes) dans les unités d'hospitalisation pour les pôles sectorisés sont les suivants :

	Pôle Est	Pôle centre	Pôle Ouest
Unité d'admission	1,40 ETP	2,20 ETP	1,95 ETP
Unité intermédiaire	0,30 ETP	0,40 ETP	0,40 ETP

Les effectifs en psychiatres (hors internes et médecins généralistes) pour le pôle intersectoriel comptent 1,6 ETP de PH alors que les effectifs prévus comprennent 2,6 ETP.

Dans les unités d'admission, les médecins psychiatres assurent une présence médicale quotidienne du lundi au vendredi.

Dans les unités intermédiaires, les médecins interviennent deux à trois fois par semaine et selon les pathologies et la durée d'hospitalisation, certains patients ne bénéficient que d'une consultation mensuelle.

Les médecins psychiatres de l'USLC sont en théorie présents à raison de deux demi-journées par semaine. Cependant en raison d'un poste vacant et d'un congé maternité, un seul médecin

⁵ Contrat d'accompagnement dans l'emploi

psychiatre intervient sur l'ensemble du pôle. En conséquence, son temps de présence dans l'unité se résume à une demi-journée par semaine.

A l'APSA, un médecin psychiatre est présent à mi-temps.

Les psychiatres s'auto-remplacent durant leurs congés. Certains ont fait part de leur épuisement en raison de l'augmentation de la charge de travail induite par le phénomène de sur occupation. D'autres ont exprimé leur crainte de mettre à mal la qualité de la prise en charge des patients.

b) Les postes de médecins généralistes

Lors de la visite, sept médecins généralistes étaient en poste, dont un addictologue, pour 4,20 ETP. Il manquait depuis quatre mois un médecin généraliste pour occuper un poste à temps plein sur les pôles Ouest et centre. Ce poste doit être en principe pourvu en septembre. Les consultations de médecine générale pour les patients relevant des pôles Ouest et centre sont effectuées par les autres praticiens.

c) Les gardes et les astreintes

La garde médicale est en principe assurée sur place en semaine et durant les week-ends par les internes et les PH en médecine générale.

Les effectifs prévoient habituellement six postes d'interne pour 5,10 ETP. Or parmi les six internes qui étaient en poste lors de la visite, deux d'entre eux n'étaient pas en mesure d'effectuer leur tour de garde en raison de problèmes médicaux. La direction a donc mis en place une cellule de crise, à laquelle ont été conviés tous les PH (généralistes et psychiatres), afin d'identifier des solutions pour que les gardes soient assurées. Certains se sont portés volontaires et le CHS a également fait appel à des internes effectuant leur stage en cabinet de médecine générale. Ces initiatives n'ont malheureusement pas suffi à compléter le planning des gardes. La direction s'est vue dans l'obligation d'effectuer un tirage au sort parmi tous les PH afin que les tours de garde soient assurés. A la suite de cette décision, les PH se sont mis en grève durant une journée en mai en signe de protestation et pour rappeler à la direction qu'ils fonctionnent déjà à flux tendu dans un contexte de sur occupation.

L'astreinte psychiatrique est assurée par les PH de psychiatrie et les assistants spécialistes. Elle est contactée par le médecin de garde pour tout problème d'ordre médical et par le cadre de santé ou l'infirmier de l'accueil permanent hospitalier (APH) pour ceux liés à l'aspect administratif de l'admission en soins sans consentement (certificats médicaux, etc.). En semaine, l'astreinte débute à 18h et s'achève le lendemain à 9h. Le samedi, elle débute à 12h30 et s'achève à 9h le lendemain. Le dimanche et les jours fériés, elle débute à 9h et s'achève à 9h le lendemain.

Il a également été mis en place un système de permanence téléphonique qui peut être contacté en semaine de 13h à 18h et de 9h à 13h le samedi.

2.3.2 Les effectifs non médicaux

Lors de la visite, les effectifs non médicaux étaient au complet à l'exception d'un poste d'infirmier diplômé d'Etat (IDE) au sein du pôle intersectoriel. Le CHS ne rencontre pas de difficultés particulières, à l'exception des périodes d'été, pour recruter du personnel soignant.

Le roulement des équipes soignantes dans chaque unité d'hospitalisation est le suivant :

- 6h15-14h ;
- 13h30-21h15 ;

- 21h-6h30.

En journée, l'organisation prévoit *a minima* dans les unités d'admission, la présence de trois IDE le matin et quatre l'après-midi avec une présence supplémentaire d'IDE qui intervient de 8h15 à 16h30. Ce soignant est chargé d'animer les activités et d'effectuer les accompagnements à l'extérieur. Cependant ce quatrième poste n'est pas systématiquement garanti. En effet, l'IDE peut être affecté sur une autre unité si les effectifs sont incomplets.

Dans les unités intermédiaires, les équipes sont composées d'IDE, d'aides-soignants (AS) et éventuellement d'aides médico-psychologiques (AMP) comme à l'unité du pôle Est. Il en va de même pour l'USLC. Les effectifs de base comptent deux soignants le matin (un IDE et un AS) et trois l'après-midi dont deux IDE avec un AS ou un AMP ainsi qu'un poste de journée en semaine. Il a été indiqué que les effectifs d'IDE n'étaient pas toujours respectés à l'unité intermédiaire du pôle Ouest.

Concernant l'USLC, les équipes du matin sont composées d'un IDE et de deux AS et celles d'après-midi comprennent un IDE et deux AS. Un IDE et un AS de journée viennent compléter ces équipes. Les patients bénéficient d'une prise en charge pluridisciplinaire puisque chaque pôle dispose d'ergothérapeutes (1,60 ETP), de psychologues (1,80 à 2,40 ETP) et d'au minimum de 2 ETP d'assistantes sociales à l'exception du pôle intersectoriel qui ne bénéficie que d'1,50 ETP.

Les contrôleurs ont rencontré des équipes motivées ayant à cœur d'offrir une prise en charge individualisée. Cependant, l'ensemble des professionnels a indiqué que les effectifs étaient à flux tendu en raison de la sur occupation qui devient un problème permanent et qui mobilise du personnel supplémentaire lorsque l'UPC est ouverte (cf. § 2.2.2).

Les équipes de nuit, pour chaque unité d'hospitalisation, sont composées d'un infirmier et d'un aide-soignant. Il s'agit d'une affectation polaire, ces équipes étant intégrées au pôle médico-technique accueil.

2.3.3 La gestion des ressources humaines

La direction des ressources humaines avait élaboré une politique de mobilité concertée. Elle avait pour objectif de favoriser les mouvements des agents entre l'intra et l'extra hospitalier et d'éviter aux soignants, affectés dans « des unités lourdes », de s'épuiser sur le long terme. Le personnel et les organisations syndicales ayant exprimé leur mécontentement, cette politique n'a pas pu être mise en œuvre. Lors des entretiens annuels, les soignants se voient rappeler que « *leur poste est mis à la mobilité au bout de cinq ans* ». Comme il n'existe aucune obligation, l'agent concerné fait bien souvent valoir que « *cela ne fait pas partie de son projet personnel* ». Par ailleurs, les chefs et les cadres de pôle ne sont pas toujours en faveur de la mobilité invoquant la nécessité de bénéficier d'agents expérimentés. Enfin, il n'existe aucun système de rotation entre les équipes de jour et de nuit. Certains soignants exercent de nuit depuis vingt ans.

Recommandation

Il conviendrait de relancer la politique de mobilité au sein des pôles afin d'offrir la possibilité aux soignants d'évoluer entre l'intra et l'extra hospitalier et de permettre aux agents de nuit de réactualiser leurs connaissances et leurs pratiques.

a) L'absentéisme

Le taux d'absentéisme pour maladie, tous motifs confondus, du personnel non médical a été de 8 % en 2015, 8,62 % en 2016 et 7,52 % en 2017. Tandis que pour le personnel médical il a été de 5,42 % en 2015, 6,75 % en 2016 et 2,67 % en 2017.

L'établissement dispose d'un pool de suppléance composé de quatre agents des services hospitaliers (ASH), d'un AS et de six IDE. Les agents, dans leur majorité, sont titulaires. Ce pool a vocation à pallier l'absentéisme de courte durée. Ces agents sont également sollicités pour intervenir à l'UPC.

Il est fait appel au volontariat des soignants ou bien l'établissement engage du personnel intérimaire pour pallier les absences des agents de nuit.

Concernant les absences de longue durée, la direction fait appel à du personnel vacataire.

b) La formation du personnel

Le CHS est enregistré auprès de l'agence nationale de développement professionnel continu (DPC) depuis juin 2017. Ainsi, le personnel médical et paramédical a obligation de valider un parcours DPC triennal sur une période de deux ans. Pour le personnel médical, il a été constaté qu'une partie du budget alloué à la formation courte n'était pas utilisée. Les fonds restants, après accord de la CME, sont transférés sur le budget destiné aux formations longues permettant ainsi de financer des diplômes universitaires (DU) et notamment celui de spécialisation en psychiatrie pour remédier au problème de recrutement des médecins psychiatres.

Une des formations proposées dans le cadre du DPC, destinée aux paramédicaux s'intitule : « consolidation et intégration des savoirs et pratiques pour l'exercice infirmier en santé mentale ». Elle est réservée en priorité aux professionnels récemment diplômés et aux agents provenant du secteur de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO). Au cours de cette formation, une journée est consacrée à la législation et aux dispositifs de soins en psychiatrie. De même, une autre journée est réservée à la gestion des situations difficiles en psychiatrie. En 2017, quatre IDE ont bénéficié de cette formation et dix en 2016.

Parmi l'éventail de formations proposées on pourra noter les suivantes : la gestion des situations de violence (vingt-deux participants en 2017), la bientraitance en psychiatrie (quatre participants en 2017) ou encore le repérage et la gestion de la crise suicidaire (onze participants en 2017). D'autres formations semblent également susciter de l'intérêt chez le personnel soignant :

- sensibilisation à la prise en charge des victimes de traumatismes psychiques (quatorze participants) ;
- soigner la psychose... une folie ? (treize participants) ;
- aller vers la conciliation médicamenteuse (quatorze participants).

Enfin une formation dispensée en interne portant sur les bonnes pratiques de mise en chambre d'isolement est dispensée à l'ensemble du personnel soignant (cf. chapitre isolement § 8).

Dans les projets de formation à venir, un programme de formation à l'éducation thérapeutique est en cours d'élaboration et il sera dispensé par un PH de l'établissement.

2.4 LE RETOUR A L'EQUILIBRE BUDGETAIRE PERMET DE RELANCER DES PROGRAMMES D'INVESTISSEMENT

2.4.1 Les budgets 2017 et 2018

Le budget de l'établissement se présente ainsi qu'il suit :

	CF 2017	EPRD ⁶ 2018	
PRODUITS			
Assurance maladie	38 642 131,26	38 364 732,38	86,9 %
Produits d'activité hospitalière	1 628 130,88	1 589 503,12	3,6 %
Autres produits	5 389 962,69	4 193 549,96	9,5 %
	45 660 224,83	44 147 785,46	
CHARGES			
Charges de personnel	35 442 679,49	35 171 684,63	80,4 %
Charges à caractère médical	1 272 404,05	1 360 730,03	3,1 %
Charges à caractère hôtelier	3 921 408,49	4 339 903,61	9,9 %
Amortissements et provisions	4 025 221,07	2 876 950,25	6,6 %
TOTAL	44 661 713,10	43 749 268,52	
Résultat	998 511,73	398 516,94	

2.4.2 Un plan de retour à l'équilibre

En 2015, un déficit d'exploitation de 247 000 € portait le report à nouveau déficitaire à 1 368 000 €. Un plan de retour à l'équilibre reposant sur un diagnostic partagé avec l'ARS (cf.§ 2.2) a permis de parvenir à un report à nouveau excédentaire de 156 000 € fin 2017 grâce à deux années d'excédent d'exploitation (2016 : 525 000 € ; 2017 : 998 000 €). Ce retour à l'équilibre résulte des mesures suivantes :

a) Sur les dépenses

- fermeture d'un CMP ;
- réductions d'effectifs ;

⁶ Etat des prévisions des recettes et dépenses

- fermeture de dix-neuf lits de moyen et long séjour ;
- passage de dix lits d'addictologie en ambulatoire (suppression des postes de nuit) ;
- intégration de l'ergothérapie dans les pôles et remplacement d'un IDE par un ergothérapeute après la suppression du service intersectoriel d'ergothérapie ;
- externalisation de l'équithérapie (suppression des coûts d'entretien des chevaux) sans réduction du temps d'équithérapeute.

b) Sur les recettes

- facturation des chambres particulières (facturation selon consentement du patient à hauteur de la mutuelle, 20 000 € par an) ;
- augmentation du tarif en pédopsychiatrie auprès de l'ARS, 1 000 € par an ;
- cessions d'actifs :
 - une vingtaine de maisons à l'entrée de l'hôpital (300 000 € sur 7 ans) ;
 - un bâtiment à Orvault (400 000 €) ;
 - un terrain à Savenay (100 000€).

2.4.3 Projets d'investissement

L'établissement relance des travaux après une période de restrictions. Un projet de construction d'un bâtiment à Nort-sur-Erdre, regroupant l'HDJ actuellement implanté sur le site principal, deux CMP (adultes et géronto-psychiatrie) et un CATTP ainsi que le SPAD, est en cours. Ce projet est autofinancé ; une aide est demandée à l'ARS. L'exécution du projet est retardée à la suite d'une modification du plan local d'urbanisme (PLU) et en raison de la mauvaise qualité des premières offres techniques reçues.

Divers projets de maintenance sont relancés dont une rénovation complète de la chaufferie. Deux grosses rénovations sont en cours sur le site principal ; elles bénéficient d'un financement complet de l'ARS (USLC et USLD).

Un nouveau schéma directeur immobilier doit être élaboré dans le cadre du projet d'établissement.

2.4.4 Financement des activités des patients

Les pôles ont un budget délégué sur les activités, sur la formation et sur l'analyse des pratiques (48 950,00 € au total). Ce budget n'est pas consommé, ou tardivement, ce qui montre qu'il n'est pas insuffisant. Le budget réservé aux activités d'équithérapie et de sociothérapie s'élève à 18 400,00 €.

Deux associations de soignants/soignés, dont l'une est consacrée aux logements thérapeutiques et l'autre aux sorties et aux séjours thérapeutiques, bénéficient de subventions de l'établissement et de ressources propres (cotisations des membres et activités propres).

3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS

3.1 LA PROPORTION DE PATIENTS ADMIS SANS CONSENTEMENT EN URGENCE EST ELEVEE

En 2016, 826 personnes ont été admises en soins libres contre 811 en 2017. Le statut des personnes admises en soins sans consentement (SSC) en 2016 était le suivant : 368 personnes étaient en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT), dont 229 (62 %) en soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence (SPDTU) et 65 (18 %) en soins psychiatriques pour péril imminent (SPPI).

En 2017, 333 personnes étaient en SPDT, dont 213 (64 %) en SPDTU et 67 (20 %) en SPPI.

Les décisions d'admission à la demande d'un tiers sont donc pour la majorité d'entre elles des SPDTU. Cette procédure présente la particularité de n'exiger qu'un seul et unique certificat médical d'admission et non pas deux comme pour les SPDT. La procédure d'admission en SPDT devient ainsi marginale au profit de celle en SPDTU. Plusieurs cadres de santé ont émis l'hypothèse de procédures mises en œuvre sur ce fondement pour des personnes relevant des soins libres, mais qui dans ce cadre ne pourraient être admises faute de lits.

Des médecins extérieurs au CHS de Blain choisiraient ainsi cette procédure assurant à leurs patients une hospitalisation rapide. Il a pu être noté dans le registre de la loi plusieurs cas de patients admis selon la procédure de SPDTU, mais dont la mesure a pu être levée dans les 72 heures ou bien très rapidement.

Ce détournement de procédure contribuerait ainsi à accroître la sur occupation des lits de l'établissement au détriment des seuls patients relevant des soins sans consentement.

Comme le montrent les données statistiques, les admissions en SPPI sont peu élevées car les familles ou tuteurs sont présents et les cinq services d'urgence qui adressent des patients prennent le temps de joindre un tiers.

Recommandation

La procédure d'admission en soins sans consentement en urgence ne doit pas être utilisée pour obtenir l'hospitalisation d'un patient relevant d'une admission en soins libres.

Concernant les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE), leur proportion est faible. Trente patients ont été admis en SDRE en 2016 soit 8 % de la totalité des admissions en soins sans consentement et trente et un en 2017 soit 9 %.

3.2 LA NOTIFICATION DES DROITS EST COMPLETE MAIS LE RECUEIL DES OBSERVATIONS DU PATIENT N'EST PAS FORMELLEMENT INSTAURE

3.2.1 L'information sur les règles de vie

Dans le livret d'accueil, il est indiqué en page 29 que « l'information doit être complète et délivrée dans le cadre d'un entretien individuel. Elle est due par tout professionnel de santé ». Ce livret n'est remis qu'aux patients qui arrivent directement de leur domicile ou d'un autre établissement de la région. Les patients admis en unité intermédiaire viennent le plus souvent de l'unité d'admission du même pôle. Dans ce cas aucune nouvelle explication sur les règles de vie ne leur est donnée. Dans certaines unités, comme celles du pôle centre, qui accueillent des patients qui

y sont présents depuis plusieurs mois, voire plusieurs années, les informations ne sont souvent pas reprises, car les soignants estiment qu'ils les connaissent déjà bien.

Les règles de vie qui peuvent différer sur certains points particuliers d'une unité à l'autre ne sont pas toujours écrites. Mais dans certains pôles (pôle Est UI) les règles de vie décrites dans le règlement intérieur sont largement reprises et font l'objet d'un affichage (en format A3) dans toutes les chambres, ainsi que dans le bureau des infirmiers, dans celui du cadre de santé et sur un grand tableau installé dans le couloir qui mène aux chambres.

Le plus souvent (pôle Est UA) c'est l'IDE référent qui fait le premier entretien, présente l'unité au patient et l'informe sur les règles de fonctionnement. Les restrictions, prescrites par le PH, sont rappelées en fonction de l'état clinique du patient (cigarettes, téléphone, visites, etc.). Le livret d'accueil, qui n'est pas systématiquement remis en main propre, peut être déposé sur la table de la chambre. Quelques règles de vie succinctes peuvent être affichées sur la porte de la chambre (« *charte de soins* ») ou dans le couloir au milieu de nombreuses autres informations. Au pôle Ouest (UA), une charte élaborée par l'équipe soignante de façon très pédagogique est par ailleurs affichée et un document récapitulatif l'ensemble des règles de vie est en cours de préparation.

A l'USLC l'information est faite différemment compte tenu du profil des patients (majeurs protégés très déficitaires avec psychoses chroniques et pathologies associées). La majorité d'entre eux ne maîtrise pas le langage écrit, donc toutes les informations sont données oralement, en tenant compte de la capacité de compréhension de chacun. Les règles de vie sont adaptées à chaque cas qui est particulier.

3.2.2 La notification des droits

La décision d'admission en soins sans consentement est dans la plupart des unités notifiée au patient dès son arrivée, par le psychiatre, puis expliquée par le cadre de santé qui va remettre les documents correspondants, y compris les certificats médicaux, en cherchant, le cas échéant, à apaiser la situation. Le patient doit signer un accusé de réception et on lui remet un document récapitulatif de ses droits et de ses possibilités de recours auprès des différentes institutions judiciaires ou administratives qui figurent également dans le livret d'accueil.

Les observations du patient sont recueillies par le psychiatre et s'il y a d'autres questions, des brochures telles que celles éditées par *Psycom* (organisme public d'information, de formation et de lutte contre la stigmatisation en santé mentale) sont remises au patient. Les observations ne sont pas retranscrites systématiquement, car seuls certains médecins les notent dans le dossier informatique du patient.

Le plus souvent le patient conserve les documents avec lui bien que son armoire personnelle ne ferme pas à clef (cf. § 6.3.2). Les explications sont redonnées plus tard dans la journée, souvent par l'infirmier à la demande du patient.

Si le patient est accueilli immédiatement en chambre d'isolement compte tenu de son état clinique, la notification est différée.

Le week-end c'est un cadre de garde ou un psychiatre qui peut faire la notification, sauf si tous les documents n'ont pas pu être transmis par le bureau des entrées. Un accusé de réception est remis au patient qui le signe, mais s'il est dans l'incapacité de le faire, aucune autre seconde notification n'est faite, même si le motif de l'absence de signature est clairement indiqué.

Sur l'accusé de réception les voies de recours sont clairement indiquées avec les adresses de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), du procureur de la République, du JLD et du juge du tribunal administratif.

A chaque nouvelle décision de maintien à l'hôpital, une nouvelle notification avec remise du document, mais les voies de recours ne sont pas systématiquement rappelées par le cadre de santé.

Il a été indiqué aux contrôleurs que seuls certains cadres de santé ont reçu une formation spécifique pour accompagner l'arrivée de la loi du 26 janvier 2016.

Dans certaines unités la liste des droits du patient n'est pas affichée dans le couloir (pôle Est UI).

Recommandation

Le recueil des observations des patients doit être formellement mis en place pour toute décision médicale, au moment de la rédaction du certificat médical, conformément aux dispositions de l'article L 3211-3 du code de la santé publique. Lorsque l'état clinique du patient ne permet pas de lui notifier ses droits immédiatement, il doit y être procédé dès que sa situation évolue et la mesure doit être tracée. Enfin, l'ensemble des cadres de santé doit bénéficier d'une formation portant sur les droits et les voies de recours.

La question du questionnaire de sortie ou de satisfaction est rarement abordée, même si le document est déposé dans la chambre.

3.3 LES RECLAMATIONS ET PLAINTES DES USAGERS SONT TRAITÉES AU JOUR LE JOUR PAR LA DIRECTION

Dans le livret d'accueil en page 30, il est indiqué que toute plainte ou réclamation doit être adressée à la directrice à l'adresse de l'hôpital. Par ailleurs toute personne soignée au CHS, et tout membre de sa famille peut rencontrer la directrice en prenant rendez-vous auprès du secrétariat des relations des usagers par téléphone ou en se rendant au bâtiment de la direction.

La direction estime que les plaintes et réclamations portent toutes les insatisfactions présentées par les patients ou les membres proches de leur famille, quel qu'en soit le mode d'expression. Les motifs d'insatisfaction peuvent donc être recueillis par courrier électronique, par courrier postal classique, par lettre déposée au secrétariat, par voie orale, dans le questionnaire de sortie ou l'enquête de satisfaction.

Des membres de l'équipe soignante peuvent également recevoir les doléances et dans ce cas, ils invitent le patient à rédiger un courrier pour la directrice ; si c'est impossible ils peuvent rédiger le courrier en présence de l'intéressé. Dès réception du courrier au secrétariat de direction, un accusé de réception signé par la directrice est adressé au plaignant par mail ou par courrier postal. En même temps, une copie du courrier est envoyée au service concerné afin que celui-ci fournisse des éléments de réponse et toute information relative au sujet exposé. La directrice répond au plaignant dès réception des éléments renvoyés et peut décider de recevoir le plaignant ou sa famille. Le compte rendu de l'entretien est envoyé à la présidente de la commission des usagers (CDU). Si c'est nécessaire, ladite commission peut être convoquée afin qu'elle donne un avis ou fasse une recommandation ou décide de classer le dossier. Une réponse est alors adressée au plaignant. Toute la procédure est tracée par la directrice dans un tableau *Excel*, le

délai de traitement étant compris entre 5 et 19 jours. En tout état de cause, le dossier doit être traité dans un délai de 30 jours qui est considéré comme un délai maximum.

Pour l'année 2017, c'est un total de vingt et une réclamations qui ont été recensées (dont huit faites oralement), soit un chiffre d'environ 5 % par rapport au nombre total d'entrées. Aucune médiation n'a été proposée, car les réclamations ont pu être traitées différemment. Quand une médiation apparaît nécessaire, lorsque les réponses par écrit n'ont pas donné satisfaction au requérant, la CDU est convoquée en urgence. Les représentants des usagers peuvent consulter le registre des plaintes.

Entre le 1^{er} janvier et le 15 juin 2018, on peut constater que quinze réclamations ont été enregistrées, en provenance de patients de quatre pôles et qui ont donné lieu à six réponses par courrier, six entretiens directement avec la directrice ou le directeur du service des usagers, un entretien par téléphone, et deux entretiens avec le médecin référent.

Les réclamations portaient sur les sujets suivants : la contestation du diagnostic médical (deux), la contestation des actes médicaux (quatre), la vie quotidienne et l'environnement (deux), l'information du patient ou de la famille (une), la relation avec le médecin ou le personnel paramédical (cinq), l'alimentation (deux), la gestion des ressources (une).

Bonne pratique

Toute saisine écrite ou orale donne lieu à un accusé de réception.

L'établissement respecte un délai maximum de trente jours pour répondre aux plaintes et réclamations.

3.4 LA COMMISSION DES USAGERS EST PRESENTE ET ACTIVE

3.4.1 La commission des usagers (CDU)

Dans le livret d'accueil il est rappelé en page 31 le rôle de la CDU depuis la loi de 2016 et les noms des douze membres qui la composent ; leur statut est mentionné précisément en annexe. La présidente est un cadre supérieur de santé depuis octobre 2016 et le vice-président, le représentant d'une association. Le directeur des soins infirmiers assiste aux réunions.

Trois séances plénières ont eu lieu au cours de l'année 2017 avec la participation de tous les représentants des quatre associations convoquées. La dernière réunion s'est tenue le 31 mai 2018.

Les associations sont invitées à participer également à des groupes de travail, des semaines d'information sur la santé mentale et au comité des usagers (dans le cadre du GHT).

Des représentants des usagers sont présents au conseil de surveillance.

La CDU (chacun de ses membres) est informée régulièrement par mail des plaintes et réclamations qui sont adressées à la direction et des réponses qui y sont apportées.

Il a été décidé lors de la dernière séance plénière de la CDU que dans le prochain projet d'établissement sera intégré spécifiquement un « projet des usagers ».

3.4.2 La maison des usagers et les représentants des associations

Des membres des associations qui représentent les usagers ont tenu pendant quelques temps des permanences régulièrement à la maison des usagers, soit deux fois par mois, mais comme

aucun patient ne se présentait, les permanences ont été annulées. La visibilité de la maison des usagers créée pourtant depuis mars 2016 ne serait pas suffisante et elle serait donc peu connue des patients et même de certains professionnels de santé. Pourtant elle est mentionnée dans le livret d'accueil en page 23 qui précise que le calendrier des permanences est affiché à l'accueil, dans les unités de soins et à la bibliothèque. A l'accueil, au niveau du distributeur de boissons, se trouvent des dépliants très complets pour chacune des associations représentées sur le département (UNAFAM⁷, Pas à pas, etc.). Des membres des associations se sont rendus dans quelques unités, parce que les soignants avaient parlé du soutien qu'ils pouvaient apporter. Selon les témoignages recueillis, les points régulièrement soulevés par les familles sont les suivants :

- les patients qui sont accueillis au sein de l'USLC demeurent trop longtemps hospitalisés et des alternatives à l'hospitalisation complète leur sont trop peu souvent proposées (CMP, HDJ, etc.) ;
- les chambres d'isolement sont utilisées trop fréquemment et pour des périodes relativement longues ;
- les mineurs ne sont pas pris en charge par un médecin spécialisé, en l'absence de pédopsychiatre ;
- les représentants des associations ont rappelé que l'établissement était loin de certaines grandes villes comme Nantes ou Ancenis (50 minutes en voiture) et que cela pouvait constituer une difficulté pour certaines familles pour rendre visite à leur proche.

Recommandation

Il est nécessaire de rétablir effectivement les entretiens dans le cadre de permanences dans la maison des usagers qui dispose sur le site même de l'établissement de vastes locaux fonctionnels qui sont sous-utilisés.

En 2017 il y a eu une séance qui a réuni environ soixante-dix personnes sur le thème du logement dans le cadre du « forum de la maison des usagers ». Le prochain thème qui sera abordé en septembre 2018 portera sur l'alimentation.

3.5 LE ROLE DE LA PERSONNE DE CONFIANCE ETANT MAL COMPRIS, LA DESIGNATION DE CETTE PERSONNE EST ASSEZ RARE

Dans le livret d'accueil, en pages 29 et 30, le patient est informé qu'il a la possibilité de désigner une personne de confiance, qui peut être un parent, un proche ou son médecin traitant. Ensuite de longues explications sont données sur les conditions de désignation de cette personne et l'aide et le soutien qu'elle peut apporter au patient en l'accompagnant pendant son séjour à l'hôpital.

Mais en réalité les contrôleurs ont constaté que dans les unités ce sujet était très peu abordé par les équipes soignantes, car elles maîtrisent mal le sujet, et ne perçoivent pas vraiment l'aide que la personne de confiance pourrait apporter au patient. Une grande confusion existe entre les rôles de la personne de confiance, du tiers à prévenir et du tuteur familial.

⁷ UNAFAM : union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

Un formulaire spécial devrait être présenté à chaque patient à son arrivée, mais ce n'est pas le cas. Dans certaines unités on peut trouver une affichette sur le sujet, collée sur le tableau dans le couloir.

Recommandation

Le personnel soignant doit recevoir une formation sur le rôle exact de la personne de confiance. La notification du droit de désigner cette personne et la procédure de désignation doivent être formalisées.

3.6 LA PROCEDURE MISE EN PLACE POUR QUE LE PATIENT CONSULTE SON DOSSIER MEDICAL EST SIMPLE ET RAPIDE

Dans le livret d'accueil en page 27, il est indiqué que le patient peut demander à consulter son dossier médical, mais que son médecin psychiatre peut demander qu'un médecin soit présent pour accompagner cette démarche, comme le prévoit l'article L 1111-7 du code de la santé publique. Si le patient refuse, la CDSP pourra être saisie du litige et son avis s'imposera à tous.

Aucune demande n'a été enregistrée depuis six mois.

Pour l'année 2017, il y a eu trente-deux demandes d'accès au dossier médical dont trente étaient recevables. Dans vingt et un cas, la prise en charge était inférieure à 5 ans et dans les autres cas, elle était supérieure à 5 ans.

La procédure est précise, le patient devant adresser sa demande par écrit à la directrice de l'établissement, par courrier ou par internet, le dossier pouvant être consulté sur place gratuitement, avec une possibilité de délivrance de copies à ses frais (18 centimes d'euro la page).

Selon les informations recueillies, les délais de communication et de consultation prévus par le code de la santé publique sont respectés.

3.7 LA CONFIDENTIALITE DE L'HOSPITALISATION N'EST ASSUREE QUE SI LE PATIENT PREND L'INITIATIVE DE LA DEMANDE

Dans le livret d'accueil en page 28, il est rappelé que le patient peut exiger qu'aucune indication ne soit donnée à sa famille ou à toute personne extérieure à l'établissement ni sur sa présence à l'hôpital, ni sur son état de santé ; que de même le patient peut refuser que certaines personnes lui rendent visite.

Si le patient demande même oralement que sa présence à l'hôpital ne soit pas révélée, l'information est alors transmise aux standardistes qui le notent sur un cahier. Quand c'est un service de police ou de gendarmerie qui appelle, c'est le secrétariat de direction qui gère l'information. Le livre des appels téléphoniques tenu par les standardistes est conservé pendant un an et un jour.

En pratique le patient doit remplir un formulaire, mais les contrôleurs ont pu constater que ce document est lui rarement présenté par le personnel soignant.

Au jour du contrôle, seule une personne avait demandé que son hospitalisation ne soit pas révélée à un membre de sa famille qui était susceptible d'appeler l'établissement.

Recommandation

Les patients doivent être informés systématiquement de leur droit de demander la confidentialité de leur hospitalisation.

3.8 LE LIBRE CHOIX DU MEDECIN PAR LE PATIENT EST POSSIBLE EN THEORIE MAIS EXCEPTIONNEL EN REALITE

Le patient s'il est en conflit avec son médecin référent peut demander à en changer. Mais avant d'arriver à cette solution, tout sera fait pour que celui-là explique les raisons pour lesquelles il souhaite le changement et le plus souvent le dialogue permettra d'apaiser le conflit. Par ailleurs, il faut noter que les médecins sont peu nombreux et attachés à une ou deux unités et qu'un suivi par un autre psychiatre n'est pas impossible mais serait compliqué à gérer. Parfois aussi le changement peut être à l'initiative du médecin référent (alliance thérapeutique rompue) et la famille ou le tiers seront informés si cela paraît nécessaire.

3.9 LES PERSONNES QUI ONT BESOIN D'UNE PROTECTION JURIDIQUE SONT IDENTIFIEES RAPIDEMENT PAR LES ASSISTANTES SOCIALES TRES PRESENTES ET ACTIVES AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT

3.9.1 L'intervention des assistantes sociales

Au total 11,10 ETP d'assistantes sociales en 2017 interviennent à temps partiel sur toutes les unités, mais également dans les CMP et au SPAD, ce qui permet de mieux suivre le patient qui était déjà suivi à l'extérieur dans une autre structure. Les demandes des patients qui sont accueillis dans les unités d'admission sont plus nombreuses et doivent être traitées rapidement compte tenu de la durée moyenne de séjour.

Dans le livret d'accueil en page 29, il est indiqué que le patient qui n'est plus en mesure d'assurer la gestion de ses biens peut être représenté ou assisté pour la sauvegarde de ses intérêts ; il est rappelé que c'est le juge des tutelles qui peut prendre la mesure de protection en désignant un tuteur, un curateur ou un mandataire, étant précisé que la mission peut être exercée par la gérante de tutelle de l'établissement qui a son bureau sur place.

Les assistantes sociales ont un rôle très important et interviennent à la demande du patient lui-même, de sa famille ou des soignants, après une réflexion menée avec l'ensemble de l'équipe médicale.

Les relations sont perçues comme de bonne qualité avec les médecins et les équipes soignantes et les réunions de synthèse sur les dossiers particuliers se tiennent au moins une fois par semaine.

C'est l'assistante sociale qui va engager la demande de mesure de protection du majeur, en saisissant le procureur de la République ou le juge des tutelles.

Le coût de l'expertise médicale, soit 160 euros peut poser des difficultés. Pour les patients indigents, la situation est signalée au procureur, qui peut prendre des réquisitions pour la désignation d'un expert qui sera rémunéré sur les frais de justice. Mais auparavant, la famille aura été sollicitée et dans certains cas, l'expert aura accepté de baisser ses honoraires en les ramenant au coût d'une consultation générale.

L'assistante sociale entendue a indiqué que les relations étaient bonnes avec les tuteurs extérieurs et les délégués à la tutelle des associations (union départementale des associations

familiales [UDAF], Confluence Sociale, caisse régionale des institutions familiales ouvrières [CRIFO], etc.), les contacts fréquents et indispensables se faisant par mails ou par téléphone. Les tuteurs ou curateurs se déplacent à l'hôpital si cela est nécessaire pour assister à des réunions d'équipe, surtout si le patient est accueilli sur une longue période. Les familles quand elles viennent visiter le patient, sont reçues par les travailleurs sociaux qui expliquent le contenu des mesures de tutelle ou curatelle. La présence effective des tuteurs familiaux est très variable, mais l'implantation de l'établissement peut aussi être un frein à leurs déplacements.

3.9.2 L'intervention de la gérante de tutelle de l'établissement

En 2016, la gérante de tutelle de l'établissement avait en charge quarante-sept personnes dont vingt et une placées sous tutelle, les vingt-six autres faisant l'objet d'une curatelle simple ou renforcée. En 2017, ce sont quarante-six personnes qui ont été suivies, soit dix-huit dans le cadre d'une mesure de tutelle et vingt-huit dans le cadre d'une curatelle simple ou renforcée. La répartition par pôle montre que le plus grand nombre de patients suivis est accueilli au pôle centre (douze patients sous curatelle renforcée, et à l'USLD, huit).

La gérante de tutelle de l'établissement, quand elle est informée à temps (car parfois il peut y avoir un oubli), accompagne le patient à l'audience du JLD ou du juge des tutelles ; elle est associée au projet de sortie et est invitée pour cela aux réunions de synthèse de l'équipe soignante.

Chaque patient placé sous tutelle ou curatelle est convoqué par la gérante de tutelle pour l'informer sur ses revenus et la gestion de ses dépenses, en fonction de la variation de ses ressources, mais en respectant avec beaucoup d'attention les souhaits et les attentes particulières du patient. Certains patients disposent librement d'une carte de crédit, d'autres passent par la banque des hospitalisés qui est ouverte tous les matins. Si le patient est en mesure de le comprendre la préposée lui explique le contenu de ses relevés de compte, et les choix qui lui sont offerts pour la gestion de ses revenus.

3.10 LES PATIENTS SONT INFORMES DE LEUR DROIT DE VOTER ET MIS EN MESURE DE L'EXERCER

La possibilité de participer aux différentes élections qui se présentent n'est pas mentionnée dans le livret d'accueil. Cependant l'information est donnée par voie orale aux patients.

Aucune procédure particulière n'a fait l'objet d'un protocole, mais chaque patient qui souhaitait se rendre aux urnes aux dernières élections présidentielles a pu le faire, soit seul, soit accompagné par un soignant ou par un membre de sa famille, dans le cadre d'une permission de sortie.

Une note avait été adressée aux cadres de santé de chaque unité pour leur demander de recenser les personnes qui voulaient voter par procuration. La gendarmerie s'est déplacée pour faire signer les documents nécessaires. Ainsi cinq patients du pôle centre et six du pôle Ouest ont pu se rendre aux urnes lors des dernières élections.

3.11 LES PATIENTS ONT FACILEMENT ACCES AU CULTES

Dans le livret d'accueil en page 24, il est indiqué que les aumôneries catholique et musulmane sont à la disposition des patients. L'aumônier catholique est présent au sein de l'établissement depuis plus de cinq ans, tandis que l'aumônier musulman n'intervient que depuis un an. Les coordonnées téléphoniques des aumôniers sont indiquées clairement (numéros de téléphone portable) ainsi que les jours et heures des permanences qu'ils assurent. Des offices catholiques

sont célébrés tous les vendredis à la chapelle ainsi qu'à l'occasion des grandes fêtes religieuses. Les informations sont aussi affichées dans les unités et chaque patient (en soins libres ou en SSC) est totalement libre de participer ou non aux activités culturelles qui sont proposées. Certains patients peuvent, s'ils le demandent, être accompagnés pour se rendre à la chapelle.

Pour avoir accès aux autres confessions (juive, protestante, etc. il est indiqué que ce sont les aumôniers présents sur place qui vont faire le relais et entrer en contact avec leurs collègues.

Parfois des patients en chambre d'isolement peuvent solliciter l'équipe soignante pour obtenir une Bible ou un Coran.

Les aumôniers organisent dans un climat de fraternité, différentes rencontres et fêtes qui peuvent se dérouler dans la chapelle située dans le grand parc au sein de l'établissement qui sont accessibles à tous les publics.

Certains patients peuvent demander à voir l'aumônier au sein de l'unité.

En 2018 l'aumônerie catholique de Nantes a sollicité des musiciens qui se sont déplacés à l'hôpital pour un concert qui a lieu maintenant chaque année au mois de février et qui a un réel succès.

Une fois par an, dans le cadre de la semaine de la santé mentale, l'aumônier catholique organise un débat dont le thème portait cette année sur la parentalité.

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

4.1 DEPUIS DEBUT 2017 LE NOMBRE DE MAINLEVEES DECIDEES PAR LE JUGE EST EN FORTE AUGMENTATION

4.1.1 La convention justice-agence régionale de santé-centre hospitalier

Le 11 juillet 2014, a été signée entre le TGI de Saint-Nazaire, l'ARS, le CH de Saint-Nazaire et le CHS de Blain, une convention sur l'organisation des audiences du JLD.

Cette convention n'a été mise en œuvre que début 2017, les avocats du barreau de Saint-Nazaire ayant refusé d'intervenir à défaut de certitude d'être rémunérés pour leurs déplacements à Blain.

Aux termes de cette convention :

- une salle d'audience est mise à la disposition du TGI sur le site des deux hôpitaux concernés ;
- cette annexe du TGI permet l'accueil du public avec une salle d'attente ainsi que deux salles affectées l'une comme bureau pour le magistrat et la seconde comme bureau pour l'avocat ;
- les audiences ont lieu les lundis et jeudis à 10h, une semaine sur trois au CHS de Blain, et deux semaines sur trois au CH de Saint-Nazaire. Les audiences peuvent être décalées d'une journée si le lundi ou le jeudi sont fériés ;
- les patients doivent être présents 30 minutes avant l'audience afin de pouvoir s'entretenir avec l'avocat ;
- l'avocat de permanence peut prendre connaissance des dossiers en début de semaine.

Les décisions sont transmises par facsimilé au CHS.

4.1.2 La mise en œuvre de la convention

L'incertitude sur les conditions d'indemnisation des avocats a été levée début 2017 permettant aux patients d'être assistés aux audiences. Il a été convenu entre l'ordre des avocats et le TGI de Saint-Nazaire que les avocats seraient réglés au titre de l'aide juridictionnelle pour les personnes pour lesquelles le règlement d'honoraires serait impossible soit parce qu'indigentes, soit du fait de l'impossibilité d'obtenir les renseignements nécessaires sur leur situation financière, les avocats s'efforçant pour les majeurs protégés de contacter les mandataires judiciaires pour le règlement de leurs honoraires.

D'un entretien avec l'avocate de permanence présente à l'audience au CHS de Blain pendant le contrôle, ce système semble donner satisfaction. Par contre certains patients semblent inquiets quant à l'incertitude concernant le coût d'un avocat par ailleurs obligatoire.

Les soignants ne semblent pas parfaitement informés du système d'indemnisation des avocats.

Il est rappelé que de plus en plus de conventions sont passées entre les barreaux, les TGI et les greffes aux termes desquelles les avocats sont systématiquement indemnisés quel que soit le patient, au titre de l'aide juridictionnelle après le dépôt d'un dossier de commission d'office et non pas de demande d'aide juridictionnelle.

Dans sa réponse, la direction indique s'être rendue à plusieurs reprises au TGI pour discuter des divers points de fonctionnement mais elle s'est heurté à la position du barreau Nazairien concernant l'indemnisation des avocats.

L'intervention des avocats a été déterminante puisque le nombre de mainlevées de mesures d'hospitalisations sans consentement a progressé de 900 % en 2017 par rapport à 2016, et de 60 % pour les mainlevées accompagnées d'un programme de soins. Ce nombre aurait déjà doublé durant les six premiers mois de 2018.

Les avocats du barreau de Saint-Nazaire sont environ quarante à assurer la permanence santé. Ils reçoivent tous une formation et ils sont en possession d'un dossier comportant les dispositions légales et règlementaires ainsi que la jurisprudence et notamment celle du JLD de Saint-Nazaire.

4.1.3 Les audiences

Les patients sont accompagnés par des soignants. C'est l'occasion pour ces derniers de faire des commentaires sur l'audience JLD, de répondre aux préoccupations des patients et de les rassurer. Les audiences sont tenues par le JLD titulaire de la fonction au TGI de Saint-Nazaire, parfois remplacé par le président du tribunal, manifestant ainsi tout l'intérêt porté à cette procédure, et parfois également par un troisième magistrat.

L'audience a lieu dans la salle prévue à cet effet et qui est signalisée pour le public. Les patients attendent dans la salle d'attente en compagnie des soignants les accompagnant. Seule la personne concernée est dans la salle d'audience sans présence des soignants sauf demande particulière.

Le magistrat expose au patient l'objet de la procédure, rappelle sa situation et lui donne largement la parole tout en l'interrogeant. Puis l'avocat est invité à s'exprimer avant le patient qui aura la parole le dernier.

Ni le juge, ni l'avocat, ni le greffier ne portent la robe.

4.1.4 Les décisions

Les présences à l'audience sont les suivantes :

- saisine du 12^{ème} jour : 270 en 2017 pour 211 en 2016 ;
- saisine du 6^{ème} mois : 24 en 2017 pour 12 en 2016.

Soit une progression totale en 2017 de 32 % en 2016.

Nombre de mainlevées accompagnées d'un programme de soins :

- saisine du 12^{ème} jour : sept en 2017 pour cinq en 2016 ;
- saisine du 6^{ème} mois : une en 2017; aucune en 2016.

Nombre de mainlevées directes :

- saisine du 12^{ème} jour : neuf en 2017 pour une en 2016 ;
- saisine du 6^{ème} mois : une en 2017; aucune en 2016.

Le nombre total de mainlevées a donc été de dix-huit en 2017 contre six en 2016. Le JLD considère que le nombre de mainlevées a doublé lors des six premiers mois de l'année 2018.

Recommandation

L'information sur la rémunération des avocats intervenant aux audiences du JLD doit être améliorée afin de mettre un terme à l'inquiétude qu'elle suscite chez certains patients.

Bonne pratique

L'investissement du barreau a permis une forte évolution du contenu des décisions du JLD plus soucieuses de la protection des droits des patients

4.2 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES EST ATTENTIVE AU REGIME D'ADMISSION DES PATIENTS ET A LEURS CONDITIONS DE SEJOUR, MALGRE UN SEUL PASSAGE ANNUEL

Les contrôleurs ont eu quelques difficultés à obtenir des documents sur l'activité de la commission des soins psychiatriques (CDSP). Ont été communiqués les rapports de visite 2017 et 2016 ainsi que les notes d'information aux patients annonçant les passages de la CDSP en fin d'année.

Lors de ces passages, quelques rares patients ont été rencontrés, deux en 2015, deux en 2016 et deux en 2017.

Le registre de la loi a été contrôlé ; quelques commentaires ont été faits, notamment à l'issue de la visite du 12 octobre 2017, le premier sur l'utilisation des chambres d'isolement (CI) pour des personnes ne relevant pas de soins sans consentement, le deuxième sur des fréquentations longues de la CI pour des jeunes de moins de 18 ans, le troisième sur des absences de précision quant à l'autorité médicale à l'origine de la mesure.

Recommandation

Il convient de prendre des mesures d'informations suffisantes de nature à inciter les patients à demander des entretiens avec la CDSP à l'occasion de ses passages.

4.3 BIEN TENU FORMELLEMENT, L'ETUDE DU REGISTRE DE LA LOI REVELE UN GRAND NOMBRE D'INCOHERENCES ET UNE ABSENCE DE CONTROLE HIERARCHIQUE

4.3.1 L'examen du registre de la loi

Le registre est bien tenu. Cinq personnes sont affectées au bureau des entrées (BDE) chargées de transcrire et coller dans le registre de la loi toutes les mentions sur l'état civil d'un patient admis au CHS pour des soins sans consentement, ainsi que tous les certificats médicaux et décisions le concernant.

Un premier registre concerne les patients en SPDT et un second ceux en SPDRE.

Les deux sont à jour. Leur examen permet de retracer le parcours d'un patient depuis son admission jusqu'à la fin de la mesure.

On y trouve la demande des tiers, les certificats médicaux aux fins d'hospitalisation, la décision du directeur du CHS, les certificats médicaux des 24 et 72 heures, la décision de maintien en hospitalisation complète du directeur, les décisions du JLD, les certificats médicaux mensuels et les décisions du directeur de maintien de la mesure, les certificats du collège de professionnels de santé, les demandes de sortie de 12h ou bien de 48h non accompagnées, les programmes de soins et décisions de modification de la prise en charge, les certificats médicaux de réintégration en hospitalisation complète et les décisions du directeur correspondantes, de même que les nouvelles décisions du JLD avant le douzième jour.

Une liste très complète des décisions devant être reproduites est à la disposition du personnel du BDE et a été présentée aux contrôleurs.

Ne figurent cependant pas dans cette liste et dans le registre de la loi, l'avis motivé joint à la saisine du JLD, la date de la notification des droits, les décisions du directeur du CHS ou du préfet autorisant les sorties de 12 ou 48 heures, les notifications des décisions au patient.

Il doit être cependant noté que toute notification d'une décision est toujours accompagnée de la liste complète des droits du patient telle qu'elle a été notifiée lors de l'admission.

Bonne pratique

A toute notification d'une décision ou d'un certificat médical est jointe une nouvelle information sur les droits.

4.3.2 Les incohérences

De nombreuses incohérences et irrégularités ont pu être relevées :

- des demandes de tiers ne comportant pas la mention manuscrite obligatoire ou encore des mentions manuscrites insolites qui traduisent le peu de compréhension du rédacteur ;
- des demandes de tiers qui sont postérieures au certificat médical initial ;
- la décision du directeur est signée et horodatée au même moment que la demande du tiers ;
- des doubles dates figurent sur le folio du patient : l'une en rouge étant la date d'entrée au CHS et la seconde en bleu celle de la mesure de soins sans consentement ;
- des certificats des 24 et 72 heures sont rédigés bien avant la fin de chacune de ces deux périodes, parfois moins de 48h pour celui de 72h ;
- des décisions de maintien d'hospitalisation complète sont prises dans les mêmes délais que les certificats prématurés ;
- des notifications de décision d'admission sont rédigées plus de 48 heures après l'admission si cette dernière intervient le vendredi en fin de journée ;
- des décisions qui sont signées et horodatées à des moments où il n'est pas possible qu'elles le soient, puisque le bureau d'admission, dont les cinq agents disposent d'une délégation de signature totale en matière d'admission (cf. § 4.3.3), est fermé le soir à partir de 17h ainsi que le week-end ;
- des décisions d'admission, de réadmission qui ne sont pas signées par la directrice. Toutes les décisions comme le commenteront le personnel du BDE sont préparées par le BDE, établies par le BDE et signées par l'une des cinq personnes du BDE. Le BDE est donc à la fois le rédacteur, le concepteur, et son propre contrôleur, des décisions d'admission prises sur lecture des certificats médicaux.

La direction du CHS a délégué ce pouvoir d'admission et de contrôle.

Ce système existerait depuis longtemps mais a été repris par la direction actuelle à la suite d'une décision de délégation du 8 janvier 2018.

Recommandation

Les demandes et certificats concourant à une décision d'admission et de maintien en soins sans consentement doivent respecter strictement la chronologie prévue par le code de la santé publique.

4.3.3 L'absence de contrôle hiérarchique

La responsable du BDE dispose d'une délégation de signature. Comme indiqué dans le chapitre précédent, les quatre adjoints administratifs affectés au BDE disposent également d'une délégation de signature pour, notamment, "les décisions du directeur relatives aux soins psychiatriques sans consentement".

La plupart des décisions examinées dans le registre de la loi signées par " le directeur" sont en fait signées par l'un des quatre adjoints administratifs par délégation. Ni la directrice, ni la responsable du bureau ne signent ces décisions.

Les incohérences et irrégularités relevées ci-dessus sont d'autant plus possibles qu'aucun contrôle n'est exercé sur le processus d'admission et sa légalité. En réalité les décisions ne font que reproduire ce qui a été décidé par le médecin, renforçant ainsi le pouvoir des médecins sur celui de l'administration, alors que les décisions d'admission doivent répondre à un formalisme bien précis et ne peuvent être que des décisions prises par la seule autorité compétente pour les prendre, le directeur de l'hôpital.

Un contrôle hiérarchique des décisions préparées par le BDE aurait sans doute permis d'éviter les incohérences et irrégularités relevées dans le registre de la loi.

Recommandation

La délégation générale de signature donnée à tout le personnel du bureau des admissions doit être réexaminée afin de permettre un contrôle direct et effectif des décisions d'admission par la direction de l'établissement.

Dans sa réponse la direction indique que la délégation de signature va être revue afin que seule la responsable de service soit concernée et en son absence, la directrice des finances et du bureau des séjours. Un travail est également en cours visant à ce que les décisions du directeur soient signées par l'astreinte de direction de manière dématérialisée (signature électronique) les week-ends et jours fériés.

4.4 L'AMENAGEMENT ET LA LEVEE DES MESURES EST UN DISPOSITIF FACILITE PAR LA MISE EN ŒUVRE DE STRUCTURES EXTRA HOSPITALIERES DEDIEES A LA SORTIE

4.4.1 Les sorties de courte durée

L'examen du registre de la loi permet de constater que de très nombreux patients en SSC sont l'objet de décisions soit du directeur pour ceux qui ont été admis selon la procédure de SPDT, soit du préfet pour ceux objets de SPDRE, les autorisant à sortir pour de courtes durées, accompagnés, soit de 48 heures non accompagnés.

Les soignants confirment la réalité de ces sorties, et l'absence d'opposition du préfet concernant ceux des patients en SPDRE, sauf si la demande a été présentée tardivement.

4.4.2 Les programmes de soins

Des certificats de modification du régime d'hospitalisation en programme de soins apparaissent également fréquemment dans le registre de la loi donnant lieu à des décisions conformes du directeur (délégation de signature) ou du préfet.

Inversement des programmes de soins sont suivis parfois d'une nouvelle hospitalisation complète, la décision du directeur (délégation de signature) faisant courir un nouveau délai de 12 jours pour examen de la situation par le JLD.

4.4.3 La préparation de la levée de la mesure

Les médecins tentent de mettre en œuvre pour chaque patient un parcours de soins, lequel sera si possible contractualisé par l'adhésion du patient.

Participent à l'élaboration de ce parcours de soins les CMP de chacun des pôles, lesquels assistent aux réunions de *staff*.

Comme indiqué dans le chapitre 2.2.2, le pôle est a créé le SPAD permettant une sortie anticipée pour des patients non encore stabilisés.

Chacun des pôles en intra hospitalier est organisé en deux unités, l'une « d'admission », l'autre « intermédiaire ». Cette dernière unité peut être le passage pour les patients de l'unité d'admission avant la levée de l'hospitalisation.

4.5 LES AVIS DU COLLEGE DES PROFESSIONNELS DE SANTE NE SONT PAS RENDUS DANS DES CONDITIONS CONFORMES AU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

Les certificats du collège sont régulièrement apposés dans le registre de la loi. Cependant selon les médecins et personnel infirmier, le collège ne se réunit jamais pour les patients en programme de soins. Un échange sur le patient peut intervenir par l'intermédiaire d'une conférence téléphonique.

Le patient n'est donc ni convoqué, ni présent devant le collège et il n'est donc pas entendu.

Pour les patients en hospitalisation complète, le collège ne se réunit pas plus, même si ses membres peuvent échanger plus facilement. Le patient n'est pas convoqué ; il n'est pas informé des intentions du collège ; ses observations ne sont pas recueillies.

Une réunion de *staff* ou une réunion clinique peut être l'occasion pour les médecins de discuter de la situation du patient et de considérer que la réunion du collège a bien eu lieu.

Un tableau *Excel* très précis permet aux secrétaires des unités de programmer les étapes médicales et d'informer les médecins concernés de leur obligation d'établir un certificat médical ou de se réunir dans le cadre du collège.

Les certificats mensuels, qui doivent être établis après entretien avec le patient informé de l'objet du rendez-vous, et après recueil de ses observations sont en règle générale établis en dehors du formalisme prévu par le code de santé publique.

Recommandation

L'entretien obligatoire avec le patient à l'occasion de la réunion du collège des professionnels de santé doit être protocolisé.

4.6 UN CONTROLE ANNUEL EST EFFECTUE PAR LES AUTORITES JUDICIAIRES

Une fois par an, le président du TGI de Saint-Nazaire, ainsi que le procureur de la République près ce même tribunal, exerce un contrôle sur le registre de la loi sur lequel il appose son visa.

Il n'est pas signalé d'autres contrôles et notamment du préfet.

5. LES RESTRICTIONS DE LIBERTE

5.1 LA LIBERTE DE CIRCULATION DES PATIENTS PROGRESSE HORS DE L'UNITE

5.1.1 L'ouverture des unités et l'accès aux activités

Pour les unités sectorielles, le schéma était le suivant il y a cinq ans : unités d'admission fermées ; unités intermédiaires ouvertes.

L'arrivée d'un nouveau psychiatre au pôle centre – dont la thèse portait précisément sur ces questions (« *La fermeture et l'ouverture des unités : le point de vue des patients* ») – a permis de redynamiser la réflexion d'ensemble autour de l'ouverture des unités au CHS de Blain.

L'unité d'admission du pôle centre, dont il est aujourd'hui le médecin-chef, a basculé en portes ouvertes en 2016. Si cette évolution ne s'est heurtée à aucune résistance de la part de l'administration, les membres du personnel paramédical, en revanche, s'y sont montrés rétifs. Au-delà de la classique peur du changement, cette opposition résultait selon ce psychiatre de deux facteurs : sentiment de perte de contrôle sur les patients et responsabilité médico-légale (en cas d'incidents lors de fugues de patients en SSC). Certains infirmiers de l'unité reconnaissent tout à fait leur hostilité de départ mais ont indiqué aux contrôleurs qu'ils s'étaient aujourd'hui adaptés. D'autres – la majorité – ont demandé un changement de poste : le personnel s'est renouvelé à hauteur de 70 % en deux ans. Concrètement, l'unité est ouverte de 9h30 à 18h30. Il peut néanmoins arriver qu'elle soit fermée durant cette période à cause d'un patient particulièrement difficile à gérer, dont l'équipe estime qu'il pourrait s'enfuir. Pendant la durée de la visite, les contrôleurs ont rencontré cette situation une fois, pendant trois heures. Le nombre d'infirmiers disponibles peut également, à titre exceptionnel, justifier la fermeture de l'unité (ex. : départ des infirmiers de l'unité pour placer un de leurs patients dans la chambre d'isolement d'une autre unité).

La porte d'accès aux unités d'admission des deux autres pôles est fermée : les patients en soins libres qui désirent sortir doivent faire appel aux infirmiers. L'unité du pôle Ouest a prévu d'ouvrir ses portes à partir du mois de novembre, et un projet d'ouverture de l'unité du pôle Est est à l'étude.

La direction précise dans sa réponse que les portes de l'unité du pôle Ouest sont ouvertes depuis le 5 novembre 2018.

S'agissant des unités intermédiaires des pôles sectoriels, les unités sont ouvertes le jour et fermées la nuit, sachant que l'horaire de fermeture est variable (de 18h au plus tôt pour le pôle centre à 23h au plus tard pour le pôle Est). A l'unité intermédiaire du pôle centre, la porte d'accès est également fermée entre 12h et 13h30. Dans l'hypothèse d'un risque de fugue d'un patient, toutes ces unités peuvent être temporairement fermées.

L'USLC, présentée comme une unité fermée, est en réalité ouverte de 10h à 12h et de 14h à 18h. Mais les patients en sortent très peu compte-tenu de la lourdeur de leurs pathologies.

Enfin, l'APSA est une unité réellement fermée même si la majorité des patients est hospitalisée en soins libres. Une réflexion doit également y intervenir.

Chaque unité dispose d'un ou plusieurs espaces extérieurs : cours, jardins, patios. Ces espaces clos mais agréables sont ouverts toute la journée. Ils ne sont fermés par les équipes de nuit que vers 23h. Durant cette période, ils sont librement accessibles, notamment pour fumer. Il doit tout de même être indiqué que des bas-volets ont été disposés par endroits dans certains patios, en

plus des grillages, afin d'éviter les fugues. Ce dispositif d'inspiration carcérale n'a pas nécessairement sa place dans un hôpital.

Pour les activités thérapeutiques qui ont lieu à l'extérieur, sur prescription (cf. §.9.2), les patients en soins sans consentement doivent être accompagnés. L'accès à la cafétéria, à la banque, à l'aumônerie, et plus généralement à toutes les activités proposées par l'unité de psychothérapie sur la « place du village » est libre pour les patients des unités ouvertes et les patients en soins libres (SL) des unités fermées. Il est restreint pour les patients en SSC des unités fermées, qui doivent être accompagnés ou bénéficier d'une autorisation particulière du médecin.

Recommandation

La réflexion portant sur l'ouverture des portes des unités fermées doit se poursuivre.

5.1.2 La gestion des sorties sans autorisation

Les sorties des patients sans autorisation sont possibles compte-tenu de la configuration du site. Elles sont prises en compte par l'accueil permanent hospitalier (APH) sur signalement de l'unité concernée. Dans un premier temps, le patient est recherché dans le parc, sur les routes jouxtant le CHS puis dans la ville de Blain, par un binôme composé d'un soignant de l'APH et d'un soignant de l'unité. Si ces démarches n'aboutissent pas, l'APH déclenche une procédure dont les modalités varient selon le statut d'hospitalisation du patient. Lorsqu'il s'agit d'un patient en SDRE, l'APH prévient la gendarmerie. Lorsqu'il s'agit d'un patient en SDT ou en SPI, ou d'un patient en soins libres dont la sortie est inquiétante, l'APH ne joint la gendarmerie qu'en cas d'auto ou d'hétéro-agressivité, de risque suicidaire, de problématiques somatiques, ou de risque de désorientation et sur avis du médecin. Dans les autres hypothèses (sortie non autorisée mais ne présentant pas de risque *a priori*), seuls l'interne, le psychiatre et la permanence sont avisés.

Dans tous les cas, les titulaires de l'autorité parentale sont prévenus si le patient est mineur. Dans la même logique, le tiers est systématiquement avisé s'il s'agit d'un SDT.

Si la gendarmerie retrouve le patient, elle prévient l'APH pour que l'hôpital le prenne en charge soit sur place soit à la brigade (en principe la brigade de Blain, mais il est arrivé que l'APH doive se déplacer à Châteaubriant ou Saint-Nazaire). Il n'est pas menotté lorsqu'il patiente à la gendarmerie et ne fait pas l'objet d'une mesure judiciaire particulière (sauf ivresse publique manifeste, exceptionnellement). Il est regrettable que la gendarmerie ne ramène pas le patient, *a fortiori* lorsqu'il s'agit de la brigade de proximité. Si les relations entre direction du CHS et commandement de la gendarmerie sont bonnes, il doit être signalé que les contacts quotidiens entre les gendarmes et l'APH sont souvent plus difficiles, certains sous-officiers reprochant aux soignants de ne pas correctement surveiller les patients en SSC (« *il faudrait les enfermer* »), notamment ceux qui fuguent régulièrement.

L'une des cadres supérieures de santé a indiqué aux contrôleurs qu'une étude récente sur les sorties sans autorisation avait montré qu'elles n'étaient en général pas longues ni génératrices d'incidents et que majoritairement les patients réintégraient l'hôpital par eux-mêmes. L'APH a néanmoins remarqué une très importante augmentation de ces sorties. Cette impression a été confirmée par les chiffres qui ont été communiqués aux contrôleurs au titre des événements indésirables par la direction des soins et de la qualité :

Année	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nombre de sorties	60	34	40	46	67	162	178

Les infirmiers de l'APH rencontrés par les contrôleurs estiment que cette nette hausse s'explique en grande partie par l'ouverture d'une unité auparavant fermée, l'unité d'admission du pôle centre. Les contrôleurs ne partagent pas cet avis : les chiffres communiqués ne permettent nullement d'avérer un lien entre l'ouverture d'une unité et l'augmentation des sorties non autorisées. Au contraire, cette hausse est beaucoup moins importante à l'unité d'admission du pôle centre (+ 48 % entre 2015 et 2017) que dans de nombreuses autres unités (par exemple, sur la même période : + 700 % à l'unité intermédiaire du pôle Ouest ; + 525 % à l'unité d'admission du pôle Est ; + 460 % à l'unité intermédiaire du pôle centre).

Le service de la qualité a avancé d'autres explications : d'une part un certain nombre de sorties sans autorisation émane d'un même patient ces deux dernières années, de sorte que les chiffres sont faussés (en 2017, sur 178 recensées, 81 relevaient d'une seule personne) ; d'autre part, la culture de la traçabilité prend progressivement racine au CHS de Blain et les soignants signalent davantage d'événements indésirables qu'auparavant. Les contrôleurs ne sont pas pour autant convaincus que la hausse constatée dans la plupart des unités s'explique uniquement par ces éléments. Ils ont en outre été surpris par une dernière donnée : en 2017, la majorité des sorties sans autorisation concerne des patients en soins libres (67 %) et non des patients en soins sans consentement. Ce n'était pas le cas en 2016 (seulement 41 % de patients en SL) et encore moins en 2015 (37 %). Cette évolution paraît révélatrice d'un glissement peu opportun : si les soins sont libres, il peut être difficilement considéré que la sortie de l'hôpital ne doit pas être autorisée sauf clinique très spécifique. Sur le plan statistique, les sorties sans autorisation des patients en SSC ne devraient pas être comptabilisées au même titre que les disparitions, considérées comme inquiétantes par le personnel soignant, de patients en SL. Ce mode de comptabilisation rend en effet plus délicates l'évaluation des fugues des patients en SSC, et partant, leur prévention.

Dans sa réponse, la direction indique que le mode de comptabilisation des fugues a été modifié cependant les contrôleurs n'ont pas pu vérifier sur place.

Recommandation

Les sorties sans autorisation des patients en soins libres ne doivent pas être comptabilisées au même titre que celles des patients en soins sans consentement.

5.2 LES CONTRAINTES IMPOSEES AUX PATIENTS DANS LEUR VIE QUOTIDIENNE SONT MINIMES ET RAREMENT SYSTEMATIQUES

Il n'existe que peu de restrictions générales et systématiques au niveau de l'hôpital. Indépendamment des contraintes inhérentes à la vie en collectivité (être présent au déjeuner pris en commun, s'habiller décentement, ne pas fumer dans les espaces clos), les obligations imposées au cas par cas aux patients sont fonction de leur clinique et non de leur statut.

Le port du pyjama n'est jamais systématique. En début d'hospitalisation, il n'est imposé que dans certaines situations exceptionnelles, en particulier lorsque le patient arrive sans vêtements ou avec des effets souillés. En cours d'hospitalisation, sauf en cas de placement en chambre d'isolement, il n'est utilisé que par extraordinaire – et même pas utilisé du tout au pôle Est. Même dans les chambres d'isolement, le port du pyjama n'est pas systématique (cf. *infra*, § 8). Le livret

d'accueil est d'ailleurs muet sur le sujet – il est seulement demandé aux patients d'adopter une tenue qui « *ne doit pas heurter [leur] entourage et [...] respecter les personnes et les principes élémentaires d'hygiène* » (p. 25).

En principe les patients ne peuvent pas être enfermés – ou s'enfermer – dans leurs chambres et l'accès y est autorisé dans la journée. Les regroupements en chambre sont parfois expressément interdits (ex. : unité d'admission du pôle Est).

Un dispositif de fermeture est parfois rajouté par le service technique, de type loquet. Il est posé soit à la demande du patient, qui veut pouvoir s'isoler ou éviter les vols lorsqu'il quitte la chambre, soit à la demande du personnel soignant. Pendant leur visite, les contrôleurs ont vu en effet quelques loquets posés à l'initiative des soignants. Il s'agit essentiellement de sécuriser les allées et venues la nuit : ainsi, à l'unité intermédiaire du pôle centre, deux patients sont enfermés du coucher jusqu'au lendemain matin (dont l'un d'eux avec l'électricité coupée pour éviter qu'il ne manipule sans cesse le volet électrique). A l'USLC, quelques patients sont également enfermés la nuit. De l'aveu des soignants de cette unité, cette fermeture se fait parfois sans justification clinique mais uniquement pour faciliter la surveillance. Il doit être indiqué qu'en 2017, un patient quadragénaire, qui n'était pas enfermé, est allé s'alimenter au réfectoire de l'unité en pleine nuit et est décédé des suites d'une fausse route. De manière très exceptionnelle, il arrive aussi que certains patients soient enfermés à certains moments de la journée : ainsi, à l'unité intermédiaire du pôle Ouest, une patiente très peu autonome n'est autorisée à sortir de sa chambre que deux heures le matin et une heure trente en milieu d'après-midi. Ces restrictions sont toujours décidées par un médecin et réévaluées. En revanche, elles ne sont que rarement tracées dans l'outil CARIATIDES. L'absence de dispositif de fermeture de type « verrou de confort » est préjudiciable. Un tel mécanisme, posé sur toutes les portes des chambres, permettrait de mieux respecter l'intimité des patients et d'éviter les vols dans les chambres, ce d'autant qu'une partie des placards des chambres ne ferme plus à clef. Elle ne priverait pas les soignants de la possibilité de surveiller à tout moment les patients puisqu'ils pourraient ouvrir la chambre, même fermée de l'intérieur. Aujourd'hui, le loquet apposé par le service technique remplit cet office, mais il n'est placé qu'à la demande, et toujours enlevé après le départ de l'occupant de la chambre.

Recommandation

L'enfermement d'un patient dans sa chambre, afin de faciliter sa surveillance durant la nuit, doit être proscrit. Par ailleurs, un dispositif permettant aux patients de fermer leur chambre, sans empêcher le personnel d'y accéder quand il le souhaite, doit être généralisé.

Les règles écrites manquent (lorsqu'elles existent, les chartes de soins ou règlements de fonctionnement des unités n'indiquent ni les horaires, ni la nature des objets interdits, etc.) mais les contrôleurs ont pu constater dans les unités que la vie quotidienne était peu entravée.

Les horaires ne sont pas particulièrement contraignants : les soignants essaient de tenir compte du rythme de chacun. Le réveil a lieu en principe entre 7h et 8h mais une tolérance existe pour les patients très fatigués. Le petit déjeuner est servi soit à heure fixe, les patients y étant appelés (8h à l'unité intermédiaire du pôle centre, par exemple), soit sur un créneau horaire où l'accès est libre (de 7h45 à 8h30 à l'unité d'admission du même pôle, par exemple). Le soir, les téléviseurs des salles communes sont éteints vers 23h, mais il n'existe pas d'heure imposée de coucher ou d'extinction des feux. Une infirmière indiquera aux contrôleurs qu'elle passe dans les chambres vers minuit pour faire éteindre les tablettes, consoles de jeux et autres téléphones.

Cette démarche n'est qu'incitative puisque le patient pourra rallumer son matériel après le départ de l'infirmière.

Les biens du patient lui sont peu soustraits. A l'accueil, seuls les objets dangereux et les médicaments lui sont systématiquement enlevés. Les autres restrictions sont le fruit de décisions médicales individualisées, venant répondre à une clinique particulière. Toutefois, il doit être souligné que les cigarettes et briquets sont également toujours retirés à l'arrivée des patients à l'unité intermédiaire du pôle Est, ce qui n'est pas le cas dans les autres unités.

L'accès au tabac est d'ailleurs plus réglementé. Le principe est la liberté d'accès – les patients pouvant acheter directement leur tabac à Blain lors de leurs sorties – mais il connaît de nombreux tempéraments au sein des unités. D'une part, certains patients ne sont pas assez autonomes dans leur consommation et sont tentés de fumer toutes les cigarettes en leur possession ; d'autres part, les ressources financières d'une partie d'entre eux nécessitent une régulation par les soignants. Aussi, quelle que soit l'unité, l'accès au tabac peut être contrôlé, voire restreint, pour certains patients. A l'unité intermédiaire du pôle Est, la restriction est même systématique : il est demandé à chacun, après avoir fumé, de remettre cigarettes et briquets dans des casiers *ad hoc*, dans le bureau des infirmiers. Ce fonctionnement, qui est le pendant de la remise obligatoire du feu et du tabac à l'arrivée dans l'unité, ne correspond pas à ce que les contrôleurs ont constaté dans les autres unités, plus souples en la matière. Ils n'ont pas reçu d'explication venant justifier cette différence d'approche.

Recommandation

Les règles relatives aux restrictions de tabac doivent être harmonisées entre unités analogues, dans le sens d'une individualisation accrue et d'un réapprentissage de l'autonomie.

5.3 LES MODALITES DE COMMUNICATION AVEC L'EXTERIEUR SONT PERFECTIBLES ET PARFOIS TROP RESTRICTIVES

5.3.1 Le courrier

Les patients peuvent écrire et recevoir du courrier librement, sans contrôle par le personnel. Ce n'est que sur demande du patient que l'un des soignants lira avec lui le courrier (notamment à l'USLC où 80 % des patients n'ont pas acquis la lecture). Dans quelques unités, les courriers qui proviennent des autorités sont remis au patient par le cadre de santé, voire par le psychiatre, pour lui proposer un décryptage ou un accompagnement.

Les patients peuvent acheter des timbres en ville et également à la cafétéria. Il arrive que l'hôpital prenne à sa charge l'affranchissement. Selon les unités, ce peut être pour les courriers relatifs à des démarches administratives, ou ceux envoyés par des patients indigents, ou encore lorsqu'ils sont adressés au JLD ou à la CDSP (en revanche les contrôleurs n'ont rien vu d'analogue en ce qui concerne les correspondances adressées au CGLPL). Il s'agit de règles très locales car d'autres unités exigent que tous les courriers soient affranchis. Le livret d'accueil est d'ailleurs muet sur ce point.

5.3.2 Le téléphone

« L'usage du téléphone portable est, selon votre contrat de soins, régulé par l'équipe soignante » : voilà la première phrase de la rubrique du livret d'accueil relative au téléphone (p. 22). En réalité,

les contrôleurs ont constaté que l'accès au téléphone dépendait tout autant de l'unité dans laquelle le patient est affecté que de sa clinique – et donc de son contrat de soins.

Dans deux des trois secteurs (centre et Ouest), le principe général est le libre accès au téléphone, accompagné de restrictions décidées par le psychiatre au cas par cas. Il s'agit essentiellement d'empêcher le patient de disposer de son téléphone en permanence, dans l'hypothèse d'un usage abusif ou nuisible. En pareil cas, le téléphone mobile sera placé au coffre de l'unité. Si le patient veut l'utiliser, pour téléphoner ou *a minima* consulter ses messages ou ses courriels, il devra demander à un soignant. Plus rarement, la présence d'un personnel pourra être prescrite par le médecin « *pour jauger la tonalité* » des échanges. A titre exceptionnel et sur décision médicale, la possibilité de téléphoner pourra même être suspendue quelque temps en fonction de l'état du patient.

Les équipes du pôle Est ont mis en œuvre une politique beaucoup plus contraignante, sans qu'il ait pu être expliqué aux contrôleurs les raisons de cette différence de traitement. A l'unité d'admission, l'interdiction de l'usage du téléphone portable au sein de l'unité est mentionnée dans le règlement de fonctionnement et appliquée strictement. A chaque entrée dans l'unité (même à l'issue d'une promenade dans le parc) et quel que soit leur état clinique, les patients rendent leur téléphone ou leur carte SIM aux soignants qui les placent dans des casiers dans leur bureau. A l'unité intermédiaire, l'usage du téléphone est possible seulement à l'extérieur de la chambre, et en journée. Le téléphone est donc laissé chaque soir dans le casier personnel.

Recommandation

La privation générale du téléphone portable dans les unités du pôle Est porte une atteinte disproportionnée aux droits des patients. Le principe doit demeurer le libre accès des patients à leur téléphone, et l'interdiction l'exception pour des motifs strictement cliniques.

Les chambres ne sont pas équipées de téléphone fixe mural, mais les patients peuvent tous se servir de cabines téléphoniques gratuites au sein des unités. Il leur est ainsi permis, par l'intermédiaire des soignants, soit de passer des appels, soit d'en recevoir. Il en existe une par unité et elles sont dotées d'une isolation phonique particulièrement efficace.

Bonne pratique

Les patients peuvent téléphoner gratuitement depuis les cabines de chaque unité, dans des conditions respectant parfaitement la confidentialité des échanges.

5.3.3 L'informatique

Le principe au CHS de Blain est d'autoriser le patient à disposer de son matériel informatique. Pour autant, très peu de patients possèdent un ordinateur ou une tablette. Ceci s'explique peut-être par le fait que l'hôpital ne propose pas de connexion *Wi-Fi* aux patients. De fait, ils entretiennent davantage de relations sociales par *smartphone* que par ordinateur.

Les restrictions sont individualisées : elles apparaissent le plus souvent dans le contrat de soins, sous la forme d'une limitation de la durée d'accès au matériel informatique pour des motifs thérapeutiques.

Pour les patients, le seul ordinateur connecté à internet se trouve à la bibliothèque, place du village. Compte-tenu du nombre de personnes hospitalisées, il apparaît aux contrôleurs que le nombre d'ordinateurs pourrait être nettement plus important.

Recommandation

Il conviendrait d'installer le Wi-Fi dans l'hôpital – dans le respect des conditions minimales de sécurité informatique – afin que les patients qui disposent d'un ordinateur portable ou d'une tablette puissent avoir accès à leur messagerie et effectuer des démarches administratives et sociales.

5.3.4 Les visites

L'accueil des familles est assez libéral. Malgré son implantation en pleine campagne, l'accès au CHS semble facilité, tant par l'existence d'un grand parking visiteurs devant le bâtiment d'accueil du public que par la desserte de l'hôpital par bus (l'arrêt est à 300 mètres seulement). Un distributeur de friandises et de boissons se trouve à l'entrée et les familles sont reçues avec beaucoup d'humanité par les hôtesses d'accueil. Elles acceptent par exemple que les familles laissent du linge propre à destination d'un parent hospitalisé, même en dehors des horaires de visite. Les enfants sont également admis, mais pas au sein des unités.

Les visites ont lieu l'après-midi, de 14h à 18h environ. Ces horaires sont plus souples dans quelques unités, avec des visites possibles le matin en prévenant le personnel à l'avance. Les familles et les proches peuvent être reçus dans les chambres (sauf à l'USLC), dans les salles communes, pour la plupart lumineuses et agréables, dans les patios, dans le parc ou même à l'extérieur pour les patients en soins libres. Ils peuvent également se rendre à la cafétéria ou au self le midi. Les salons de visite apparaissent en revanche peu adaptés. Les salons des unités sectorielles sont tous construits à l'identique : ils ne sont pas à l'intérieur des unités, mais dans le couloir desservant d'un côté l'accès aux unités, de l'autre les bureaux et le secrétariat du secteur. Il s'agit d'espaces propres et lumineux, mais peu spacieux et peu accueillants pour les enfants – qui ne peuvent visiter leurs proches que dans ces zones puisque les unités leur sont interdites. Il en existe un seul par secteur. Le salon de visite de l'USLC n'est pas mieux pensé : il s'agit d'une petite salle en longueur, entièrement vitrée, donnant d'un côté sur la grande salle de télévision et de jeux de l'unité, de l'autre sur des salles d'activité ou de réunion. Les soignants et les patients qui désirent se rendre de l'une à l'autre passent par le salon de visite. L'intimité n'est donc nullement garantie, et dans les faits ce salon est très peu utilisé.

Recommandation

Les conditions matérielles de visite doivent être améliorées, en particulier pour les enfants.

Les restrictions sont rares : quand les psychiatres estiment qu'une visite peut nuire à l'intérêt médical du patient, des limitations peuvent être posées. Par ailleurs, à l'unité d'admission du pôle Est, les visites ne sont pas autorisées pendant la phase d'observation.

6. LES CONDITIONS MATERIELLES DE VIE

6.1 LES CHAMBRES SONT POUR LA PLUPART AGREABLES ET FONCTIONNELLES, MAIS LES PATIENTS Y SONT VISIBLES DE L'EXTERIEUR

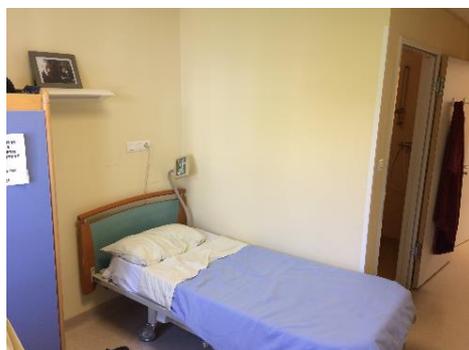
Le CHS de Blain compte 128 lits d'hospitalisation psychiatrique hors chambres d'isolement. Lors de la visite des contrôleurs, il fallait rajouter six lits, chaque unité d'admission ayant condamné un bureau et une salle de télévision pour en faire des chambres supplémentaires.

La plupart des chambres sont individuelles : il n'existe que six chambres doubles en psychiatrie (une par unité du bâtiment « 108 lits »). Rares sont ceux qui demandent à être hébergés en chambre double, il est donc souvent malaisé d'y affecter des patients. Dans certaines unités, ces chambres ne sont utilisées en occupation double que si les soignants trouvent des volontaires ; dans d'autres, si toutes les chambres individuelles sont occupées, les derniers patients arrivants y sont affectés de fait. Le choix de la chambre (localisation ; chambre simple/double) peut également dépendre de la clinique du patient : certaines personnes doivent être hospitalisés dans des chambres proches du bureau des infirmiers.

Les chambres sont propres, les draps – fournis par l'hôpital – sont changés au moins une fois par semaine et aucun problème de linge hôtelier n'est à déplorer. Elles sont d'une taille très correcte (un peu plus grandes lorsqu'elles sont doubles) et correctement chauffées. Dans le bâtiment « 108 lits », il s'agit d'un chauffage par le sol dont les soignants comme les patients semblent très satisfaits. Elles sont agréables et en bon état ; celles de l'USLC sont néanmoins plus défraîchies, le bâtiment qui les abrite étant beaucoup plus ancien.

L'équipement et le mobilier sont variables d'une chambre à l'autre. Sauf à signaler l'absence de bouton d'appel, y compris dans les unités récentes, l'équipement de base est assez complet et inclut une armoire. Mais cet équipement peut être restreint sur décision du psychiatre, en fonction de l'état du patient. Les contrôleurs ont ainsi pu visiter des chambres quasiment vides, parfois même uniquement meublées d'un lit scellé au sol. Tel était le cas pour un patient de l'unité d'admission du pôle centre (cf. § 8.1.2). Inversement, il est permis à certains patients dont l'état de santé ne contre-indique pas de meubler leur chambre, de posséder de nombreux effets personnels et de la décorer : cadres et affiches, postes de radio, meubles supplémentaires, voire chevalet et pinceaux pour un peintre amateur.

En principe, il n'y a pas de poste de télévision dans les chambres mais les contrôleurs ont constaté quelques rares exceptions.



Chambres ordinaires (individuelle à gauche ; double à droite), avec équipement standard



Une chambre décorée et équipée



Une chambre dépourvue de tout mobilier ou équipement

Comme il a été indiqué *supra*, les portes des chambres ne ferment pas à clef, sauf si le patient insiste pour qu'un verrou soit posé. Les portes sont pleines et dépourvues d'oculus, ce qui protège leur intimité.

Les patients peuvent entrouvrir les fenêtres (commande électrique, sauf à l'USLC). Celles-ci apportent beaucoup de lumière dans les chambres mais ne protègent pas les patients des regards extérieurs. Un film plastique est parfois posé sur les fenêtres (à l'unité d'admission du pôle Est, par exemple), mais dans la majorité des cas les patients sont très visibles. En l'absence de rideaux, ceux qui veulent s'isoler sont obligés de descendre les volets, eux aussi à commande électrique, ce qui n'est guère une solution satisfaisante en journée.

Les six lits supplémentaires (trois « lits-bureaux », dans des bureaux d'entretien, et trois « lits-salons », dans des petites salles de télévision) sont disposés dans des espaces qui n'ont pas été conçus comme des chambres. Leur niveau de confort et d'équipement est donc bien moindre. Par ailleurs, ils ne disposent pas de sanitaires personnels. Tous les patients s'en plaignent : ceux qui les occupent mais aussi les autres, notamment parce que les unités ne disposent plus que d'une salle de télévision là où auparavant elles en comptaient deux.

6.2 UNE ATTENTION EFFICACE EST PORTEE A L'HYGIENE DES PATIENTS, MAIS CELLE-CI EST LIMITEE PAR LA SUR OCCUPATION DES UNITES SECTORIELLES ET PAR LA CONFIGURATION DES LOCAUX DE L'USLC

Les chambres des six unités du bâtiment « 108 lits » sont toutes dotées d'une salle d'eau. Construites sur le même modèle, elles sont dotées d'une douche, d'un WC, d'un lavabo avec un miroir, et d'une étagère. Elles sont spacieuses, fonctionnelles (présence de barres d'appui) et bien éclairées. Le flexible de la douche est présent ; il n'est supprimé que sur prescription médicale, lorsque le patient est signalé pour un risque suicidaire.

Les contrôleurs ont néanmoins constaté quelques différences entre elles : certaines disposent de porte-serviettes et de patères, d'autres non. Par ailleurs, si la grande majorité des salles d'eau peut être fermée de l'intérieur, d'autres ne disposent pas de verrou (notamment à l'unité d'admission du pôle Est). Dans la mesure où les portes de chambre ne peuvent pas non plus être fermées, se fait jour un problème d'intimité puisqu'un patient pourrait être surpris par un autre alors qu'il fait sa toilette.

Recommandation

L'intérieur des chambres, et les faits et gestes des patients qui y sont hospitalisés, ne doivent pas être visibles distinctement de l'extérieur. De même, les salles d'eau de toutes les chambres doivent pouvoir être fermées de l'intérieur par le patient, afin de garantir son intimité.

Les salles d'eau des chambres doubles sont adaptées : une douche plus grande, deux lavabos, deux miroirs, deux tablettes (parfois d'une taille trop modeste néanmoins). Ces salles d'eau disposent toutes d'un verrou.

A l'USLC, les chambres ne bénéficient pas toutes de sanitaires : certaines ne disposent que de douches mais pas de WC, d'autres uniquement de WC mais pas de douche. L'une d'entre elles est totalement dépourvue de sanitaires. Il est remis le soir un seau hygiénique aux patients dépourvus de WC dans leur chambre. Les sanitaires individuels sont propres mais rudimentaires. Le carrelage au sol n'est pas adapté, les espaces sont réduits. Le projet de nouvelle USLC, qui pourrait ouvrir au dernier trimestre 2018, prévoit une salle d'eau aux normes actuelles dans chaque chambre.



La salle d'eau d'une chambre de l'USLC

Toutes les unités disposent également de sanitaires collectifs :

- à l'USLC : plusieurs WC, plusieurs salles de douche, une salle de bains, donnant tous dans le couloir de circulation à proximité des chambres ;
- dans chaque unité du bâtiment « 108 lits » : deux WC installés dans les parties communes et une salle de bains avec baignoire. Cette salle de bains n'est pas en accès libre, mais à disposition de chaque patient sur demande, notamment pour des bains relaxants en début de matinée ou en fin d'après-midi. Ces sanitaires servent aussi pour les patients hébergés dans les « lits-bureaux » et les « lits-salons » (cf. *supra*, § 2.2). Les soignants font preuve d'une grande souplesse s'agissant des conditions d'accès à ces sanitaires pour les patients en surnombre. Ils estiment souvent que ces efforts ne sont pas suffisants et que les conditions sanitaires ne sont pas satisfaisantes pour ceux-ci.



Une salle d'eau commune à l'USLC



La salle de bains commune de l'unité d'admission du pôle centre

Les sanitaires, individuels et collectifs, sont nettoyés quotidiennement par les agents des services hospitaliers. Ils sont apparus très propres aux contrôleurs quelle que soit l'unité.

Par ailleurs, les produits d'hygiène corporelle sont facilement remis aux patients. Il existe un nécessaire d'hygiène, disponible pour les patients qui viennent d'être admis, mais aussi ceux qui ne disposent pas de ressources suffisantes pour les remplacer régulièrement à leurs frais. Des produits sont également en vente à la cafétéria à des prix analogues à ceux pratiqués dans le commerce.

Recommandation

Les patients de l'USLC qui ne disposent pas de sanitaires dans leur chambre doivent, si nécessaire, être accompagnés la nuit pour se rendre aux toilettes plutôt que d'avoir à utiliser le seau hygiénique qui leur est remis, situation dégradante, constituant une atteinte à la dignité.

6.3 LES BIENS DES PATIENTS SONT PEU PROTEGES ET PEU ACCESSIBLES

6.3.1 Les biens déposés à la banque des patients

A leur arrivée à l'hôpital, il est proposé aux patients de remettre leurs biens et valeurs : argent liquide, carte bancaire, chéquier, livrets d'épargne, bijoux, effets personnels. Le livret d'accueil recommande d'ailleurs aux patients de ne pas conserver les moyens de paiement et les bijoux au sein des unités.

Un inventaire contradictoire est réalisé à cette fin à l'arrivée du patient dans l'unité d'admission. Les biens et valeurs sont disposés dans une enveloppe en plastique et un formulaire d'inventaire est établi, signé par le patient et un soignant – deux soignants si le patient n'est pas en état de comprendre ou de signer. Le tout est déposé à la banque des patients par le vagemestre. La nuit et le week-end, l'ensemble est également laissé à la banque dans un coffre accessible de l'extérieur et disposant d'une glissière sécurisée : ce qui est déposé est récupéré par les fonctionnaires de la banque le premier jour ouvrable suivant. Aucune copie n'est faite pour le patient à ce stade.

Le régisseur ou le sous-régisseur adressent ensuite ces enveloppes à la trésorerie de Blain. Lorsque les biens du patient sont pris en compte par la trésorerie, la fiche d'inventaire lui est

retournée, revêtue de la signature des fonctionnaires du trésor public. La trésorerie dispose d'une copie, la banque des patients également.

Ce mécanisme trouve ses limites pour les patients admis le vendredi après-midi ou le week-end. En effet, leur compte informatique ne sera créé par les fonctionnaires de la banque que le lundi suivant. Or les patients ont souvent besoin de faire quelques achats en urgence le week-end, notamment pour des cigarettes. C'est pourquoi, en dépit des préconisations du livret d'accueil, il leur est souvent conseillé de conserver une petite somme, voire leur carte bancaire, au sein de l'unité.

En cours d'hospitalisation, il n'est pas aisé pour le patient de récupérer ce dont il est propriétaire quand il le souhaite.

S'il s'agit d'objets (carte bancaire, bijoux, par exemple), il doit se rendre à la trésorerie de Blain, le cas échéant accompagné, et présenter un « bulletin de sortie ». L'inspecteur des finances publiques responsable de la trésorerie lie en effet la question de la restitution des biens conservés par ses services à celle de la levée de l'hospitalisation physique du patient, ou de sa suspension. Ainsi la remise d'objets pendant l'hospitalisation ne pourrait être possible qu'à l'occasion d'une autorisation de sortie, le patient devant du reste présenter un bulletin attestant le caractère temporaire de la sortie afin d'éviter les amalgames entre sorties provisoires et sorties définitives. Au retour, une nouvelle procédure d'enregistrement de ses biens et valeurs serait reconduite. Les agents de la banque des patients interrogés par les contrôleurs méconnaissent cette procédure, de sorte qu'ils ne peuvent l'expliquer aux patients. De son côté, l'inspecteur des finances publiques a précisé qu'il n'avait jamais été confronté à une demande de ce type.

S'il s'agit d'argent liquide, il doit s'adresser à la banque des patients, ouverte 1h45 par jour (il est à noter que lors de la visite des contrôleurs, ces horaires étaient encore plus réduits du fait de l'indisponibilité prolongée du régisseur : la banque restait porte close le mardi et le vendredi). Les retraits sont possibles jusqu'à 300€. Au-delà de 300€, le patient doit se rendre à la trésorerie : il ne sera accédé à sa demande, suivant la même procédure que pour les objets, qu'en cas d'autorisation de sortie. Le patient n'a nullement besoin de son inventaire : il lui faut présenter un document improprement appelé « chèque ». Il s'agit d'un bordereau, élaboré en concertation avec la trésorerie, sur lequel figurent le montant souhaité, la signature du patient et le cachet de l'unité dans laquelle il a été admis. Les agents de la régie vérifient sur le compte informatique si le patient a suffisamment d'argent, lui remettent la somme demandée, établissent une copie du chèque et adressent l'original à la trésorerie. Ils ne se préoccupent pas d'une éventuelle contre-indication médicale : ils la déduisent de la présence du cachet de l'unité, la plupart du temps remplacé par la signature d'un infirmier. S'il facilite le travail du régisseur, ce visa obligatoire laisse entendre que l'absence de libre disposition de ses biens par le patient est la règle. Certains cadres de santé estiment en outre que cette signature place l'infirmier dans une position inadaptée.

Si le patient ne peut pas se déplacer, un formulaire spécifique est renseigné. Le vaguemestre l'apporte à la banque des patients. Le régisseur ou le sous-régisseur prépare alors la somme et la remet lui-même au patient au sein de son unité contre signature. Si le patient n'est pas présent, aucune remise n'est effectuée à un intermédiaire ; elle s'effectuera quelques heures plus tard ou le lendemain, selon le même procédé.

Les contrôleurs ont examiné les copies des vingt derniers chèques : les signatures des patients y figurent toujours, de même que celles des infirmiers. S'il n'existe pas de contrôle interne de cette

procédure, elle est manifestement suivie avec application, ce qui limite les erreurs. Les montants oscillent entre 1€ et 120 € ; en moyenne les sommes retirées sont minimales.

A la sortie définitive de l'hôpital, seuls les montants inférieurs à 300 € sont restitués par la banque. Pour les montants supérieurs, ainsi que pour les autres biens, le patient devra se rendre à la trésorerie de Blain. Ce mécanisme n'est guère pratique, ce d'autant que la trésorerie n'est ouverte que le matin, de 8h30 à 12h.

Dans sa réponse, la directrice a tenu à indiquer que le vagemestre n'intervenait pas dans cette procédure, contrairement à ce qui a été déclaré sur place aux contrôleurs. Par ailleurs, elle rappelait que les patients peuvent bénéficier d'une avance par un fonds de solidarité afin d'effectuer des achats en urgence, sans préciser si le principe de cette avance et sa mise en œuvre peuvent être décidés la nuit ou le week-end.

Recommandation

Le formulaire de demande de retrait d'argent à la banque des patients ne doit pas être contresigné par un personnel soignant. Les horaires de la banque doivent par ailleurs être étendus. Enfin, la direction doit trouver une solution pour que les patients sortant de l'hôpital ne soient pas contraints de se rendre à la trésorerie de Blain pour récupérer les biens et valeurs déposés à l'entrée.

Bonne pratique

Lorsque les patients ne peuvent se déplacer à la banque pour retirer de l'argent en espèces, une procédure particulière est mise en œuvre, prévoyant notamment que les agents de la banque se rendent dans les unités pour remettre directement l'argent en espèces aux patients, sans intermédiaire. Cette procédure les rassure et limite les erreurs.

6.3.2 Les biens des patients dans les unités

Les biens personnels qui ne sont pas laissés à la banque ne sont pas pour autant systématiquement à disposition dans les chambres.

Chaque unité dispose de casiers personnels pour les patients, souvent dans le bureau des infirmiers. Ils y déposent tout ce qui a de la valeur à leurs yeux, ainsi que ce qui leur est interdit (soit en vertu des règles générales de l'unité, comme le téléphone dans certaines d'entre elles, soit en application de restrictions individuelles compte-tenu de leur situation particulière – cf. *supra*, § 5.2). Certains biens peuvent aussi être entreposés dans les bagageries des unités sectorielles, qui disposent d'un coffre. Dans les deux cas, un inventaire de ce qui est laissé est réalisé à l'entrée. Une copie est remise au patient. Mais son suivi est beaucoup plus flou qu'à la banque : dans la majeure partie des unités, aucun inventaire n'est réalisé lors des sorties des patients, qu'elles soient accompagnées ou non. Curieusement, un nouvel inventaire est réalisé au retour dans certaines unités, ce qui n'a aucun sens en l'absence de contrôle au départ. Il est également rare que soit réalisé un inventaire à la sortie définitive. Par ailleurs, les contrôleurs ont constaté que dans une unité, les clés des casiers n'étaient pas remises aux patients mais laissées sur le casier lui-même, de sorte que toute personne pénétrant dans le bureau des infirmiers peut accéder facilement à son contenu.

Ces solutions de double ou triple entreposage des biens et valeurs n'apparaissent pas satisfaisantes. Un « *bulletin d'information* » du directeur du 10 avril 2012, affiché dans certains bureaux, vient d'ailleurs les proscrire sur le long terme : selon ce bulletin, les conservations d'objets personnels dans les unités ne sont possibles qu'à titre dérogatoire et temporaire, en volume limité, et si les conditions de sécurité sont satisfaisantes. Ce n'est pas ce que les contrôleurs ont observé et les soignants ont reconnu être en difficulté sur le sujet. Ils ont été confrontés à des plaintes pour vol suite à de réelles disparitions, mais émanant aussi de patients de mauvaise foi qui avaient compris que les inventaires, tels que pratiqués aujourd'hui, présentaient des failles.

Recommandation

Le suivi des biens et valeurs laissés dans les casiers et les bagageries des unités est inopérant. Il ne permet pas de sécuriser le processus de conservation de ces biens par l'administration hospitalière et expose le personnel en cas de réclamation, même infondée, d'un patient. Il doit être entièrement repensé.

Les chambres disposent toutes d'armoires fermant à clef, et rares sont les patients qui ne peuvent accéder librement à leur contenu (quelques cas à l'USLC, notamment). Or, les clefs de ces armoires ont pour bon nombre disparu. Lorsqu'elles existent encore, elles ne sont parfois pas remises parce que les soignants considèrent que le patient pourrait les perdre. Les contrôleurs ont déploré une certaine hypocrisie du personnel paramédical sur le sujet, estimant de façon générique que « *les patients ont leurs clefs d'armoire* » au prétexte que les disparitions sont pour la plupart le fait de patients précédents, ayant omis de rendre la clef à leur sortie d'hôpital. Mais en ne procédant pas aux inventaires de sortie, les soignants ne se donnent pas la possibilité d'améliorer la situation.

Recommandation

Les patients doivent pouvoir fermer à clef l'armoire individuelle de leur chambre.

Dans ce contexte, l'argent en espèces est rarement conservé en chambre, soit parce que les patients sont opportunément incités à le déposer ailleurs, soit parce que le plan de soins prive les moins autonomes de la faculté d'en disposer librement. Pour ces derniers, une distribution d'argent est effectuée par les soignants tous les matins. Les sommes sont le plus souvent entreposées dans un casier ou une cassette dans le bureau des infirmiers, plus rarement aux coffres des bagageries. Dans certaines unités, le règlement de fonctionnement limite les sommes que peuvent conserver sur eux les patient (20€ à l'unité intermédiaire du pôle Est, par exemple) ; dans d'autres il n'est nullement explicite. En revanche les cadres de santé ne conservent jamais l'argent des patients dans leur bureau.

6.3.3 Les biens des patients protégés

Certains tuteurs ou curateurs privés ne sont pas très prompts à libérer les fonds normalement alloués aux patients protégés. Il arrive que lorsque ceux-ci se déplacent à la banque, le régisseur ne puisse leur donner l'argent prévu et les renvoie vers l'unité. Selon le sous-régisseur rencontré par les contrôleurs, cette situation se répète au moins une fois par mois, sans concerner les mêmes mandataires à chaque fois. En pareil cas, le régisseur contacte aussi l'unité afin que

l'infirmier référent exerce une réelle pression sur le tuteur ou le curateur indélicat. Le rapport est beaucoup plus simple avec les mandataires associatifs : ils répondent facilement et se déplacent dans les unités.

Les patients peuvent bénéficier d'avances grâce à un fonds de solidarité de l'hôpital. D'après la responsable des finances, ce dispositif est mis en œuvre une demi-douzaine de fois par mois. Il est utilisé non seulement dans l'hypothèse de mandataires inconséquents, évoquée ci-dessus, mais aussi lorsque les patients sont dans l'attente de l'octroi de certaines prestations sociales, comme l'allocation adulte handicapé (AAH). La demande doit émaner du patient et être contresignée par un médecin. Le patient détermine le rythme du remboursement en concertation avec le régisseur, sans qu'il puisse s'étaler au-delà de la date prévisionnelle de sortie. Si le patient concerné n'a toujours pas remboursé la somme quelques jours après sa sortie définitive, le régisseur émettra alors un titre de perception.

Bonne pratique

Lorsqu'ils sont confrontés à des mandataires peu réactifs, les patients protégés peuvent bénéficier d'avances grâce au fonds de solidarité de l'hôpital.

6.4 LES REPAS SONT PRIS EN COMMUN PAR LES PATIENTS, EN PRINCIPE SANS LES SOIGNANTS

Les repas sont pris en commun dans toutes les unités. A titre exceptionnel et sur prescription médicale, certains patients se restaurent seuls dans leur chambre.

Dans les unités du bâtiment « 108 lits », les réfectoires sont construits sur le même modèle. Ils sont spacieux, lumineux et fonctionnels. La cuisine est séparée et sa configuration permet le respect du principe de la marche en avant. A l'USLC, le réfectoire est vaste également mais la cuisine et ses équipements (réfrigérateurs, fours) se situent dans la salle à manger, ce qui n'est guère approprié.

Les plats sont confectionnés dans une cuisine centrale, puis acheminés en barquette vers les unités selon le procédé de la liaison froide. Les cuisines des unités ne sont donc que des locaux de réchauffage et de nettoyage. D'après les témoignages reçus, la cuisine centrale est réactive s'agissant des régimes alimentaires liés aux pathologies et allergies des patients. En revanche, l'un d'entre eux s'est plaint de l'absence de repas halal auprès des contrôleurs.

A table, le placement est libre. Certains patients se restaurent en groupe, d'autres seuls : les soignants respectent leur choix. Ils assistent les moins autonomes, parfois pour chaque bouchée. Il a été remarqué, dans l'une des unités, que les patients ayant besoin d'aide étaient regroupés à la même table afin de faciliter le travail des soignants. La vaisselle et les couverts sont aux standards de la restauration collective (inox, verre, terre cuite), sans restriction particulière. Selon les unités, soit chacun se lève pour se servir, soit il s'agit d'un service à table. En revanche, chaque patient débarrasse à l'issue du repas.

Les soignants se restaurent en même temps que les patients dans le réfectoire, mais entre eux, à une table à part. Leur interaction avec les patients est donc limitée – sauf lorsqu'ils les aident directement à s'alimenter – et on ne peut pas réellement parler de repas pris en commun. Des exceptions existent toutefois : au pôle centre, les soignants se répartissent sur chacune des tables des patients pour certains repas (presque tous les repas à l'unité d'admission, ceux du week-end à l'unité intermédiaire). Par ailleurs, les déjeuners sortant de l'ordinaire (pour lesquels

les ingrédients sont achetés et préparés par les patients et les soignants de l'unité) sont pris en commun.

Les unités servent toutes *a minima* trois repas par jour : le petit-déjeuner (débutant à 7h45, à 8h, ou à 8h15 en fonction des unités), le déjeuner (à 12h15), le dîner (à partir de 18h45 ou de 19h selon les secteurs). Dans certaines d'entre elles, une collation sucrée est aussi préparée en milieu d'après-midi. A l'unité d'admission du pôle centre, une tisane est également proposée en début de nuit.

Les patients peuvent acheter des confiseries au distributeur, à l'accueil de l'hôpital. Ils peuvent également recevoir certaines denrées de leur famille. Mais ils ne sont pas autorisés à conserver de la nourriture dans leur chambre. Ils doivent laisser ce qu'ils n'ont pas mangé dans leur casier ou au réfectoire de l'unité.

Les contrôleurs ont rencontré des patients très satisfaits de la qualité des repas servis, d'autres beaucoup moins. Ils ont consulté le cahier de la commission des repas dans l'une des unités, dans lequel les patients peuvent indiquer toute observation ou récrimination liée aux questions alimentaires : sur les vingt derniers retours, sept étaient positifs et dix étaient négatifs, les trois autres ne concernant nullement la restauration.

6.5 DANS L'ESPRIT DES SOIGNANTS, LES RELATIONS SEXUELLES SONT INTERDITES

La vie sexuelle des patients n'est pas un sujet au sein de l'hôpital.

Du point de vue de la sexualité, rien n'est écrit dans le livret d'accueil ni dans les règles de vie des unités lorsqu'elles existent. Les soignants expliquent que les patients ne discutent qu'exceptionnellement de ces questions, y compris en ce qui concerne les relations avec leurs conjoint-e-s. Certains s'avancent plus, en estimant que leur activité sexuelle est très réduite.

Du point de vue de la prévention, la question des maladies sexuellement transmissibles n'est abordée avec les patients que dans de rares unités. Dans les autres, le sujet n'est pas évoqué, conséquence de l'absence prétendue de vie sexuelle des patients.

Du point de vue de la contraception, le constat est le même. Elle n'est abordée de façon formelle que dans deux unités, lors de l'entretien d'accueil et surtout avec les patientes.

Pour autant, les contrôleurs ont pu établir un double constat contradictoire. D'une part, même s'il s'agit d'une règle non écrite, la quasi-totalité des soignants interrogés estime que les patients ne peuvent avoir de relations sexuelles. Seules les pratiques masturbatoires sont tolérées. Ainsi, les soignants ont pour la plupart indiqué qu'ils interviendraient immédiatement s'ils surprenaient une relation sexuelle, même consentie, à l'intérieur comme à l'extérieur de leur unité. Mais d'autre part, certains infirmiers reconnaissent qu'ils savent que des relations avec des tiers en visite – ou entre patients – ont lieu dans les chambres ou dans le parc. Cette situation est souvent évoquée lors de la réunion d'équipe ou de la synthèse suivante, mais pas toujours : dans certains cas l'acte est connu mais pas pris en compte.

Une gêne est donc perceptible sur ce sujet, tant sur le fond que sur la forme. Les incertitudes relatives à l'existence d'un distributeur de préservatifs en sont une illustration : si l'un des psychiatres a prétendu avec assurance qu'il n'y en avait pas à l'hôpital, au contraire le livret d'accueil (p. 25) mentionne un distributeur dans les toilettes de la cafétéria. Les contrôleurs ont vérifié sur place : le distributeur est vide. La gérante de la cafétéria l'ignorait : « *je ne vais pas dans les toilettes des hommes !* ».

Le raisonnement des soignants est lié aux pathologies et aux fragilités des patients. Ils estiment qu'en majorité, ceux-ci ne sont pas en mesure de donner un consentement éclairé à une pratique sexuelle à deux. Par ailleurs, l'accès d'un patient à la chambre d'un autre patient est limité, voire interdit. Quant aux salons familiaux, ils sont à l'extérieur des unités et ne laissent que peu d'intimité. Tout est donc fait, plus ou moins consciemment, pour que les moments où les patients échappent à la surveillance des soignants soient très peu nombreux. L'une des rares exceptions demeure les promenades dans le parc, où selon les témoignages recueillis, se pratique la plus grande partie des relations sexuelles, ce qui n'est pas satisfaisant.

Recommandation

Même si cette règle n'est pas écrite, l'interdiction des rapports sexuels entre patients, et entre patients et visiteurs, est posée au sein des unités. Or cette interdiction ne saurait être générale et systématique. Par ailleurs, les questions de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles ne sont pas suffisamment abordées. L'hôpital doit donc engager une réflexion institutionnelle sur tous les sujets relatifs à la sexualité des patients, en prenant en compte à la fois le principe de la liberté sexuelle et la nécessaire protection des patients les plus fragiles.

6.6 LES PATIENTS SONT HOSPITALISES DANS UN CLIMAT DE SECURITE TOUT RELATIF ET LES TRAFICS DANS LE PARC SONT PREOCCUPANTS

6.6.1 La configuration et la sécurité de l'établissement

Le centre hospitalier est implanté en pleine campagne, dans un immense parc comprenant non seulement des bâtiments et des jardins mais aussi des bois, des cours d'eau, des champs. Le cadre est très agréable, tant pour les patients que pour les soignants, et donne une impression de liberté. Deux accès véhicules coexistent : un accès principal au Sud (donnant sur la D33) et un accès secondaire au Nord-Ouest (donnant sur une voie communale). Ces deux accès sont fermés la nuit par une barrière. Des caméras de vidéosurveillance – les seules du site – enregistrent les images de ces accès, uniquement la nuit. Le domaine est parcouru par de larges voies de circulation, permettant de se rendre en voiture à chacune des unités. Il n'existe pas de poste d'entrée, ni à l'accès principal ni à l'accès secondaire. Le CHS de Blain ne recourt pas à une société de surveillance privée pour la sécurité du site. Le parc est simplement ceinturé d'un grillage aisément franchissable.

Selon l'ensemble des témoignages recueillis, les intrusions sont possibles nuit et jour et les trafics sont importants. La difficulté majeure concerne les stupéfiants : même lorsque leurs sorties ne sont pas autorisées, certains patients parviennent à commander des produits depuis l'intérieur et sont livrés par des *dealers* qui les cachent soit dans l'enceinte du parc (en particulier dans les bois), soit à proximité (l'arrêt de bus de la D33, désert la nuit, est connu pour abriter des cachettes pouvant contenir des stupéfiants). Les soignants ont indiqué aux contrôleurs qu'ils devaient de plus en plus faire face à des patients consommant, pendant leur hospitalisation, du cannabis mais aussi de la cocaïne et de la MDMA. La fouille de cachettes potentielles est réalisée régulièrement par le service technique mais le parc est gigantesque. Par ailleurs la gendarmerie effectue ponctuellement des opérations anti-drogue à la demande de la direction. Pour l'instant, ces mesures n'apparaissent pas suffisantes pour endiguer le phénomène.

Recommandation

Les produits stupéfiants sont de plus en plus accessibles pour les patients. La direction doit mettre en œuvre un plan de prévention pour tenter de juguler ce phénomène préoccupant, tant du point de vue de la santé des patients que de leur sécurité et celle des professionnels qui y exercent.

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'un plan de sécurisation était en cours de rédaction mais il ne concerne pas réellement les trafics : c'est plutôt le risque attentat qui est pris en compte et fait l'objet d'exercices.

6.6.2 La gestion des incidents et des actes de violence

Il a été difficile pour les contrôleurs de mesurer la sérénité et le niveau de sécurité des patients. Tant du point de vue du traitement qui leur est réservé par le personnel de l'hôpital, que de la qualité de leur interaction avec les autres patients, les données sont floues.

S'agissant d'éventuelles maltraitances des soignants envers les patients, aucune situation n'a été portée à la connaissance des contrôleurs. Sur les quinze réclamations reçues par la directrice entre le 1^{er} janvier et le 15 juin 2018, cinq portent sur « *la relation avec le médecin ou le personnel paramédical* », sans que les contrôleurs aient pu savoir si l'une d'entre elles avait trait à des maltraitances prétendues. Le rapport d'activité 2017 est muet sur la question. Le rapport de certification de la Haute autorité de santé de juin 2016 prévoyait l'élaboration d'un questionnaire sur la maltraitance mais les contrôleurs n'ont pas constaté qu'il était diffusé lors de leur visite.

Dans sa réponse, la directrice a précisé qu'une fiche spécifique de déclaration des actes de maltraitance avait été mise en place, disponible sur l'intranet.

Le bilan 2017 des questionnaires de sortie fait cependant apparaître quelques critiques de cet ordre, par des patients qui font part de leur sentiment de ne pas avoir été bien traités :

- « *Je n'aime pas me faire réveiller la nuit par un surveillant qui ouvre notre porte. Surtout que je n'arrive pas à me rendormir ensuite ce qui entraîne une fatigue le lendemain* » ;
- « *Je regrette que quelques infirmières ou se disant, se placent au-dessus des autres et conviendraient plus à s'occuper de gens de prisons que de patients. Pour ma part, j'ai été pris à partie par ces quelques personnes, qui nous prennent ni plus ni moins pour des carpettes : fait ci, fait ça comme le chien à sa mémère et je trouve ça désolant, on a à faire à des patients pas à des internés [...]* » ;
- « *Le personnel "infirmier, aide-soignant, femme de ménage" pas aimable, autoritaire. Nous rendent plus patients qu'à notre arrivée, nous démoralisent [...]* ».

Ces quelques observations sont contrebalancées par un nombre nettement plus important de remarques favorables, telles que « *le personnel soignant est très à l'écoute et de bon conseil* », « *le personnel un peu comme une famille avec nous* » ou encore « *je ne m'attendais pas à être aussi bien encadré, me sentais en sécurité* ».

Quant aux actes de violence entre patients, il a été indiqué dans plusieurs unités qu'ils étaient réguliers – un échange de coups deux semaines avant la visite des contrôleurs, à l'unité d'admission du pôle Est, par exemple – mais l'hôpital n'a pas été en mesure de les quantifier. Certes le service de la qualité établit des statistiques à partir des fiches d'événements indésirables, mais elles ne précisent pas la qualité de la victime. Il est seulement possible de tirer du bilan 2017 les enseignements suivants :

- les actes recensés sont en forte augmentation chaque année (tous actes de violence confondus : contre les personnes et contre les biens) : 83 actes en 2015 ; 111 actes en 2016 ; 142 actes en 2017 (sachant qu'on ne recensait que 41 actes en 2008) ;
- la nature des actes contre les personnes est préoccupante puisque ce sont les agressions les plus graves qui apparaissent comme les plus nombreuses :
 - o « menaces avec armes, violences volontaires, agressions sexuelles » : 63 % ;
 - o « menaces de mort, menaces physiques, violences involontaires » : 27 % ;
 - o « injures, insultes, provocations, exhibitions sexuelles » : 10 % ;
- le niveau de violence est très différent selon les secteurs :
 - o pôle centre : soixante-dix-sept actes, soit 54 % des violences recensées ;
 - o pôle Ouest : vingt-quatre actes, soit 17 % ;
 - o pôle intersectoriel (dont USLC) : vingt-quatre actes, soit 17 % ;
 - o pôle Est : quinze actes, soit 11 % ;
 - o pôle médico-technique : deux actes, soit 1 %.

Ces chiffres doivent être examinés avec une certaine réserve car ils reposent uniquement sur les déclarations du personnel. D'une part, les agents utilisent de plus en plus les fiches d'événements indésirables : la hausse du nombre d'actes année après année doit donc être relativisée. D'autre part le personnel recense plus facilement les actes qui le concernent directement que ceux dont sont victimes les patients, de sorte que le chiffre noir des violences entre patients est certainement important. La comparaison de ces chiffres avec les réclamations adressées à la directrice sur la même période est par ailleurs inopérante, car aucune d'entre elles n'avait trait à des violences subies de la part d'un autre patient (cf. *supra*, § 3.3). Là encore, le rapport d'activité 2017 ne contient pas d'élément relatif aux violences entre patients. Les feuilles de route des différentes instances de l'hôpital ne prévoient pas non plus de plan de lutte contre la violence.

En pratique, les soignants qui y sont confrontés interviennent pour séparer les protagonistes, le cas échéant avec l'appui de l'APH. Si les patients sont hospitalisés dans la même unité, il est décidé de les séparer pour éviter tout sur incident. Dans certains secteurs, les soignants incitent le patient victime à déposer plainte ; d'autres adoptent une position plus neutre. Dans tous les cas, les personnes qui souhaitent déposer plainte sont accompagnées par un soignant à la brigade de gendarmerie de Blain. Si l'audition du patient agresseur doit également être effectuée, elle est préparée avec les soignants de l'unité, dans ses modalités comme sur le fond. Dans certaines unités, les contrôleurs ont en outre été interpellés par les équipes s'agissant du nombre de vols entre patients, voire d'extorsions. A l'unité d'admission du pôle centre, l'équipe se voit contrainte d'effectuer à cet effet des rappels réguliers sur le « vivre ensemble », lors des réunions soignants/soignés.

Enfin, il doit être rappelé que l'une des sources principales d'insécurité des patients demeure la facilité d'accès aux produits stupéfiants, évoquée plus haut (cf. *supra*, § 6.6.1). La revente de produits entre patients peut aussi expliquer ces phénomènes.

Recommandation

L'hôpital doit se doter d'outils plus précis permettant de mesurer les différentes situations mettant en insécurité les patients (agressions, vols, pressions diverses, etc.) et mettre en œuvre un plan d'actions si l'évolution de ces actes est en nette progression comme le laisse entendre le bilan des fiches d'événements indésirables.

7. LES SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES

7.1 L'ORGANISATION DES HOSPITALISATIONS PRIORISE, DANS SON APPROCHE, L'ADAPTATION A L'ETAT CLINIQUE DU PATIENT

7.1.1 Le rôle du service d'accueil permanent

Toute admission est gérée, dans son organisation, par le service d'accueil permanent (APH). Ce service assure une double mission : d'une part, une permanence téléphonique 24 h/24 assurée par un IDE qui reçoit les appels des interlocuteurs demandant une hospitalisation (services des urgences des hôpitaux, CMP, médecins de ville, patients ou familles, services de sécurité publique) ; d'autre part, une assistance ponctuelle aux équipes des unités, assurée par un deuxième IDE de journée (cf. § 2.3.2). Lors de sa création, en 2013, les soignants qui furent affectés – sur leur demande – dans ce service reçurent une formation pour leurs missions, notamment sur la prévention et la prise en charge des situations de violence.

a) L'orientation des patients

Cinq hôpitaux généraux sont susceptibles d'adresser des patients au CHS de Blain. Le CHU de Nantes et l'hôpital de Saint-Nazaire ont un service d'urgence médico-psychiatrique qui évalue la nécessité des hospitalisations ; il en est de même à l'hôpital de Redon (Ille-et-Vilaine) avec un service de psychiatrie ambulatoire et dix lits d'hospitalisation. Une liaison psychiatrique est assurée en semaine de 9h à 17h avec les hôpitaux d'Ancenis et de Châteaubriant par les CMP du secteur. En dehors de cette plage horaire, les IDE de l'APH peuvent mettre en rapport téléphonique le psychiatre d'astreinte avec le service des urgences appelant. De même, en journée, le psychiatre du pôle peut s'entretenir avec l'urgentiste, situation qui arrive rarement et aboutit encore plus rarement à éviter une hospitalisation.

Selon les propos recueillis, dans les services d'urgence les patients attendent dans un box sur un brancard ; s'ils sont agités ou risquent de fuguer, ils sont attachés et alors toujours sédatés. En pareil cas, ils sont, en principe, dans un box fermé. Faute de place, certains patients peuvent occuper à deux un même box quand leur état le permet.

Le certificat médical initial est rédigé par le médecin du service des urgences qui, ce faisant, préconise un mode d'admission sous contrainte ; ainsi, un patient consentant aux soins peut se trouver admis en soins sans consentement pour faire pression sur l'établissement d'accueil.

Les médecins généralistes orientent également les patients souffrant de pathologies psychiatriques qui viennent les consulter en urgence vers les services d'urgence des hôpitaux généraux. Le cas échéant d'une atteinte à la sûreté des personnes ou à l'ordre public, ils déclenchent l'admission sur décision du représentant de l'Etat (SDRE).

Dans tous les CMP un IDE d'accueil reçoit sans délai les patients dans le cadre d'entretiens d'urgence, il peut appeler ensuite un psychiatre ; ces entretiens peuvent également conduire à une demande d'hospitalisation.

Ces demandes d'admission sont toutes traitées par l'APH qui a connaissance des lits disponibles dans chaque unité. Pour toute demande, le service propose une solution, en priorité dans l'unité du secteur et éventuellement dans une autre, proposition qui est validée par l'astreinte de direction. Si aucun lit n'est disponible au CHS, les patients sont réorientés, l'astreinte de direction cherchant une solution dans un autre CHS du département, voire d'un autre département.

Cependant, les patients en soins sans consentement et ceux aux pathologies lourdes sont rarement réorientés.

Il a été précisé qu'un patient domicilié dans un autre département dont l'admission en soins sans consentement était préconisée était néanmoins admis dans le CHS de Blain et que son transfert dans l'établissement du secteur dont il relevait n'était réalisé qu'après qu'il fût stabilisé.

b) La permanence téléphonique

Aux heures où aucun psychiatre n'est présent dans l'hôpital – le soir, le week-end et la nuit – les IDE de l'APH sont amenés à conduire des entretiens téléphoniques avec les patients en crise ou en grand malaise qui appellent. Ces entretiens peuvent permettre d'éviter une hospitalisation et d'aider le patient en attendant les heures d'ouverture du CMP de son secteur. Dans cette perspective, les CMP donnent aux patients dont ils pensent qu'ils en auront besoin à cette fin, le numéro de téléphone du CHS ; ils préviennent parallèlement l'APH de cette éventualité et lui fournissent les informations cliniques sur le patient pour faciliter l'entretien. L'APH a reçu en mai 2018 cinquante-huit appels d'écoute et trente-trois en avril 2018.

De même, les IDE reçoivent les patients qui se présentent spontanément à l'accueil de l'établissement avant de les faire recevoir par un psychiatre.

7.1.2 Les modalités de transport

Après que l'APH a reçu (par télécopie) et vérifié la régularité de la décision préfectorale et du certificat médical, un patient admis en SDRE est transporté, dans une ambulance adaptée d'une société privée ; il est accompagné par au moins deux soignants du CHS, dont l'IDE de jour de l'APH et, le cas échéant et si possible, un IDE du CHS qui le connaît ainsi que les deux ambulanciers.

Le patient est toujours couché et l'équipe part avec des prescriptions si besoin de contention et de sédatifs établis par le psychiatre du CHS si le patient est connu ; dans le cas contraire, c'est le médecin qui a déclenché la procédure de SDRE qui doit prescrire le sédatif. L'équipe de transport part avec tous les traitements, administrés si possible par voie orale.

Les patients admis en SDT, SDTU ou SPI sont transportés vers le CHS dans un véhicule de l'hôpital général, accompagné par des soignants de cet hôpital.

Bonne pratique

Dans son interaction avec les services d'urgence et les CMP, le service d'accueil cherche à éviter les hospitalisations qui peuvent l'être, notamment par des entretiens téléphoniques, en période de fermeture des CMP, avec les patients signalés par ceux-ci.

Le service s'assure du confort du patient pendant son transport vers le CHS

7.2 LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE REPOSE SUR DES PROJETS DE SOINS INDIVIDUALISES REGULIEREMENT REVISES GRACE A UNE PRESENCE MEDICALE QUOTIDIENNE

7.2.1 La prise en charge individuelle

Chaque patient a un médecin et un ou deux infirmiers référents. Dans certaines unités, c'est l'IDE qui a accueilli le patient qui devient l'infirmier référent, l'objectif étant de créer une alliance

thérapeutique et de coordonner la prise en charge avec les différents intervenants (assistante sociale, psychologue, ergothérapeute, etc.).

Le médecin référent annonce au patient le diagnostic posé et explicite son traitement, lorsque ce dernier est en capacité de comprendre. Les familles, lorsque le patient est d'accord, peuvent être invitées à participer à l'entretien.

Un projet de soins ou « plan de soins » est établi pour chaque patient, avec recherche de l'adhésion de celui-ci et une révision régulière ; il est préparé en coordination avec l'assistante sociale, les CMP à l'occasion des *staffs*. Ce projet est écrit, dans certaines unités (unité intermédiaire des pôles centre et Ouest) il est transmis au patient ou mis à sa disposition dans le poste de soins. A l'unité intermédiaire du pôle Ouest, il y est précisé l'agenda de la semaine avec les rendez-vous médicaux, les sorties, les activités, le montant de l'argent distribué, etc. Les plans de soins sont donnés aux patients et affichés dans le bureau des soignants, où les patients peuvent le lire. Ils sont revus en réunion de synthèse ou plus tôt en fonction de l'évolution du patient.

Un entretien médical est assuré chaque semaine dans les unités d'admission, deux à trois fois si le patient est en crise. Ces entretiens sont moins fréquents, fréquence qui varie selon les patients, dans les unités intermédiaires. Les patients ont témoigné pouvoir y discuter de leur prise en charge (traitement, sorties, restrictions).

Les entretiens infirmiers portent sur le vécu au sein de l'unité, le projet de soins et de sortie. L'infirmier référent est l'interlocuteur privilégié du patient, il prépare les synthèses, essaie d'être présent lors des entretiens médicaux, garantit le suivi du projet en tant que fil rouge.

Les patients connaissent bien leur traitement. Ils sont distribués dans le poste de soins afin de leur permettre de s'entretenir en toute confidentialité avec les soignants. Certains psychiatres incitent les patients à être acteurs de leur prise en charge et à remettre en question leur traitement notamment au cours de la réunion soignants/soignés où la parole est libre et tous les sujets peuvent être abordés.

La prise en charge est multidisciplinaire (ergothérapeute, assistante sociale sont impliqués) mais il apparaît que le binôme psychiatre/IDE est central.

Les projets de sortie sont travaillés dans le cadre de la prise en charge : à l'unité intermédiaire du pôle Ouest les patients préparent leurs gouttes et déblistèrent eux-mêmes leurs comprimés devant l'infirmier pour les préparer à l'autonomie outre que ces gestes favorisent l'adhésion au traitement. Ces projets sont travaillés avec les familles, surtout si le patient doit à nouveau être pris en charge par elle.

7.2.2 Le fonctionnement d'équipe

Les psychiatres sont très présents dans les unités assurant des entretiens fréquents avec les patients et l'étayage des équipes.

Une réunion clinique hebdomadaire réunit tous les soignants dans les unités d'admission. Les IDE proposent le cas d'un patient dont la prise en charge s'avère complexe. Chaque semaine, se tiennent un ou deux *staffs* avec les assistantes sociales, les soignants des CMP, au cours desquels sont évoquées les situations de chaque patient (unité d'admission pôle Est). Ni les patients ni les familles n'ont de retour systématique sur celles-ci. Le dossier de chaque patient est revu toutes les six semaines environ. Il peut y avoir une information orale donnée au patient sur ce qui s'est

dit en synthèse, au cas par cas, notamment en cas d'évolution notable du comportement ou du projet.

Hormis à l'unité d'admission du pôle Est, des réunions soignants-soignés sont organisées, chaque semaine ou chaque mois selon les unités. Elles sont le plus souvent conduites par le psychologue et un soignant autour de la vie quotidienne de l'unité. A l'unité d'admission du pôle Ouest, un psychiatre, la cadre de l'unité, une IDE et une psychologue sont systématiquement présents ; à l'unité intermédiaire du pôle centre, cette réunion est mensuelle avec la participation des soignants présents, du cadre de santé, du médecin, de la psychologue, et des ASH ; on y parle des sorties collectives, des activités et du fonctionnement de l'unité ou de questions plus extérieures : un cadre supérieur de santé et un cadre sont venus parler de la semaine de sécurité du médicament.

Les familles sont essentiellement associées au projet de sortie, lorsque le patient retourne chez elles.

A l'unité d'admission du pôle Ouest, les soignants bénéficient de séances d'analyse de pratique avec une psychologue de l'extérieur à raison de six fois par an.

7.2.3 Les activités dans les unités

a) Les activités occupationnelles

Au sein des unités, les activités occupationnelles ne sont guère originales : télévision, radio, jeux de société, baby-foot.

Les cours sont vastes mais peu exploitées comme support d'une activité (jardinage, jeux de plein air, barbecue, etc.). A l'USLC, les infirmiers ont d'ailleurs indiqué que l'activité jardin était suspendue faute de budget.

Les salles d'activité sont lumineuses et fonctionnelles mais elles aussi rarement utilisées. Dans plusieurs unités, les soignants ont expliqué aux contrôleurs ne pas avoir le temps d'organiser des activités occupationnelles avec les patients dans ces salles, sauf parfois le week-end.

Les salles de télévision sont bien équipées : les fauteuils sont confortables et les télécommandes – en libre accès – fonctionnent. Néanmoins, les unités sectorielles ont toutes été amputées d'une salle de télévision compte-tenu de la sur occupation de l'hôpital. Les contrôleurs ont constaté qu'il n'était pas possible de réunir l'ensemble des patients dans la seule salle restante.

En réalité, les soignants estiment que les activités non thérapeutiques s'entendent non seulement de celles proposées au sein des unités, mais aussi des possibilités offertes aux patients sur la « place du village » (cf. §. 9.2). On y trouve la cafétéria, ouverte de 10h à 12h et de 13h30 à 17h15 (horaires réduits le week-end). Elle est vaste et bien équipée : baby-foot, fléchettes, télévision, lecteur de DVD, nombreux jeux de société, aquarium. Les patients peuvent également y effectuer quelques achats (boissons, papeterie, produits d'hygiène). La bibliothèque, en accès libre de lundi au vendredi de 13h30 à 16h, est également située place du village. Les patients y consultent et y empruntent des livres – le prêt de DVD s'effectue quant à lui à la cafétéria – et peuvent également accéder à un ordinateur connecté à internet. La place du village abrite également la banque des patients et la maison des usagers.

Comme de plus en plus de patients ont la possibilité de quitter librement leur unité en journée et que le pôle intersectoriel d'activités thérapeutiques est dynamique, les soignants des unités se préoccupent moins de la question des activités occupationnelles. Pour autant, les espaces

intersectoriels de vie sociale ne sont pas surinvestis : ni la cafétéria ni la bibliothèque ne sont apparues très fréquentées. Certains patients ont indiqué aux contrôleurs qu'ils s'ennuyaient. La question de l'oisiveté se pose avec acuité en fin d'après-midi, puisque la bibliothèque ferme à 16h et la cafétéria à 17h15.

Recommandation

Même si les patients peuvent bénéficier d'activités proposées par la sociothérapie, les activités occupationnelles apparaissent trop peu nombreuses au sein des unités. Elles doivent être enrichies, en particulier l'après-midi entre l'heure de fermeture des espaces communs de vie sociale (bibliothèque, cafétéria) et le dîner.

b) Les activités thérapeutiques

Chaque unité dispose d'un budget de 1 000 € par an pour financer des activités. Comme indiqué dans le chapitre 7.2.3, les soignants se disent peu disponibles pour animer les activités, sauf le week-end. Néanmoins les soignants de l'unité d'admission du pôle Ouest parviennent, en binôme avec un soignant de la sociothérapie à organiser en interne un atelier de musicothérapie, des activités de médiation expressives, un atelier de pâtisserie, un atelier d'esthétique. Il a été vérifié que les patients de cette unité bénéficient environ de quatre activités par semaine organisées au sein de l'unité.

A l'unité d'admission du pôle centre, les activités internes sont peu plébiscitées par les patients. Les soignants ont indiqué aux contrôleurs que beaucoup de patients sont dans le parc l'après-midi, parfois oisifs. Ils investissent moins les activités propres à l'unité que par le passé, ce qui serait pour certains soignants la contrepartie de l'ouverture de l'unité. Toutefois on peut se demander si tous les moyens sont mis en œuvre pour susciter un intérêt chez les patients.

Des séjours de quelques jours sont également organisés par les unités intermédiaires, financés sur leur budget de l'association (cf. § 2.4) dont notamment les patients et des soignants sont membres (coût de l'adhésion annuelle : 2 euros). Cinq patients de l'USLC sont partis à Auray (Morbihan) avec trois soignants durant trois jours. La participation à ces séjours n'est pas contrainte par le statut d'admission même pour les patients en SDRE.

Des sorties à la journée sont aussi organisées, préparées par les patients et financées en partie par eux avec le complément du budget de l'unité et par l'association.

Des repas thérapeutiques sont également organisés, de chaque semaine à chaque mois selon les unités.

Bonne pratique

Dans certaines unités, les patients peuvent discuter de leur traitement voire participer à son administration afin de les rendre acteurs de leur prise en charge.

7.3 LA PRISE EN CHARGE SOMATIQUE EST GLOBALEMENT ASSUREE MALGRE UNE INSUFFISANCE TEMPORAIRE DE MEDECINS

7.3.1 L'accès au médecin généraliste

En dépit des effectifs réduits (cf. § 2.3.1), une organisation est en place afin d'assurer d'une part, la prise en charge somatique des patients hospitalisés et d'autre part, d'effectuer l'examen

clinique dans les 24 heures qui suivent l'hospitalisation d'un patient admis en soins sans consentement. Le président de la CME, médecin référent pour la prise en charge somatique, a précisé que les patients admis en soins sans consentement adressés par les services d'urgence des CH étaient systématiquement réexaminés.

En dehors des heures de présence des médecins généralistes, l'examen clinique est effectué par l'interne de garde ou par le psychiatre de garde. Certains psychiatres n'ayant pas effectué d'examen clinique depuis de nombreuses années ont fait part de leur malaise aux contrôleurs.

Outre l'examen clinique et le protocole de prise en charge à l'arrivée, un bilan des antécédents médicaux et des facteurs de risque est effectué. Il est également procédé à une évaluation de la douleur mais il a été indiqué que la douleur n'était pas suffisamment bien prise en charge par les soignants. Pour autant, un protocole de l'évaluation de la douleur a été mis en place par le comité de lutte contre la douleur (CLUD) qui se réunit quatre fois par an.

Bien que les médecins généralistes effectuent un passage à raison de deux fois par semaine dans les unités, les IDE ont indiqué que la réactivité des praticiens était moindre en raison du manque d'effectifs. Il est arrivé que pour des cas qui devaient être examinés en urgence, les IDE interpellent le médecin psychiatre de l'unité afin que ce dernier fasse appel au médecin de garde. Il a été également précisé que les médecins généralistes étaient moins disponibles pour mener des consultations dans le cadre de la prévention des addictions. Concernant le suivi des patients placés en chambre d'isolement et/ou mis sous contention, il est fait appel à l'interne lorsque le médecin généraliste n'est pas disponible.

7.3.2 Les consultations spécialisées

Selon les témoignages recueillis, les délais pour obtenir une consultation de spécialité ou un examen radiologique sont raisonnables. L'établissement adresse ses patients au CH de Saint-Nazaire ou au CHU de Nantes. Il en va de même pour la pédiatrie.

Concernant les soins dentaires, les patients se rendent chez un chirurgien-dentiste libéral avec lequel le CHS a établi un partenariat. Selon leur état clinique, les patients peuvent être accompagnés par un soignant.

Il n'existe pas de difficulté particulière pour faire hospitaliser un patient et la présence d'un soignant du CHS n'est pas requise de façon systématique.

7.3.3 La pharmacie

Les effectifs de la pharmacie comprennent 1 ETP de pharmacien et 5 ETP de préparateurs en pharmacie. Les prescriptions sont informatisées. La pharmacienne analyse toutes les prescriptions avant de les valider. Les échanges avec les psychiatres sont de qualité et ces derniers n'hésitent pas à faire appel à la pharmacienne en cas de doute. Par ailleurs, les PH évaluent et réadaptent les doses des traitements régulièrement tout en tenant compte des retours de leurs patients.

La dispensation des traitements est nominative, les traitements sont préparés pour la semaine. Les IDE de nuit sont ensuite chargés de composer les piluliers. Chaque jour, la pharmacie réapprovisionne les unités lorsque des changements ou des nouveaux traitements sont prescrits. Elle livre également une dotation de médicaments à chaque unité.

La pharmacie s'approvisionne auprès des laboratoires pharmaceutiques dans le cadre du groupement d'achat des GHT ou bien auprès des grossistes pour des traitements ponctuels. Selon les propos recueillis, l'établissement ne connaît pas de rupture de stocks.

Durant la nuit et les week-ends, en l'absence d'un pharmacien d'astreinte le médecin de garde a accès à une armoire d'urgence. Il peut éventuellement accéder à la pharmacie après avoir pris contact avec la garde technique qui détient les clefs.

7.3.4 Le laboratoire

L'établissement fait appel à un laboratoire extérieur basé à Saint-Nazaire. Les bilans biologiques sont acheminés et sont récupérés par une navette. Les résultats parviennent par voie informatique. Selon les propos recueillis, il n'existe aucune difficulté particulière dans le cadre des bilans réalisés en urgence ou durant les week-ends ; une ambulance du CHS se charge d'acheminer les bilans.

8. LES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION

8.1 LES CONDITIONS DE MISE EN CHAMBRE D'ISOLEMENT SONT TRAVAILLEES MAIS LA PRATIQUE EST PERTURBEE, NOTAMMENT EN RAISON DES PROBLEMES DE LOCAUX

8.1.1 Le travail sur les modalités

Un événement fortuit a conduit à soulever la question de la mise en chambre d'isolement : alors qu'il était préconisé qu'un patient soit placé sous contention, il est apparu que personne ne savait opérer correctement, sans risquer de blesser le patient ou d'atteindre à son respect.

Cet événement conjoint à la publication des rapports annuels du CGLPL et leurs recommandations relatives à l'isolement ont convaincu les responsables de l'établissement qu'une réflexion sur les pratiques de mises en chambre d'isolement (MCI) était nécessaire. L'idée s'est imposée de travailler sur les procédures matérielles de MCI pour harmoniser les pratiques professionnelles autour de l'isolement et amener une réflexion sur le recours qui y était fait.

Un groupe de travail composé de volontaires de toutes professions a donc été constitué sur « *les modalités thérapeutiques relatives à la mise en chambre de soins intensifs* » avec pour mission « *de conduire une réflexion sur les pratiques professionnelles en lien avec la CSI et de mettre en œuvre des actions d'amélioration des compétences* ». Aucun médecin n'a été candidat pour y participer.

Un questionnaire sur ces pratiques a été proposé à l'ensemble des équipes soignantes en mars 2016 ; il a été dépouillé par le groupe de travail qui en a dégagé en 2017 les pistes d'amélioration souhaitables qui se déclinent autour de trois axes :

- réaffirmer le soutien institutionnel, en associant les usagers aux travaux d'observation ;
- renforcer les compétences professionnelles ;
- améliorer la gestion des risques par rapport à cette pratique professionnelle.

Ces analyses et préconisations ont été communiquées individuellement à tous les agents de l'établissement ainsi qu'à ses instances (CME, commission des soins, CDU).

Par ailleurs, l'établissement, organisait la mise en œuvre des dispositions de l'article 72 de la loi du 26 janvier 2016, codifié à l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique⁸.

Cette démarche a été l'occasion de réflexions partagées sur les pratiques soignantes, la réponse à la violence et a abouti finalement à l'abandon de la conception selon laquelle le « *patient n'a droit à rien sauf si* » pour l'appropriation de l'affirmation « *le patient a droit à tout sauf si* ».

Il est également ressorti de l'étude conduite auprès des agents que tout le monde est démuni en situation de crise, ce qui pouvait conduire à des gestes inappropriés. L'organisation des MCI a été travaillée, celle-ci devant notamment être pratiquée sous la conduite d'un coordonnateur.

⁸ Article 3222-5-1 du code de la santé publique : « (...) Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article [L. 3222-1](#). Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, qui peut être établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires.

Des formations ont été dispensées sur la mise en contention, 103 personnes ont été formées en 2017 et cette formation est constamment reconduite, bien que le recours à la contention soit rare et même précisément pour ce motif, les soignants devant conserver une maîtrise d'un geste rarement effectué.

Les soignants constatent ne pas savoir si il y a une baisse des MCI mais tout le monde affirme que « *c'est plus réfléchi* ».

8.1.2 Le séjour à l'isolement

a) Les chambres d'isolement

Le CHS de Blain dispose de sept chambres d'isolement (CI), une par unité sectorisée et une à l'USLC.

Les CI sont toutes identiques dans leur conception architecturale : on y pénètre par un sas qui dessert la chambre elle-même et la salle d'eau attenante, assurant ainsi une double entrée.

La chambre elle-même est meublée d'un lit. Dans certaines chambres, ce lit est formé de blocs de mousse dense recouverte d'un tissu plastifié épais ; il peut être déplacé dans la chambre, permettant à l'occupant de s'installer ou bon lui semble. L'établissement a choisi de remplacer peu à peu ces lits par des lits métalliques scellés au sol, placés au milieu de la chambre et recouverts d'un matelas, l'ensemble permettant la pose de contentions. Des draps sont toujours fournis. Un cylindre également en mousse recouverte de tissus plastique peut servir de table.

L'état des murs diffère selon les unités : dégradés et marqués d'inscriptions à l'unité d'admission du pôle Ouest, propres et clairs à l'unité intermédiaire de ce même pôle.

La fenêtre comporte quatre baies, fixes pour celles du bas ; les deux vantaux du haut s'ouvrent par basculement vers l'extérieur. L'occupant peut voir l'extérieur, ce qui peut être source de stimuli, mais un film protège de la vue sur l'intérieur depuis l'extérieur, sauf la nuit lorsque la CI est éclairée.

La température est modulée par un chauffage au sol ou par la climatisation. Eclairage, température et volets roulants sont actionnés depuis le sas.

Toutes les chambres ne sont pas pourvues d'horloge : aucune à l'unité d'admission du pôle centre, un affichage digital de l'heure mais pas du jour à l'unité intermédiaire de ce même pôle.

La salle d'eau est attenante, WC et lavabo sont en inox, le flexible – ou le pommeau – de la douche à l'italienne est installé à la demande. La chasse d'eau est à l'intérieur ; le robinet du lavabo de l'unité intermédiaire du pôle centre ne distribuait que de l'eau chaude lors de la visite ce qu'ignoraient les soignants. Les portes d'accès à la chambre et à la salle d'eau depuis le sas sont percées d'un fenestron. Celui de la seconde permet de voir la douche et le lavabo mais pas les WC. La porte d'entrée dans le sas depuis le couloir est pleine.

Chambres comme salles d'eau sont équipées d'un bouton appel qui aboutit au bureau des infirmiers.

b) Les conditions de vie en chambre d'isolement

De façon générale, la règle de gestion du séjour est l'absence de prescriptions en amont, traduisant l'évolution des pratiques : « *auparavant on prescrivait pour autoriser aujourd'hui on prescrit pour interdire* ». Le principe de la contrainte minimale est devenu la base du raisonnement.

Ainsi, le port du pyjama n'est pas automatique, les patients isolés peuvent disposer de journaux, d'objets personnels comme des peluches ou doudous, ils ont accès à la salle d'eau sauf prescription contraire dont il a été indiqué qu'elle était très rare et c'est plutôt réservé aux potomaniaques. C'est toutefois la règle inverse qui est appliquée à l'unité d'admission du pôle centre.

Les visites sont aussi possibles.

Les patients sont conduits dans un patio pour fumer. Des substituts nicotiques sont proposés, notamment aux patients trop agités pour sortir fumer, et toujours refusés.

Les repas sont servis en chambre, dans de la vaisselle incassable et avec des couverts en plastique.

Les patients sont, en principe, sédatisés lorsqu'ils sont placés en CI, avec des exceptions possibles. Une contention peut être prescrite dans des cas extrêmes uniquement dans les CI équipées de lit métallique fixé au sol.

Les prescriptions « *si besoin* » ne sont plus pratiquées.

L'unité d'admission du pôle centre dispose, en outre, d'une chambre d'apaisement qualifiée également de chambre « hôtelière sécurisée ». Cette chambre est de configuration classique : pas de sas, pas de double accès. Il y fait très chaud malgré la fenêtre ouverte en partie haute. Le patient ne dispose plus d'affaires dedans, la majorité de ses effets personnels sont conservés à l'extérieur de sa chambre. Ce patient, présentant des troubles autistiques sévères y séjourne depuis le 9 novembre 2016. L'agencement de sa chambre est régulièrement revu par le médecin. Les contrôleurs ont pu constater qu'il bénéficiait d'une attention toute particulière de la part des soignants.

En pratique, les patients des unités intermédiaires sont rarement mis en CI. Les CI de ces unités sont surtout utilisées pour des patients des unités d'admission avec pour effet que si, exceptionnellement, on souhaitait isoler un patient de l'unité intermédiaire, il faudrait trouver une autre CI « *alors on s'en passe* ».

Un patient placé dans une autre CI que celle de l'unité où il est affecté est suivi par le médecin de son unité mais par les infirmiers de l'unité de la CI. Si l'hospitalisation est antérieure à l'isolement ce transfert conduit à une discontinuité de la prise en charge.

Dans la mesure du possible, la chambre hôtelière du patient isolé lui est conservée mais la situation de sur occupation ne permet pas toujours de respecter cette règle. Il arrive que, faute de place, après la levée de la mesure, le patient reste en CI, porte ouverte.

Il arrive que l'on place des mineurs en CI pour les protéger du reste de l'unité. Il a été indiqué au pôle Ouest qu'un mineur autiste est resté un an en CI : il y passait la nuit porte fermée et sortait par moments dans la journée.

Certains patients sont enfermés de façon séquentielle dans leur chambre, tel était le cas, lors de la visite, pour une mineure qui se mettait en danger par rapport aux autres (recherches de contacts physiques). Un isolement par jour avait été décidé par le médecin. En parallèle, cette jeune fille se rendait en activités extérieures (piscine, randonnée). L'enfermement en chambre n'avait aucun objectif thérapeutique. Il s'agissait simplement de la « protéger » (faute de personnel pour la surveiller). Ses parents avaient été informés.

Dans certaines unités (unité d'admission du pôle Ouest), un entretien a lieu systématiquement avec le médecin durant et après la mesure afin de recueillir les observations du patient. Questions posées : « *que ressentez-vous ? Cet endroit vous permet-il de vous reposer ?* ».

Enfin, selon le témoignage de soignants, si les équipes n'étaient pas à flux tendu, d'autres alternatives à l'isolement seraient proposées telles que des techniques de médiation (dessin, entretiens), ou un bain ou encore une promenade, ou l'utilisation du sac de frappe de la salle de sport car « *on détourne le problème en enfermant les patients* ».

Recommandation

L'utilisation de l'isolement pour protéger les patients les plus fragiles doit être exclue et des solutions alternatives de prise en charge doivent être mises en œuvre.

Bonne pratique

Le passage par une étude collective sur les réalisations pratiques de mise en chambre d'isolement aboutit à une réflexion partagée sur les conditions du respect des droits du patient isolé et sa priorité.

8.2 L'ABSENCE DE DEMANDE INSTITUTIONNELLE D'OUTILS D'ÉVALUATION TRADUIT LA FAIBLESSE DE LA POLITIQUE DE RÉDUCTION DU RECOURS À L'ISOLEMENT

Le registre prévu par l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique a été constitué à partir des formulaires de prescription médicale intégrés dans le logiciel Cariatides utilisé par le CHS ; il est mis en place depuis février 2017.

Le registre montre une tenue lacunaire des dossiers, tant pour l'isolement que, plus encore, pour la contention : manquent fréquemment les « prescriptions » de renouvellement ou d'interruption de la mesure ou bien les noms de l'équipe de suivi. Le déficit d'informations entrées par les unités a pu être corrigé par le département d'information médicale (DIM) pour fournir des données fiables en 2017. Le même travail de retraitement n'a pas pu être conduit aussi précisément avec une nouvelle version du logiciel installée en 2018. En outre, ce registre ainsi constitué ne permet pas d'évaluer la réalité des mesures d'isolement car toutes ne sont pas enregistrées dans le fichier Cariatides. Notamment, les mesures d'isolement des patients autistes régulièrement enfermés, en chambre hôtelière ou en CI ne sont pas toutes tracées.

Il est constaté que la communauté médicale ne se montre pas très demandeuse de données d'observation du recours à l'isolement. Lors de la visite, aucun travail collectif institutionnel n'avait été engagé pour déterminer les éléments d'évaluation souhaitables pour l'observation des pratiques, indicateurs que le DIM, pourtant très proactif sur la question, pouvait élaborer. La CME prévoyait de s'emparer du sujet et n'a formulé aucune demande auprès des services pour avoir des éléments de réflexion. Les médecins ont simplement essayé de respecter et de faire respecter les normes sur la surveillance et les délais. L'établissement ne s'est donc pas donné les moyens de remplir les obligations prévues par l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique⁹.

⁹ Article L.3222-5-1 du code de la santé publique : « (...) L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le

Des données fournies, il ressort qu'entre février et décembre 2017, 305 mesures d'isolement ont été prescrites. 145 patients ont été concernés dont 52 sont en soins libres (36 %) avec une durée moyenne d'isolement de 4,78 jours.

Il a été indiqué que le statut d'admission des patients en soins libres était modifié « *dès que possible sur demande du médecin* » mais les données relevées ne permettent pas de s'en assurer.

Le recours à l'isolement varie peu selon les pôles. 14,9 % des patients admis au pôle Ouest vont connaître une mesure d'isolement, 14,4 % de ceux du pôle Est et 13,4 % de ceux du pôle centre. Si l'on rapproche ces données du constat que les patients des unités intermédiaires font rarement l'objet d'une mesure d'isolement, il est vraisemblable que le ratio des patients des unités d'admission faisant l'objet d'une mesure d'isolement est bien supérieur à ces chiffres et approche le quart d'entre eux.

Les mesures de contention sont perçues comme très rares. Les unités ne disposent pas de matériel pour y procéder, celui-ci est conservé à l'APH. Le registre pour 2017 (février à décembre) compte dix-huit patients placés sous contention. Les données fournies par l'établissement font état de dix placements sous contention entre le 1^{er} janvier et le 25 avril 2018 ; elles ont concerné huit patients en isolement, deux ayant fait l'objet de deux mesures, tous admis au pôle Est. Les durées ont varié de 3 heures 12 minutes, pour la plus brève, à 21 heures 30 minutes pour la plus longue.

Recommandation

L'établissement doit mettre en place une politique de réduction du recours à l'isolement reposant sur des outils d'observation fiables.

recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1. »

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

9.1 LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES DE PLUS DE 65 ANS EST DE COURTE DUREE MAIS LE PROJET DE SORTIE EST BIEN PREPARE

9.1.1 L'activité de l'unité d'Admission du sujet âgé (APSA)

Au 19 juin 2018 l'unité accueillait douze patients en soins libres et trois patients en soins sans consentement selon la répartition suivante :

- SPPI : une personne ;
- SDTU : deux personnes.

La personne la plus jeune a 55 ans et la plus âgée 87 ans. S'agissant d'une unité de court séjour la date d'hospitalisation la plus ancienne est le 9 janvier 2018 et les patients sont le plus souvent adressés par les CMP de proximité ou des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD). Mais d'autres sont orientés par les services MCO des hôpitaux d'Ancenis ou de Châteaubriant.

La file active d'hospitalisation à temps plein a augmenté de 14 % en 2017 (200), mais avec une diminution de 9 % de la durée moyenne de séjour (DMS) (19,39 jours). Et compte tenu de la sur occupation générale, l'unité a dû accueillir un nombre important de patients âgés de moins de 65 ans, et transformer un salon en chambre individuelle.

Au sein du pôle intersectoriel, l'unité fermée APSA a pour mission la prise en charge des personnes âgées de plus de 65 ans dont l'état clinique (troubles psychiques aigus) nécessite une hospitalisation complète. Cette unité dispose de quinze lits d'hospitalisation à temps plein et deux lits pour une hospitalisation de jour du lundi au vendredi.

La prise en charge des patients est assurée par : un médecin psychiatre (0,50 ETP), un médecin gériatre (0,80 ETP), un cadre de santé (0,70 ETP), une psychologue (0,20 ETP), une assistante sociale (0,50 ETP), des infirmiers (9,20 ETP), des aides-soignants, des aides médico-psychologiques [AMP] (4,00 ETP), des ASH (5,00 ETP), un ergothérapeute (0,50 ETP) et une secrétaire médicale (0,70 ETP).

Tout au long de l'année une attention particulière est portée sur la formation de l'ensemble des professionnels qui travaillent dans cette unité et en 2017, c'est le thème « *communiquer avec bienveillance* » qui a été retenu. Une fois par semaine au moins une réunion pluridisciplinaire permet d'examiner en particulier les dossiers de deux ou trois patients hospitalisés.

Des activités diverses sont proposées comme la musicothérapie une fois par semaine, la luminothérapie, les médiations soignantes.

La psychologue du service organise deux fois par mois des réunions soignants/soignés.

9.1.2 Les locaux

L'unité dispose de vastes locaux sur une superficie de 945 m² qui offrent treize chambres individuelles, une chambre double, des espaces de vie communs (tisanerie, salon de télévision, salle d'activités, salon d'esthétique, salon des familles, patio, *point-phone*), une salle manger pour tous. Il n'y a ni chambre d'apaisement, ni chambre d'isolement. Si à titre exceptionnel, une mesure d'isolement s'avérait nécessaire le patient serait accueilli dans une autre unité de l'hôpital (un cas en 2017 à cause d'un risque de suicide et un cas en 2018).

Les locaux de l'unité APSA sont agréables, clairs et bien entretenus.

9.1.3 La prise en charge

La notification des droits est effectuée par la cadre de santé dès l'arrivée du patient, sauf si son état clinique ne lui permet pas d'en comprendre le sens. Le psychiatre recueille oralement les observations du patient, sauf s'il doit établir un « plan de soins ».

La psychiatre (présente depuis 2014) rencontre et informe toutes les familles des patients en début ou au cours de l'hospitalisation (au bout de huit jours) et les demandes de consultations des dossiers médicaux sont donc très rares. Toutes les personnes sont sous tutelle ou curatelle, une seule étant assistée d'un mandataire spécial.

La prise en charge des patients âgés et fragilisés est basée sur un travail de pleine collaboration avec les partenaires habituels extérieurs à l'hôpital qui opèrent dans le secteur de l'hébergement et autres structures sociales. Quand la crise est traitée, le patient est réorienté vers le CMP proche de son domicile et le retour en maison de retraite, foyer d'hébergement ou domicile personnel est bien préparé en amont avec tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire.

Le patient sort de l'hôpital avec une date de rendez-vous proche, soit avec un psychiatre libéral ou du CMP, soit avec une assistante sociale de secteur.

9.1.4 Un sujet de réflexion

L'ambiance générale a été perçue comme sereine et apaisée avec un climat de bonne entente entre tous les membres de l'équipe qui sont apparus motivés et bienveillants.

L'unité est fermée alors que la majorité des patients sont admis en soins libres ; l'ouverture permanente des portes pourrait présenter quelques risques s'agissant de patients en état de crise aiguë à leur arrivée ; cependant une réflexion doit être engagée sur cette question.

9.2 L'UNITE INTERSECTORIELLE D'ACTIVITES THERAPEUTIQUES PROPOSE DE NOMBREUX ATELIERS MAIS LE NOMBRE DE PLACES OFFERTES EST INSUFFISANT

Cette unité intersectorielle, appelée « Intermed' », réunit deux dispositifs : la sociothérapie et l'équithérapie.

9.2.1 La sociothérapie

La sociothérapie est très brièvement abordée dans le livret d'accueil. Elle est définie comme une approche thérapeutique basée sur des activités de socialisation, de loisir, de découverte, d'expression physique et verbale. L'information est également relayée par voie d'affichage dans les unités d'hospitalisation et un classeur, comprenant des fiches détaillant les activités, est mis à la disposition des patients.

Une grande salle de « sociothérapie » très bien équipée, installée dans le parc de l'hôpital sur la place du village, est ouverte à tous. Des activités, animées par trois IDE, y sont proposées chaque semaine. Tous les patients y compris ceux en SSC peuvent y participer. Cependant, le nombre de places offertes est insuffisant au regard des demandes de toutes les unités. Les responsables de la sociothérapie doivent faire des choix.

Le choix de l'activité et l'inscription dans un groupe se font en réunion pluridisciplinaire, après que le patient a exprimé ses souhaits. La participation des soignants de la sociothérapie aux *staffs* éclaire ces choix, notamment au regard des pathologies. Seules quelques activités se font sur prescription médicale et s'inscrivent dans le contrat de soins. A titre d'exemple à l'unité

intermédiaire du pôle Est, seuls dix patients sur dix-sept pouvaient y participer lors de la visite des contrôleurs.

Les activités sont essentiellement des activités sportives et socioculturelles se déroulant à l'extérieur du CHS :

- football pratiqué à l'extérieur du site, il s'agit de mobiliser les patients sur une activité collective ;
- randonnée le mardi après-midi, pratiquée par quinze patients ;
- journée découverte, le mercredi, avec pique-nique ;
- promenade le vendredi après-midi pour les sujets plus âgés et moins mobiles ;
- activité multi sports, avec changement d'activités toutes les cinq semaines. Le tir à l'arc était programmé lors de la visite des contrôleurs ;
- activité de musicothérapie qui consiste à travailler les bruits musicaux ;
- piscine à Pontchartrain.

L'unité organise également des séjours thérapeutiques comme cela a été le cas pour une dizaine de patients fin mai et début juin.

Environ soixante patients sont concernés chaque semaine par la sociothérapie. Soixante étaient inscrits lors de la visite des contrôleurs et soixante-huit la semaine précédente.

Bonne pratique

Les soignants de la sociothérapie participent aux réunions de staff de toutes les unités et apportent un éclairage sur le choix des activités proposées aux patients notamment au regard de leur projet thérapeutique.

9.2.2 L'équithérapie

Il est également proposé une activité d'équithérapie sur prescription médicale. Cette activité était pratiquée au sein du CHS qui disposait d'un centre équestre avec des poneys. Ce centre a été récemment fermé dans la cadre du plan de retour à l'équilibre (cf. 2.4.2). L'activité se déroule dans trois centres équestres, elle est animée par un équithérapeute, à temps plein, au service de l'intra mais aussi de l'extra hospitalier.

Recommandation

Il convient d'augmenter l'offre en matière d'activités thérapeutiques afin de répondre aux demandes des unités. De même, l'information sur les activités figurant dans le livret d'accueil mériterait d'être développée.

10. CONCLUSION GENERALE

Dans un contexte d'isolement géographique et de désert médical, le CHS de Blain est confronté au problème récurrent de sur occupation des lits qui affecte le quotidien des patients hospitalisés. L'établissement connaît depuis deux ans un retour à l'équilibre financier et la nouvelle équipe de direction a su impulser une nouvelle dynamique. Des pistes de réflexion, qu'il conviendrait de mettre en œuvre sans plus tarder, ont été lancées afin de fluidifier le parcours de soins des patients et redynamiser les structures extra hospitalières.

Les patients, dans leur majorité, bénéficient de conditions matérielles d'hébergement confortables mais les nombreux trafics de produits stupéfiants qui se déroulent dans l'enceinte de l'établissement fragilisent leur sécurité.

Si les équipes soignantes fonctionnent à flux tendu, elles ont à cœur de proposer des projets de soins individualisés que le patient est invité à questionner afin d'être acteur de sa prise en charge. A cet égard, le retour des patients est globalement positif.

Indépendamment de la qualité de la prise en charge offerte aux patients, l'absence de politique de réduction du recours à l'isolement témoigne d'un déficit de réflexion institutionnelle. De même, les contrôleurs ont constaté que certaines unités maintiennent leurs portes fermées en permanence alors que les unités d'un autre pôle sont ouvertes, quel que soit le statut d'admission des patients. Par ailleurs, les règles portant sur les restrictions de la vie quotidienne varient d'une unité à une autre. Ces différences de fonctionnement sont difficilement compréhensibles des patients. La réflexion sur la liberté d'aller et venir, engagée par certains pôles, devrait également porter sur les restrictions afin d'aboutir à des pratiques homogènes.