



Rapport de visite :

8 au 12 octobre 2018 – 1^{ère} visite

Centre hospitalier de l'Estran à
Pontorson

(Manche)

SYNTHESE

Sept contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier (CH) de l'Estran situé à Pontorson (Manche) du 8 au 12 octobre 2018.

Seul établissement public de santé mentale du département, le CH couvre deux secteurs de psychiatrie (50G06 et 50G07), un territoire de plus de 3 000 km² au Sud du département et une population d'environ 150 000 personnes. Cependant, la notion de secteur a totalement disparu de l'organisation au profit de celle de territoire et les unités d'hospitalisation sont intersectorielles, la répartition des patients en leur sein étant gouvernée par leur statut d'hospitalisation et/ou leur état clinique.

Son activité sanitaire et médico-sociale s'exerce sur six pôles, dont cinq cliniques. Le centre hospitalier compte 402 lits et 200 places – dont 108 lits d'hospitalisation complète en psychiatrie adulte répartis sur sept unités (quatre unités d'admission et trois unités au long cours) ; ces unités d'hospitalisation sont toutes situées sur le site de Pontorson.

Si le cadre institutionnel n'est pas, au moment de la visite, véritablement formalisé – de nombreux documents de référence ne sont pas encore finalisés (projets et contrats de pôle, règlement intérieur) – il existe une véritable politique de soins psychiatriques au sein de l'établissement et une bonne articulation entre l'intra et l'extra hospitalier. Un projet de réorganisation de l'hospitalisation complète est en effet en cours de réflexion depuis 2016, orientée notamment vers une diminution des lits des unités de soins au long cours et une diminution des lits des unités d'admission au profit d'un renforcement des structures ambulatoires.

Les difficultés de ressources humaines ont été surmontées, peu de postes sont désormais non pourvus, le personnel est relativement stable et le taux d'absentéisme plus bas que la moyenne nationale.

La prise en charge des patients est humaine et bienveillante, les équipes sont dynamiques et motivées et ont à cœur d'offrir une prise en charge individualisée et adaptée à l'état clinique des patients. Les restrictions aux libertés et aux droits des patients dans les unités sont globalement mesurées et s'appliquent au cas par cas, en fonction de l'état de santé (les patients peuvent conserver leur téléphone portable, l'accès au tabac n'est pas restrictif, le port du pyjama n'est jamais systématique).

L'organisation, le fonctionnement et le programme des activités thérapeutiques proposées par l'unité transversale des activités thérapeutiques constituent un point fort pour les patients des unités du pôle de santé mentale ; cette unité dispose d'outils diversifiés et d'un personnel qualifié.

Les conditions matérielles d'hébergement sont variables d'un bâtiment à l'autre mais sont globalement correctes (à l'exception de l'unité évoquée ci-après), les locaux sont bien entretenus et très propres ; les chambres sont toutes équipées de sanitaires avec douche. Cependant, six des dix chambres de l'unité Henri Ey – qui accueille des patients présentant des troubles graves du comportement – sont dépourvues de WC. Or, pour des raisons de sécurité, ces patients sont enfermés dans leur chambre la nuit et en sont réduits à utiliser des chaises percées. Cette situation indigne est par ailleurs parfois source d'aggravation des symptômes de certains patients. Un projet de déménagement de cette unité, en cours d'étude au moment de la visite, devait être soumis aux instances en décembre 2018.

D'autres points doivent également être améliorés.

L'établissement ne dispose pas de projet d'organisation de la prise en charge des soins somatiques ni de procédure de prévention et de prise en charge de certains risques identifiés en psychiatrie. Aucun bilan d'activité n'a pu être fourni par le somaticien référent.

La tenue du registre des mesures d'isolement et de contention n'est pas satisfaisante ; les recueils de données concernant ces mesures ne sont pas harmonisés, certaines mesures n'y sont pas tracées et il ne fait l'objet d'aucune exploitation annuelle quantitative et qualitative.

De même, le registre de la loi ne répond pas aux exigences légales et ne permet pas un contrôle rapide de la situation individuelle des patients. Son examen attentif a cependant permis aux contrôleurs de s'apercevoir d'un certain nombre de dysfonctionnements et de méconnaissances des exigences de la loi de 2011 : retards de notification des décisions d'admission ou de maintien en soins sans consentement et des droits des patients, absence de réunion du collège des professionnels de santé dans certaines situations, détournements de la notion de programme de soins.

OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

1. BONNE PRATIQUE 17

La mise en œuvre d'un document permettant de tracer les observations du patient avant chaque décision prononçant le maintien des soins ou définissant la forme de prise en charge est une initiative locale qui mérite d'être soulignée.

2. BONNE PRATIQUE 31

Les patients conservent leur téléphone portable personnel, sans aucune restriction, sous la seule réserve de leur état de santé.

3. BONNE PRATIQUE 42

La mise en place d'un collège médical propre au pôle santé mentale adulte, la régularité de ses réunions, la qualité des sujets abordés et des décisions prises est un facteur de cohésion important des équipes médicales pour la gestion du pôle et la mise en place des réorganisations à venir.

4. BONNE PRATIQUE 43

L'organisation hebdomadaire de staffs cliniques communs aux structures intra et extra hospitalières est un facteur favorisant leur coordination. Ces échanges permettent d'adapter au mieux les prises en charge des patients tant en intra qu'en extra hospitalier et d'assurer pour ceux-ci un suivi de leur parcours de soins quel que soit leur mode de prise en charge.

5. BONNE PRATIQUE 61

L'organisation, le fonctionnement et le programme des activités thérapeutiques proposées par l'unité transversale des activités thérapeutiques constituent un point fort pour les patients des unités du pôle de santé mentale.

RECOMMANDATIONS

1. RECOMMANDATION 15

Des formations spécifiques à la loi de 2011 et aux recommandations concernant les mesures d'isolement et de contention mécanique doivent être dispensées au personnel médical et soignant et renouvelées périodiquement. Des formations à la gestion et à la prévention des situations de violence doivent leur être proposées. Le personnel doit également pouvoir bénéficier de séances de supervision clinique.

2. RECOMMANDATION 16

Dans le respect des dispositions de l'article L.3211-3 du code de la santé publique, l'organisation de l'établissement doit permettre la rédaction et la signature de la décision d'admission du directeur dès la prise en charge effective du patient. De même, l'arrêté municipal, nonobstant son caractère provisoire, devrait être notifié au patient pour lui permettre de faire valoir ses droits au plus près de la date d'admission effective dans l'établissement.

3. RECOMMANDATION 17

Les documents joints aux décisions d'admission du directeur et aux arrêtés du préfet doivent être modifiés pour intégrer l'ensemble des droits édictés à l'article L. 3211-3 du code de la santé publique.

4. RECOMMANDATION 19

La plaquette « prise en charge en psychiatrie » incluse dans le livret d'accueil doit être complétée afin de lister tous les modes d'admission en soins sans consentement, de clarifier les modalités de prise en charge (en distinguant hospitalisation complète et programme de soins), d'énumérer les droits spécifiques aux patients en soins sans consentement, enfin de mentionner outre les coordonnées du JLD ceux de la CDSP mais aussi de la CDU, de l'ordre des avocats et du CGLPL.
La liste des droits énumérés à l'article L.3211-3 du code de la santé publique devrait être affichée dans toutes les unités accueillant des personnes en soins sans consentement.

5. RECOMMANDATION 21

L'hôpital doit contacter la personne de confiance désignée par le patient pour recueillir son consentement ; à défaut, la désignation n'est pas valide.

6. RECOMMANDATION 22

Le mandataire judiciaire de l'établissement devrait être systématiquement invité aux réunions de synthèse organisées dans les unités au bénéfice des patients.

7. RECOMMANDATION 24

Les convocations adressées par le greffe du JLD en vue de l'audience gagneraient à être modifiées afin que soit retirée la mention « les honoraires de cet avocat seront à votre charge sauf si vous remplissez les conditions pour obtenir l'aide juridictionnelle », non conforme à la pratique en place et potentiellement facteur de stress pour le patient.

8. RECOMMANDATION 26

Chaque visite et réunion de la CDSP doit faire l'objet d'un compte rendu communiqué à l'établissement concerné.
Le rapport annuel d'activité de la CDSP doit être envoyé au CGLPL.

9. RECOMMANDATION 28

Conformément aux dispositions de l'article L.3212-11 du CSP, l'ensemble des pièces des procédures relatives à une mesure doit figurer dans le registre de la loi lui-même, notamment les décisions d'admission du directeur et les décisions du JLD, les dates de notification des décisions tant d'admission que de maintien de la mesure d'une part, des droits et voies de recours et garanties d'autre part, ainsi que les différents certificats médicaux.
Les décisions du directeur, les arrêtés municipaux ou préfectoraux, les certificats médicaux mériteraient d'être horodatés afin de garantir le respect des délais impartis par la loi.

10. RECOMMANDATION 29

Le collège des professionnels de santé doit être réuni dans les conditions prévues par l'article L 3212-7 du code de la santé publique.

11. RECOMMANDATION 34

Des mesures doivent être prises pour mettre des serrures individualisées à chaque placard dans les chambres des patients afin qu'ils puissent disposer d'un accès libre à leurs effets personnels.

12. RECOMMANDATION 35

L'amélioration des conditions d'hébergement des patients de l'unité Henry Ey est une urgence. Ces conditions indignes dénoncées depuis plusieurs années ne sauraient perdurer plus longtemps au motif d'un projet de réorganisation plus générale dont les délais de finalisation et de validation ne sont par ailleurs pas connus.

13. RECOMMANDATION 37

La mise en place d'une commission hôtelière avec la participation de patients est souhaitable pour le recueil des observations des patients.

14. RECOMMANDATION 41

La sexualité des patients doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle et la question doit être discutée entre les équipes.

15. RECOMMANDATION 42

La rédaction d'un contrat de pôle et d'un projet de pôle est une priorité, le projet de pôle devant être rédigé par le chef de pôle dans les trois mois suivant sa nomination.

16. RECOMMANDATION 45

Conformément aux dispositions de l'article L.3211-11-1 du code de la santé publique, aucune mesure complémentaire ne peut assortir l'accord ou le refus du préfet pour une sortie de courte durée.

17. RECOMMANDATION 45

Une attention particulière doit être apportée tant par le directeur de l'établissement pour les SPDT que par le préfet pour les SPDRE sur les programmes de soins proposés, ceux-ci ne pouvant permettre un temps d'hospitalisation supérieur aux périodes de sortie et toute mesure de contrainte étant exclue à l'encontre d'un patient en programme de soins

18. RECOMMANDATION 46

Un projet d'organisation de la prise en charge des soins somatiques doit être finalisé dans les meilleurs délais et inclus au projet du pôle de santé mentale de psychiatrie adulte. Celui-ci doit intégrer la rédaction de procédures de prévention et de prise en charge de certains risques identifiés en psychiatrie. Un recueil des activités doit être mis en place et une évaluation doit être conduite annuellement donnant lieu à un rapport annuel d'activité.

19. RECOMMANDATION 47

L'organisation d'une garde sur place H 24 des praticiens généralistes doit être évaluée de même que l'activité des astreintes opérationnelles des psychiatres. Au regard de ces analyses, il conviendra de juger de la pertinence d'une telle organisation.

20. RECOMMANDATION 49

Les procédures concernant l'isolement et la contention doivent être revues, notamment pour les périodes en dehors des jours et heures ouvrés, respectant les recommandations de la HAS. Le personnel médical et soignant doit être formé.

21. RECOMMANDATION 50

Le CH de l'Estran doit revoir les documents à renseigner pour le suivi de la surveillance des mesures d'isolement et de contention notamment la décision médicale initiale et de renouvellement et les prescriptions de la surveillance.

22. RECOMMANDATION 51

Dans le contexte du projet de réorganisation en cours, le CH de l'Estran doit s'interroger sur le nombre de chambres d'isolement à retenir et la localisation de celles-ci.

23. RECOMMANDATION 51

Le recours aux mesures d'isolement et de contention concernant des patients en soins libres doit rester exceptionnel et ne peut être justifié par une durée inférieure à 12h.

24. RECOMMANDATION 51

Le CH de l'Estran doit impérativement harmoniser les recueils de données concernant les mesures d'isolement et de contention, s'assurer de la qualité des données recueillies et prévoir leur exploitation annuelle quantitative et qualitative.

25. RECOMMANDATION 52

Le registre doit intégrer les items listés dans l'instruction de la HAS du 29 mars 2017. Le CH de l'Estran doit rédiger un rapport annuel à partir des données de son système d'information permettant de rendre compte de ces pratiques et de la politique définie par l'établissement pour en limiter le recours. Les instances consultatives et délibératives doivent être destinataires du rapport annuel.

26. RECOMMANDATION 53

Le protocole organisant les modalités de prise en charge des patients relevant de la psychiatrie aux urgences du CH d'Avranches-Granville doit prendre en compte l'intégralité du parcours de ces patients à compter de leur arrivée aux urgences, préciser le rôle des différents intervenants – urgentistes et psychiatres – et donc être rédigé conjointement par les deux CH concernés. Ce protocole datant de plus de cinq ans doit être actualisé.

27. RECOMMANDATION 54

Les CH de l'Estran et d'Avranches-Granville doivent se rapprocher, afin de mettre en place un recueil d'activité exhaustif et concordant concernant les patients vus aux urgences relevant d'un avis psychiatrique. Ces données devront permettre d'adapter les modalités de leur prise en charge pouvant intégrer des soins ambulatoires ou une admission en soins libres ou en soins sans consentement et d'envisager l'organisation de locaux adaptés.

28. RECOMMANDATION 55

Le CH d'Avranches doit rédiger une procédure sur les motifs de recours aux mesures de contention aux urgences et sur le type de matériel utilisé. Il doit mettre en place un registre concernant ces mesures sur le modèle de celui préconisé dans le cadre des pratiques d'isolement et de contention dans les établissements de santé mentale.

29. RECOMMANDATION 56

Les faits de violence doivent être signalés à l'Observatoire national des violences en milieu de santé par l'intermédiaire de l'ARS, en application de la circulaire DHOS/P1/2005/325 du 11 juillet 2005 et du protocole de l'établissement dénommé « Accompagnement lors d'une agression ».

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
OBSERVATIONS	4
RAPPORT	10
1. LES CONDITIONS DE LA VISITE	10
2. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	12
2.1 Le centre hospitalier de l'Estran joue un rôle central dans l'offre de soins psychiatriques dans le département	12
2.2 Le budget de l'établissement est fragilisé par le recours à l'intérim médical	13
2.3 Les effectifs de personnel sont stables mais les formations mériteraient de prendre en compte les spécificités des patients hospitalisés en psychiatrie adulte.....	13
3. L'INFORMATION DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT SUR LEURS DROITS 16	
3.1 le pourcentage de patients en soins sans consentement selon la procédure dite du « péril imminent » est très élevé	16
3.2 Les informations données, rigoureuses sur le statut et le contenu des certificats médicaux, sont incomplètes sur les droits des patients en soins sans consentement et parfois données tardivement	16
3.3 les supports écrits d'information générale ne sont pas finalisés ou insuffisamment renseignés	18
3.4 les plaintes et réclamations sont traitées rapidement	19
3.5 Les représentants des usagers sont largement associés	20
3.6 La désignation d'une personne de confiance est systématiquement proposée ...	21
3.7 Les possibilités de voter sont clairement expliquées	21
3.8 Les patients peuvent contacter des aumôniers.....	22
3.9 Les patients nécessitant une protection juridique sont bien repérés.....	22
4. LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS ET LE CONTROLE DE LEUR RESPECT	23
4.1 Le contrôle du juge des libertés et de la détention lors d'audiences respectueuses des patients, porte a minima sur la procédure et surtout sur l'évolution de l'adhésion aux soins	23
4.2 Le contrôle de la CDSP est effectif mais limité à la visite des unités et à un examen rapide des dossiers.....	25
4.3 Le registre de la loi ne répond pas aux exigences légales et ne permet pas un contrôle rapide de la situation individuelle des patients	26
4.4 Le collège des professionnels de santé ne respecte pas les conditions légales quant au délai dans lequel il doit se tenir	28
4.5 Outre l'intervention de la CDSP, les contrôles des autorités se limitent à la visite annuelle du procureur de la République	29

5.	LE RESPECT DES LIBERTES INDIVIDUELLES DES PATIENTS.....	29
5.1	Les restrictions à la liberté de circulation varient d'une unité à l'autre	30
5.2	Les contraintes dans la vie quotidienne sont limitées.....	30
5.3	Les modalités de communication avec l'extérieur sont nombreuses	30
6.	LES CONDITIONS DE VIE DANS LES UNITES	32
6.1	Les conditions d'hébergement des patients de l'unité Henri Ey sont indignes.....	32
6.2	Les patients bénéficient de conditions d'hygiène correctes à l'exception de ceux hébergés à l'unité Henri Ey	35
6.3	les repas sont adaptés aux besoins individuels des patients, toutefois la mise en place d'une commission hôtelière est souhaitable	37
6.4	Les règles de gestion des biens des patients sont respectées.....	38
6.5	Des activités non thérapeutiques sont organisées au sein des unités	39
6.6	La sexualité n'a pas encore fait l'objet d'une réflexion institutionnelle	40
7.	LA PRISE EN CHARGE MEDICALE	42
7.1	Les soins psychiatriques sont de qualité.....	42
7.2	Les soins somatiques gagneraient à être mieux structurés.....	46
7.3	la délivrance des traitements respecte la confidentialité nécessaire	47
8.	L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION	48
8.1	Les mesures d'isolement et de contention sont insuffisamment tracées et le personnel médical et soignant gagnerait à être mieux formé	48
9.	LE RESPECT DE L'INTEGRITE DE LA PERSONNE ACCUEILLIE.....	53
9.1	Les modalités de prise en charge aux urgences des patients relevant de soins psychiatriques doivent faire l'objet d'une politique mieux définie.....	53
9.2	Le circuit du signalement est pertinent au niveau local mais ne va pas jusqu'au niveau national.....	55
10.	LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	58
10.1	Le centre hospitalier n'accueille pas les personnes détenues à la maison d'arrêt de Coutances.....	58
10.2	Le pôle de géro-psycho-geriatrie, bien que n'accueillant au jour du contrôle que des patients en soins libres, est une unité fermée.....	58
10.3	L'établissement propose des activités thérapeutiques diversifiées et adaptées aux patients hospitalisés sans leur consentement.....	60
11.	CONCLUSION GENERALE.....	63

Rapport

Contrôleurs :

- Céline Delbauffe, cheffe de mission ;
- Christine Dubois ; contrôleure,
- Muriel Lechat ; contrôleure,
- Bertrand Lory ; contrôleur,
- Dominique Peton-Klein ; contrôleure,
- Bénédicte Piana ; contrôleure,
- Christophe Redon ; contrôleur.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, sept contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier de l'Estran à Pontorson (Manche) du 8 au 12 octobre 2018.

1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement, situé 7 chaussée de Villecherel à Pontorson, le 8 octobre 2018 à 11h. Ils l'ont quitté le 12 octobre à 12h30.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par le directeur et la déléguée chargée des affaires médico-sociales et de la relation avec les usagers. Il a été procédé à une présentation de la mission devant une vingtaine d'auditeurs dont le président de la commission médicale d'établissement (CME) – chef du pôle médico-technique – le directeur adjoint, les chefs du pôle de santé mentale adulte et d'addictologie et des cadres de santé.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le directeur de cabinet du préfet de la Manche, le procureur de la République et le président du tribunal de grande instance (TGI) de Coutances et la directrice départementale de l'agence régionale de santé (ARS) de la Manche. Par ailleurs, les contrôleurs ont rencontré la présidente de la commission départementale des soins psychiatriques et ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD).

Les organisations professionnelles représentatives du personnel présentes sur le site ont été avisées de la présence des contrôleurs.

Il a été mis à la disposition des contrôleurs une salle de travail équipée d'un téléphone et de deux ordinateurs permettant d'avoir accès au site intranet. Tous les documents demandés par l'équipe ont été mis à sa disposition et regroupés dans un dossier électronique qui a été alimenté tout au long de la semaine.

Des affichettes signalant la visite des 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 12 octobre à 11h en présence notamment du directeur, de son adjoint, du président de la CME et du chef de pôle d'addictologie.

L'organisation de l'accueil des contrôleurs ainsi que la disponibilité du personnel méritent d'être particulièrement soulignés.

Le 13 février 2019, la présidente du TGI de Coutances a adressé au CGLPL le compte-rendu d'une réunion organisée le 19 décembre 2018 à la suite de la visite des contrôleurs – « *dans le souhait d'améliorer les pratiques en matière de soins sans consentement afin de consolider pour chacun les processus de décisions, que celles-ci soient d'ordre médical ou d'ordre judiciaire* » – et réunissant la direction de l'établissement, le chef du pôle de santé mentale, la présidente du TGI ainsi que les deux JLD intervenant au centre hospitalier.

Un rapport provisoire de la visite a été adressé le 18 mars 2019 au directeur de l'établissement, à la délégation départementale de l'ARS, à la préfecture de la Manche, au président et au procureur près le tribunal de grande instance de Coutances. Aucun des destinataires n'a adressé d'observations au CGLPL.

2. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

2.1 LE CENTRE HOSPITALIER DE L'ESTRAN JOUE UN ROLE CENTRAL DANS L'OFFRE DE SOINS PSYCHIATRIQUES DANS LE DEPARTEMENT

Le centre hospitalier (CH) de l'Estran est un établissement public de santé situé à Pontorson dans la Manche.

Son activité sanitaire et médico-sociale s'exerce sur six pôles, dont cinq cliniques :

- **pôle santé mentale adulte** : comprend la psychiatrie adulte en intra hospitalier pour l'hospitalisation complète et en extra hospitalier pour l'hospitalisation de jour et les soins ambulatoires (quatre centres médico-psychologique (CMP), trois hôpitaux de jour (HJ), trois centres d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP), des permanences d'accès aux soins psychiatriques et des permanences infirmières d'accès aux soins psychiatriques (PIAS) ainsi que de deux maisons d'accueil spécialisées et des équipes mobiles de liaison ;
- **pôle santé mentale enfant et adolescent** : ne dispose pas d'unité d'hospitalisation à temps complet mais se compose exclusivement de structures extra hospitalières (quatre CMP, quatre HJ et deux permanences d'accès aux soins psychiatriques). Un centre d'action médico-social précoce (CAMSP), l'Odysée des petits, ouvert en février 2018 et situé à Avranches prend en charge les enfants de 0 à 6 ans présentant des troubles physiques et psychiques ;
- **pôle gérontologie** : se compose d'un service de soins de suite et de réadaptation (SSR), d'un établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) et d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ;
- **pôle addictologie** : regroupé au centre d'addictologie de la Baie (hospitalisation complète, hospitalisation de jour, équipe de liaison de soins en addictologie et des consultations hospitalières) ;
- **pôle médico-technique** : composé d'une pharmacie à usage intérieur, d'un service hygiène et d'une équipe de rééducation ;
- **pôle management et logistique** : piloté par la direction générale, il est constitué de la direction des affaires financières, de la performance, des ressources matérielles et de la communication ; de la direction des ressources humaines, de la politique sociale et des affaires médicales ; de la direction des affaires générales, médico-sociales et des relations avec les usagers et la direction de l'organisation des soins, de la qualité et de la gestion des risques.

Ces différents services sont répartis sur le territoire de la Basse-Normandie, principalement à Pontorson, Avranches, Saint-Hilaire-du-Harcoüet et Granville.

Seul établissement public de santé mentale du département, le CH couvre deux secteurs de psychiatrie (50G06 et 50G07), un territoire de plus de 3 000 km² au Sud du département et une population d'environ 150 000 personnes. Cependant, la notion de secteur a totalement disparu de l'organisation au profit de celle de territoire et les unités d'hospitalisation sont intersectorielles, la répartition des patients en leur sein étant gouvernée par leur statut d'hospitalisation et/ou leur état clinique.

Le centre hospitalier compte 402 lits et 200 places – dont 108 lits d'hospitalisation complète en psychiatrie adulte répartis sur sept unités (quatre unités d'admission et trois unités au long cours) ; ces unités d'hospitalisation sont toutes situées sur le site de Pontorson.

Trois des quatre unités d'admission du pôle de santé mentale adulte sont ouvertes : Normandie 1 (seize lits), Bretagne 1 (dix-sept lits), Géro-psy (seize lits) et une est fermée : Normandie rez-de-chaussée (quatorze lits). Deux des unités au long cours sont fermées : Bretagne 2 (dix-sept lits) et Henri Ey (dix lits), la troisième est ouverte : Normandie 2 (dix-huit lits).

Le CH de l'Estran intègre depuis 2016, le groupement hospitalier de territoire « *GHT Mont-Saint-Michel* ». Au moment de la visite, l'établissement travaillait à la construction du projet territorial de santé mentale.

Le pôle de santé mentale adulte a réalisé, en 2017, 29 624 journées d'hospitalisation complète pour une file active de 585 personnes et 768 séjours. La durée moyenne de séjour était de 38,57 jours.

2.2 LE BUDGET DE L'ETABLISSEMENT EST FRAGILISE PAR LE RECOURS A L'INTERIM MEDICAL

En 2017, le budget de l'établissement s'élevait à 48 millions d'euros.

Le compte de résultat 2017, toutes activités confondues, se clôture, pour la première fois, par un résultat déficitaire de 170 000 euros. Selon les informations fournies, ce déficit s'explique en partie par une augmentation constante ces dernières années des dépenses d'interim médical (notamment de médecins somaticiens) dont le montant s'élevait en 2016 à 150 000 euros et à 400 000 euros en 2018.

2.3 LES EFFECTIFS DE PERSONNEL SONT STABLES MAIS LES FORMATIONS MERITERAIENT DE PRENDRE EN COMPTE LES SPECIFICITES DES PATIENTS HOSPITALISES EN PSYCHIATRIE ADULTE

2.3.1 Les effectifs

Les effectifs du centre hospitalier de l'Estran couvrant le fonctionnement des trois pôles médicaux (psychiatrie adulte, psychiatrie infanto-juvénile et gérontologie) se chiffrent pour 2017 à 756 équivalents temps plein (ETP) dont 17 médecins excluant les étudiants et les internes. Ces effectifs sont relativement stables dans le temps. Ainsi le nombre d'ETP non pourvus pour le personnel médical (PM) est de 3,8 ETP et de 2 ETP pour le personnel non médical (PNM). Concernant la psychiatrie (intégrant le pôle addictologie) les effectifs de personnel non médical du pôle de santé mentale adulte se chiffrent à 408,7 ETP dont 178,9 infirmiers diplômés d'Etat (IDE) et 140,61 aides-soignants (AS) soit 78 % du PNM de ces trois pôles.¹

Le nombre de médecins psychiatres intervenant dans les trois pôles de psychiatrie (pôle adultes, enfants et adolescents et addictologie) est de 9 ETP de praticiens hospitaliers (PH), 2,56 ETP n'étant pas pourvus lors du contrôle.

D'autres données confirment la stabilité du PNM ; Le *turn-over* est de 8,10 %, soit inférieur à la moyenne nationale et l'absentéisme est de 6 %, la moyenne étant de 8,2 %. L'affectation des personnels soignants dans les unités de soins est dépendante de leur orientation, le cadrage étant discuté en comité technique d'établissement (CTE). Les équipes de nuit sont distinctes des équipes de jour.

Le personnel médical psychiatrique a connu d'importants changements au cours des trois dernières années notamment en 2016 affichant un *turn-over* de plus de 63 %, lié au départ en retraite de certains psychiatres ou à des demandes de mutation. Les effectifs rémunérés sont de

¹ Bilan social 2017 CH de l'Estran

cinq praticiens hospitaliers (PH) titulaires et deux PH contractuels. Deux médecins étrangers sont en cours de diplôme de formation médicale approfondie (DFMSA) et décomptés faisant fonction d'interne. Le CH de l'Estran a par ailleurs une autorisation pour deux postes d'interne en psychiatrie, postes actuellement pourvus.

Le personnel médical généraliste rémunéré est de 3 ETP (cf. § 7.2).

2.3.2 La formation

Un plan de formation pour le personnel non médical (PNM) est élaboré annuellement après analyse des souhaits du personnel et des informations recueillies lors des entretiens professionnels. Les arbitrages et le chiffrage sont réalisés par la direction générale. Ce plan est validé par les instances en fin d'année. Son taux de réalisation est de 95 %. Les principales formations concernent le soin, la qualité et des formations réglementaires. Concernant le personnel médical (PM) ces formations sont laissées à la libre appréciation de chaque praticien chacun d'eux se voyant affecté une enveloppe comme dans tout établissement de santé. Tous n'ont pas suivi de formation en 2017, à tout le moins au regard des informations transmises.

Outre ce plan de formation ont été réalisées des évaluations des pratiques professionnelles (EPP), les thèmes retenus découlant le plus souvent de l'analyse d'événements indésirables répertoriés et des mesures à prendre pour y remédier. Sur vingt-six EPP en 2017, vingt-quatre ont concerné la psychiatrie, la méthode retenue pour la plupart d'entre elles reposant sur des audits.

Nonobstant ces plans de formation, très complets, les contrôleurs ont noté l'absence de formations spécifiques à la suite de la loi de 2011² des PNM et des PM des unités de soins du pôle de psychiatrie adulte, concernées par les soins sans consentement. Une veille informationnelle réglementaire a été et est réalisée auprès du personnel concerné par une personne du bureau des entrées. Cette information a été conduite parallèlement à la rédaction de nouvelles procédures élaborées à la suite de cette nouvelle loi. Il aurait été néanmoins souhaitable que ce personnel, au contact direct de ces patients et souvent chargé de leur délivrer les premières informations sur leur situation et leurs droits, ait une formation spécifique à cette nouvelle législation, complétée par des rappels réguliers et intégrant la formation de tout nouvel arrivant.

Ce constat vaut également pour toutes les mesures d'isolement et de contention mécanique, celles-ci relevant depuis janvier 2016 d'une législation³ et ayant fait l'objet de recommandations de la HAS⁴ et d'une instruction du ministère de la santé⁵.

Par ailleurs, dans toutes les unités de soins du pôle de santé mentale adulte accueillant des patients susceptibles d'être violents, il serait également opportun que le personnel soignant ait des formations adaptées type formation Omega. Le CH de l'Estran, faute de financement suffisant, s'est tourné vers des formations « self sauvegarde » en milieu soignant. A cette

² LOI n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

³ LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1)

⁴ Recommandation de bonne pratique, Isolement et contention en psychiatrie générale HAS Février 2017

⁵ INSTRUCTION N° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement

occasion un aide-soignant du CH est devenu formateur en interne mais sa disponibilité est insuffisante pour couvrir les demandes.

Enfin le personnel médical et soignant ne bénéficie d'aucune supervision clinique pourtant fortement recommandée dans ce type de service.

Recommandation

Des formations spécifiques à la loi de 2011 et aux recommandations concernant les mesures d'isolement et de contention mécanique doivent être dispensées au personnel médical et soignant et renouvelées périodiquement. Des formations à la gestion et à la prévention des situations de violence doivent leur être proposées. Le personnel doit également pouvoir bénéficier de séances de supervision clinique.

3. L'INFORMATION DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT SUR LEURS DROITS

3.1 LE POURCENTAGE DE PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT SELON LA PROCEDURE DITE DU « PERIL IMMINENT » EST TRES ELEVE

En 2017, les patients admis en soins sans consentement représentent 17,26 % du nombre de patients hospitalisés au sein du pôle de santé mentale adulte (en nette baisse par rapport à 2016 : 21,93 %).

Les soins psychiatriques sur demande d'un tiers (SPDT) représentent 88 % de l'ensemble des hospitalisations sans consentement ; ceux sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE), 12 %.

Les admissions en « péril imminent » représentent 54 % des SPDT dans une logique contraire à l'esprit du législateur pour lequel la procédure de l'article 3212-1-II 2° du code de la santé publique (dite « péril imminent ») doit conserver un caractère exceptionnel. L'établissement ne fournit pas d'analyse de cette situation.

3.2 LES INFORMATIONS DONNEES, RIGOUREUSES SUR LE STATUT ET LE CONTENU DES CERTIFICATS MEDICAUX, SONT INCOMPLETES SUR LES DROITS DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT ET PARFOIS DONNEES TARDIVEMENT

Dès l'arrivée dans leur unité d'affectation, les patients sont informés de leur statut par l'infirmier qui les a accueillis, une explication leur étant donnée sur les raisons de leur hospitalisation et sur les contraintes spécifiques liées à la mesure de soins sans consentement, et plus particulièrement pour les admissions sur décision du représentant de l'Etat.

Après vérification de la régularité de la procédure d'admission, la décision du directeur est prise par la responsable chargée des affaires médico-sociales et de la relation des usagers ou l'un des trois agents du bureau des admissions, tous ayant délégation de signature. La décision d'admission est notifiée par un infirmier au patient qui émarge le coupon de notification figurant au bas de la décision d'admission. Cette notification peut toutefois intervenir avec un certain décalage de temps par rapport au moment de l'admission réelle dans l'unité. En effet, si la décision du directeur est prise dans la journée lorsque l'admission intervient avant 17h30 en semaine ou avant 19h30 le week-end et les jours fériés (une astreinte est assurée par le bureau des admissions), elle n'est en revanche établie que le lendemain pour les admissions intervenues au-delà de ces horaires, bien que datée du jour de l'admission. Pour les patients admis en SPDRE sur arrêté provisoire du maire (situation la plus fréquente⁶), seul l'arrêté préfectoral, pris dans un délai de 24 à 48 heures de l'arrêté municipal, et transmis par l'ARS au bureau des admissions, est notifié au patient contre émargement.

Recommandation

Dans le respect des dispositions de l'article L.3211-3 du code de la santé publique, l'organisation de l'établissement doit permettre la rédaction et la signature de la décision d'admission du directeur dès la prise en charge effective du patient. De même, l'arrêté municipal, nonobstant

⁶ En 2017, sur seize admissions en SPDRE, seule une s'est faite directement sur arrêté du préfet. Du 1^{er} janvier au 8 octobre 2018, trois patients ont été admis en SPDRE dont un sur arrêté initial du préfet.

son caractère provisoire, devrait être notifié au patient pour lui permettre de faire valoir ses droits au plus près de la date d'admission effective dans l'établissement.

Lorsque le patient refuse de signer la notification de la décision ou que son état n'est pas compatible avec la notification de la décision d'admission, cette situation est attestée par deux infirmiers. L'information sur son statut est alors redonnée au patient dès que possible et au plus tard à l'occasion de la notification par l'infirmier de la convocation pour l'audience du JLD.

Un exemplaire des décisions du directeur (admission et maintien) est remis au patient auquel est joint un courrier mentionnant les voies de recours et ses droits et comportant également un coupon pour émargement de l'intéressé ou des infirmiers. Pour les SPDRE, une copie de l'arrêté préfectoral comportant mention des voies de recours est laissée au patient.

L'examen de ces documents fait apparaître que la liste des droits des patients admis sans consentement est incomplète en ce que n'y figurent ni les coordonnées du JLD et de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), ni la mention des droits de prendre conseil auprès d'un avocat, de consulter le règlement intérieur, d'exercer son droit de vote, de se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Recommandation

Les documents joints aux décisions d'admission du directeur et aux arrêtés du préfet doivent être modifiés pour intégrer l'ensemble des droits édictés à l'article L. 3211-3 du code de la santé publique.

Ainsi qu'ont pu le vérifier les contrôleurs, la copie de la décision d'admission est bien remise au patient qui peut, à son choix, la conserver dans sa chambre ou la laisser dans son dossier.

En revanche, la copie des certificats médicaux initiaux ou postérieurs à l'admission n'est pas remise spontanément au patient, celui-ci pouvant cependant demander à consulter son dossier ce qui est parfois le cas avant l'audience du JLD, le psychiatre en charge du suivi décidant si la présence d'un médecin est ou non nécessaire lors de cette consultation. Néanmoins, les certificats médicaux sont expliqués au patient par le médecin et donnent souvent lieu à précision par l'infirmier. Par ailleurs, un document intitulé « *recueil des observations du patient* » a été mis en œuvre peu avant la visite du CGLPL ; ce document mentionne les projets de décisions (à 72 heures, maintien mensuel, avis motivé, avis à 6 mois, avis du collège) ou ceux définissant la forme de prise en charge (transformation ou levée de la mesure de soins) et prévoit un cadre pour les observations du patient, le tout étant daté et signé de l'intéressé.

Bonne pratique

La mise en œuvre d'un document permettant de tracer les observations du patient avant chaque décision prononçant le maintien des soins ou définissant la forme de prise en charge est une initiative locale qui mérite d'être soulignée.

Les soignants rencontrés par les contrôleurs et plus particulièrement ceux de l'unité Normandie rez-de-chaussée qui accueille la grande majorité des patients en soins sans consentement ont précisé avoir reçu, pour les plus anciens, une formation lors de la parution de la loi de 2011 mais plus rien depuis ; que la connaissance de la procédure de soins sans consentement et des droits des patients s'acquière « *sur le tas* » ; que la responsable chargée des affaires médico-sociales et

de la relation des usagers est très présente et passe régulièrement dans les unités pour apporter les informations nécessaires. Les soignants ont à disposition des documents retraçant les vérifications à faire concernant les documents (certificats médicaux, demande de tiers, identité, arrêtés municipaux), les procédures d'admission et de sortie (ces fiches ayant été mises à jour le 19 décembre 2017 et reprenant pour chaque professionnel – IDE, AS/AMP⁷, psychiatre, somaticien – les tâches à accomplir), ainsi que deux fiches techniques (admission et sortie) listant, pour la première, toutes les informations à donner et à recueillir, pour la seconde, les démarches à faire et les documents à remettre ou à récupérer.

3.3 LES SUPPORTS ECRITS D'INFORMATION GENERALE NE SONT PAS FINALISES OU INSUFFISAMMENT RENSEIGNES

3.3.1 Règlement intérieur

Le règlement intérieur de l'établissement est, au jour du contrôle, en version « travail » et non encore validé. Il n'est, de ce fait, pas diffusé.

3.3.2 Les règles de fonctionnement des services

La dernière version des règles de vie des unités a été validée par la commission des usagers (CDU) en décembre 2017.

Ces règles diffèrent légèrement d'une unité à l'autre, notamment quant aux heures de lever et coucher, aux horaires des repas, aux modalités des visites. Imprimées sur un document format A4, elles présentent dans neuf bulles de couleurs distinctes les règles générales, le lever et le coucher, les repas, les dépôts de biens et valeurs, les règles d'hygiène, le téléphone, la télévision et les multimédias, les visites dans l'unité, le tabac, l'alcool et toute autre substance psychoactive, les permissions et sorties de l'unité.

Ces règles, expliquées et remises au patient par un infirmier lors de son admission, sont affichées dans chaque unité et parfois également dans les chambres des patients (comme c'est le cas dans l'unité de géronto-psychiatrie et à Normandie 1).

3.3.3 Le livret d'accueil

L'établissement dispose d'un livret d'accueil remis à chaque patient à son arrivée. Ce livret d'accueil, décrit par certains patients comme trop abstrait et incompréhensible, présente le centre hospitalier (offres de soins, plan, organisation de l'administration, équipes médicales et soignantes, engagements qualité), décrit les formalités d'admission, le déroulement du séjour, les modalités de sortie, les droits, les devoirs de la personne hospitalisée. Il comprend également en annexe différentes plaquettes dont une d'information sur la demande de communication du dossier patient et trois fascicules : prise en charge en SSR, prise en charge en addictologie et prise en charge en psychiatrie.

Ce dernier document présente les unités de soins en hospitalisation complète et les structures de soins ambulatoires ou alternatives à l'hospitalisation, explique les divers modes d'admission, précise les modalités de sortie avec possibilité de programme de soins pour les patients en soins sans consentement, enfin, détaille les différentes offres de soins extra hospitalières. Si la

⁷ AMP : aide médico-psychologique

distinction entre soins libres et soins sans consentement est bien faite, force est cependant de relever, pour les personnes admises sans leur consentement, que :

- les soins psychiatriques sur décision du directeur en urgence ne sont pas mentionnés contrairement aux trois autres types de mesures (demande d'un tiers, péril imminent, décision du représentant de l'Etat) alors que nombreux sont les patients admis sous ce statut ;
- les droits spécifiques du patient hospitalisé sans consentement tels que définis par l'article L.3211-3 du code de la santé publique ne sont pas listés ;
- les particularités de la prise en charge pendant les 72 premières heures, de la poursuite des soins au-delà des 72 premières heures, des sorties de courte durée ne sont pas évoqués ;
- le terme utilisé est celui « d'hospitalisation sans consentement » alors que la loi du 5 juillet 2011 a substitué à la notion d'hospitalisation celle de « soins sans consentement », l'hospitalisation complète n'étant qu'une des formes de prise en charge ; la mention « *le médecin peut décider de la poursuite de l'hospitalisation sous la forme d'un programme de soins* » est de nature à induire le patient en erreur dans la mesure où les modalités d'un programme de soins sont limitées à une hospitalisation à temps partiel, des soins ambulatoires, des soins à domicile, un traitement médicamenteux, ces modalités pouvant être cumulatives.

De même, si la fiche « *prise en charge psychiatrique* » rappelle le droit du patient d'exercer un recours contre la décision d'admission et précise l'adresse et le numéro de téléphone du tribunal de grande instance de Coutances, en revanche les coordonnées de la CDSP, de la CDU, du CGLPL, de l'ordre des avocats font défaut.

Par ailleurs les affichages dans les unités ne comportent ni la liste des droits des personnes hospitalisées sans leur consentement, ni les adresses du JLD ou de la CDSP, ni la liste des avocats du barreau local.

Recommandation

La plaquette « prise en charge en psychiatrie » incluse dans le livret d'accueil doit être complétée afin de lister tous les modes d'admission en soins sans consentement, de clarifier les modalités de prise en charge (en distinguant hospitalisation complète et programme de soins), d'énumérer les droits spécifiques aux patients en soins sans consentement, enfin de mentionner outre les coordonnées du JLD ceux de la CDSP mais aussi de la CDU, de l'ordre des avocats et du CGLPL.

La liste des droits énumérés à l'article L.3211-3 du code de la santé publique devrait être affichée dans toutes les unités accueillant des personnes en soins sans consentement.

3.4 LES PLAINTES ET RECLAMATIONS SONT TRAITÉES RAPIDEMENT

Les usagers sont bien informés des modalités de dépôt de plaintes et réclamations. Un encart dans le livret d'accueil invite l'utilisateur qui voudrait le faire à :

- demander à rencontrer le cadre de santé de l'unité ;
- demander à rencontrer le médecin ;

- écrire au directeur de l'établissement.

Un registre des plaintes et réclamations, folioté et régulièrement mis à jour, est tenu à la disposition des membres de la commission des usagers (CDU) : six plaintes ont été enregistrées en 2017 et huit entre le 1^{er} janvier 2018 et le 9 septembre 2018.

Les plaintes les plus fréquentes concernent des patients hospitalisés sans leur consentement qui souhaitent quitter l'établissement. La structure la plus concernée est l'EHPAD les réclamations provenant de patients qui sont en géronto-psychiatrie et demandent à y être hébergés, soit de patients qui y sont soignés pour se plaindre des conditions de prise en charge.

Le médiateur médecin ou le non médecin, voire les deux ensemble, sont systématiquement saisis et proposent une rencontre au plaignant dans les huit jours suivant la demande. Dans les huit jours suivant la rencontre, le médiateur adresse le compte-rendu aux membres de la CDU. Au vu de ce compte-rendu, et après avoir rencontré l'auteur de la plainte ou de la réclamation si elle le juge utile, la commission formule des recommandations en vue d'apporter une solution au litige et informe le plaignant des voies de conciliation et de recours dont il dispose.

Le délai moyen de prise en charge des réclamations (délai avant clôture du dossier) est de 19 jours avec un délai minimum de 3 jours et un délai maximum de 63 jours.

3.5 LES REPRESENTANTS DES USAGERS SONT LARGEMENT ASSOCIES

Les représentants des usagers participent à de nombreux comités et conseil :

- le conseil de surveillance de l'établissement et du groupement hospitalier de territoire ;
- le comité de lutte contre la douleur (CLUD) ;
- le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) ;
- le comité de liaison alimentation et nutrition (CLAN) ;
- le comité d'éthique.

La commission des usagers est complète dans sa composition : le taux de participation des représentants des usagers est de 100 %, celui des autres membres de 75 %.

La commission dispose d'un règlement intérieur qui précise notamment :

- le nombre minimum, trois, de réunions par an : ce rythme est respecté, parfois dépassé ;
- sa compétence à l'égard des patients et de leur entourage ; elle examine régulièrement les plaintes et réclamations, les signalements d'événements indésirables et les résultats des enquêtes de satisfaction ;
- sa compétence en matière d'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des patients et de leurs proches.

Il a été constaté que les membres de la CDU étaient systématiquement associés aux projets importants de l'hôpital sous la forme de participation à des groupes de travail et d'informations régulières.

Les patients et leurs proches sont largement informés de son existence et de ses compétences par l'intermédiaire d'une plaquette de présentation intégrée dans le livret d'accueil et d'un affichage dans les unités. Il est possible à un usager de contacter à tout moment des représentants des usagers en cas de difficultés car leurs noms et coordonnées sont affichés dans les unités.

Un représentant des usagers contacté par les contrôleurs a fait connaître sa satisfaction au regard du fonctionnement et des sujets abordés par la commission.

A titre d'exemple, la réunion du mois de décembre 2017 a notamment abordé les points suivants :

- les projets de travaux pour l'unité Henri Ey et de l'unité transversale d'activités thérapeutiques (UTAT) ;
- les résultats des audits « identito-vigilance » et « droits des usagers » ;
- présentation de l'EPP « mise en chambre d'isolement et contention mécanique » ;
- présentation des règles de vie des unités de soins ;
- analyse des questionnaires de satisfaction du second semestre.

Le taux de retour des questionnaires varie suivant les unités entre 12 et 35 %. De manière générale, les usagers souhaiteraient un questionnaire plus court et plus facile à renseigner.

Les réponses au questionnaire diffèrent sensiblement suivant les unités en fonction du confort des chambres, de l'état des bâtiments et du mode d'admission notamment. Cependant l'indice de satisfaction globale pour chaque unité est élevé : 18/20 en moyenne. La gêne la plus décrite est celle liée au bruit et au comportement de certains patients.

Nombre d'usagers se plaignant du manque d'information concernant le coût des soins, une affichette a été réalisée par des membres de la CDU et du bureau des droits des usagers.

3.6 LA DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE EST SYSTEMATIQUEMENT PROPOSEE

Au moment de l'admission, la possibilité de désigner une personne de confiance est systématiquement proposée à chaque patient. Un encart dans le livret d'accueil indique la procédure et propose une information complémentaire au sein de l'unité. Une personne référente a été désignée au sein du personnel et a été spécialement formée à cet effet. Cependant la personne désignée par le patient n'est pas contactée par l'hôpital pour obtenir son acceptation.

Recommandation

L'hôpital doit contacter la personne de confiance désignée par le patient pour recueillir son consentement ; à défaut, la désignation n'est pas valide.

Le livret d'accueil comporte aussi une information concernant les directives anticipées que peut exprimer un patient au regard des conditions de limitation ou d'arrêt de traitement qu'il souhaiterait en fin de vie. Il a été précisé que des membres du personnel soignant ont bénéficié d'une formation afin de pouvoir prendre en compte ces dispositions.

3.7 LES POSSIBILITES DE VOTER SONT CLAIREMENT EXPLIQUEES

Le livret d'accueil comporte une information relative aux élections et la possibilité de voter par procuration. Avant chaque élection, le personnel soignant informe les patients de cette possibilité : la brigade de gendarmerie de Pontorson se déplace au sein de l'établissement afin de recueillir les procurations.

3.8 LES PATIENTS PEUVENT CONTACTER DES AUMONIERES

Dans le cadre de la rubrique « Votre séjour », le livret d'accueil informe les patients qu'un office religieux catholique est célébré tous les dimanches matin à 9h30 dans la chapelle de l'établissement.

Il indique aussi au patient la possibilité de demander au cadre de santé de l'unité de le mettre en relation avec un ministre du culte de sa religion. A cet effet, les cadres disposent de cinq numéros de téléphone correspondant aux cultes catholique à Pontorson, protestant à Saint-Lô, orthodoxe, musulman et israélite à Rennes (Ille-et-Vilaine).

3.9 LES PATIENTS NECESSITANT UNE PROTECTION JURIDIQUE SONT BIEN REPERES

Une assistante sociale intervient dans chaque unité et propose, si besoin, une aide ponctuelle, un suivi budgétaire ou une mesure de protection juridique. Les patients sont informés par le livret d'accueil et par les agents qu'un médecin peut prendre l'initiative de demander au juge des tutelles de protéger un patient dont les facultés mentales ou corporelles seraient altérées.

Au cours de la mission, quatre-vingt-dix-huit patients inscrits dans la file active de l'établissement, bénéficiaient d'une mesure de protection exercée par le mandataire judiciaire de l'établissement. Ce dernier participe ponctuellement aux réunions de synthèse lorsqu'il est invité mais cette pratique serait de moins en moins fréquente.

Recommandation

Le mandataire judiciaire de l'établissement devrait être systématiquement invité aux réunions de synthèse organisées dans les unités au bénéfice des patients.

4. LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS ET LE CONTRÔLE DE LEUR RESPECT

4.1 LE CONTRÔLE DU JUGE DES LIBERTÉS ET DE LA DÉTENTION LORS D'AUDIENCES RESPECTUEUSES DES PATIENTS, PORTE À MINIMA SUR LA PROCÉDURE ET SURTOUT SUR L'ÉVOLUTION DE L'ADHÉSION AUX SOINS

Dans le cadre d'une convention signée le 17 décembre 2015 entre le tribunal de grande instance de Coutances, l'ARS de Basse-Normandie et le CH de l'Estran une salle a été mise à disposition pour la tenue des audiences du JLD. Cette salle, située au rez-de-chaussée du bâtiment Bretagne, est signalisée depuis l'entrée de l'établissement. Grande et bien éclairée bien que dépourvue d'ouverture sur l'extérieur, elle est équipée de matériel informatique (ordinateur, imprimante, photocopieur, fax). Attenante à la salle d'audience se trouve une salle de délibéré. A proximité un local est réservé pour les entretiens avec les avocats.

Deux vice-présidents en charge du tribunal d'instance de Coutances sont délégués par le président du TGI pour assurer les fonctions de JLD au CH l'Estran de Pontorson.



Salle d'audience du JLD

Salle entretien avocats

4.1.1 Les modalités d'organisation de l'audience

Elaborées en concertation entre le tribunal, l'ARS et le CH l'Estran, ces modalités sont déclinées dans la convention susvisée.

Le JLD avisé par l'établissement d'une admission prévoit son planning d'audience en amont. La saisine du JLD, accompagnée de l'ensemble des pièces administratives et médicales obligatoires, est faite dans les huit jours de l'admission soit par le bureau des admissions, soit par l'ARS selon le statut du patient (SPDT ou SPDRE). La convocation pour l'audience est ensuite envoyée à l'établissement par le greffe du JLD, puis transmise à l'unité pour notification au patient. A cette occasion les infirmiers expliquent au patient le rôle du juge et le déroulement de l'audience. La convocation signée du patient contre remise d'une copie est renvoyée au greffe du JLD.

Cette procédure est identique pour chacune des audiences du JLD qu'elles interviennent dans le cadre des saisines de plein droit (à douze jours, à six mois) ou lors de saisines facultatives (par le patient, un parent, le tiers demandeur à la mesure, le tuteur ou le procureur de la République).

Les tiers demandeurs à la mesure, ainsi que les tuteurs et curateurs quand le patient est sous protection juridique, sont convoqués par le greffe du JLD par courrier, doublé d'un appel téléphonique lorsque le numéro est communiqué dans la requête. Les tiers, tout comme les tuteurs, ne se présentent que rarement et n'adressent qu'exceptionnellement des observations en vue de l'audience.

A la demande des JLD, un certificat de situation est transmis au juge la veille de l'audience afin d'actualiser la situation et l'état du patient au plus proche du jour de la décision. Lors de la visite de la CDSP du 14 mars 2018, le médecin chef de pôle a évoqué cette demande spécifique du JLD de Coutances évoquant une pratique qui selon lui « *valide une certaine appréciation médicale opérée par le juge* ». La CDSP n'a pas pris position sur cette demande du JLD, au demeurant prévue dans la convention signée le 17 décembre 2015, qui perdure depuis lors.

4.1.2 Le déroulement de l'audience

Les contrôleurs ont pu assister à une des audiences qui se tiennent le mardi et le vendredi.

Les patients sont dans la plupart des cas accompagnés à l'audience par un infirmier de l'unité ; ils peuvent aussi s'y rendre seuls comme c'est le cas pour certains patients de l'unité Bretagne 2. L'établissement n'est plus représenté à l'audience, la présence des agents du bureau des admissions s'étant avérée très chronophage et sans réelle plus-value. Le procureur de la République n'est pas présent à l'audience mais dépose des conclusions écrites après avoir pris connaissance du dossier ; cet avis est communiqué au patient au cours de l'audience, après son audition et avant les plaidoiries de son avocat. L'avocat choisi ou commis d'office reçoit du greffe copie du dossier et un temps d'entretien avec le patient lui est laissé avant l'audience.

La décision et les voies de recours sont toujours expliquées au patient par le juge. La notification est le plus souvent faite directement à la fin de l'audience, une copie de la décision – avec mention des voies de recours – étant alors remise tant au patient qu'à l'avocat ; à défaut, notamment lorsque le patient est agité ou absent, la décision est remise au bureau des admissions puis notifiée et expliquée au patient dans l'unité par un infirmier, une copie étant envoyée par télécopie à l'avocat.

Rares sont les patients faisant le choix d'un avocat. Dans la très grande majorité des cas l'avocat intervenant à l'audience est désigné d'office, sa rémunération étant prise en charge dans le cadre de l'aide juridictionnelle sans examen de ressources et donc sans reste à charge pour le patient, contrairement à la mention figurant sur la convocation qui lui est remise.

Recommandation

Les convocations adressées par le greffe du JLD en vue de l'audience gagneraient à être modifiées afin que soit retirée la mention « les honoraires de cet avocat seront à votre charge sauf si vous remplissez les conditions pour obtenir l'aide juridictionnelle », non conforme à la pratique en place et potentiellement facteur de stress pour le patient.

Une dizaine d'avocats dédiés aux audiences JLD interviennent dans le cadre d'une permanence. L'avocat rencontré par les contrôleurs a précisé ne pas avoir reçu de formation spécifique sur le droit des soins sans consentement mais s'être formé, comme ses confrères, « *sur le tas* » ; ne pas rencontrer de difficulté pour l'accès au dossier ou l'entretien avec les patients, ni pour la prise

en charge financière par l'aide juridictionnelle tout en regrettant la longueur de la procédure pour obtenir l'attestation de fin de mission permettant l'indemnisation.

4.1.3 Les décisions rendues

En 2017, le JLD a été saisi de 114 requêtes ; 4 ont donné lieu à une décision de mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète. Au cours des neuf premiers mois de 2018, le nombre de requêtes a été de 84 ; 5 mainlevées ont été ordonnées dont 3 avec effet différé de 24 heures pour permettre la mise en place d'un programme de soins.

L'examen des neuf ordonnances de mainlevées ainsi rendues, fait apparaître que :

- huit décisions sont intervenues dans le cadre d'une saisine de plein droit, soit dans les douze jours de l'admission ou de la réintégration après programme de soins (pour deux d'entre elles) ; une décision s'inscrit dans le cadre d'une demande de mainlevée de la mesure par le patient, après double expertise ordonnée par le juge ;
- deux mainlevées ont pour motif un certificat médical insuffisamment descriptif des troubles ou du refus de soins par le patient ;
- deux autres se fondent sur l'absence d'éléments médicaux établissant une opposition du patient aux soins nécessités par son état ou un consentement aux soins fragile et possiblement non pérenne en raison d'une adhésion thérapeutique incertaine ;
- trois sont motivées par un projet médical de passage en service de soins libres ou de programme de soins ;
- une reprend les conclusions des experts estimant que le maintien de l'hospitalisation complète n'est plus justifié, les soins pouvant se poursuivre sous la forme ambulatoire ;
- une sanctionne une irrégularité de procédure tenant au fait que, dans une procédure d'admission en urgence, les deux certificats médicaux des 24 et 72 heures ont été délivrés par le même médecin en violation des dispositions de l'article L 3212-3 du CSP.

Lors de l'audience du 12 octobre 2018 le JLD, saisi sur la poursuite de l'hospitalisation complète d'un patient ayant été réintégré le 2 octobre après échec d'un programme de soins, a ordonné la mainlevée de la mesure aux motifs suivants : notification tardive de la décision de transformation de la mesure de soins ambulatoires en hospitalisation complète et absence d'avis du collège de soignants pour un patient sous mesure de soins sous contrainte depuis plus d'un an.

4.2 LE CONTROLE DE LA CDSP EST EFFECTIF MAIS LIMITE A LA VISITE DES UNITES ET A UN EXAMEN RAPIDE DES DOSSIERS

Selon le dernier arrêté préfectoral en date du 7 juin 2018, la CDSP de la Manche est présidée par un médecin psychiatre de la fondation Bon Sauveur. Le magistrat, membre de la commission, a été remplacé début octobre par décision du premier président de la cour d'appel. En revanche la CDSP ne comprend toujours pas de médecin généraliste ; un rappel a été fait à l'ordre des médecins. Il n'est pas signalé d'autre difficulté quant à la désignation de ses membres et la CDSP assure sa mission sur les trois sites de Saint-Lô, Picauville et Pontorson, au rythme d'une visite par an, la faible disponibilité de ses membres ne lui permettant pas d'effectuer de deuxième visite annuelle.

La visite de la CDSP est annoncée un mois à l'avance et est affichée dans les unités. Les deux derniers procès-verbaux, que l'établissement s'est fait communiquer à la demande du CGLPL,

montre toutefois que les demandes d'entretiens sont inexistantes. Le coordonnateur adjoint de l'ARS pour les soins sans consentement, secrétaire de la CDSP, contacté téléphoniquement par les contrôleurs a précisé que la commission n'était destinataire d'aucun recours sur les mesures de soins sans consentement, les rares courriers de patients étant plutôt adressés au JLD ou au préfet.

Il résulte des procès-verbaux du 8 mars 2017 et du 14 mars 2018 que, lors de ses visites, les membres de la CDSP visitent les unités et examinent des dossiers de patients en SPDRE ou SPDT, en hospitalisation complète comme en programme de soins (treize en mars 2017, cinquante-neuf en mars 2018).

Le procès-verbal du 8 mars 2017 note plus précisément : une bonne tenue des dossiers et du cahier de la loi ; une lisibilité correcte du registre d'isolement mais l'absence de traçabilité de la contention sur ce document ; un protocole de prescription d'isolement complet ; l'amélioration de la rédaction des certificats médicaux avec diminution des copier-coller ; une bonne traçabilité de l'absence de justification de tiers pour les SDDE péril imminent. La visite du 14 mars 2018 n'a quant à elle pas donné lieu à observation particulières sur les dossiers examinés.

Il a été précisé aux contrôleurs par le coordonnateur adjoint de l'ARS pour les soins sans consentement que la CDSP de la Manche était peu regardante sur le registre de la loi, axant davantage son contrôle sur l'examen des dossiers des patients.

Si lors de ces visites un échange a lieu entre la commission et la direction, la responsable chargée des affaires médico-sociales et des relations avec les usagers, le médecin chef de pôle et la cadre supérieur de santé, force est de constater que les procès-verbaux ne sont pas adressés spontanément à l'établissement.

Par ailleurs, les contrôleurs ont dû solliciter du secrétaire de la commission l'envoi du rapport d'activité de la CDSP pour l'année 2017, celui-ci n'ayant pas été adressé au CGLPL nonobstant les dispositions de l'article L3223-1 du code de la santé publique.

Recommandation

Chaque visite et réunion de la CDSP doit faire l'objet d'un compte rendu communiqué à l'établissement concerné.

Le rapport annuel d'activité de la CDSP doit être envoyé au CGLPL.

4.3 LE REGISTRE DE LA LOI NE REPOND PAS AUX EXIGENCES LEGALES ET NE PERMET PAS UN CONTRÔLE RAPIDE DE LA SITUATION INDIVIDUELLE DES PATIENTS

Le registre de la loi, commun aux mesures de SPDT et de SPDRE, est constitué non pas sur le modèle normalisé habituellement en usage dans les établissements (livres cartonnés format A2, composés de 100 feuillets doubles correspondant pour chacun à un patient) mais d'un cahier (35 x 22 cm) dont la page de garde, non signée du maire, est réservée aux visas des autorités. Sur une ou deux pages sont consignées : les renseignements d'identité du patient ; un numéro matricule ; la date d'entrée ; les éventuelles mesures de protection juridique ; le mode de soins psychiatriques [SPDRE avec précision arrêté maire ou préfet, certificats médicaux, arrêté du préfet confirmant ou infirmant la mesure ou SDDE avec identité complète du tiers, certificat (s) médical (médicaux)] ; les certificats médicaux délivrés par le médecin de l'établissement ; les

arrêtés, les programmes de soins, les autorisations de sortie de courte durée (moins de 12 heures).

Chacune de ces mentions est assortie d'une numérotation qui permet un renvoi aux différentes pièces médicales, administratives et judiciaires du patient, elles-mêmes numérotées et rangées dans des classeurs.

A la date du contrôle huit classeurs sont ainsi annexés au registre de la loi, cinq pour les SPDT et trois pour les SPDRE, femmes et hommes confondus, les patients y étant répertoriés selon un classement alphabétique.

Ce livre s'avère donc être davantage un cahier d'enregistrement que le registre prévu par l'article L3212-11 du code de la santé publique⁸, ce d'autant que n'y figurent pas les décisions du directeur (admission ou changement de prise en charge), ni celles du JLD, ni la date de leur notification. Cet outil, bien qu'exhaustif du fait du contenu très complet de ses annexes, ne permet cependant pas un contrôle visuel rapide et global de la situation individuelle des patients.

Le contrôle est d'autant plus délicat que les premières pages du livre sont consacrées aux mesures anciennes et toujours en cours (soit quarante-six patients pour le registre 27), sans pour autant que l'historique du patient ne soit tracé (pas de renvoi aux précédents registres et ses annexes). A titre d'exemple pour un patient inscrit sur le registre en cours (n°27) ouvert le 1^{er} janvier 2018, il est noté une date d'hospitalisation au 17 janvier 2015 alors que le premier certificat médical mentionné est un mensuel du 15 janvier 2018 ; dans le dossier annexé figurent certes le bulletin d'admission ainsi que le numéro des registres antérieurs mais sans qu'il ait été possible de retrouver de pièce médicale avant celle datée du 16 janvier 2017.

Le registre en cours (n°27) mentionne l'admission de quatre-vingt-onze patients entre le 1^{er} janvier et le 10 octobre, dont cinquante et une femmes et quarante hommes, quarante-neuf en péril imminent, trente-six en urgence, trois à la demande d'un tiers, trois SPDRE (deux arrêtés du maire et un direct préfet). Ces mesures sont dans leur grande majorité levées dans le mois de l'admission (quarante-trois levées de la mesure dont une prononcée par le JLD, dix ayant donné lieu à maintien de l'hospitalisation en soins libres) ; dix mesures ont été levées dans un délai d'un à deux mois, trois entre deux et trois mois, deux entre trois et quatre mois, deux entre quatre et six mois.

De l'examen de neuf dossiers de patients il ressort que :

- les certificats initiaux établis par les urgences sont peu détaillés sur les troubles ; en revanche, depuis début 2018, les certificats de péril imminent expliquent l'impossibilité d'obtenir une demande d'un tiers ; les certificats médicaux de 24 heures sont beaucoup plus circonstanciés sans pour autant préciser les démarches effectuées pour rechercher

⁸Article L3212-11 : Dans chaque établissement mentionné à l'article [L. 3222-1](#) est tenu un registre sur lequel sont transcrits ou reproduits dans les vingt-quatre heures : 1° Les nom, prénoms, profession, âge et domicile des personnes faisant l'objet de soins en application du présent chapitre ; 2° La date de l'admission en soins psychiatriques ; 3° Les nom, prénoms, profession et domicile de la personne ayant demandé les soins ou une mention précisant que l'admission en soins a été prononcée en application du 2° du II de l'article [L. 3212-1](#) ou de l'article [L. 3212-3](#) ; 4° Les dates de délivrance des informations mentionnées aux a et b de l'article [L. 3211-3](#) ; 5° Le cas échéant, la mention de la décision de mise sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice ; 6° Les avis et les certificats médicaux ainsi que les attestations mentionnées au présent chapitre ; 7° La date et le dispositif des décisions rendues par le juge des libertés et de la détention en application des [articles L. 3211-12 et L. 3211-12-1](#) ; 8° Les levées des mesures de soins psychiatriques autres que celles mentionnées au 7° ; 9° Les décès.

un tiers ; quelques certificats des 72 heures sont des copier-coller mais les avis motivés (entre le 5^{ème} et le 8^{ème} jour) sont bien actualisés ;

- l'avis motivé ou certificat entre le 5^{ème} et le 8^{ème} jour ne précise pas si le patient peut ou non être entendu par le juge, ce qui oblige à un certificat complémentaire quand l'état du patient n'est pas compatible avec son audition ;
- les certificats médicaux mensuels sont dans l'ensemble détaillés à l'exception toutefois de ceux établis dans le cadre de programme de soins de longue durée où les certificats deviennent de simple copier-coller ;
- si les décisions du directeur mentionnent l'heure d'admission du patient, les certificats médicaux ne sont quant à eux pas horodatés ce qui ne permet pas de contrôler le respect des délais légaux de 24 et 72 heures ;
- certaines décisions d'admission cochent plusieurs cases (demande d'un tiers, péril imminent et urgence) entraînant une totale confusion quant au statut du patient ; en dehors des décisions d'admission initiale, les décisions du directeur ne sont pas motivées se limitant à viser le certificat médical du psychiatre ;
- les décisions de maintien de prise en charge de soins sans consentement, notamment celles concernant les soins ambulatoires, ne sont pas toujours notifiées au patient ou le sont souvent de façon tardive.

Recommandation

Conformément aux dispositions de l'article L.3212-11 du CSP, l'ensemble des pièces des procédures relatives à une mesure doit figurer dans le registre de la loi lui-même, notamment les décisions d'admission du directeur et les décisions du JLD, les dates de notification des décisions tant d'admission que de maintien de la mesure d'une part, des droits et voies de recours et garanties d'autre part, ainsi que les différents certificats médicaux.

Les décisions du directeur, les arrêtés municipaux ou préfectoraux, les certificats médicaux mériteraient d'être horodatés afin de garantir le respect des délais impartis par la loi.

4.4 LE COLLEGE DES PROFESSIONNELS DE SANTE NE RESPECTE PAS LES CONDITIONS LEGALES QUANT AU DELAI DANS LEQUEL IL DOIT SE TENIR

Pour les personnes en SPDT, les secrétaires médicales tiennent un tableau indiquant pour chaque patient, et selon son statut, les échéances et dates à respecter. Pour les patients en SPDRE, les alertes sont suivies par l'ARS qui avise les secrétaires médicales des échéances.

Lorsque la réunion du collège des professionnels de santé est nécessaire, les secrétaires médicales en avisent l'unité ou le CMP en charge du suivi du patient dans les cinq à six semaines précédant la date butoir. Le médecin en charge du suivi recherche un second psychiatre et avise le soignant, puis arrête la date de la réunion du collège.

Les contrôleurs n'ont pu rencontrer de professionnels ayant participé à un collège, ces derniers étant des médecins et infirmiers de l'extra hospitalier dans la mesure où les collèges s'étant tenus en 2018 ont exclusivement concerné des personnes en programmes de soins.

L'examen des dossiers administratifs de six patients pour lesquels une réunion du collège s'est tenue en 2018, démontre que cette réunion se tient soit au centre hospitalier soit au CMP et que le représentant de l'équipe pluridisciplinaire de soins est toujours un infirmier. En revanche, si le

procès-verbal mentionne bien que « *le patient a été informé de la teneur de l'avis du collège et que son avis a été recueilli* », ce simple libellé ne permet pas de se convaincre que le patient a été vu, entendu et examiné par les membres du dit collège.

Entre le 1^{er} janvier 2018 et le 1^{er} octobre 2018, dix-huit collèges se sont réunis, uniquement pour des patients en programme de soins, dont deux en SPDRÉ ; trois de ces patients ont vu leur mesure de soins sans consentement levée quelque temps après la réunion du collège.

L'examen des dossiers précités montre par ailleurs que la réunion du collège n'est envisagée qu'à l'issue d'une période d'un an à compter soit de l'admission en hospitalisation complète soit de la date de changement de forme de prise en charge. Or cette pratique est contraire aux dispositions de l'article L 3212-7 du code de la santé publique⁹. En effet, comme rappelé par le JLD dans une décision du 12 octobre 2018 ayant ordonné la mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète, le maintien des soins est subordonné à l'avis du collège dès que la mesure de soins sous contrainte excède une période continue d'un an et ce quelle que soit la forme de prise en charge, sans que la modification de celle-ci ne fasse courir un nouveau délai.

Recommandation

Le collège des professionnels de santé doit être réuni dans les conditions prévues par l'article L 3212-7 du code de la santé publique.

4.5 OUTRE L'INTERVENTION DE LA CDSP, LES CONTROLES DES AUTORITES SE LIMITENT A LA VISITE ANNUELLE DU PROCUREUR DE LA REPUBLIQUE

A chacune de ses visites, la CDSP vise le registre de la loi sans apporter de remarque quant à sa tenue en dépit des manques relevés par les contrôleurs.

Des rencontres ont été organisées entre l'établissement et les JLD qui, à cette occasion ont pu visiter les différentes unités. Toutefois ces magistrats n'examinent pas le registre de la loi.

Le procureur de la République se rend une fois par an au CH, accompagné du magistrat du parquet en charge des soins sans consentement. Le 7 décembre 2017, le procureur a ainsi visé, sans observation, le registre de la loi et les dossiers individuels annexés. Une prochaine visite était programmée pour le 17 octobre 2018.

En revanche, le préfet, sauf par l'intermédiaire de l'ARS lors des visites de la CDSP, et le maire de la commune n'exercent pas la mission de contrôle qui leur est dévolue par l'article L. 3222-1 du code de la santé publique.

5. LE RESPECT DES LIBERTES INDIVIDUELLES DES PATIENTS

⁹ Article L 3212-7 alinéa 3 du CSP : Lorsque la durée des soins excède une période continue d'un an à compter de l'admission en soins, le maintien de ces soins est subordonné à une évaluation médicale approfondie de l'état mental de la personne réalisée par le collège mentionné à l'article L. 3211-9. Cette évaluation est renouvelée tous les ans. Ce collège recueille l'avis du patient. En cas d'impossibilité d'examiner le patient à l'échéance prévue en raison de son absence, attestée par le collège, l'évaluation et le recueil de son avis sont réalisés dès que possible.

5.1 LES RESTRICTIONS A LA LIBERTE DE CIRCULATION VARIENT D'UNE UNITE A L'AUTRE

Quatre des six unités d'hospitalisation – hors unité de géronto-psychiatrie (cf. § 10.2) – sont ouvertes ; les portes d'accès aux unités sont ouvertes pendant la journée. Cependant, l'unité Bretagne 2 située au deuxième étage, théoriquement ouverte, était fermée au moment de la visite afin de prévenir des risques de chutes dans les escaliers de patients en fauteuil roulant ou présentant des difficultés de mobilité. Un projet de relocalisation de cette unité devrait permettre de remédier à cette situation.

Les unités Normandie rez-de-chaussée et Henry Ey sont fermées ; toute sortie de l'unité nécessite l'intervention d'un personnel soignant.

La circulation au sein des unités est libre à l'exception de l'unité Henry Ey dans laquelle les patients ne peuvent accéder librement à leur chambre ni aux deux cours.

Dans les différents services, l'interdiction de sortir seul de l'unité n'est qu'exceptionnelle, motivée par l'état clinique du patient et non par le statut d'hospitalisation, sauf dans l'unité Normandie 1 où les patients hospitalisés sans consentement ne peuvent sortir seuls de l'unité.

5.2 LES CONTRAINTES DANS LA VIE QUOTIDIENNE SONT LIMITEES

5.2.1 L'accès au tabac

A la date de la visite, aucune restriction médicale de fumer du tabac n'était édictée à l'encontre de patients pris en charge. Ce type de restriction est appliqué si nécessaire pour les patients incapables de contrôler leur consommation.

Dans certaines unités les patients conservent leur tabac, dans d'autres, l'équipe soignante gère la distribution et peut imposer une limitation quotidienne ; tel est le cas au sein de l'unité Normandie rez-de-chaussée où les patients ne peuvent fumer plus de dix cigarettes par jour.

Un accompagnement pour arrêter de fumer est proposé ; la prise en charge par l'unité d'addictologie se fait sur prescription médicale. Par ailleurs, un addictologue passe régulièrement dans les unités.

5.2.2 Le port du pyjama

Le pyjama n'est jamais porté systématiquement dans les services. Les patients conservent par principe leurs effets personnels, dont leurs habits de ville.

Les décisions médicales individuelles de port du pyjama sont très rares.

5.3 LES MODALITES DE COMMUNICATION AVEC L'EXTERIEUR SONT NOMBREUSES

5.3.1 Le courrier

Les patients peuvent recevoir et envoyer du courrier, sans restriction. Le courrier est traité par le vagemestre.

5.3.2 Le téléphone

L'accès au téléphone est autorisé par principe, l'interdiction constitue une exception sur prescription médicale, tel était le cas, au moment de la visite, pour un seul patient de l'unité Normandie rez-de-chaussée.

Les téléphones portables sont laissés aux patients qui en possèdent un, même s'il s'agit de smartphones. La prise de photos n'est manifestement pas une difficulté : les patients respectent la consigne de ne pas prendre de photos.

Bonne pratique

Les patients conservent leur téléphone portable personnel, sans aucune restriction, sous la seule réserve de leur état de santé.

5.3.3 L'informatique, internet

Les patients sont autorisés à conserver leurs ordinateurs et leurs tablettes mais l'établissement ne dispose pas de réseau wifi pour les patients.

5.3.4 Visite des familles

Les visites sont autorisées par principe, sauf cas particulier justifié par l'état clinique du patient. A la date du contrôle, dans l'ensemble des unités, un seul patient de l'unité Normandie rez-de-chaussée n'y avait pas droit.

Dans l'ensemble des unités elles ont lieu l'après-midi à des horaires variables selon les unités de 14h ou 14h30 à 18h ou 20h, dans certaines unités les visites en matinée sont tolérées.

Elles se déroulent généralement dans les espaces collectifs des services ou dans les chambres. Elles peuvent également se dérouler dans le parc de l'établissement où à la cafétéria qui dispose d'une salle réservée aux familles.

Certaines unités tolèrent la visite des enfants dans les unités, d'autres la refusent. Les visites doivent alors se dérouler en dehors du service.

6. LES CONDITIONS DE VIE DANS LES UNITES

6.1 LES CONDITIONS D'HEBERGEMENT DES PATIENTS DE L'UNITE HENRI EY SONT INDIGNES

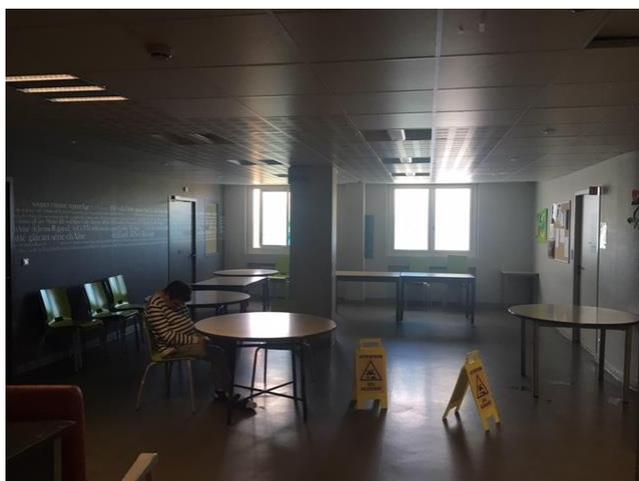
6.1.1 Les conditions d'hébergement dans les unités Normandie rez-de-chaussée, Normandie 1, Bretagne 1, Normandie 2 et Bretagne 2

Quatre unités du pôle de santé mentale sont regroupées dans un même bâtiment sur trois niveaux, à proximité de la cafétéria. Les locaux des unités Normandie rez-de-chaussée, Normandie 1, Normandie 2, Bretagne 1 et Bretagne 2 ont fait l'objet d'une rénovation. Les conditions d'hébergement dans l'unité de géronto-psychiatrie seront évoquées au paragraphe 10.2.



Le bâtiment regroupant les quatre unités

Chaque unité dispose d'une salle de restauration et d'une salle d'activité.



Salle de restauration d'une des unités

Dans ces unités, les chambres sont spacieuses et claires. La plupart des chambres sont individuelles. Les unités disposent de quelques chambres doubles. Selon les informations recueillies, le placement dans une chambre double dépend du profil du patient, de la décision du psychiatre et de la disponibilité.



Une chambre de l'unité Normandie 1



Une chambre double

Les chambres sont dotées d'une salle d'eau équipée d'un verrou de confort, ouvrable avec le passe des soignants de l'unité.



Une salle d'eau

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

Le placard individuel dans la chambre des patients est fermé à clé. Toutefois, ils n'en possèdent pas la clé. Les placards sont ouverts et fermés par les soignants à la demande des patients avec le passe de l'unité.

Recommandation

Des mesures doivent être prises pour mettre des serrures individualisées à chaque placard dans les chambres des patients afin qu'ils puissent disposer d'un accès libre à leurs effets personnels.

Les chambres sont bien aménagées, meublées d'un lit, d'un fauteuil, de chaises, de table et de chevet. Elles sont équipées de prises électriques. Aucun bouton d'appel n'est prévu.

Certains patients ont pris l'initiative de décorer leur chambre. Ils ne sont pas autorisés à posséder un poste de télévision personnel sauf un patient de l'unité Henri Ey.

Les patients accèdent à leur chambre à tout moment de la journée.

6.1.2 L'unité Henri Ey

L'unité fermée Henri Ey est installée de plain-pied dans un bâtiment vétuste, en forme de L ; elle abrite deux ailes de cinq chambres chacune et des locaux collectifs – situés à l'intersection des deux ailes – comportant une salle de restauration et deux salles communes d'activité.

La conception architecturale de cette unité n'est pas adaptée à la prise en charge des patients. Sa disposition ne permet pas d'assurer la sécurité et la surveillance nécessaires aux besoins des patients et des professionnels.

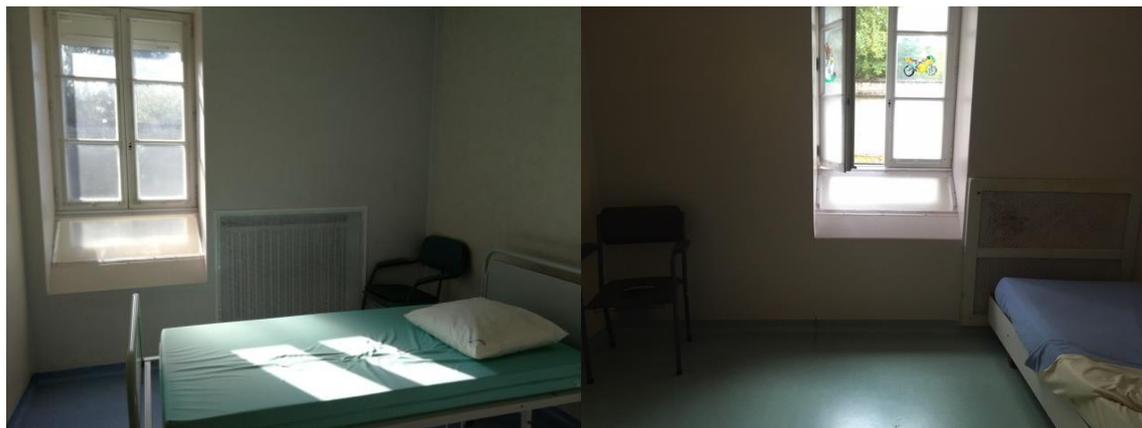


Une des ailes de l'unité

Cette unité de dix lits, accueille neuf patients au long cours, parfois hospitalisés depuis de nombreuses années et pour lesquels aucune possibilité d'un retour à domicile n'est envisageable.

Dans une aile, quatre chambres sont dépourvues de salle d'eau (douche, lavabo et WC), une seule salle de bains collective et deux toilettes communes sont à la disposition des patients sauf la nuit, toutes les chambres des unités étant fermées la nuit. Les personnes hébergées sont contraintes d'utiliser des chaises percées. Les chambres de la seconde aile sont équipées de salles d'eau individuelles et toilettes attenants.

Les chambres sont uniquement équipées d'un lit scellé au sol et d'une chaise percée pour celles dépourvues de sanitaires. Elles ne disposent pas de bouton d'appel ; la nuit, les patients doivent taper sur la vitre en plexiglas de la porte pour se signaler. Par ailleurs, les portes des chambres se verrouillent automatiquement lorsqu'elles se ferment et la nuit, une veilleuse reste en permanence allumée dans la chambre.



Deux chambres de l'unité Henri Ey

Cette situation a été dénoncée à plusieurs reprises et notamment lors de la visite de certification de la HAS en 2014 et repris lors de la visite de certification en mars 2018 : « *La définition du programme de la réhabilitation du bâti et le lancement de la consultation est validé dans le cadre du schéma directeur 2015-2019. A Henri Ey, six chambres ne sont pas non plus pourvues de sanitaires et la salle de bains proposée est dégradée. Les professionnels se sont organisés pour respecter au mieux leur intimité. Quelques travaux de réaménagement des espaces communs sont prévus ; une réflexion est en cours mais à ce jour, aucun projet de relocalisation de cette unité ou de réhabilitation globale n'est inscrit dans le cadre du schéma directeur.* »

Les seules améliorations apportées ont été la remise en peinture de certaines chambres et l'équipement de la salle de bains de bassins lavés avec un lave-bassin (dispositif permettant de vider et de laver chaque bassin, un par un, de manière automatique).

Ces conditions d'hébergement ont un impact direct sur l'état psychique de ces patients. Un des patients transféré il y a quelques mois dans l'aile disposant de chambres équipées de sanitaires a vu son état psychique s'améliorer, le travail du personnel soignant sans trouvant grandement facilité.

Les raisons évoquées au retard pris pour humaniser cette aile seraient liées au projet de réorganisation générale, qui inclurait la relocalisation future de cette unité. L'objectif est dans ce même temps de placer le maximum de ces patients qui en relèveraient dans des structures médico-sociales adaptées à leur état.

Recommandation

L'amélioration des conditions d'hébergement des patients de l'unité Henry Ey est une urgence. Ces conditions indignes dénoncées depuis plusieurs années ne sauraient perdurer plus longtemps au motif d'un projet de réorganisation plus générale dont les délais de finalisation et de validation ne sont par ailleurs pas connus.

6.2 LES PATIENTS BENEFICIENT DE CONDITIONS D'HYGIENE CORRECTES A L'EXCEPTION DE CEUX HEBERGES A L'UNITE HENRI EY

Le CH de l'Estran dispose d'une équipe transversale qui intervient sur les sept unités du pôle de santé mentale. Cette équipe, placée sous la responsabilité d'un cadre de santé, est composée de quinze agents des services hospitaliers (ASH) dont sept sont des agents référents affectés dans une unité et huit des agents polyvalents. Un ASH est affecté à l'unité transversale des activités

thérapeutiques. Il a été indiqué que le personnel bénéficiait d'une formation institutionnelle sur l'hygiène des locaux.

Tous les matins, l'entretien des locaux communs, des sanitaires et des chambres des patients est assuré par un ASH de 8h à 16h sauf pour une personne en contrat d'accompagnement à l'emploi de 8h30 à 15h. Chaque agent dispose d'une fiche de tâches. La prestation de nettoyage est effectuée tous les jours de la semaine y compris le week-end. Si la prestation doit s'effectuer exceptionnellement en procédure dégradée en raison d'un manque d'effectif, le nettoyage des sanitaires et l'essuyage des surfaces manu portées est effectué en priorité.

Les contrôleurs ont constaté la propreté de l'ensemble des locaux du pôle de santé mentale.

L'ensemble des chambres des unités comporte une salle d'eau aménagée avec un lavabo, une douche à l'italienne et un WC sauf à l'unité Henri Ey (*cf. supra*). Les salles d'eau ne sont pas équipées de patères, par mesure de sécurité selon les informations recueillies. L'unité Normandie rez-de-chaussée comporte encore quelques salles d'eau vétustes avec une cabine de douche étroite et rehaussée, inadaptée pour les patients.

Les unités ne disposent pas de kits d'hygiène mais il est possible d'acheter des produits d'hygiène corporelle à la cafétéria. L'association Trampoline dépanne en cas de besoin les personnes hospitalisées nécessiteuses.

L'entretien du linge hôtelier (draps, alèzes, serviettes de toilette, vêtements de travail) et parfois le linge des résidents, notamment celui des patients au long cours de l'unité Henri Ey, relève de la blanchisserie de Pontorson, située à l'extérieur du CH. Le linge des patients est alors obligatoirement identifié par un code barre, permettant de suivre le process du linge résident.

Les draps des patients sont régulièrement changés, au moins deux fois par semaine et en tant que de besoin par les aides-soignantes.

Chaque unité dispose d'un stock de linge « tampon ». L'inventaire informatisé du reliquat du linge est envoyé tous les lundis par les unités à la lingère qui assure la régulation du stock dans chaque unité. La taille des pyjamas en dotation est peu variée, une taille moyenne et une grande taille. Toutefois, les pyjamas sont peu utilisés par les patients qui disposent souvent de leur trousseau de linge.

Par ailleurs, la lingerie dispose d'une réserve de linge de dépannage, constituée par des vêtements laissés par les patients.

Le linge des patients est habituellement lavé par les familles. Lorsque les personnes n'ont pas la possibilité de faire entretenir leur linge par leurs proches et pour les patients des unités de court séjour, une lingerie est implantée sur le site. Elle est équipée de deux machines à laver de 7 kilos et d'un sèche-linge. En-dehors des jours de présence de la lingère (mardi et jeudi), la lingerie est en libre accès, les unités disposant d'une clé, pour y accompagner un patient. Le linge est placé dans un sac « arlequin » identifié par un imprimé renseigné par le patient. La fourniture d'une pastille de lessive à 0,45 euro est à sa charge sauf pour les patients nécessiteux qui bénéficient de la lessive fournie gratuitement par l'association Trampoline.

6.3 LES REPAS SONT ADAPTES AUX BESOINS INDIVIDUELS DES PATIENTS, TOUTEFOIS LA MISE EN PLACE D'UNE COMMISSION HOTELIERE EST SOUHAITABLE

Les repas des patients du CH de l'Estran sont préparés par une cuisine centrale¹⁰. Le responsable de la logistique élabore un plan alimentaire sur dix semaines en veillant notamment à respecter l'équilibre des féculents et des légumes verts entre le déjeuner et le dîner. Ces menus sont proposés ensuite à la diététicienne.

Il n'existe pas de commission hôtelière réunissant la diététicienne, les soignants, les cuisiniers et des patients.

Recommandation

La mise en place d'une commission hôtelière avec la participation de patients est souhaitable pour le recueil des observations des patients.

Le logiciel restauration est en interface avec le logiciel d'admission des patients, permettant ainsi d'identifier les différents types de régimes sur prescription médicale et le nombre de plats de substitution en cas d'aversion alimentaire.

Les menus des patients et du personnel sont les mêmes. Les patients ont fait part de leur satisfaction tant sur la qualité que sur la quantité de la nourriture. De deux à quatre pâtisseries « maison » sont servies chaque semaine.

La cuisine du CH de l'Estran fonctionne en liaison chaude. Elle fournit tous les jours 600 repas le midi et 300 repas le soir à l'ensemble des patients du centre hospitalier. Des pique-niques peuvent être préparés en période estivale.

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

Les plats sont placés dans des chariots disposant d'un compartiment pour le froid et pour le chaud. Les chariots sont ensuite transportés dans une camionnette et livrés dans les unités.

Les menus de la semaine sont affichés dans les unités.

Les repas sont servis à l'assiette sauf pour les patients bénéficiant de régimes particuliers à leur demande ou sur prescription médicale, la nourriture est servie en barquettes individuelles.

Le 10 octobre 2018, sur soixante-treize repas servis aux patients du pôle de santé mentale, treize concernaient des régimes particuliers : diabétique élargi (un), sans résidu strict (un), végétarien (un), hypocalorique (cinq) et riche en fibres (cinq).

La prise des repas dans les chambres n'est pas autorisée ; les repas sont pris en commun au sein de l'unité¹¹. Les salles à manger des unités sont des espaces ouverts et lumineux. Toutefois, l'aménagement de certains espaces est un peu sommaire.

¹⁰ La cuisine centrale dispose de vingt-trois agents dont un pâtissier. Elle fonctionne avec une équipe de jour de trois cuisiniers et une équipe d'après-midi de deux cuisiniers.

¹¹ Les repas sont servis le matin entre 8h30 et 9h, à partir de 12h pour le déjeuner et à partir de 18h45 pour le dîner. Une collation est servie à 16h et une tisane le soir.



La salle à manger de Normandie 1

Le mobilier est constitué de chaises et de tables circulaires ou rectangulaires en bon état. Le placement des patients est libre sauf dans l'unité Henri Ey. Dans cette unité, la salle à manger est une pièce peu conviviale, meublée d'une grande table rectangulaire et de trois petites tables isolées par une cloison permettant à un seul patient prendre ses repas. La place des patients et le moment de la prise des repas sont choisis par les soignants en fonction des comportements et des relations entre les patients. Les soignants de l'unité Henri Ey prennent leur repas au même moment que les patients dans la salle à manger. Les patients peuvent acheter de la nourriture qui est distribuée par les soignants.

A Normandie rez-de-chaussée et à Bretagne 2, les soignants prennent leur repas à la même table que les patients. Des repas thérapeutiques sont organisés dans le cadre de la culinothérapie proposée à la Maison du piano ; elle propose aux patients hospitalisés un repas thérapeutique une fois par semaine avec des soignants de l'UTAT (achat des courses, préparation et cuisson des plats). Au jour de la visite, six patients des unités participaient à des repas thérapeutiques, encadrés par trois soignants.

6.4 LES REGLES DE GESTION DES BIENS DES PATIENTS SONT RESPECTEES

A l'arrivée dans l'unité, il est procédé à un inventaire des biens du patient lors de l'entretien infirmier. Certains objets sont systématiquement retirés tels que les rasoirs, l'eau de toilette, le câble de téléphone, le briquet, la boîte d'allumettes, le tabac, un couteau. Les objets sont déposés dans des casiers individuels et accessibles sur demande. Dès qu'il y a un retrait d'objets, un inventaire est signé de manière contradictoire par le patient et le soignant, ou si l'état clinique du patient ne le permet pas, par deux soignants.

Les patients conservent dans leur placard leurs effets vestimentaires.

Les espèces, valeurs, chèques, bijoux, cartes de crédit sont placés dans une enveloppe fermée, signée par le patient et le soignant, qui est déposée à la banque des patients intervenant comme une régie au service des patients. Le dépôt peut être assuré par le patient seul ou accompagné par un soignant. En dehors des jours et heures ouvrables de la banque des patients, l'enveloppe est glissée dans la fente du coffre au secrétariat médical ; elle est récupérée par le mandataire régisseur qui est le seul à en posséder la clé. A l'unité Bretagne 1, les objets de valeur et les numéraires sont déposés dans des casiers individuels fermés dans une salle dédiée dont les patients conservent la clé.

Les valeurs (chèques, espèces, carte bancaire) sont ensuite remises au Trésor public qui ouvre un compte dont la gestion est assurée par la comptable de la banque des patients. Les retraits

partiels d'argent sont possibles à la banque des patients le lundi, mercredi et vendredi matin de 9h à 12h, soit directement au Trésor public tous les matins du lundi au vendredi de 8h30 à 12h. La banque des patients accueille chaque semaine une cinquantaine de patients dont les retraits varient de 10 à 60 euros.

La régie est divisée en six sous-régies. Il en existe trois au pôle de santé mentale : à l'unité Henri Ey accueillant des patients gravement déficitaires qui ne peuvent se déplacer, à Normandie 1 et à Normandie 2. Des mandataires sous-régisseurs sont désignés au sein de ces unités. L'intérêt de ces sous-régies est de pouvoir donner de l'argent le week-end et les jours fériés à des patients en cas de besoin.

La régie dispose d'une avance consentie de 4 100 euros par an dont 150 euros à Henri Ey, 100 euros à Normandie 1 et 80 euros à Normandie 2.

Les unités doivent aviser la banque des patients 48h avant la sortie du patient.

6.5 DES ACTIVITES NON THERAPEUTIQUES SONT ORGANISEES AU SEIN DES UNITES

Des activités non thérapeutiques animées par des soignants sont organisées dans les unités.

Chaque unité dispose d'une ou de deux salles d'activité avec un téléviseur. L'unité Normandie 1 comporte une salle d'activité fermée avec un téléviseur qui ne fonctionne plus. Les patients de cette unité regardent la télévision dans un espace exigu aménagé avec quelques fauteuils, donnant sur la salle à manger.



L'espace TV de Normandie 1

L'unité Henri Ey dispose d'un poste de télévision fonctionnant en permanence sur le programme des dessins animés. Une personne de cette unité possède exceptionnellement son téléviseur sur prescription médicale, qu'il peut utiliser jusqu'à 23h.

Les patients des unités, sauf à Henri Ey, sont également autorisés à disposer de leur tablette ou ordinateur portable pour visionner des films.

Les contrôleurs ont rencontré des patients dans les unités autour d'une table de salle à manger à lire un journal local, d'autres à jouer aux cartes avec un soignant.

Le cadre de santé de l'unité Bretagne 2 incite les soignants à se tenir à disposition des patients dans les lieux de vie pour partager avec eux une partie de jeux de société ou discuter avec eux devant le téléviseur. Tous les dimanches après-midi, cette unité organise un « thé dansant » avec un goûter amélioré, animé par des soignants musiciens et des patients chanteurs.

A Henri Ey, une pièce a été aménagée pour servir de lieu d'apaisement. Des activités sont programmées autour du bien-être ou soin (vernis à ongle), la peinture, le dessin, un atelier pâtisserie.



Activité peinture sur un drap

Par ailleurs, le gymnase, la maison du piano et la cafétéria sont des sites accessibles hors prescription médicale, qui proposent un temps d'accueil temporaire aux patients qui le souhaitent.

Les installations du gymnase sont également disponibles le week-end, les soignants des unités disposant d'une clé.

6.6 LA SEXUALITE N'A PAS ENCORE FAIT L'OBJET D'UNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE

La question de la sexualité ne fait pas l'objet d'une réflexion entre les équipes au sein des unités psychiatriques. Selon les informations recueillies, la question est évoquée lorsque la situation se présente. Le médecin rencontre alors le patient en entretien pour lui proposer un moyen contraceptif ou des préservatifs.

Il est interdit de se rendre dans la chambre d'un autre patient.

Le personnel soignant est toutefois vigilant à l'égard des patients les plus vulnérables afin de les protéger des patients les plus entreprenants. A Henri Ey, l'équipe a connu une patiente, qui en échange d'argent ou de tabac, pratiquait une sexualité « intéressée ». Au sein de cette unité, l'activité sexuelle individuelle, assez fréquente, est admise dès lors qu'elle se situe dans un cadre privé, s'agissant selon les soignants, d'une modalité d'apaisement.

Au sein d'une unité, une relation de proximité a été constatée par des soignants entre deux patients, l'un cherchant le contact avec une patiente qui ne semblait pas consentante. Malgré le « recadrage » du patient entreprenant, ce dernier a pénétré dans la chambre de la patiente, en tentant de l'agresser sexuellement. Ces faits ont fait l'objet d'un signalement immédiat au parquet, à l'ARS et à la gendarmerie.

Le comité d'éthique avait prévu d'organiser le 25 janvier 2018 une table ronde sur le thème « *pouvoir et limite dans la mission de soins face à la vie affective et sexuelle des personnes hospitalisées* ». Cette table ronde devait être animée par le chef du pôle de santé mentale et deux psychologues. Celle-ci a finalement dû être reportée.

Recommandation

La sexualité des patients doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle et la question doit être discutée entre les équipes.

7. LA PRISE EN CHARGE MEDICALE

7.1 LES SOINS PSYCHIATRIQUES SONT DE QUALITE

7.1.1 Organisation des soins psychiatriques

Un projet de réorganisation des unités d'hospitalisation est en cours visant notamment, à court terme, à fermer l'unité Normandie 2 au profit de l'ouverture d'une maison communautaire prévue au début de l'année 2019. Ce projet a notamment pour objectif de préparer les patients à acquérir une meilleure autonomie en prévision de leur sortie. La prise en charge sera orientée vers des activités liées au réapprentissage de la vie au quotidien (préparation des repas, vaisselle, rangement et nettoyage des chambres, entretien du linge, préparation des médicaments, prise de rendez-vous, etc.). Ils participeront concomitamment à celles organisées avec l'unité transversale d'activités thérapeutiques (UTAT).

Le chef de pôle a été nommé le 1^{er} septembre 2016. Il n'y a pour le moment ni contrat de pôle ni projet de pôle rédigés, au motif que les discussions sur les restructurations à venir ne sont pas finalisées. Il conviendrait, nonobstant le projet de restructuration en cours, de finaliser ces documents dans les meilleurs délais. C'est par ailleurs une obligation réglementaire pour tout chef de pôle venant d'être nommé.¹²

Recommandation

La rédaction d'un contrat de pôle et d'un projet de pôle est une priorité, le projet de pôle devant être rédigé par le chef de pôle dans les trois mois suivant sa nomination.

Nonobstant l'absence de ces documents constitutifs du pôle, le pilotage et l'organisation de ce pôle sont particulièrement bien structurés intégrant le fonctionnement d'un collège médical propre à celui-ci qui se réunit mensuellement. Les comptes rendus des six premiers mois de l'année permettent d'avoir un aperçu très précis des sujets ponctuels évoqués, des objectifs du pôle et du suivi des différents groupes de travail mis en place dans le cadre du projet de réorganisation en cours.

Bonne pratique

La mise en place d'un collège médical propre au pôle santé mentale adulte, la régularité de ses réunions, la qualité des sujets abordés et des décisions prises est un facteur de cohésion important des équipes médicales pour la gestion du pôle et la mise en place des réorganisations à venir.

Un projet de réorganisation de l'hospitalisation complète est en effet en cours de réflexion depuis 2016, orientée notamment vers une diminution des lits des unités de soins au long cours et une diminution des lits des unités d'admission au profit d'un renforcement des structures ambulatoires.

Le nombre de soignants affecté dans les unités de soins est dépendant de leur orientation, le cadrage étant discuté en comité technique d'établissement (CTE). Les équipes de nuit sont

¹² Article R 6146-9 du CSP

distinctes des équipes de jour. Le personnel soignant des unités d'admission comprend deux IDE et une aide-soignante le matin et l'après-midi ce rapport étant inversé pour les unités au long cours. La nuit sont présents une IDE et une AS pour les unités d'admission. Au sein de l'unité Henri Ey, le personnel soignant est en nombre supérieur aux autres unités, plus de 50 % étant du personnel est masculin en lien avec les difficultés de prise en charge de ces patients. En revanche, si ce personnel est renforcé dans la journée, seule une IDE est présente la nuit ce qui est insuffisant au regard du type de patients hospitalisés, de la charge de travail potentielle et des risques encouru pour ceux-ci.

La répartition du personnel médical répond aux mêmes règles, celle-ci étant décidées au niveau du pôle et faisant l'objet d'un tableau de répartition nominatif des temps de présence médicaux dans les unités de soins et dans les structures extra hospitalières. Les médecins exercent en intra et en extra hospitalier, leur organisation intégrant une présence médicale permanente du lundi au vendredi en journée pour les unités d'admission. L'ensemble des médecins psychiatres assure une astreinte opérationnelle les nuits, les week-ends et les jours fériés.

Chaque unité a son organisation propre intégrant des réunions de fonctionnement internes périodiques. Les réunions soignants-soignés ne sont pas systématisées dans toutes les unités. Des réunions cliniques communes aux unités d'hospitalisation et aux CMP se tiennent tous les jeudis matin. Elles sont animées par le chef de pôle. Tous les médecins et les cadres sont présents. Ces réunions sont organisées en visioconférence avec les CMP. Toutes les entrées et les sorties programmées sont discutées de même que le cas de certains patients suivis en ambulatoire, le plus souvent connus, mais pour lesquels la prise en charge nécessite d'être discutée. Chaque praticien anime ensuite un *staff* clinique au sein de son unité associant l'ensemble des soignants, reprenant les orientations décidées lors de la visioconférence pour une mise en œuvre de ces décisions.

Bonne pratique

L'organisation hebdomadaire de staffs cliniques communs aux structures intra et extra hospitalières est un facteur favorisant leur coordination. Ces échanges permettent d'adapter au mieux les prises en charge des patients tant en intra qu'en extra hospitalier et d'assurer pour ceux-ci un suivi de leur parcours de soins quel que soit leur mode de prise en charge.

7.1.2 Activité des unités d'hospitalisation

Le taux d'occupation des unités du pôle de santé mentale adulte montre globalement une diminution de 11 % entre 2016 et 2017 ; cette dernière est approximativement équivalente pour les sept unités. Le taux d'occupation est en moyenne de 75 %. En revanche, la durée moyenne d'hospitalisation (DMH), si elle est globalement en baisse de 13 %, est très variable d'une unité à une autre, en augmentation de 20 % dans l'unité fermée n'accueillant que des patients en soins sans consentement (Normandie rez-de-chaussée) et en baisse de 30 % dans l'unité de gérontopsychiatrie et de 54 % dans l'unité Henry Ey. Les deux autres unités d'admission (Normandie 1 et Bretagne 1) accueillant également certains patients en patients en soins sans consentement – patients par ailleurs le plus souvent transférés de l'unité fermée (Normandie rez-de-chaussée) – affichent des diminutions de l'ordre de 8 et 10 %.

7.1.3 Les sorties de courte durée et les programmes de soins

a) Les sorties de courte durée

L'orientation ambulatoire de l'établissement conduit à ce que la durée des hospitalisations est de plus en plus courte et que les permissions de sortie se font de plus en plus tôt.

L'examen des certificats médicaux mentionnés dans le registre de la loi atteste en effet que les autorisations de sortie de courte durée sont données très rapidement dans le cadre du suivi du patient. Ces autorisations de sortie de courte durée sont accordées de façon progressive pour favoriser la réadaptation des personnes hospitalisées avec la vie à l'extérieur.

Ainsi des sorties d'une durée inférieure à 12 heures, prescrites dès que l'état du patient le permet et qu'il est assez stabilisé, sont accordées, par exemple, pour faire des courses ou des démarches, honorer un rendez-vous à l'extérieur, faire une promenade, participer aux sorties organisées par les équipes de soins ou encore organiser une visite à domicile pour préparer la sortie. Lors de ces permissions le patient est obligatoirement accompagné par un ou deux soignants ou plus rarement par un membre de sa famille.

Des sorties non accompagnées d'une durée maximum de 48 heures font en général suite à celles de moins de 12 heures et sont destinées à préparer la sortie d'hospitalisation complète, assortie ou non d'un programme de soins. Le patient est ainsi autorisé à retourner à son domicile. Les tiers sont largement associés à la préparation de ces sorties.

Ces permissions ne sont répertoriées ni sous forme papier ni informatiquement, ce qui a empêché les contrôleurs d'en connaître le nombre sur une période donnée pour l'ensemble des unités. Elles sont toutefois renseignées dans le dossier informatisé de chaque patient.

Pour les SPDRE les certificats médicaux favorables à une sortie de courte durée sont adressés à l'ARS dans la mesure où le préfet peut s'y opposer. La réponse est adressée par télécopie dans un délai généralement de 24 heures. Les décisions de refus du préfet sont motivées. Il ressort toutefois de l'examen de plusieurs dossiers de patient que l'accord donné par le préfet l'est parfois avec des réserves, ce que prohibe pourtant l'article L.3211-11-1 du code de la santé publique.

Il a été précisé aux contrôleurs que le préfet fait preuve de précaution et d'une grande vigilance face à ces demandes de sortie de courte durée, plus particulièrement pour les sorties non accompagnées et qu'il faut ainsi « *toujours passer par une ou deux sorties de moins de 12 heures avant de tenter une sortie de moins de 48 heures* ». C'est ainsi que le 8 mars 2017, le chef de pôle a interpellé les membres de la commission et le personnel de l'ARS sur « *les difficultés que représentent les contraintes préfectorales pour la prise en charge thérapeutique des patients en SPDRE notamment concernant les autorisations de sorties de courte durée* ». Toutefois les bonnes relations entretenues par l'établissement et le coordonnateur adjoint de l'ARS pour les soins sans consentement permettent des réajustements lors de projet de refus pour simple question de forme, notamment quand le certificat médical ne précise pas les motifs de la sortie ni les modalités de l'accompagnement pourtant mentionnées dans la demande d'autorisation faite par le patient avec l'aide des infirmiers.

Recommandation

Conformément aux dispositions de l'article L.3211-11-1 du code de la santé publique, aucune mesure complémentaire ne peut assortir l'accord ou le refus du préfet pour une sortie de courte durée.

b) La levée de l'hospitalisation complète et les programmes de soins

La sortie d'hospitalisation complète est préparée en étroite collaboration avec l'extra hospitalier. Selon les informations recueillies, une grande partie des patients peuvent regagner leur domicile ; à défaut des structures ou des familles d'accueil peuvent être trouvées.

Il a été précisé, s'agissant des SPDRE, que le préfet oppose systématiquement un refus pour les levées d'hospitalisation complète et demande un second certificat médical. Ce deuxième psychiatre n'est pas choisi par l'ARS mais par le médecin chef de pôle. Lorsque le deuxième certificat médical confirme le premier, le préfet s'incline et délivre un arrêté de levée de la mesure. Au contraire si le second certificat médical est défavorable à la mainlevée, l'ARS saisit le JLD en vue d'une audience.

En 2017 comme en 2018, si des refus ont été opposés par le préfet, il n'y a en revanche pas eu de deuxième certificat contraire au premier et donc pas de saisine du JLD.

La levée de l'hospitalisation complète peut également, selon la situation du patient, être accompagnée d'un programme de soins, situation qui soulève moins d'opposition de la part du préfet.

Au 9 octobre 2018, quarante-quatre patients étaient en programme de soins (onze en SPDRE, trente-trois en SPDT dont un remontant à novembre 2012, un à août 2014, un à novembre 2015, les autres datant de 2017 et 2018).

L'examen de neuf dossiers de patients en programmes de soins, montre que le suivi s'effectue soit en hospitalisation de jour (cinq patients), soit en CMP (quatre patients). Il apparaît également qu'en 2015 et 2016 il était fréquent de prévoir des programmes de soins limités dans le temps (un à trois mois), pratique qui ne semble plus être de mise en 2018. Selon les informations recueillies auprès du secrétaire de la CDSP, cette commission ne s'est pas récemment penchée sur les programmes de soins, un recadrage étant auparavant intervenu en raison d'une certaine méconnaissance et de contradictions entre programmes de soins et permissions de sortie. Malgré tout, les contrôleurs ont relevé le cas de deux patients dont le programme de soins n'est pas conforme à la loi dans la mesure où le temps passé à l'hôpital s'avère supérieur à celui passé à l'extérieur, ces deux patients étant en réalité autorisés à sortir tous les jours de la semaine de 8h à 18h pour l'un et de 9h à 17h pour l'autre.

Recommandation

Une attention particulière doit être apportée tant par le directeur de l'établissement pour les SPDT que par le préfet pour les SPDRE sur les programmes de soins proposés, ceux-ci ne pouvant permettre un temps d'hospitalisation supérieur aux périodes de sortie et toute mesure de contrainte étant exclue à l'encontre d'un patient en programme de soins

7.2 LES SOINS SOMATIQUES GAGNERAIENT A ETRE MIEUX STRUCTURES

Trois postes temps plein de médecin généraliste (praticien hospitalier) sont rémunérés, leur activité devant couvrir l'ensemble des services du CH de l'Estran incluant non seulement la psychiatrie mais également le service de soins de suite et de réadaptation et l'EPHAD. Seul un poste de PH titulaire était pourvu lors du contrôle. Un second praticien devait prendre ses fonctions en novembre 2018. Des médecins intérimaires sont régulièrement recrutés auprès d'une agence d'intérim médical pour couvrir les effectifs vacants. Deux intérimaires étaient présents le jour du contrôle.

Une garde sur place est effective depuis de nombreuses années. Celle-ci est assurée par les PH généralistes du CH d'Estran et un pool de généralistes libéraux.

L'importance du de temps de généraliste et leur présence régulière au sein des unités de soins de psychiatrie est à souligner, fait relativement rare pour un établissement de ce type. De même les contrôleurs ont noté leur intervention systématique lors de toute entrée et pour les mesures d'isolement.

Nonobstant ces constats positifs sur cette présence très sécurisante pour le personnel soignant, les contrôleurs n'ont pu avoir accès à aucune donnée d'activité, celle-ci n'étant pas colligée, et aucun rapport annuel d'activité ne les retraçant. Ce constat vaut également pour les demandes de consultations spécialisées dans des centres hospitaliers généraux, incluant le nombre de consultations selon la spécialité et les délais d'attente parfois très longs.

De même ils ont constaté l'absence de tout projet d'organisation dûment finalisé. Un document de travail leur a été remis intitulé « *organisation de la prise en charge somatique* ». Ce projet est très complet mais semble-t-il en attente depuis plusieurs mois sans que les raisons de celle-ci aient été communiquées.

Ils n'ont enfin trouvé aucune procédure rédigée de prévention et de prise en charge de certains risques, pourtant bien identifiés en psychiatrie (obésité, risques cardio-vasculaire, constipation, occlusion, douleur, etc.).

L'intervention des médecins généralistes est planifiée quotidiennement dans chaque unité, leur planning étant défini oralement lors de leur arrivée tenant compte des demandes de consultations programmées ou non. Ce nombre de vacations peut paraître parfois sur dimensionné, au regard de l'activité constatée.

Recommandation

Un projet d'organisation de la prise en charge des soins somatiques doit être finalisé dans les meilleurs délais et inclus au projet du pôle de santé mentale de psychiatrie adulte. Celui-ci doit intégrer la rédaction de procédures de prévention et de prise en charge de certains risques identifiés en psychiatrie. Un recueil des activités doit être mis en place et une évaluation doit être conduite annuellement donnant lieu à un rapport annuel d'activité.

Une garde de médecin généraliste est organisée au sein du centre hospitalier 24h/24 et 7J/7. Elle est assurée par un praticien généraliste du pôle de santé mentale ou de gériatrie, l'équipe étant complétée par des médecins généralistes libéraux. Ce type d'organisation est inédit pour un établissement de santé de cette catégorie et interroge sur le rôle de ces médecins vis-à-vis des psychiatres qui ont également un système de garde mais sous forme d'astreintes opérationnelles.

Aucun bilan d'activité n'a pu être communiqué qui aurait permis d'avoir une meilleure visibilité de celle-ci.

A la lecture des procédures concernant les modalités d'admission des patients et notamment de ceux relevant de soins sans consentement il apparaît que les entrées sont vues en première intention par le médecin généraliste de garde notamment les nuits, week-ends et jours fériés, or la grande majorité de ces patients étant adressés par le service des urgences du CH d'Avranches, ils ont déjà été vus par un urgentiste senior pour la partie somatique.

Par ailleurs, les procédures du CH de l'Estran concernant l'isolement et la contention font bien référence pour ces périodes (nuits, week-ends et jours fériés) au recours en première intention au médecin généraliste. Or, si l'intervention d'un médecin généraliste est recommandée, c'est à un médecin psychiatre qu'il appartient d'évaluer la pertinence de ces mesures et de les valider, le médecin généraliste n'intervenant que pour l'examen somatique.

Recommandation

L'organisation d'une garde sur place H 24 des praticiens généralistes doit être évaluée de même que l'activité des astreintes opérationnelles des psychiatres. Au regard de ces analyses, il conviendra de juger de la pertinence d'une telle organisation.

7.3 LA DELIVRANCE DES TRAITEMENTS RESPECTE LA CONFIDENTIALITE NECESSAIRE

Le circuit du médicament est informatisé depuis 2015. Les ordonnances sont vues par l'un des deux pharmaciens. Les préparations par patient sont hebdomadaires et livrées à chaque site sous forme d'une dotation globale hormis pour les traitements « retard ».

La distribution est nominative, chaque patient venant chercher son traitement, et tracée au niveau informatique par les infirmières ce depuis 2017. La confidentialité est respectée.

Les locaux de la pharmacie des unités sont contigus aux salles de soins. Ils sont sécurisés, les armoires étant fermées à clef.

La conciliation médicamenteuse a été initiée en 2017.

La CODIMS¹³ se réunit quatre à cinq fois par an.

¹³ COMEDIMS : commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles

8. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

8.1 LES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION SONT INSUFFISAMMENT TRACÉES ET LE PERSONNEL MÉDICAL ET SOIGNANT GAGNERAIT À ÊTRE MIEUX FORMÉ

8.1.1 Les chambres d'isolement ; architecture

Le pôle de psychiatrie adulte inclut sept unités de soins globalisant 108 lits et quatre chambres d'isolement réparties dans trois d'entre elles.

Deux sont installées à l'unité Normandie rez-de-chaussée, unité fermée et sécurisée n'admettant que des patients en soins sans consentement. Une autre est installée à l'unité Normandie 1, unité d'admission ouverte admettant des patients en soins libre et sans consentement. La quatrième est installée à l'unité Bretagne 2 unité fermée pour des patients au long cours en soins libres ou sans consentement.

Les quatre chambres d'isolement sont sensiblement identiques. Elles sont situées à proximité de la salle de soins. Elles sont spacieuses et claires, donnant directement sur un espace herbacé visible par une baie vitrée pour celles de l'unité Normandie rez-de-chaussée. Un fenestron, pouvant être occulté par des stores vénitiens, permet une surveillance de la chambre sans visibilité sur l'espace sanitaire. Une double entrée est effective.

Ces chambres sont équipées pour seul mobilier d'un lit de type *Cumbria* scellé au sol. Une table se présentant sous forme d'un pouf surélevé est installée dans la chambre lors des repas. Elles sont ventilées avec un contrôle de la température extérieure. Elles sont équipées de moyens d'orientation temporelle placés devant le fenestron donnant sur la chambre. Le bouton d'appel accessible par les patients est à proximité du fenestron et donc inaccessible en cas de contention. La commande de l'éclairage est extérieure.



Une des chambres d'isolement

Les sanitaires n'appellent pas d'observations particulières.

8.1.2 Les modalités de placement en isolement et de mise sous contention : politique suivie

Une procédure « mise en chambre d'isolement/ mise sous contention mécanique » a été rédigée en 2008 et révisée début 2018. Une seconde relative aux soins infirmiers a été validée en février

2018. Ces deux textes s'ils se réfèrent aux recommandations de la HAS omettent la référence à la circulaire du 29 mars 2017 du ministère de la santé explicitant leurs mises en place.¹⁴

Ces recommandations et ce texte sont peu connus du personnel soignant et médical même s'ils s'y réfèrent régulièrement. Il n'y a pas eu de formations spécifiques à ces pratiques sinon une information par l'administration sur ce qu'il convenait notamment de mettre en œuvre au regard des procédures rédigées. Les pratiques des unités relèvent cependant plus d'échanges entre soignants et médecins et de formations par tutorat des plus anciens.

Deux logigrammes illustrent pour chacune de ces procédures le processus de déroulement de ces mesures, l'une pour l'organisation du lundi au vendredi et la seconde pour les soirées, nuits, week-ends et jours fériés. Si les logigrammes concernant les jours et heures ouvrés n'appellent pas d'observations, ceux portant sur la procédure à suivre les nuits, week-end et jours fériés ne respectent pas les recommandations de la HAS.

Concernant la première procédure tant pour l'isolement thérapeutique que pour la contention la mise en place de ces mesures relèverait du seul médecin généraliste (appel de celui-ci et intervention dans l'heure qui suit) sans aucune mention du médecin psychiatre. La seconde procédure relative aux soins infirmiers indique également, pour ces mêmes périodes le recours au médecin généraliste sans aucune mention, dans le déroulé des étapes, au médecin psychiatre.

Recommandation

Les procédures concernant l'isolement et la contention doivent être revues, notamment pour les périodes en dehors des jours et heures ouvrés, respectant les recommandations de la HAS. Le personnel médical et soignant doit être formé.

Aucun des comptes rendus des instances consultatives et délibératives du CH de l'Estran remis aux contrôleurs n'évoque ces questions. Il en est de même pour les comptes rendus des collègues médicaux du pôle de santé mentale adulte.

Une fiche spécifique pour la décision médicale de ces mesures a été rédigée et intégrée au dossier patient informatisé. Cette fiche doit être renseignée pour chacune de ces mesures.

Cette seule fiche ne répond pas aux recommandations de la HAS mais surtout la consultation d'un certain nombre d'entre elles montre qu'elles ne sont que partiellement renseignées, que les dates y figurant ne sont pas toujours concordantes sur une même fiche, que les motifs ne sont pas explicités, que des mesures de contention ne sont pas mentionnées et que les renouvellements n'apparaissent pas toujours.

Il n'y a de fait pas de fiche distincte de décision initiale, de renouvellement et de prescriptions. Les requêtes étant réalisées à partir de ces fiches pour établir des statistiques il y a lieu de s'interroger sur la pertinence des données communiquées par le département d'information médicale (DIM).

Les observations des visites médicales qui doivent en principe être effectuées deux fois par jour ne sont pas toujours renseignées. L'examen de quelques dossiers montre que ces observations sont parcellaires, des écarts de plusieurs jours pouvant être observés.

¹⁴Instruction N°DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisées en psychiatrie.

Les fiches de surveillance à renseigner par le personnel soignant sont informatisées dans le même dossier.

Recommandation

*Le CH de l'Estran doit revoir les documents à renseigner pour le suivi de la surveillance des mesures d'isolement et de contention notamment la décision médicale initiale et de renouvellement et les prescriptions de la surveillance.*¹⁵

Il n'y a pas de politique définie et rédigée pour limiter le recours à ces pratiques tant en interne au niveau du pôle de psychiatrie adulte qu'au niveau des instances consultatives et délibératives du CH. La formation du personnel soignant à la gestion de la prévention des situations de violence et d'agressivité, partiellement mis en place, serait une nécessité. (cf. § 2.3)

8.1.3 Les décisions d'isolement

Les patients faisant l'objet d'une mesure d'isolement relèvent de soins sans consentement (SPDRE, SPDT) mais également de soins libres à la lecture des données communiquées.

Les données concernant les mesures d'isolement communiquées aux contrôleurs sont issues pour l'année 2018 du registre *Excel* mis en place en 2016 par le bureau des entrées et pour les années 2016 et 2017 de celles figurant dans le rapport annuel d'activité issues des données du registre *Excel* et des dossiers patients informatisés et exploitées par le DIM. Le nombre de patients relevant de soins libres pour lesquels une mesure d'isolement a été décidée n'est pas connu pour les années 2016 et 2017.

Les données incluses dans le rapport annuel concernant ces mesures se limitent au nombre de séjours, de patients et au nombre d'heures passées en chambre d'isolement. Ce rapport au regard de la comparaison de ces trois indicateurs conclut à une diminution significative de ces mesures.

Pourtant d'autres indicateurs sont à prendre à compte pour l'analyse de ces mesures ; celles-ci figurant dans le chapitre III de l'instruction du 27 mars 2017¹⁶ notamment le nombre de mesures d'isolement rapporté au nombre de séjours en SSC et au nombre de patients.

L'analyse conduite sur les années 2016 et 2017 montre un pourcentage de patients en soins sans consentement ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement variant entre 42 et 48 %. Il est de 30 % pour les six premiers mois de 2018. Ces quelques chiffres contredisent l'analyse faite par le CH de l'Estran concluant à une diminution de ces mesures.

Les analyses concernant la durée moyenne, minimale et maximale de ces mesures et le nombre de patients concernés n'a pu être conduite à tout le moins sur le registre 2018 ces données pourtant obligatoires n'y figurant pas.

L'analyse sur les trois unités équipées d'une chambre d'isolement montre que la grande majorité (au moins 70 %) de ces mesures sont prises à l'unité Normandie rez-de-chaussée. Ce constat interroge sur le maintien de chambres d'isolement dans les deux autres unités.

¹⁵ Recommandation de bonne pratique de la HAS de février 2017

¹⁶ Instruction N°DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisées en psychiatrie.

Recommandation

Dans le contexte du projet de réorganisation en cours, le CH de l'Estran doit s'interroger sur le nombre de chambres d'isolement à retenir et la localisation de celles-ci.

Les contrôleurs ont de même noté sur la synthèse communiquée pour les six premiers mois de l'année 2018 que sur vingt-quatre patients concernés, six étaient en soins libres, soit 25 %. Cette exception est effectivement prévue dans les recommandations de la HAS notant le caractère exceptionnel de celle-ci et ne pouvant dépasser 12h. Cette limite de 12h a été opposée aux contrôleurs pour justifier de ces mesures. D'une part, cette réponse n'est pas acceptable au regard du caractère dérogatoire de ces cas, d'autre part, la consultation de quelques dossiers médicaux a montré que certaines de ces mesures ont été levées au-delà de ces 12h allant jusqu'à 20h pour l'une d'entre elles sans qu'aucune démarche de placement en soins sans consentement n'ait été engagée.

Recommandation

Le recours aux mesures d'isolement et de contention concernant des patients en soins libres doit rester exceptionnel et ne peut être justifié par une durée inférieure à 12h.

8.1.4 Les décisions de contention

Ces décisions ne font pas l'objet d'une procédure spécifique mais commune à celle de l'isolement. Il serait pourtant utile d'identifier une procédure spécifique même si le recours à ces mesures est peu fréquent. De même la décision concernant ces mesures est intégrée dans la fiche de décision de la mesure d'isolement alors qu'elle devrait être individualisée y compris lors des renouvellements. Enfin la consultation de quelques dossiers de patients ayant fait l'objet de ce type de mesure en référence au registre a montré que cet item n'était pas renseigné.

Les données des années 2016 et 2017 n'ont pas été communiquées. Celles de l'année 2018 globalisent, au 30 juin, sept mesures pour quatre patients. Ces données ne font l'objet d'aucune analyse dans le rapport annuel.

8.1.5 Le registre

Le CH d'Estran a mis en place deux registres l'un sous format papier à partir de fiches de renseignement par mesure et par patient renseignées par le personnel soignant dans les unités de soins, le second sous forme dématérialisée tenue par le bureau des entrées et pouvant être complété par des requêtes du dossier patient informatisé (DPI).

Il y a donc trois sources d'information ; celles des unités complétées par le personnel soignant, celles du bureau des entrées reprenant les données des unités et celles colligées dans les DPI à partir des fiches de prescription renseignées par les médecins.

L'analyse de ces données montre que des informations pour un même patient ne sont pas toujours concordantes. De même, des patients figurant dans le dossier papier ne figurent pas toujours dans le registre officiel ; de plus, les données du DPI sont souvent incomplètes.

Recommandation

Le CH de l'Estran doit impérativement harmoniser les recueils de données concernant les mesures d'isolement et de contention, s'assurer de la qualité des données recueillies et prévoir leur exploitation annuelle quantitative et qualitative.

Recommandation

Le registre doit intégrer les items listés dans l'instruction de la HAS du 29 mars 2017. Le CH de l'Estran doit rédiger un rapport annuel à partir des données de son système d'information permettant de rendre compte de ces pratiques et de la politique définie par l'établissement pour en limiter le recours. Les instances consultatives et délibératives doivent être destinataires du rapport annuel.

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

9.1 LES MODALITES DE PRISE EN CHARGE AUX URGENCES DES PATIENTS RELEVANT DE SOINS PSYCHIATRIQUES DOIVENT FAIRE L'OBJET D'UNE POLITIQUE MIEUX DEFINIE

9.1.1 Accueil et prise en charge aux urgences

Le centre hospitalier d'Avranches-Granville, issu de la fusion de trois centres hospitaliers (Avranches, Granville et Saint-Hilaire), a conservé les sites d'urgence des CH d'Avranches et de Granville, le site d'Avranches étant le site de référence.

Le CH de l'Estran, sauf cas exceptionnel, n'a pas d'admission directe. La majorité des admissions qu'elles relèvent d'une admission en soins libres ou de soins sans consentement sont adressées aux urgences du CH d'Avranches et vues en première intention par un urgentiste puis par le psychiatre présent aux urgences ou d'astreinte.

L'accueil des patients relevant d'une prise en charge psychiatrique est individualisé. Les modalités de prise en charge sont précisées dans un protocole rédigé par le CH de l'Estran et daté du 21 janvier 2013. Ce protocole s'il précise les interventions du psychiatre et de l'infirmier (IDE) de psychiatrie, tous deux rattachés au CH de l'Estran, n'aborde pas les rôles et les missions des urgentistes avant le relais à l'équipe de psychiatrie. Ce protocole n'est d'ailleurs pas visé par le CH d'Avranches.

Recommandation

Le protocole organisant les modalités de prise en charge des patients relevant de la psychiatrie aux urgences du CH d'Avranches-Granville doit prendre en compte l'intégralité du parcours de ces patients à compter de leur arrivée aux urgences, préciser le rôle des différents intervenants – urgentistes et psychiatres – et donc être rédigé conjointement par les deux CH concernés. Ce protocole datant de plus de cinq ans doit être actualisé.

Concernant l'organisation au sein des urgences du site d'Avranches, hormis un bureau médical, il n'y a pas de locaux dédiés ni d'individualisation de quelques lits pouvant permettre de juguler certains épisodes aigus. Un médecin psychiatre est présent tous les matins ainsi qu'une IDE de psychiatrie pouvant par ailleurs prolonger son temps de présence l'après-midi lorsque l'activité le nécessite. Leur activité inclut non seulement les urgences mais couvre également la fonction de psychiatrie de liaison du CH d'Avranches et depuis fin 2017, ils prennent en charge les consultations de patients adressés par les urgences de Granville, le temps de présence d'un psychiatre sur ce site ayant été limité à une vacation par semaine. De février à septembre 2018 le nombre de consultants s'est chiffré à quarante et un.

Le site de Granville inclut la permanence d'une IDE de psychiatrie tous les matins et la présence d'un psychiatre uniquement le jeudi matin depuis fin 2017.

En dehors des heures ouvrées et les week-ends et jours fériés, les psychiatres du CH de l'Estran assurent une astreinte, de même que les IDE dépendants par ailleurs du CMP d'Avranches. Aucune convention conclue entre ces deux établissements de santé ne précise cette organisation.

9.1.2 Les données d'activité

Les données d'activité communiquées par le CH d'Avranches, si l'on considère que tous les patients hospitalisés en psychiatrie au CH de l'Estran ont été adressés par les urgences, ne sont pas concordantes avec le nombre d'hospitalisations.

Le CH d'Avranches en 2017 comptabilise 188 patients hospitalisés à partir des sites d'urgence de Granville et d'Avranches, le CH de l'Estran enregistrant 649 patients hospitalisés, dont 101 en soins sans consentement.

La tenue de données statistiques fiables permettrait de mieux appréhender le volume d'activité relevant de la psychiatrie des sites d'urgence, lors des heures ouvrées, non ouvrées, la nuit les week-ends et jours fériés. La connaissance réelle de cette activité permettrait d'adapter au mieux les équipes soignantes et médicales selon la période considérée et de dimensionner des locaux d'accueil adaptés.

Recommandation

Les CH de l'Estran et d'Avranches-Granville doivent se rapprocher, afin de mettre en place un recueil d'activité exhaustif et concordant concernant les patients vus aux urgences relevant d'un avis psychiatrique. Ces données devront permettre d'adapter les modalités de leur prise en charge pouvant intégrer des soins ambulatoires ou une admission en soins libres ou en soins sans consentement et d'envisager l'organisation de locaux adaptés.

9.1.3 Le fonctionnement et les perspectives

Dans la grande majorité des cas, les demandes de soins sans consentement sont traitées aux urgences par l'équipe de psychiatrie, l'examen somatique étant réalisé par un médecin urgentiste. Des procédures sur le déroulement administratif des soins sans consentement selon leur nature sont rédigées retraçant l'ensemble des démarches administratives.

Les médecins urgentistes ont fait part des difficultés qu'ils rencontrent avec ces patients, liées notamment aux délais de venue d'un médecin psychiatre en dehors des heures de présence aux urgences et aux délais d'attente d'un transport sanitaire vers le CH de l'Estran en cas d'hospitalisations. Des patients peuvent attendre ainsi plusieurs heures voire être hospitalisés dans des lits de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). Or l'UHCD n'est ni localisée géographiquement ni organisée pour l'accueil de ce type de patients nécessitant souvent une surveillance rapprochée.

Les médecins urgentistes et les psychiatres ont demandé depuis plusieurs mois la création d'une unité « post urgences psychiatriques » à laquelle seraient rattachés quelques lits. Cette unité permettrait d'hospitaliser ces patients dans des conditions adaptées à leur état clinique voire de mettre en observation d'autres patients dans l'attente d'une décision de leur mode de sortie. Ce projet n'est pour le moment pas validé.

Les contrôleurs ont par ailleurs noté la présence de deux brancards dans les couloirs des urgences, pré équipés de matériel de contention. Ceux-ci seraient utilisés une à deux fois par semaine pour des patients agités, voire plus fréquemment lors de certaines manifestations locales. Le matériel de contention utilisé et du matériel huit points intégrant le maintien de la tête, de la nuque, des membres supérieurs et inférieurs, du thorax et de la ceinture abdominale constituant une vraie camisole de force. Ce type de matériel a été exceptionnellement vu lors des contrôles. Le recours à celui-ci devrait être rediscuté au profit d'un matériel plus léger sous

réserve d'en évaluer préalablement la pertinence. Aucune donnée sur le nombre de mesures de contention n'a pu être fournie.



Brancard équipé de matériel de contention

Recommandation

Le CH d'Avranches doit rédiger une procédure sur les motifs de recours aux mesures de contention aux urgences et sur le type de matériel utilisé. Il doit mettre en place un registre concernant ces mesures sur le modèle de celui préconisé dans le cadre des pratiques d'isolement et de contention dans les établissements de santé mentale¹⁷.

9.2 LE CIRCUIT DU SIGNALEMENT EST PERTINENT AU NIVEAU LOCAL MAIS NE VA PAS JUSQU'AU NIVEAU NATIONAL

9.2.1 Le recensement des incidents

Les incidents sont tracés par l'intermédiaire des fiches d'événements indésirables, des signalements rédigés par les professionnels et des écrits adressés par les patients ou leurs proches à l'établissement.

Entre les mois de janvier et août 2018, 202 fiches d'événements indésirables ont été rédigées concernant essentiellement :

- des faits de violence de patients sur des agents : 65 ;
- des difficultés de coordination des soins : 25 (difficulté à trouver un médecin somaticien au moment d'une admission par exemple) ;
- des prestations hôtelières défectueuses (fuite d'eau, chauffage ponctuellement insuffisant par exemple) ;
- des prestations informatiques : 9.

Entre 2016 et 2017 le nombre de fiches rédigées a connu une augmentation de 64 % en raison d'une information plus développée auprès des agents et de l'élaboration d'une charte de confidentialité garantissant une absence de sanction.

¹⁷ Instruction N° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017

Entre le 1^{er} janvier et le 12 octobre 2018, un seul signalement a été rédigé et transmis au procureur de la République pour une tentative de viol d'un patient sur une patiente. Dans cette situation, les soignants sont intervenus immédiatement, la patiente a été prise en charge et la gendarmerie alertée. Après enquête, le procureur a fait incarcérer, l'auteur des faits.

Au cours de la même période, une personne s'est plainte des conditions de prise en charge de son père dans l'unité de géronto-psychiatrie : par deux fois, elle a constaté que son parent était attaché au niveau ventral et aux bras sans qu'elle en ait été avertie préalablement. Les jours suivants, ce patient aurait été transféré dans une maison de retraite privée sans accord de la famille.

L'établissement connaît des introductions d'alcool et de produits stupéfiants : entre cinq et dix par an, particulièrement l'été.

Deux professionnels ont déposé plainte pour des faits de harcèlement par des patients ou des proches, à l'intérieur de l'établissement et à proximité de leur domicile.

L'établissement n'a pas procédé à des sanctions disciplinaires depuis 2 ans exception faite pour un agent exerçant à l'EHPAD.

Les signalements pour faits de violence ne donnent pas lieu à transmission à l'observatoire national des violences.

Recommandation

Les faits de violence doivent être signalés à l'Observatoire national des violences en milieu de santé par l'intermédiaire de l'ARS, en application de la circulaire DHOS/P1/2005/325 du 11 juillet 2005 et du protocole de l'établissement dénommé « Accompagnement lors d'une agression ».

9.2.2 Le traitement des incidents

Les événements indésirables sont communiqués, par l'intermédiaire d'un formulaire de déclaration accessible sur l'intranet de l'établissement, à l'ingénieur qualité qui apprécie le niveau de risque et oriente la fiche vers le professionnel compétent pour intervenir.

Des procédures écrites formalisent la conduite à tenir en cas d'agression : l'une concerne le patient victime et l'autre le professionnel victime.

L'établissement ne dispose ni de service ni de matériel de sécurité exception faite des alarmes de protection pour travailleur isolé. En cas de violence difficilement maîtrisable dans une unité, les professionnels reçoivent une alerte et doivent se rendre dans le service identifié par un code sur le récepteur numérique. Si la situation n'est pas maîtrisable avec ce renfort, il est fait appel à la gendarmerie mais l'établissement n'a pas connu cette situation depuis plusieurs années.

9.2.3 Les leviers de prévention contre les violences

Un comité de retour d'expérience (CREX) a pour mission le recueil et l'analyse méthodique des événements indésirables afin d'éviter de reproduire une situation comportant des risques : chaque unité médicale y est représentée par un référent qualité/sécurité des soins.

Il est réuni régulièrement et examine les fiches d'événements indésirables les plus importantes : chaque référent apporte des précisions sur les signalements de son unité et les actions mises en œuvre.

Les participants au CREX invitent les professionnels à déclarer systématiquement les événements indésirables de leur unité.

Un formateur interne à l'établissement dispense une formation de deux jours concernant la violence. Entre vingt-cinq et trente agents sont formés chaque année, ce qui n'est pas suffisant au regard du nombre de soignants.

10. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

10.1 LE CENTRE HOSPITALIER N'ACCUEILLE PAS LES PERSONNES DETENUES A LA MAISON D'ARRET DE COUTANCES

Les personnes détenues à la maison d'arrêt de Coutances présentant des troubles psychiatriques sont généralement orientées vers l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Rennes (Ille-et-Vilaine) ou vers la fondation Bon Sauveur de Saint-Lô.

10.2 LE POLE DE GERONTO-PSYCHIATRIE, BIEN QUE N'ACCUEILLANT AU JOUR DU CONTROLE QUE DES PATIENTS EN SOINS LIBRES, EST UNE UNITE FERMEE

Le pôle de géro-psycho-geriatrie est situé dans un bâtiment en L, austère d'extérieur mais totalement rénové en intérieur : murs et sols de ton clair d'une parfaite propreté, pièces communes et grandes chambres bien éclairées par la lumière extérieure, certaines donnant comme la salle de vie sur un patio arboré.



Bâtiment de géro-psycho-geriatrie

Ce pôle, d'une capacité de seize lits, accueille des personnes âgées ayant pour beaucoup des difficultés de mobilité. Cette spécificité quant à l'état des patients justifie pour bon nombre de soignants que l'unité soit fermée en permanence, fermeture qui a toujours existé mais qui, avec l'arrivée de nouveaux médecins, est actuellement en discussion.

L'équipe médicale est composée de deux psychiatres, dont un travaille également sur l'extra hospitalier et fait le lien avec « l'équipe mobile de précarité et à la personne âgée », un de ces médecins étant présent tous les jours, et d'un somaticien vacataire qui passe quotidiennement dans l'unité. L'équipe non médicale comprend, outre les infirmiers et aides-soignants, une psychologue à 50 % et une assistante sociale à 45 %. Un infirmier et deux aides-soignants sont présents pendant la journée, auxquels s'ajoute un personnel de jour qui intervient notamment pour tous les accompagnements à Avranches ou pour réaliser les visites à domicile pour préparer les sorties. L'équipe de nuit est composée d'un infirmier et d'un aide-soignant, dédiés, et peut faire appel en cas de besoin à l'équipe de pôle.

Cette unité est habilitée à accueillir des personnes en soins sans consentement. Toutefois, au jour de la visite, les neuf patients présents (cinq femmes et quatre hommes, âgés de 68 à 83 ans) sont tous en soins libres. L'un d'entre eux est hospitalisé depuis 2014 ; pour les autres la durée

moyenne de séjour est inférieure à 20 jours. Les arrivées sont toutes programmées, les patients étant adressés soit par les généralistes soit par les psychiatres.

Si la porte de l'unité est fermée, tous les patients sont autorisés à sortir à l'extérieur (sur prescription médicale), deux d'entre eux pouvant le faire seuls, les autres devant être accompagnés d'un soignant ou d'une personne de leur famille. Ils peuvent en principe participer aux activités de l'UTAT, mais en pratique ne s'y rendent pas, l'UTAT se déplaçant dans l'unité pour de la gym douce (le mardi) et de la musique (le vendredi). Des activités telles que jeux de société, *Scrabble™*, jeux de cartes, dessin, cuisine sont fréquemment organisées par les soignants.

La liberté prévaut dans la vie quotidienne : pas de port de pyjama, possibilité de conserver en journée le téléphone portable mais sans cordon (le téléphone est rechargé la nuit au bureau infirmier) et l'ordinateur (quand ils en ont un) mais sans accès au wifi. Le tabac est limité pour deux patients en raison de problèmes médicaux (restriction mentionnée dans le dossier du patient). La sexualité n'est pas taboue, cependant l'équipe fait preuve d'une grande vigilance en raison d'un patient ayant des antécédents judiciaires et ayant tendance à importuner les patientes ; ce comportement et les réponses devant y être apportées sont débattues en équipe avec le psychiatre.

L'unité n'a pas de chambre d'isolement. Le cadre de santé comme les soignants ont précisé que des contentions physiques passives pouvaient être pratiquées, sur le lit ou sur un fauteuil, lorsque toute autre alternative s'avérait vaine. Un protocole a été établi le 4 octobre 2018 qui ne prévoit pas d'autre traçabilité que le renseignement d'un formulaire dans le dossier patient prévoyant la prescription, la durée, les réévaluations, les modalités, les causes. Les deux dernières contentions datent du 29 août (une patiente qui refusait de s'alimenter et qui arrachait la perfusion) et du 10 septembre (un patient très agité, déambulant dans le couloir et risquant de dégrader du matériel). Les soignants ont précisé qu'il a été mis fin « *depuis environ six mois* » à la prescription « *si besoin* », utilisée auparavant pour les risques de chute des patients agités. A noter que le rapport de certification de la HAS de septembre 2018 précise qu'« *il a été constaté des prescriptions de contention sans mention de la durée* ».

Les visites officiellement prévues de 14h à 18h30 sont acceptées en dehors de ces horaires et peuvent avoir lieu soit dans la salle prévue à cet effet, soit dans la salle à manger, la salle d'activités, le patio ou encore les chambres. Les familles peuvent également partager le repas avec le patient dans le petit salon visiteurs à condition de prévenir 48 heures à l'avance.

Toutes les chambres, même les quatre à deux lits, sont occupées en individuel. Elles sont meublées de lit(s), fauteuil(s), table(s), chaise(s) et armoire(s), sont dotées d'une salle d'eau avec lavabo, douche et wc et pourvues d'un bouton d'alarme. Les patients ne disposent pas des clés de leur chambre ni de leur placard.

Le petit déjeuner est pris en chambre ; les repas de midi et du soir, ainsi que le goûter, sont servis dans la salle à manger ; les soignants sont présents mais il n'y a pas de repas thérapeutique. Les médicaments sont distribués à l'occasion des repas, soit dans la chambre soit à table.

Les contrôleurs ont rencontré tous les patients au moment d'un goûter. Les propos tenus peuvent se résumer ainsi : « *on est bien ici ; ils sont tous gentils ; on s'occupe bien de nous* ».

10.3 L'ETABLISSEMENT PROPOSE DES ACTIVITES THERAPEUTIQUES DIVERSIFIEES ET ADAPTEES AUX PATIENTS HOSPITALISES SANS LEUR CONSENTEMENT

L'unité transversale d'activités thérapeutique (UTAT) regroupe les activités thérapeutiques sur prescription médicale pour les patients hospitalisés dans les unités du pôle de santé mentale et ceux en ambulatoire.

Placée sous la responsabilité d'un médecin et d'un cadre de santé, l'unité dispose d'une équipe pluridisciplinaire qualifiée, composée en théorie de huit soignants infirmiers (IDE), sept aides-soignantes (AS), un éducateur spécialisé, une psychomotricienne, un art plasticien (artiste peintre). Dans la pratique, une partie des soignants travaille à temps partiel.

Les activités se déroulent sur plusieurs sites (le gymnase, la maison du piano (MDP), l'Arc-en-ciel et la cafétéria) au sein du centre hospitalier de l'Estran et à l'extérieur, à proximité de l'établissement, le centre thérapeutique agricole (CTA). L'UTAT est ouverte du lundi au vendredi de 9h30 à 12h et de 13h30 à 16h30 sauf la cafétéria, tous les jours y compris le week-end et les jours fériés.

Le gymnase, situé à l'étage d'un bâtiment dépourvu d'ascenseur, n'est pas accessible aux personnes à mobilité réduite. Selon les informations recueillies, un projet visant à implanter le gymnase sur le site de l'Arc-en-ciel est prévu en 2019. Ces travaux permettraient également l'agrandissement du site de l'Arc-en-ciel, qui ne dispose actuellement que de deux salles d'activité.



Les installations sportives du gymnase

L'équipe de l'UTAT élabore un planning d'activités thérapeutiques qui est adressé à toutes les unités.

Toute demande de prise en charge est renseignée par le patient, l'équipe et le psychiatre référent. Cette demande est étudiée en réunion clinique tous les lundis matin par le médecin et l'équipe de l'UTAT, en présence d'un soignant de l'unité. A l'issue, un planning hebdomadaire adapté à l'état clinique et répondant aux objectifs attendus, est proposé au patient qui peut ainsi participer à plusieurs activités en semaine. Ces activités répondent à des objectifs thérapeutiques précis tels que la réhabilitation psychosociale, la remédiation cognitive, le corps et la création.

Des infirmiers référents accompagnent les patients lors de sorties thérapeutiques. Une prise en charge éducative est également assurée par un éducateur spécialisé qui se déplace dans les unités.

Les transmissions sont ensuite tracées par les soignants dans le logiciel *hôpital manager*.

Les activités, toutes encadrées par un ou plusieurs IDE et AS, apparaissent très diversifiées : au gymnase (séances de sports collectifs, expression corporelle, sorties à la salle de sport de Pontorson, à la piscine d'Avranches, équithérapie, sorties thérapeutiques à vocation sportive) ; à l'espace Arc-en-ciel (un atelier musique, un cyber atelier, une revue de presse, un journal « la vie déraile », le Dixiludo¹⁸, un atelier mobilité et inclusion sociale) ; à la maison du piano (ateliers de culinothérapie, de pâtisserie et de pratique des gestes de la vie quotidienne) ; au centre thérapeutique agricole (soins des animaux, activité jardinage et aménagement des espaces). Les patients de la géronto-psychiatrie bénéficient d'activités spécifiques (chants d'antan, gym douce).

La cafétéria, située à proximité des unités du pôle de santé mentale, est un lieu d'échanges apprécié des patients et de leur famille. Un salon familles est à leur disposition ainsi qu'un espace bibliothèque. L'activité bibliothérapie y est dispensée une fois par semaine. La surveillance est assurée par une équipe de trois aides-soignants dont l'un gère à mi-temps l'association Trampoline¹⁹. Les soignants présents ont un rôle d'écoute et de conseils, notamment hygiéno-diététiques.



La cafétéria du CH de l'Estran et l'espace de bibliothérapie

Bonne pratique

L'organisation, le fonctionnement et le programme des activités thérapeutiques proposées par l'unité transversale des activités thérapeutiques constituent un point fort pour les patients des unités du pôle de santé mentale.

Tous les deux mois se tient une réunion soignants-soignés à la maison du piano, animée par un psychologue pour évoquer de manière collective la situation des patients.

Au sein de l'unité Henri Ey, quatre patients bénéficient d'une médiation animale, pratiquée deux fois par semaine par un aide-soignant avec un chat de l'unité.

Pour la période du 1^{er} au 5 octobre 2018, le nombre d'activités thérapeutiques journalières varie de dix à quinze et le nombre de patients s'élève à une quarantaine. Ainsi, la maison du piano accueille chaque jour quatre patients, le centre thérapeutique agricole trois patients de l'unité

¹⁸ Le Dixiludo est un jeu de société centré sur les compétences conversationnelles.

¹⁹ L'association Trampoline contribue financièrement aux activités thérapeutiques organisées dans les unités et à la réalisation de sorties programmées pour les patients hospitalisés.

Henri Hey (le lundi), le gymnase sept patients, la musique cinq patients, la culinothérapie deux patients, le cyber atelier six patients, l'équithérapie deux patients, etc.

11. CONCLUSION GENERALE

La prise en charge des patients est humaine et bienveillante, les équipes sont dynamiques et motivées et ont à cœur d'offrir une prise en charge individualisée et adaptée à l'état clinique des patients. Le respect de la dignité des patients et la volonté de limiter au plus strict nécessaire les atteintes à leurs libertés imprègnent la prise en charge.

L'UTAT, unité transversale, permet l'accès à des activités thérapeutiques très variées ; elle dispose d'outils diversifiés et d'un personnel formé et qualifié.

Les conditions matérielles d'hébergement sont variables d'un bâtiment à l'autre. Elles sont globalement correctes (à l'exception de l'unité Henry Ey), les locaux sont bien entretenus et très propres.

Les droits des patients prévus par la loi du 5 juillet 2011 sont reconnus mais inégalement appliqués selon les professionnels ou les phases de la prise en charge ; la procédure juridique de suivi des patients en soins sans consentement – notification des droits, registre de la loi, collège des professionnels de santé, visites de la CDSP – doit être mieux maîtrisée et mise en œuvre par tous les intervenants pour assurer une application rigoureuse des droits de ces patients.

La tenue du registre des mesures d'isolement et de contention n'est pas satisfaisant, et le caractère exceptionnel et de très courte durée de ces mesures concernant les patients en soins libres insuffisamment respecté.