

# Contrôleur général des LIEUX de PRIVATION de *Liberté*

---

## Rapport de visite :

10 au 14 février 2020 – Première visite

### Fondation Bon Sauveur de la Manche à Picauville

(*MANCHE*)



## SYNTHESE

Six contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier de Picauville (Manche) de la Fondation Bon Sauveur de la Manche du 10 au 14 février 2020. Il s'agissait de la première visite de cet établissement. A l'issue, un rapport provisoire a été adressé au directeur général du centre hospitalier, à la délégation départementale de la Manche de l'agence régionale de santé ainsi qu'aux autorités judiciaires et administratives du département. Seul le directeur général de l'établissement a fait valoir en retour des observations intégrées dans le présent rapport définitif.

La fusion des deux fondations de Saint Lô et de Picauville le 1<sup>er</sup> janvier 2017, a entraîné la création d'un unique établissement sanitaire d'intérêt collectif (ESPIC) couvrant le centre et le nord du département. La place de la Fondation Bon Sauveur (FBS) est ainsi centrale dans l'organisation de la psychiatrie de la Manche car seul un autre établissement psychiatrique public est situé au sud du département à Pontorson.

La visite a concerné les sept unités du pôle Nord de la FBS de la Manche, réparties sur trois sites : un situé à Cherbourg (trois unités dont une fermée), un à Picauville (trois unités dont une demi fermée) et une unité de géronto-psychiatrie à Valognes. Elles comptabilisent 133 lits d'hospitalisation outre dix-sept chambres d'isolement. La visite a également concerné le service des urgences du CH de Cherbourg.

D'un site à l'autre, l'immobilier se caractérise par son hétérogénéité mais la réalisation de travaux déjà effectués ou programmés modifiera sensiblement ce constat.

La présente mission est intervenue trois années après la fusion des deux établissements de Saint-Lô et de Picauville. Un réel souci des équipes du pôle Nord à assurer une prise en charge de qualité des patients a été constatée dans un contexte général difficile. La FBS de la Manche a développé un paysage ambulatoire riche, avec la présence de structures sociales et medico-sociales variées sur tout le territoire et à même de répondre à la crise grâce à l'hospitalisation à domicile (HAD) et en projet avec le développement d'équipes mobiles.

### 1. S'agissant du patient sujet de droit

L'information des patients, la communication avec l'extérieur et l'accès aux biens sont garantis. Les restrictions sont individualisées et décidées par le médecin.

La liberté d'aller et venir est assurée de manière large dans la mesure où les deux sites sont ouverts sur l'extérieur sans dispositif de sécurité particulier, les patients pour la plupart se déplacent librement, sortent et entrent dans cinq unités sur sept. Néanmoins, des considérations sécuritaires viennent entamer les constats positifs comme le projet d'installation de grilles aux fenêtres de toutes les chambres d'une unité fermée -abandonné depuis la visite- ou encore la transformation d'une unité composée d'une partie fermée et d'une partie ouverte en une unité exclusivement fermée.

### 2. S'agissant du respect des droits fondamentaux du patient dans la prise en charge

La prise en charge des patients est individualisée et l'établissement propose des activités thérapeutiques qui sont partie intégrante des projets de soins individuels.

La préparation à la sortie est anticipée de manière précoce et les programmes de soins sont mis en place rapidement.

La qualité de la prise en charge peut néanmoins être fragilisée par les vacances de postes des psychiatres qui entraînent leur absence sur plusieurs demi-journées par semaine dans certaines unités ce qui peut avoir des conséquences sur le fonctionnement de ces services avec des équipes soignantes moins étayées.

Par ailleurs, des agents de soins non diplômés réalisent illégalement des tâches d'aides-soignants.

L'établissement organise de nombreuses instances de réflexions ouvertes à l'ensemble du personnel et le dynamisme des commissions (CDSP, CDU...) est relevé mais paradoxalement certaines pratiques sont apparues en inadéquation avec ces réflexions.

En effet, il peut exister une confusion entre soins sans consentement et enfermement, de même entre chambre d'hospitalisation et chambre d'isolement. De plus, au moment de la visite le registre de l'isolement et de la contention n'était pas exploitable en l'état et ne permettait pas d'analyser au cas par cas les mesures ; il n'y a d'ailleurs aucune analyse des pratiques de la part des soignants pour tendre vers la réduction de l'isolement et de la contention. Certaines pratiques sur la durée de la mesure d'isolement n'étaient pas conformes aux préconisations de la HAS.

Enfin, sont constatées de nombreuses prescriptions de traitements « si besoin » et plus particulièrement des « injections si besoin » sans que le consentement du patient soit recherché préalablement à l'injection.

### 3. S'agissant de la dignité des conditions d'hébergement

Les conditions d'hébergement sont disparates en fonction des sites. Les chambres et salles de bain individuelles sont en nombre insuffisant. Le schéma directeur immobilier permettra une amélioration des conditions d'hébergement dans le respect de la dignité du patient.

## SYNTHESE DES OBSERVATIONS

### BONNES PRATIQUES

*Ces pratiques originales qui sont de nature à favoriser le respect des droits des personnes privées de liberté peuvent servir de modèle à d'autres établissements comparables. L'administration est invitée à mettre en œuvre toute mesure utile (circulaire, guide technique, formation, etc.) pour les faire connaître et imiter.*

#### **BONNE PRATIQUE 1..... 26**

Le procès-verbal de recueil d'une demande orale de recours formulé par un patient facilite l'exercice du droit au recours du patient en soins sans consentement.

#### **BONNE PRATIQUE 2..... 41**

Le greffe du juge des libertés et de la détention délivre systématiquement une copie de la procédure à l'avocat renforçant la garantie de l'exercice des droits de la défense.

#### **BONNE PRATIQUE 3..... 48**

La mise en place de rencontres pilotées par le médecin chef sur la vie affective et sexuelle des patients témoigne de la volonté d'accompagner les soignants sur un sujet complexe faisant partie intégrante des droits des patients.

#### **BONNE PRATIQUE 4..... 55**

Sur le modèle de l'unité Ecalgrain, l'ensemble des unités devraient disposer d'un coffre afin de faciliter l'accès aux patients de leurs biens.

#### **BONNE PRATIQUE 5..... 61**

Le pôle Nord a mis en place un dispositif d'hospitalisation à domicile afin d'éviter des hospitalisations non justifiées et d'assurer la continuité des soins.

#### **BONNE PRATIQUE 6..... 61**

L'élaboration d'un document visant à recueillir les observations du patient lors du maintien en SSC mériterait d'être élargie à l'ensemble des établissements de santé mentale.

#### **BONNE PRATIQUE 7..... 65**

Une réunion de concertation professionnelle, animée par le pharmacien au sein des unités, permet un débat clinique pluridisciplinaire autour des thérapeutiques.

### RECOMMANDATIONS

*Ces recommandations justifient un suivi par le ministre qui exerce l'autorité ou la tutelle sur l'établissement visité. Trois ans après la visite, ce ministre sera interrogé par le CGLPL sur les suites données à ces recommandations*

#### **RECOMMANDATION 1..... 19**

La fiche de poste des agents de soins doit être adaptée dans la mesure où ils n'ont pas la qualification professionnelle d'aide-soignant.

#### **RECOMMANDATION 2..... 21**

Il convient de renforcer la formation et l'accompagnement des nouveaux arrivants au regard de la faiblesse des contenus sur la psychiatrie dans les programmes de formation initiale et du manque de qualification de certaines catégories de personnel.

- RECOMMANDATION 3..... 23**  
 Il convient de rappeler aux praticiens extérieurs que les certificats d'admission initiaux doivent être davantage circonstanciés au regard des mainlevées souvent rapides de ces mesures.
- RECOMMANDATION 4..... 25**  
 Afin d'assurer aux patients l'accès à une information complète, le document intitulé « *information droits du patient* » gagnerait à être complété des coordonnées des différentes autorités visées et à être affiché dans toutes les unités susceptibles d'accueillir des patients en soins sans consentement.
- RECOMMANDATION 5..... 27**  
 Le site Internet et le livret d'accueil doivent indiquer les modalités de prise en charge (en distinguant hospitalisation complète et programme de soins), énumérer les droits spécifiques aux patients en soins sans consentement, mentionner les voies de recours et les coordonnées du juge des libertés et de la détention, de la commission départementale des soins psychiatriques, de l'ordre des avocats et du Contrôle général des lieux de privation de liberté.
- RECOMMANDATION 6..... 31**  
 La personne de confiance doit être informée de sa désignation par le patient, son accord doit être recueilli. Elle doit être associée au projet de soins selon les souhaits du patient.
- RECOMMANDATION 7..... 32**  
 La mise en place du dispositif d'accès au vote doit être anticipée pour permettre aux patients le souhaitant de s'inscrire à temps sur les listes électorales.
- RECOMMANDATION 8..... 35**  
 Un rappel du principe de confidentialité de l'hospitalisation doit être fait et des actions doivent être menées pour s'assurer de son respect effectif et complet.
- RECOMMANDATION 9..... 45**  
 La pose de grille à toutes les fenêtres de l'unité Riou n'est pas respectueuse de la dignité des patients.
- RECOMMANDATION 10..... 46**  
 Il convient d'équiper toutes les chambres d'un verrou de confort permettant de préserver l'intimité des patients.
- RECOMMANDATION 11..... 59**  
 Le service d'urgence doit disposer d'une chambre individuelle permettant l'apaisement d'un patient en SSC sans risque pour sa sécurité ou celle d'autrui.
- RECOMMANDATION 12..... 59**  
 Les décisions de contention sur des patients relevant de la psychiatrie aux urgences du centre hospitalier de Cherbourg doivent faire l'objet d'un protocole et être validées par un médecin psychiatre.
- RECOMMANDATION 13..... 60**  
 La traçabilité des décisions et de la surveillance de la contention au service des urgences du CH de Cherbourg doit permettre une analyse des pratiques visant à l'amélioration de la prise en charge.
- RECOMMANDATION 14..... 60**  
 Un protocole doit préciser les modalités de travail conjoint entre les équipes des deux hôpitaux et la gestion des isolements ou contentions de patients relevant de la psychiatrie.

<b>RECOMMANDATION 15</b> .....	<b>65</b>
La dispensation des traitements doit respecter la confidentialité et permettre des échanges autour du médicament, de la maladie et du consentement.	
<b>RECOMMANDATION 16</b> .....	<b>66</b>
La mise en œuvre de prescriptions « <i>si besoin</i> », sans le consentement du patient, doit être prohibée. L'administration d'un traitement refusé par le patient impose la recherche du consentement par le médecin prescripteur et la traçabilité sur le dossier des motifs cliniques amenant l'usage de la force pour cette administration.	
<b>RECOMMANDATION 17</b> .....	<b>69</b>
Les chambres d'isolement doivent disposer d'un accès libre 24h sur 24 à l'eau et aux toilettes, d'un dispositif d'appel pendant les phases de contention, et d'un siège pour le patient comme pour le soignant.	
<b>RECOMMANDATION 18</b> .....	<b>70</b>
L'utilisation d'un local capitonné sans fenêtre ni meuble doit être prohibée.	
<b>RECOMMANDATION 19</b> .....	<b>71</b>
Les pratiques d'isolement et de contention doivent respecter toutes les recommandations de la HAS relatives aux durées initiales de décisions, de visites médicales biquotidiennes et rester un dernier recours face à une situation de crise.	
<b>RECOMMANDATION 20</b> .....	<b>75</b>
L'analyse d'un registre opérationnel de l'isolement et de la contention doit être effectuée régulièrement par les soignants, et permettre de limiter ces pratiques aux mesures de dernier recours.	
<b>RECOMMANDATION 21</b> .....	<b>76</b>
L'hospitalisation de mineurs en unité fermée doit être justifiée uniquement par leur état clinique.	

## RECOMMANDATIONS PRISES EN COMPTE

*Ces recommandations formulées oralement en fin de visite ou inscrites dans le rapport provisoire ont, selon les informations données au CGLPL, déjà été prises en compte par l'établissement visité. Il semble toutefois utile de les rappeler ici pour mémoire, notamment en raison de leur utilité pour des établissements comparables.*

<b>RECO PRISE EN COMPTE 1</b> .....	<b>51</b>
Les fenestrons des portes des chambres et des sanitaires collectifs de l'unité des Marronniers doivent être cachés pour respecter l'intimité et la dignité des patients.	
<b>RECO PRISE EN COMPTE 2</b> .....	<b>68</b>
L'établissement doit identifier les locaux destinés aux mesures de sécurité au moment d'une crise après échec des mesures alternatives et les distinguer de chambres hôtelières d'hospitalisation. Ces lieux de mises en sécurité ne peuvent compter dans les capacités en lits de l'établissement.	

**PROPOSITIONS**

*Ces propositions sont de nature à améliorer le respect des droits fondamentaux des personnes privées de liberté sans toutefois nécessiter un suivi de niveau ministériel. Leur application sera évaluée par le CGLPL au cours d'une visite ultérieure de l'établissement.*

**PROPOSITION 1..... 33**

Une information sur l'accès à l'ensemble des cultes doit être donnée aux patients dans toutes les unités.

**PROPOSITION 2..... 56**

La possibilité offerte aux patients de fermer eux-mêmes leur placard devrait être élargie pour garantir leur autonomie.

## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE .....</b>	<b>2</b>
<b>SYNTHESE DES OBSERVATIONS .....</b>	<b>4</b>
<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>8</b>
<b>RAPPORT .....</b>	<b>10</b>
<b>1. CONDITIONS DE LA VISITE .....</b>	<b>10</b>
<b>2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT.....</b>	<b>12</b>
2.1 La fondation Bon Sauveur est un acteur central de la psychiatrie dans le département 12	
2.2 L'établissement dispose d'un éventail de structures à même de mailler son territoire et de constituer des filières de soins cohérentes.....	15
2.3 Le budget permet l'exercice des missions de l'établissement.....	16
2.4 L'organisation des effectifs permet une permanence de la prise en charge des patients mais des agents de soins font office d'aides-soignants .....	17
<b>3. L'INFORMATION DES PATIENTS SUR LEURS DROITS ET LEUR EXERCICE.....</b>	<b>22</b>
3.1 La part de patients admis en péril imminent ou en urgence est prédominante .....	22
3.2 La notification des droits est appliquée de manière hétérogène dans les unités .....	23
3.3 Les événements indésirables graves font l'objet d'une réflexion institutionnelle .....	27
3.4 La gestion des plaintes et des réclamations n'appelle pas de remarques particulières	29
3.5 La commission des usagers est active .....	29
3.6 Des efforts ont été entrepris pour que le dispositif de la personne de confiance s'applique réellement mais leurs effets sont encore limités .....	31
3.7 Le dispositif d'accès au vote est effectif et reconduit d'élection en élection mais il ne couvre pas l'inscription sur les listes électorales .....	31
3.8 Faute de demande pour d'autres cultes, seul le culte catholique est représenté dans l'établissement .....	32
3.9 Les patients nécessitant une protection juridique voient leurs besoins satisfaits mais les mandataires ne sont pas suffisamment présents lors des audiences devant le juge des libertés et de la détention .....	33
3.10 L'hétérogénéité des pratiques observées en matière de respect du principe de confidentialité de l'hospitalisation ne correspond pas aux objectifs affichés .....	34
<b>4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS .....</b>	<b>36</b>
4.1 La commission départementale des soins psychiatriques veille aux droits et à la dignité des patients en soins sans consentement.....	36
4.2 Le registre de la loi est scrupuleusement tenu au jour le jour mais sa dernière version est peu lisible.....	37
4.3 La préparation à la sortie est très bien organisée.....	38
4.4 L'établissement organise l'accès au juge des libertés et de la détention (JLD) qui assure un contrôle de la régularité de la procédure et de l'évolution de l'adhésion aux soins	40

4.5	Les contrôles des autorités sont assurés.....	43
<b>5.</b>	<b>LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES .....</b>	<b>44</b>
5.1	La liberté de circulation est assurée dans un site ouvert mais le risque de la restreindre existe .....	44
5.2	Les restrictions de la vie quotidiennes sont limitées .....	46
5.3	Les relations avec l'extérieur sont facilitées .....	46
5.4	La question de la sexualité fait l'objet d'une réflexion institutionnelle.....	48
<b>6.</b>	<b>LES CONDITIONS DE VIE.....</b>	<b>49</b>
6.1	L'éclatement de l'établissement sur plusieurs sites et l'étalement des travaux de rénovation dans le temps expliquent l'hétérogénéité de l'état des locaux.....	49
6.2	Une attention particulière est portée à l'hygiène des patients et à l'entretien des locaux	54
6.3	Les biens des patients sont dûment répertoriés et conservés mais les possibilités offertes aux patients de fermer eux-mêmes leur placard ou leur chambre sont trop limitées..	55
6.4	La diversité et la qualité des repas sont largement appréciées .....	56
<b>7.</b>	<b>L'ACCES AUX SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES.....</b>	<b>58</b>
7.1	Les urgences psychiatriques et les admissions sont prises en compte.....	58
7.2	La prise en charge psychiatrique repose sur des projets individualisés intégrant les activités thérapeutiques.....	60
7.3	L'accès aux traitements respecte la sécurité mais pas la confidentialité .....	64
7.4	L'accès aux soins somatiques est assuré de manière incomplète .....	66
<b>8.</b>	<b>L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION .....</b>	<b>68</b>
8.1	Le nombre de chambres d'isolement est élevé, avec une confusion entre chambres d'isolement et chambres hôtelières d'hospitalisation.....	68
8.2	L'isolement n'est pas toujours un dernier recours et les pratiques ne respectent pas les recommandations nationales.....	70
8.3	Les mesures d'isolement et de contention sont enregistrées mais leur suivi est peu exploitable.....	73
<b>9.</b>	<b>PRISE EN CHARGE DES PUBLICS SPECIFIQUES .....</b>	<b>76</b>
9.1	Les patients mineurs sont hospitalisés à titre principal en unité fermée .....	76
9.2	L'hospitalisation de patients détenus est exceptionnelle.....	76
9.3	La prise en charge en gérontopsychiatrie est adaptée à la clinique des patients .....	77
<b>10.</b>	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>79</b>

# Rapport

## Contrôleurs :

- Candice Daghestani, chef de mission ;
- Bonnie Tickridge, contrôleur ;
- Marion Testud, contrôleur ;
- Luc Chouchkaieff, contrôleur ;
- Augustin Laborde, contrôleur ;
- Pierre Levené, contrôleur.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, six contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier de Picauville de la Fondation Bon Sauveur de la Manche du 10 au 14 février 2020.

## 1. CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 10 février 2020 en milieu d'après-midi. Ils l'ont quitté le vendredi 14 février 2020 à 11h15. La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction, à la directrice de cabinet du préfet de la Manche, à l'agence régionale de santé (ARS), antenne de la Manche. La présidente du tribunal judiciaire de Cherbourg ainsi que le procureur de la République près ce tribunal ont également été avisés de ce contrôle.

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par le président du conseil d'administration de la Fondation du Bon Sauveur de la Manche, le directeur général, le directeur du centre hospitalier spécialisé, le directeur délégué aux prises en charge sanitaires, le directeur de l'offre et de l'appui à la performance, le chef de cabinet, la coordinatrice du site de Picauville, la médecin chef de pôle ainsi que la directrice du pôle Nord, qui au cours d'une réunion de présentation leur ont présenté la Fondation, son actualité et ses enjeux.

Il convient de préciser que le pôle Centre de la même fondation, situé à Saint-Lô, siège administratif, a fait l'objet d'une visite de contrôle par une autre équipe au mois de décembre 2018.

Une salle de travail et un équipement en informatique regroupant l'ensemble des documents demandés ont été mis à leur disposition. Des affichettes signalant leur visite avaient été diffusées dans les unités.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, tant avec de nombreux patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site. Les contrôleurs ont notamment rencontré, le président de la commission médicale d'établissement, le président du comité d'éthique, le président de la commission départementale des soins psychiatriques, le président de la commission départementale des usagers, un représentant de la direction des ressources humaines, un représentant de la direction des ressources internes, un représentant de la direction des affaires financières, un responsable de la direction des Grands Travaux, des représentants du Groupement de Coopération Sociale ou Médico-Sociale (GCSMS) « Presqu'île », prestataire pour la blanchisserie et la restauration. Un entretien téléphonique a été organisé avec le représentant de l'aumônerie catholique.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec d'une part la présidente du tribunal judiciaire de Cherbourg au début de la visite de contrôle et d'autre part, avec la directrice de cabinet du préfet de la Manche postérieurement à la visite.

Par ailleurs, les contrôleurs ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD).

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs et ont souhaité avoir un entretien.

Une réunion de restitution a eu lieu, le 14 février 2020, avec les personnes qui avaient participé à la réunion de présentation et en sus le président de la commission médicale d'établissement.

Un rapport provisoire a été adressé le 10 juin 2020 au directeur général du centre hospitalier, à la délégation départementale de la Manche de l'agence régionale de santé, au préfet du département, à la présidente et au procureur de la République près le tribunal judiciaire de Cherbourg. Seul le directeur général de l'établissement a émis des observations reçues le 27 juillet 2020, observations qui sont intégrées dans le présent rapport. Certaines recommandations ont d'ores et déjà été prises en compte.

## 2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

En 1712 est créée, par une religieuse de Saint-Lô, la communauté des « sœurs associées pour les petites écoles et la visite des malades » qui deviendra rapidement la « communauté du Bon Sauveur ». En 1825, le Bon Sauveur de Saint-Lô est reconnu d'utilité publique, et intègre l'accueil des femmes malades mentales aux œuvres existantes. En 1980, à l'initiative des sœurs est créée la première fondation Bon Sauveur à Picauville. En 1986, est créée la fondation Bon Sauveur de Saint-Lô. En contrepartie du don des bâtiments par la communauté religieuse, les fondations devaient le toit et le couvert aux membres de la communauté. L'année 2011 marque la création du groupement de coopération sanitaire manchois Terre et Mer. Le 1<sup>er</sup> octobre 2013, un pacte de rapprochement des deux fondations est signé et leur fusion est opérée le 1<sup>er</sup> janvier 2017. Actuellement, une rente est versée à la communauté religieuse et deux de ses membres font partie du conseil d'administration de la fondation.

### 2.1 LA FONDATION BON SAUVEUR EST UN ACTEUR CENTRAL DE LA PSYCHIATRIE DANS LE DEPARTEMENT

Le département de La Manche est retenu comme territoire de santé mentale unique. Il compte 492 627 habitants<sup>1</sup> en 2019 pour une superficie de 5 938 km<sup>2</sup>. La densité du département est de 84,1 hab/km<sup>2</sup>. Il s'agit d'un département rural puisque 54 % de la population réside au sein de communes de moins de 2 000 habitants.

La fusion des deux fondations le 1<sup>er</sup> janvier 2017, a entraîné la création d'un unique établissement sanitaire d'intérêt collectif (ESPIC) constitué par le regroupement des hôpitaux de santé mentale de Saint-Lô au centre du département, d'une part et de La Glacerie, de Picauville, et Valognes situés au nord, d'autre part. La place de la Fondation est ainsi centrale dans l'organisation de la psychiatrie de la Manche car seul un autre établissement psychiatrique public est situé au sud du département à Pontorson. Cette situation permet d'assurer une meilleure lisibilité de l'offre de soins en santé mentale auprès de la population.

La fondation Bon Sauveur de la Manche (FBS) a une compétence sur cinq secteurs psychiatriques (secteurs G01 à G05) couvrant tout le nord et le centre du département, avec, outre un hôpital implanté sur les sites de Saint-Lô (siège administratif), Picauville (siège social), La Glacerie, Valognes, des hôpitaux de jour, y compris en pédopsychiatrie, vingt-deux centres médico-psychologique (CMP), trente-sept services proposant des activités thérapeutiques. Par ailleurs, elle gère un secteur médico-social important, offrant des solutions d'aval à certains patients hospitalisés en psychiatrie (EHPAD<sup>2</sup>, FAM, IME, ESAT, SSR). Enfin, la FBS dispose d'un institut de formation des aides-soignants (IFAS) dont les locaux sont situés à Picauville et d'un centre de formation continue (CERFOS<sup>3</sup>).

Sous l'égide d'un conseil d'administration de quinze membres, la FBS de la Manche est pilotée par une direction générale unique et organisée autour d'une direction du centre hospitalier et

<sup>1</sup> Source INSEE.

<sup>2</sup> EHPAD : établissement pour personnes âgées dépendantes ; FAM : foyer d'accueil médicalisé ; IME : institut médico-éducatif ; ESAT : établissement et service d'aide par le travail SSR : soins de suite et réadaptation.

<sup>3</sup> CERFOS: centre de recherche et de formation du secteur sanitaire et social

d'une direction des établissements médico-sociaux. Elle dispose de quinze établissements, 989 lits, 1 758 salariés<sup>4</sup>.

Le pôle Nord de la FBS de la Manche, objet de la présente visite est réparti sur trois sites : un situé à Cherbourg (trois unités dont une fermée), un à Picauville (trois unités dont une demi fermée) et une unité de géronto-psychiatrie à Valognes. Ces sept unités visitées sur les trois sites comptabilisent 133 lits d'hospitalisation outre dix-sept chambres d'isolement.

### 2.1.1 Les objectifs assignés à la fusion

Outre la mutualisation des moyens, les objectifs sont une meilleure coordination et accessibilité des soins sur les territoires nord et centre du département. De plus, il est recherché la garantie d'un accompagnement social au plus près des parcours de vie des patients, visant notamment à développer une offre médico-sociale à destination des personnes âgées dépendantes ou des personnes en situation de handicap psychique.

Les projets en cours viennent indéniablement renforcer l'objectif premier de la fondation centré sur le développement des alternatives à l'hospitalisation dont témoignent déjà la richesse du maillage territorial et le dynamisme existant dans les liens entre l'intra et l'extra hospitalier.

La direction a eu le souci d'accompagner la fusion dans la perspective d'assurer une identité à la nouvelle entité et d'harmoniser progressivement les cultures professionnelles ce qui est toujours en cours. De plus, au regard des mutations qu'ont connues les deux fondations initiales, un véritable souci d'accompagnement des changements des pratiques a été constaté pendant la visite notamment lorsque certaines unités d'admission ont été restructurées en unité de longs séjours pour des patients chroniques, entraînant le passage d'une unité fermée à une unité ouverte comme l'unité Anne Le Roy-Bertin.

### 2.1.2 L'organisation de la Fondation Bon Sauveur de la Manche

Le versant hospitalier de la FBS se structure autour de quatre pôles pour mener ses missions en santé mentale :

- un pôle d'addictologie ;
- un pôle de pédopsychiatrie ;
- un pôle de psychiatrie générale pour adultes au nord du département ;
- un pôle de psychiatrie générale pour adultes au centre du département.

Chaque pôle est dirigé par un binôme, médecin chef de pôle et directeur administratif de pôle.

### 2.1.3 Les projets et les évaluations en cours

#### a) Du projet médical au projet médico-soignant

Le projet médical 2016-2020 a été réactualisé à mi-chemin confirmant la priorité donnée pour tout l'établissement dans sa nouvelle configuration, à un « virage » ambulatoire qui représente 86 % de l'activité. Les objectifs affichés sont ceux d'un développement des alternatives à l'hospitalisation et de l'hospitalisation à domicile (HAD). Ce projet médical était initié en amont, pendant et en aval de la fusion. L'un de ses objectifs était d'accompagner cette fusion par un

<sup>4</sup> Chiffres clés 2018.

travail de rapprochement des équipes des deux fondations pour harmoniser les pratiques. Des outils opérationnels ont été créés à l'appui de cet objectif.

Le projet médico-soignant 2020-2025, qui s'inscrit dans la continuité des objectifs du projet médical précédent, a pour méthode d'associer plus largement tout le personnel soignant de l'hôpital et de travailler sur le parcours de la personne dans le système de soins psychiatriques et addictologiques.

La liberté d'aller et venir continue d'être l'un des axes de travail faisant suite à une étude réalisée par le président de la commission médicale d'établissement (CME). En ce sens, dans le cadre de l'actualisation du projet, il est question de renforcer la réflexion sur les soins sans consentement.

Des investissements immobiliers sont programmés dans le cadre de l'hospitalisation à temps complet notamment : l'unité des Marronniers A et B avec une partie ouverte et une partie fermée doit être détruite pour être remplacée par une unité Racamier fermée.

En pédopsychiatrie, le projet de regroupement des activités de pédopsychiatrie s'est achevé à la fin de l'année 2019. Il n'est pas prévu de création de lits d'hospitalisation, à l'exception de cas cliniques extrêmement compliqués que l'établissement psychiatrique prend en charge à titre exceptionnel.

En outre, une réflexion est engagée sur la création, sur le modèle du pôle Centre, d'une unité d'accueil, d'évaluation et d'orientation qui permet de réduire la part d'hospitalisations non justifiées.

Enfin, la création d'une équipe territoriale d'appui au diagnostic précoce de l'autisme et d'une équipe mobile troubles du spectre de l'autisme (TSA) est prévue en 2020.

#### *b) Le projet territorial de santé mentale*

Pour le département de la Manche, un projet territorial de santé mentale dont l'objectif vise à l'amélioration de l'accès des personnes à des parcours de santé, a été rédigé en 2019<sup>5</sup> à la demande de l'agence régionale de santé (ARS). La FBS a été impliquée dans son élaboration.

#### *c) Les évaluations*

La première visite de certification par la Haute autorité de santé de la nouvelle entité FBS de la Manche a eu lieu au mois de septembre 2019. Si le rapport fait un bilan positif de la politique de l'établissement, plusieurs points d'amélioration sont listés correspondant en partie à des constats effectués lors de la présente visite, notamment la protection de l'intimité qui n'est pas garantie dans toutes les unités, l'absence de sanitaires complets dans toutes les chambres, le non-respect de la confidentialité des échanges par l'emplacement de *points-phones* dans les couloirs de certaines unités, la traçabilité aléatoire de certaines mesures d'isolement ou de contention, le non-respect de certaines libertés individuelles du patient mineur et du patient détenu.

### 2.1.4 L'inscription de la Fondation Bon Sauveur dans les dispositifs publics

La participation de soignants aux différentes instances, des conseils locaux de santé mentale aux comités de prévention de la délinquance ou encore aux ateliers santé-ville, démontre une

---

<sup>5</sup> Rapport de juillet 2019 consultable sur le site de l'ARS Normandie.

démarche d'ouverture de l'établissement vers la ville. Il ressort des échanges avec les partenaires contactés, une qualité des relations partenariales avec la FBS.

## 2.2 L'ETABLISSEMENT DISPOSE D'UN EVENTAIL DE STRUCTURES A MEME DE MAILLER SON TERRITOIRE ET DE CONSTITUER DES FILIERES DE SOINS COHERENTES

L'établissement se caractérise par la richesse de son activité en extra hospitalier. Les structures sont nombreuses et diverses en ville et dans les communes alentour : CMP, hôpitaux de jour, centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) qui proposent des prises en charge spécialisées. La plupart des CMP sont ouverts le samedi. Le secteur psychiatrique s'enrichit ainsi d'une large offre sanitaire à proximité des lieux de vie et d'habitations des patients. En effet, en dehors des trois communes sur lesquelles sont implantés les unités d'hospitalisation complète du pôle Nord, d'autres structures relevant du médico-social sont implantées sur d'autres communes dans une démarche de proximité des habitants du département.

A Picauville, l'établissement est composé de trois unités d'hospitalisation complète du pôle de psychiatrie Nord (Anne Le Roy-Bertin, Les Marronniers, Pierre Jamet). Sur le même site se trouvent notamment : une MAS La Meije, l'EHPAD Elizabeth de Surville, des appartements thérapeutiques. Sur la commune de Picauville se trouvent d'autres établissements médico-sociaux.

A Valognes, est situé le service d'hospitalisation adultes Ecalgrain spécialisé en gérontopsychiatrie outre des établissements de prise en charge ambulatoire (HJ, CMP, etc..).

Sur le site de la Glacerie à Cherbourg se trouvent trois unités d'hospitalisation complète en psychiatrie adulte (les Châtaigniers, Roubary-Merisiers, Sohie de Riou) outre sur le même site le de nombreux établissements de prise en charge ambulatoire.

**Les sept unités du pôle de psychiatrie adulte-nord, ainsi que le service des urgences de l'hôpital général de Cherbourg ont fait l'objet de la visite des contrôleurs :**

- l'unité ouverte Anne Le Roy-Bertin était jusqu'en juin 2015 un service d'entrée transformé en un service moyen et long séjour. Elle accueille des adultes souffrant de troubles psychiques relativement stabilisés avec symptômes persistants associés ou non à un déficit intellectuel générant des pertes d'aptitude sociale, professionnelle et relationnelle. Elle comporte vingt-quatre lits, quatre chambres d'isolement (CI) et peut accueillir à la marge des patients admis en soins sans consentement. Lors de la visite des contrôleurs, seize patients y étaient présents dont deux admis en soins sans consentement : sur décision du représentant de l'État (SDRE) pour l'un d'entre eux et à la demande d'un tiers en urgence (SPDTU) pour l'autre patient ;
- l'unité Les Marronniers est composée de deux parties, l'une ouverte (A) et l'autre fermée (B). L'unité accueille des patients présentant des pathologies chroniques associées bien souvent à un handicap relevant de troubles cognitifs et qui requièrent une prise en charge au long cours. Elle peut également accueillir pour des courts séjours de rupture des patients vivant dans des structures médico-sociales. Des appartements thérapeutiques Les Cèdres sont rattachés à cette unité ainsi que deux lits en ville ;  
L'unité A comporte dix lits, une chambre d'isolement, une chambre d'apaisement et l'unité B, douze lits et une chambre d'isolement. L'unité accueille principalement des personnes en soins libres. Cependant, lors de la visite, sur les vingt patients, un était admis en SDT (A), un en soins pour péril imminent (SPI) (A) et deux SDRE (B). Dans les projets de restructuration elle doit être fermée pour la construction d'une unité fermée Racamier.

- l'unité Pierre Jamet accueille des patients présentant des troubles autistiques. Elle dispose de quatorze lits, deux chambres d'isolement. Au moment de la visite, douze patients tous sous tutelle étaient hospitalisés dont un en SDRE hospitalisé à l'unité depuis vingt-cinq ans ;
- l'unité fermée Sophie de Riou comporte treize lits et non dix-huit lits comme indiqué dans les documents transmis<sup>6</sup>, cinq chambres d'isolements et un espace capitonné (sans lit). Au moment du contrôle sur neuf patients hospitalisés, deux étaient en SDRE et six en SDT ;
- l'unité ouverte Roubary-Merisier est une unité patients admis en soins libres. Ce service est amené, de façon très exceptionnelle, à accueillir des patients nécessitant des soins sans consentement. Ainsi, cinq patients en soins sans consentement ont été accueillis pendant l'année 2019 et pour des séjours de très courte durée (quelques jours). La capacité de l'unité est de vingt-trois patients, vingt et un patients étaient présents ;
- l'unité les Châtaigniers est une unité de patients en soins libres qui est amenée, de façon ponctuelle, à accueillir des patients nécessitant des soins sans consentement. Elle dispose de seize lits, d'une chambre d'isolement et une chambre d'apaisement. Lors du contrôle sur les seize patients hospitalisés, un se trouvait en SDRE ;
- l'unité Ecalgrain est une unité dédiée à la gérontopsychiatrie, réservée aux patients âgés de plus de 65 ans. Sur les dix-huit lits disponibles, quatorze étaient occupés au moment du contrôle dont deux patients en SPI. Elle est la seule unité de la Fondation située sur le site de Valognes. Elle dispose d'une CI.

Les patients sont orientés au centre hospitalier par les CMP, par le service des urgences de l'hôpital de Cherbourg pour l'essentiel des hospitalisations en soins sans consentement, à la marge par les médecins traitants. En interne, les patients sont répartis non pas en fonction du secteur géographique d'origine du patient mais de la finalité de l'unité.

A l'exception des unités Sophie de Riou et Marronniers B, les services sont ouverts facilitant la liberté d'aller et venir des patients même si cette liberté peut être discutée dans le cadre du contrat de soins. L'état hôtelier général des services est hétérogène, les locaux répartis sur plusieurs sites connaissant des dates différentes de construction : vétusté de certains locaux, chambres doubles, défaut de sanitaires complet et certaines unités non accessibles aux personnes à mobilité réduite (cf. *infra* § 6). Les sites de Picauville comme de La Glacière sont agréables, installés dans un vaste parc ouvert sur l'extérieur.

Le taux d'occupation des hospitalisations à temps plein sur les sept unités visitées oscille en 2018 entre 78 % (unité Anne Le Roy-Bertin) et 93 % (unité Ecalgrain) et en 2019 entre 82,2 % (Les Marronniers) et 89,2 % (Pierre Jamet) pour un taux d'occupation moyen respectivement de 88,3 % et de 86,4 %.

### 2.3 LE BUDGET PERMET L'EXERCICE DES MISSIONS DE L'ETABLISSEMENT

Le budget 2020 a été construit sur la base d'une dotation annuelle de financement (DAF) équivalente à celle de 2019 soit 69 millions d'euros et conforme au précédent Plan global de financement pluriannuel (PGFP). Néanmoins, de nouvelles activités – l'équipe territoriale d'appui

<sup>6</sup> Document lits/places pôle psychiatrie pôle Nord et Charte de l'unité.

au diagnostic précoce de l'autisme et l'équipe mobile TSA – devront être financées. En conséquence, des recherches d'économies sont réalisées en moyens humains sur certains départs à la retraite non remplacés représentant 15 ETP. De plus, le plan d'investissement induit par le schéma directeur immobilier, qui sera finalisé en juin 2020, aura des conséquences sur le fond de roulement et la trésorerie de l'établissement. Il convient de préciser, s'agissant du principal chantier de l'année 2020<sup>7</sup> pour lequel des dépenses ont été engagées dès 2019, qu'un financement par emprunt sur sept années est engagé, les fonds devant être débloqués à réception des travaux en 2021.

Le titre 1 (le personnel) représente 75,5 % des dépenses en 2019 et 66 % des dépenses en 2020 (par basculement d'une partie du titre 1 au titre 3). Le titre 2 (charges à caractère médical) représente 0,98 % des dépenses en 2019 et 1,60 % des dépenses en 2020. Le titre 3 (charges à caractère hôtelier et général) représente 17,3 % des dépenses en 2019 et 28,14 % des dépenses en 2020. Le titre 4 (charges d'amortissement,) représente 6 % des dépenses en 2019 et 2 % des dépenses en 2020.

La Fondation ne rencontre pas de problème de trésorerie n'a pas connu de déficit ces trois dernières années. La capacité d'autofinancement (CAF) est de + 3 millions d'euros par an durant les deux-trois dernières années. Il n'y a pas d'emprunt toxique.

## 2.4 L'ORGANISATION DES EFFECTIFS PERMET UNE PERMANENCE DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS MAIS DES AGENTS DE SOINS FONT OFFICE D'AIDES-SOIGNANTS

### 2.4.1 Les effectifs

Au moment de la visite, sur l'ensemble du pôle Nord les effectifs médicaux et non médicaux intervenant dans les sept unités d'hospitalisation sont déclinés comme suit<sup>8</sup> :

- praticiens hospitaliers (PH) médecins psychiatres : 5,4 équivalents temps plein (ETP) ;
- PH médecins généralistes : 3,3 ETP ;
- cadre de santé : 3,8 ETP pour un effectif de 7 dont 2 faisant fonction ;
- Infirmier diplômé d'État (IDE) : 90,63 ETP ;
- aide-soignant (AS) : 82,76 ETP;
- agents des services hospitaliers (ASH) : 12,48 ETP ;
- psychologue : 3,1 ETP ;
- assistant social : 2,86 ETP ;
- personnel socio-éducatif : 4,84 ETP.

En sus, il ressort de l'exploitation des chartes de chaque unité dix-sept ETP d'aides médico-psychologiques (AMP) de jour et un ETP de nuit répartis de manière variable dans les sept unités.

<sup>7</sup> Reconstruction de l'unité long séjour Racamier sur le site de Picauville.

<sup>8</sup> Chiffres issus des données transmises par l'établissement à la demande du CGLPL lors du contrôle à l'exception des agents de soins et des aides médico-psychologiques, les données spécifiques rapportées sont issues des chartes de chaque unité et des données recensées dans le document annexe 4-3

Il ressort du projet d'établissement que d'ici 2020 près de 360 salariés sur les 1 600 salariés de la FBS auront pris leur retraite, la pyramide des âges étant défavorable.

Une tension est identifiée plus particulièrement sur les effectifs médicaux, 40 % des praticiens étant âgés de plus de 60 ans. De plus, la démographie médicale est défavorable. Seuls deux médecins psychiatres exercent une activité libérale dans le Nord du département. Au moment de la visite, huit postes de praticiens étaient vacants. Un seul interne en psychiatrie exerce au pôle Nord. Ce constat impacte la prise en charge des patients et l'organisation des gardes qui de plus s'effectue sur trois sites. Une astreinte de nuit est tenue tour à tour par les médecins en parallèle de l'astreinte d'un agent administratif et d'un cadre de santé, mais il n'y a aucun médecin de garde sur place. Les médecins psychiatres consacrent, par ailleurs, une partie de leur temps aux structures extérieures de l'établissement. En outre, une pénurie de médecins généralistes est également déplorée.

Pour le personnel soignant, actuellement les difficultés de recrutement peuvent être illustrées par le constat de cinquante à soixante-dix départs à la retraite par an depuis plusieurs années et de trente-cinq élèves en formation par an en moyenne.

En raison des difficultés de recrutement d'aides-soignants en lien avec le bassin démographique, des « agents de soins » ont été recrutés – une trentaine exerce au pôle Nord. Ils sont comptabilisés dans la catégorie des aides-soignants selon les données communiquées néanmoins les ETP apparaissent de manière distincte au sein des chartes établies pour chaque unité. Ils représentent 13 ETP de jour et 13,52 ETP de nuit. Leur fiche de poste est similaire à celle des aides-soignants à l'exception de l'accès au dossier médical du patient et à toute donnée de nature médicale. Ils ne participent pas aux réunions cliniques. Ils réalisent par exemple la toilette des patients et d'autres tâches dévolues aux aides-soignants sans disposer de la même qualification diplômante. De plus, ils peuvent faire partie de l'équipe de nuit. Ils bénéficient dans ce cas d'une formation spécifique. De manière générale, des formations qualifiantes leurs sont proposées pour leur permettre de passer le diplôme d'aide-soignant et l'établissement a engagé une régularisation sur cinq années sans que cela ne soit expressément mentionné dans le projet d'établissement.

Le contrôle général rappelle que seules peuvent exercer la profession d'aide-soignant les personnes titulaires du diplôme d'État d'aide-soignant, du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant ou du diplôme professionnel d'aide-soignant. Le diplôme professionnel d'aide-soignant est reconnu diplôme d'État depuis le 31 août 2007. L'article R4311-4 du code de la santé publique précise que : « *lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers .* »

Les personnes salariées en qualité « d'agent de soins » qui ne disposent pas des qualifications légales d'aides-soignants ne doivent pas exercer des tâches dévolues aux aides-soignants.

## RECOMMANDATION 1

La fiche de poste des agents de soins doit être adaptée dans la mesure où ils n'ont pas la qualification professionnelle d'aide-soignant.

Dans chacune des sept unités, un infirmier exerce une fonction de coordination ; son rôle est de faire le lien entre les membres de l'équipe, de s'assurer notamment du passage des informations lors des absences du personnel, d'alerter le cadre de remplacement de tout problème en l'absence du cadre de santé référent, de faire le lien avec les CMP et les hôpitaux de jour. L'infirmier coordinateur a également une fonction d'alerte pour le renouvellement des certificats des patients admis en soins sans consentement (SSC).

Les horaires hebdomadaires du personnel non médical de jour sont de 35 heures et de nuit de 31,5 heures. Les services de jour sont organisés entre 6h45 et 21h15. L'effectif minimum des IDE et AS est de cinq personnes dont trois le matin. Les ASH sont présents le matin. Les services disposent de personnel soignant permettant de couvrir les besoins, les effectifs minima sont toujours assurés au regard des emplois du temps communiqués. Le personnel soignant affecté spécifiquement la nuit – deux IDE ou un IDE et un AS ou agent de soins – travaillent de 21h à 7h ou 21h15 à 7h15. Les transmissions entre les équipes de jour et de nuit sont réalisées matin et soir durant quinze minutes. Un projet de faire participer toutes les deux ou trois semaines le personnel affecté en journée aux équipes de nuit est en réflexion afin de permettre aux agents affectés de nuit de mieux connaître les patients.

Une grande stabilité du personnel est à relever : l'ancienneté moyenne des salariés en CDI est de 17 ans.

Enfin, l'équipe de pharmacie est composée de 3,9 ETP de pharmaciens dont 2 ETP sont actuellement affectés aux unités Nord (540 lits mais aussi le CSAPA<sup>9</sup> et CAARUD). Quatre préparateurs en pharmacie sont également sur le pôle. Il n'y a pas d'interne ni d'externe en pharmacie.

### 2.4.2 Les relations sociales

Trois organisations syndicales participent activement à la vie de l'établissement, FO est majoritaire devant Sud et la CFDT. Les contrôleurs ont rencontré, à leur demande, les représentants des trois organisations syndicales d'une part FO et Sud et d'autre part la CFDT.

Les instances de concertation se réunissent régulièrement, les syndicats ont été associés aux étapes de la fusion, ils sont associés au projet médico-soignant et au travail sur les SSC. Ils font partie de la commission sur les formations (trois élus FO, deux pour Sud et un pour la CFDT). Néanmoins, pour la première fois depuis de nombreuses années des crispations apparaissent davantage en lien avec les réformes nationales.

### 2.4.3 La formation, le tutorat et la supervision

La FBS de la Manche, outre son institut de formation des aides-soignants situé à Picauville, s'est dotée en 1989 d'un organisme de formation continue : le centre de recherche et de formation

<sup>9</sup> CSAPA : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ; CAARUD : centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

du secteur sanitaire et social (CERFOS) qui a pour objectif de participer à l'évolution des connaissances et des pratiques professionnelles en proposant une offre de formation diversifiée dans les champs du sanitaire et du médico-social. Il propose des formations continues, des formations qualifiantes collectives et individuelles en interne. Sur les formations qualifiantes il convient de relever qu'une validation des acquis de l'expérience (VAE) collective sur des postes d'accompagnant éducatif et social (AES) (ex AMP) est planifiée sur cinq années dans le cadre du projet de formation 2020. Les formations qualifiantes sont d'autant plus importantes que selon certains personnels entendus il est constaté un amoindrissement des qualifications sur ces dernières années comme l'illustre le recrutement des agents de soins (cf.§2.5.1).

Tous les salariés permanents de la FBS bénéficient de la formation continue en fonction des demandes qu'ils émettent et de la politique de l'établissement, définie par la direction. Les personnels en CDD accèdent aux formations intra hospitalières dans le cadre des formations obligatoires ou en fonction des places disponibles.

L'étude de l'offre de formation permet de constater une offre variée de formations continues notamment pour accompagner le personnel dans le cadre de l'évolution du secteur des soins psychiatrique comme la réhabilitation psycho sociale, et encore les droits des patients, la gestion de la violence. La formation OMEGA sur la prévention et la gestion de la violence est proposée à l'ensemble des professionnels qui sont incités à y participer. Une formation sur les soins sans consentement figure au programme. Il n'y a pas en revanche de formation spécifique sur l'isolement et la contention.

Des immersions sont possibles et même encouragées pour que les soignants puissent se rendre dans d'autres unités de la Fondation afin d'avoir un aperçu des fonctionnements des autres services, y compris à la pharmacie, avant de demander un changement d'affectation. De plus, des visites au sein d'autres établissements d'autres départements sont organisées permettant un échange sur les pratiques et les organisations.

Cependant, la formation initiale des soignants qui prennent leur poste reste insuffisante (consolidation des savoirs et tutorat) malgré le fait que l'accompagnement de ces nouveaux salariés est indiqué comme une priorité de l'établissement. Le renouvellement du professionnel soignant et la faiblesse des contenus liés à la psychiatrie dans la formation initiale nécessitent de consolider les connaissances des nouveaux salariés. L'accueil a été formalisé par deux journées consacrées à des informations sur les métiers, les valeurs et le fonctionnement de la Fondation et une visite des services. Un projet tendant à renforcer la formation des nouveaux arrivants est en cours d'élaboration. De plus, au moment du contrôle, il n'existe pas de système institutionnel de tutorat étant précisé que le futur plan de formation articulé avec la GPEC (gestion prévisionnelle des emplois et des compétences) prévoit la désignation d'un référent dans les services en qualité de tuteur.

Enfin, aux termes du plan de formation 2018, des formations dites de supervision sont organisées. Néanmoins au sein des unités il n'y a pas de temps de supervision organisé. Il ressort des déclarations du personnel rencontré qu'ils peuvent bénéficier d'un entretien individuel avec un médecin psychiatre ou un psychologue extérieur à leur service s'ils rencontrent une difficulté dans le cadre de l'exercice de leur fonction.

## RECOMMANDATION 2

Il convient de renforcer la formation et l'accompagnement des nouveaux arrivants au regard de la faiblesse des contenus sur la psychiatrie dans les programmes de formation initiale et du manque de qualification de certaines catégories de personnel.

Dans ses observations du 27 juillet 2020 faisant suite au rapport provisoire, le directeur général de la FBS de la Manche, fait valoir que « *la fondation met en œuvre des actions de formation depuis des années pour remédier à la faiblesse nationale des contenus sur la psychiatrie dans les programmes de formation. Depuis 2018, une action de formation relative à la transmission des savoirs a été mise en place* ». Néanmoins, au moment de la visite les actions tendant à renforcer la formation initiale étaient à l'état de projet, les contrôleurs maintiennent par conséquent leur recommandation.

### 3. L'INFORMATION DES PATIENTS SUR LEURS DROITS ET LEUR EXERCICE

#### 3.1 LA PART DE PATIENTS ADMIS EN PERIL IMMINENT OU EN URGENCE EST PREDOMINANTE

La file active de patients en hospitalisation à temps plein était de 1 044 en 2018 et de 1 081 en 2019. La durée moyenne de séjour sur le pôle Nord était de 29,9 jours en 2018 (entre 11,6 à Roubary-Merisiers et 56,8 à Pierre Jamet) et de 57,4 jours en 2019 (entre 16 à Roubary-Merisiers et 157,2 à Pierre Jamet).

Il ressort des données statistiques transmises que le taux des patients en SSC est raisonnable dans la mesure où ils représentent 15 % des hospitalisations à temps complet en 2018 et 19,7 % en 2019 sur le pôle Nord de psychiatrie adulte.

Les modes d'admission prépondérants sont des modes d'admission en urgence soit en soins à la demande d'un tiers en urgence (SDTU - article L3213-3 du CSP) soit en péril imminent (PI).

En 2018, sur 1 325 admissions, 1 125 concernaient des soins libres (SL) et 198 mesures de SSC. Elles étaient réparties ainsi :

- 179 mesures ayant pour origine une décision du directeur (SDDE) soit 90,4 % :
  - 43 soins à la demande d'un tiers (SDT) – procédure classique soit 24,02 % ;
  - 84 SD – procédure en urgence soit 46,9 % ;
  - 52 péril imminent (PI) soit 29,05 % ;
- 19 mesures ayant pour origine une décision du représentant de l'État soit 9,59 % :
  - 3 de maires, 10 du préfet, 4 du préfet pour des personnes détenues ;
  - 1 sur demande de l'autorité judiciaire (SDJ) ;
  - 1 transformation d'un SDT en SDRE.

Trente-sept mesures de SSC avaient une durée supérieure à un an tandis que 173 mesures de SSC étaient levées : 12 SDRE et 161 SDDE dont 48 PI. Tandis que la part des mesures de SDRE est très minoritaire puisqu'en 2018 sont comptabilisées 19 mesures représentant 9,59 % des SSC et en 2019 sont comptabilisées 26 mesures représentant 11,45 % des SSC.

En 2019, une augmentation de la part des patients en SSC est observée. En effet, selon les données de cadrage, 227 mesures de SSC sont comptabilisées sur un total d'admission de 1 152 patients (925 patients en soins libres).

- 201 mesures de SSC soit 88,5 % des mesures ont pour origine une décision du directeur (SDDE) :
  - 58 soins à la demande d'un tiers (SDT) – procédure classique soit 28,8 % ;
  - 76 SDT – procédure en urgence soit 37,8 % ;
  - 67 péril imminent (PI) soit 33,33 %
- 26 mesures soit 11,45 % et 42 patients des mesures ont pour origine une décision du représentant de l'Etat (SDRE) :
  - 7 de maires, 11 du préfet, 7p du Préfet pour des personnes détenues ;
  - une sur demande de l'autorité judiciaire (SDJ) ;
  - une transformation d'un SDT en SDRE ; trente-quatre mesures de SSC de plus d'une année concernent 17 SDRE et SDJ et 12 SDDE dont 5 PI tandis que 230

mesures ont été levées pendant l'année 2019 dont 26 SDRE et 204 SDDE dont 69 PI.

La durée moyenne de séjour était de 28,4 jours pour les soins sur décision du directeur et de 81,2 pour les soins sur décision du représentant de l'État.

Enfin, pour le mois de janvier 2020, vingt-quatre mesures de SSC sont comptabilisées dont trois SDRE et vingt et un SDDE (sept SDT, onze SDTU, trois PI). Aucune mesure n'a duré plus d'une année tandis que vingt-deux mesures ont été levées soit deux SDRE et vingt SDDE.

Au moment de la visite de contrôle, le 10 février 2020, il ressort des données par unité qu'il y avait 108 patients hospitalisés à temps complet répartis dans les sept unités visitées dont 6 SDRE, 1 SDJ, 7 SDT, 4 PI soit 18 SSC représentant 16,7 % des patients hospitalisés.

Entre l'année 2018 et l'année 2019 la part des SDTU dans les SDDE a diminué passant de 46,9 % à 37,8 % et la part des PI a légèrement augmenté passant de 29,5 % à 33,33 %. La part des SDT selon la procédure classique a de son côté augmenté passant de 24,02 % à 28,8 %. En tout état de cause la part cumulée des SDTU et des PI est prédominante alors qu'il s'agit des modes d'admission présentant le moins de garanties pour les patients puisqu'elles ne nécessitent pas un second certificat médical.

Or, l'examen des feuillets les plus récents du registre sur lesquels l'ensemble des documents sont agrafés montre que le constat d'un « *risque grave d'atteinte à l'intégrité du patient* » – exigé par l'article L.3212.3 du CSP – est caractérisé de manière aléatoire dans le certificat initial rédigé par les médecins extérieurs urgentistes ou non. Il en est de même des certificats d'admission en péril imminent, sur le constat de « *l'immédiateté du danger pour la santé ou la vie du patient* » (article L.3212.1.1 II 2° du CSP). Ces constats peuvent expliquer les durées très courtes constatées à l'examen du registre s'agissant des SDTU qui durent le plus souvent moins de quinze jours et des PI qui peuvent durer seulement quelques jours voir 24 heures. En revanche, les certificats médicaux de renouvellement du statut établis par les médecins psychiatres du pôle Nord sont très étayés.

### RECOMMANDATION 3

Il convient de rappeler aux praticiens extérieurs que les certificats d'admission initiaux doivent être davantage circonstanciés au regard des mainlevées souvent rapides de ces mesures.

Dans ses observations du 27 juillet 2020 faisant suite au rapport provisoire, le directeur général fait observer que « *s'il n'appartient pas à l'établissement de former les praticiens extérieurs, elle s'efforce néanmoins de les sensibiliser s'agissant de la rédaction des certificats médicaux au travers de situations concrètes et avec l'appui des professionnels de la Fondation présents dans les services d'urgence de l'hôpital général* ».

## 3.2 LA NOTIFICATION DES DROITS EST APPLIQUEE DE MANIERE HETEROGENE DANS LES UNITES

### 3.2.1 Les informations délivrées individuellement au patient

Dans la plupart des unités les hospitalisations sont programmées, les patients en SSC sont en général orientés après une admission initiale à l'unité Sophie de Riou. Ainsi, dès leur arrivée dans leur unité d'affectation – le plus souvent au pavillon Sophie de Riou – 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 SSC.

Après vérification de la régularité de la procédure d'admission (certificats médicaux, demande du tiers, etc...) tant par l'équipe de l'unité d'admission que par les agents du bureau des entrées, la décision d'admission est préparée par ce bureau et soumise à la signature du directeur ou de son délégataire puis transmise à l'ARS. Une fois la décision notifiée au patient, celle-ci est retournée au bureau des entrées puis classée au dossier. Les arrêtés provisoires du maire ou ceux du préfet sont adressés directement par l'ARS à l'unité d'admission qui les transmet au bureau des entrées après émargement du patient pour retour à l'ARS.

La notification de la décision d'admission, émargée par le patient, s'effectue lorsque l'unité est en possession de ladite décision, transmission qui peut intervenir en différé par rapport au moment de l'admission réelle dans l'unité en fonction de l'heure d'arrivée du patient au sein de l'établissement ce que révèlent certains feuillets du registre. En effet, s'agissant des patients admis en SDT, la décision du directeur, prise dans la journée – en ce compris les week-ends – pour toute entrée avant 19h (grâce à la présence d'un cadre et d'un directeur d'astreinte<sup>10</sup>), l'est le lendemain pour les entrées en soirée ou durant la nuit. Le document « *conduite à tenir dans les soins psychiatriques à la demande d'un tiers durant le week-end (vendredi 18h00 au lundi 8h30) et les jours fériés* » précise que le cadre d'astreinte appelle le directeur d'astreinte entre 8h30 et 18h pour les signatures des décisions et de notifications. Deux exemples sont donnés : celui de l'entrée du patient le samedi soir à 21 h et celui de l'entrée du patient dans la nuit du dimanche à 3h qui doivent être suivies d'un appel du cadre d'astreinte au directeur d'astreinte le dimanche à 8h30. Cette organisation en cas de décalage entre l'arrivée effective du patient et la formalisation suivie de la notification de la décision ne fait pas apparaître un délai déraisonnable<sup>11</sup>. Par ailleurs, elle permet de garantir l'exercice des droits au recours du patient – saisine du juge des libertés et de la détention et de la CDSP – dans la mesure où la notification de la décision est effectuée peu de temps après sa signature.

Pour les patients admis en SDRE sur arrêté provisoire du maire, les arrêtés sont notifiés au patient.

La notification des décisions d'admission du directeur comme celles du préfet est faite par le médecin, à défaut par un soignant.

Cette notification s'accompagne de la remise au patient, contre signature, d'une « *information droits du patient* » qui est par ailleurs affichée dans certaines unités. Ce document reprend *in extenso* les termes de l'article L. 3211 du code de la santé publique, cependant n'y figurent pas les coordonnées des autorités mentionnées (JLD et TJ<sup>12</sup>, CDSP, CDU, CGLPL) malgré leur intérêt

---

<sup>10</sup> En semaine : astreinte du cadre de 17h à 8h30 (période de fermeture du bureau des entrées) ; astreinte directeur jusqu'à 19h. Lors des week-ends : l'astreinte porte sur la journée jusqu'à 18h30 .

<sup>11</sup> Avis de la Cour de cassation en date du 11 juillet 2017 : "Toutefois, un délai étant susceptible de s'écouler entre l'admission et la décision du préfet, celle-ci peut être retardée le temps strictement nécessaire à l'élaboration de l'acte, qui ne saurait excéder quelques heures. Au-delà de ce bref délai, la décision est irrégulière."

<sup>12</sup> Tribunal judiciaire ; CDSP : commission départementale des soins psychiatriques ; CDU : commission des usagers.

évident pour le patient, ce d'autant que les décisions préfectorales ne précisent pas ces coordonnées dans la partie énonçant les recours possibles. Selon certains membres du personnel entendus, ce document est parfois remis au patient dès son arrivée à l'unité et avant la notification de la décision administrative, notamment en cas d'admission à une heure avancée de la journée. Copies de la décision d'admission et du document « *information droits du patient* » sont remises à l'arrivant accompagnées du livret d'accueil.

Lorsque l'état du patient n'est pas compatible avec la notification de la décision d'admission ou qu'il refuse de signer, deux infirmiers en attestent. En cas d'impossibilité de signer, l'information sur le statut et sur les droits est différée et faite par le premier soignant qui constate l'éveil du patient ou l'amélioration de son état de compréhension. Le bureau des entrées s'assure que cette notification différée est bien faite et ce dès le lendemain de l'admission et si nécessaire chaque jour qui suit, en contactant l'unité et en se faisant remettre la notification signée du patient. De même, en cas de réintégration après programme de soins les droits du patient lui sont à nouveau notifiés. A noter également que lors d'un transfert depuis un autre établissement, le bureau des entrées exige que la notification des droits soit faite lorsque celle-ci ne figure pas déjà au dossier du patient.

Les patients peuvent, à leur choix, conserver les copies des décisions d'admission et d'information des droits dans leur chambre ou les laisser dans leur dossier, ce qui semble être le cas pour la majorité d'entre eux. Le document comportant la liste des droits des patients figure au tableau d'affichage de certaines unités seulement comme Anne Le Roy-Bertin ou Sophie de Riou, néanmoins dans la mesure où des patients en SSC sont hospitalisés dans d'autres unités il conviendrait que ce document fasse l'objet d'un affichage généralisé. Le fait que la part des patients en SSC dans les autres unités soit faible ne peut pas les dispenser d'une telle information. Ce d'autant plus que dans les unités c'est principalement le cadre de santé, le cadre d'astreinte et l'infirmier coordinateur qui sont en charge de délivrer les informations et notifier les décisions aux patients.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, le directeur général de la Fondation précise que cette information sera ajoutée à la note d'information « droits du patient » actuellement affichée dans toutes les unités d'hospitalisation « soins aigus », comme l'est la liste des avocats du barreau du TJ de Cherbourg. Les contrôleurs prennent acte de cet engagement.

#### RECOMMANDATION 4

Afin d'assurer aux patients l'accès à une information complète, le document intitulé « *information droits du patient* » gagnerait à être complété des coordonnées des différentes autorités visées et à être affiché dans toutes les unités susceptibles d'accueillir des patients en soins sans consentement.

La copie des certificats médicaux initiaux ou postérieurs à l'admission est remise au patient. De plus, à compter du certificat médical des 72h, le patient est invité à remplir un document de recueil des observations, daté et signé de l'intéressé (ou signé de deux soignants en de refus ou d'impossibilité de le faire), document joint au certificat médical et attestant de ce qu'il a été informé du projet de décision le concernant et qu'il a bien été en mesure de formuler des

observations (bonne pratique n°6, cf 7.2). Tout au long de l'hospitalisation, ces certificats sont expliqués au patient par le médecin et donnent souvent lieu à précision par l'infirmier.

Par ailleurs, s'agissant de la garantie du respect des droits des patients par le personnel, plusieurs documents sont diffusés comme des fiches nommées « *mémo* » ou « *conduite à tenir* » rappelant les procédures et circuits à suivre en particulier le week-end et en dehors des horaires de journée. De plus, un document opérationnel est particulièrement intéressant car il permet de faciliter l'exercice des voies de recours : le procès-verbal de recueil d'une demande orale de recours formulé par un patient.

### BONNE PRATIQUE 1

Le procès-verbal de recueil d'une demande orale de recours formulé par un patient facilite l'exercice du droit au recours du patient en soins sans consentement.

#### 3.2.2 Les documents sur la vie au sein de l'hôpital et les conditions d'hospitalisation

##### a) Le règlement intérieur

Le règlement intérieur de l'établissement a été actualisé en septembre 2017 après la fusion des établissements de Picauville et de Saint-Lô. Il s'applique à l'ensemble du personnel, aux stagiaires et aux représentants du personnel de l'ensemble des sites intra et extra hospitaliers. Outre les règles de prévention et de sécurité (interdiction de fumer, droit de retrait, visite médicale obligatoire), il précise l'ensemble des règles de discipline générale relatives au comportement des salariés (comportement à l'égard des usagers, entrée d'alcool ou de substances illicites, absences, etc.).

##### b) Le site internet

Le site Internet de la FBS est pédagogique, d'un accès facile et délivre un nombre important d'informations tant pour les patients que pour le public. Un onglet « *droits et recours* » précise les modalités de désignation de la personne de confiance, de confidentialité et d'accès au dossier médical. Il y est précisé le rôle de la commission des usagers, la liste de ses membres et la procédure pour faire une réclamation. Les possibilités de visites des proches et la liste des associations d'usagers y sont intégrées. Cependant, le site ne délivre aucune information sur les recours possibles localement auprès du JLD, ni les coordonnées de l'ordre des avocats de la Manche. Si l'ensemble des possibilités de recours apparaît de manière générale dans la fiche *Psycom* aux côtés des coordonnées du Contrôleur général des lieux de privation de liberté, le site devrait être enrichi de ces informations essentielles ce d'autant plus que la mise à disposition d'un accès wi fi dans les unités est en voie d'installation dans le courant de l'année 2020.

##### c) Les règles de fonctionnement des services

Les patients sont informés des règles de vie de l'unité dès leur arrivée, s'ils sont en état de les comprendre. L'établissement a procédé à une harmonisation des règles générales. Des spécificités figurent dans les chartes de certaines unités comme les unités Ecalgrain et Sophie de Riou.

#### d) Le livret d'accueil

L'établissement dispose d'un livret d'accueil remis à chaque patient à son arrivée ou mis à disposition dans leur chambre.

Ce livret d'accueil présente les différents services d'hospitalisation, décrit les formalités d'admission (parmi lesquelles la désignation de la personne de confiance et l'inventaire des effets personnels), les droits et obligations du patient, le déroulement du séjour, les modalités de sortie, les indicateurs de qualité et de sécurité des soins, liste les instances, les associations partenaires, rappelle l'histoire, les valeurs et les missions de la FBS de la Manche et comporte en dernière page la charte de la personne hospitalisée.

S'il mentionne succinctement en page 8 les différentes modalités de SSC, il n'évoque cependant pas les particularités de la prise en charge pendant les soixante-douze premières heures, de la poursuite des soins au-delà des soixante-douze premières heures, des sorties de courte durée, ni les droits spécifiques des patients suivis sans leur consentement tels que définis par l'article L.3211-3 du code de la santé publique, ni les voies de recours ou les coordonnées des autorités auxquelles les patients peuvent s'adresser en cas de contestation (seule la CDU est visée dans ce document). Ces informations ne sont pas relayées dans le document qui a vocation à être affiché dans les unités intitulé « *Informations sur les soins psychiatriques sans consentement* » qui précise seulement que si l'hospitalisation devait durer plus de douze jours le mesure est évaluée par le juge des libertés et de la détention devant lequel le patient est assisté d'un avocat.

#### RECOMMANDATION 5

Le site Internet et le livret d'accueil doivent indiquer les modalités de prise en charge (en distinguant hospitalisation complète et programme de soins), énumérer les droits spécifiques aux patients en soins sans consentement, mentionner les voies de recours et les coordonnées du juge des libertés et de la détention, de la commission départementale des soins psychiatriques, de l'ordre des avocats et du Contrôle général des lieux de privation de liberté.

Dans ses observations du 27 juillet faisant suite au rapport provisoire, le directeur général indique qu'à la suite du compte rendu de la CDU du 23 juin 2020 dont une copie est transmise, le livret d'accueil fera l'objet d'une actualisation dans le courant du second semestre 2020 et sera en sus disponible en « Facile à Lire et A Comprendre ». Les contrôleurs prennent acte de cet engagement.

### 3.3 LES EVENEMENTS INDESIRABLES GRAVES FONT L'OBJET D'UNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE

Les incidents donnent lieu à une fiche de déclaration d'événements indésirables (FEI), non anonymisée, renseignée *via* le logiciel HM. Tous les EI sont traités par le service d'appui méthodologique qui a mis en place un groupe de gestion des risques (GGR) en charge d'examiner chaque incident. Ceux déclarés par les unités de psychiatrie adulte font l'objet d'un examen mensuel. Il appartient au GGR de décider par la suite si l'incident doit être étudié dans le cadre d'un comité de retour d'expérience (CREX). Un plan d'action est alors décidé et directement mis en œuvre à l'issue du CREX. Parmi le nombre d'EI déclarés sur l'ensemble de la FBS en 2019, 145 FEI émanent du pôle Nord tandis que 117 FEI ont été recensées au pôle Centre. Les trois principales catégories de FEI recensés au pôle Nord concernent la prise en charge du patient (31 %), la sécurité du personnel (11 %), la santé et la sécurité au travail (10,3 %).

Les événements indésirables graves (EIG) sont systématiquement signalés au cadre de santé ou bien au cadre d'astreinte qui adresse un rapport circonstancié à la direction qui le déclare auprès de l'ARS. Il a été précisé que l'agence ne formulait jamais aucune observation en retour. Dès qu'il s'agit d'un EIG sanitaire<sup>13</sup> (EIGS), un CREX est systématiquement mis en place.

Lors d'un événement très grave (suicide, acte de violence) au sein des unités, l'épisode est d'abord repris en équipe lors d'un débriefing. L'intervention de la psychologue du travail est requise.

Dans le cadre d'une agression d'un patient, ce dernier a la possibilité d'être accompagné à la gendarmerie pour un dépôt de plainte. Lors de la visite, une patiente souhaitait déposer plainte pour des faits d'agression sexuelle, un rendez-vous avait été pris auprès de la gendarmerie. Il était prévu que l'infirmière coordinatrice et un membre de l'équipe soignante l'accompagnent dans la mesure où le tuteur ne souhaitait pas réaliser cet accompagnement

En 2019, vingt-trois EIG ont été recensés sur l'ensemble de la FBS ; neuf EIG (dont trois EIGS) concernaient le pôle Nord :

- départ d'une patiente en SDT, sans autorisation médicale, de l'unité Sophie de Riou ;
- tentative de suicide par immolation d'une patiente hospitalisée à l'unité Le Roy-Bertin ;
- tentative de suicide par noyade d'une patiente en SPDT lors de sa sortie autorisée (unité Les Châtaigniers) ;
- violences et menaces de mort d'un patient à l'unité Sophie de Riou ;
- actes de violence d'un patient envers le personnel à l'unité Châtaigniers ;
- décès d'un patient à son domicile au cours d'une sortie autorisée ;
- suicide d'un patient à l'unité Sophie de Riou ;
- révélation d'attouchements sexuels d'une mineure, faisant l'objet d'une ordonnance de placement provisoire (OPP), à l'unité Sophie de Riou ;
- fugue d'un patient SDRE de l'unité Sophie de Riou.

Concernant les actes de violence, les agressions verbales sont plus fréquentes que les agressions physiques. Si les FEI sont remplies individuellement, une discussion en équipe est toujours engagée. Lorsqu'une situation devient incontrôlable, le personnel soignant sollicite en premier lieu le renfort des collègues d'une autre unité. Si la situation devient ingérable, il est fait appel au personnel de sécurité incendie. Ces agents, tout comme le personnel soignant, ont bénéficié de la formation OMEGA. Selon les propos recueillis auprès de ces agents, 80 % de leur intervention dans les unités relève de la gestion de crise. Pour autant de l'avis des agents, dont certains sont en poste depuis de nombreuses années, les appels à renforts ne seraient pas toujours justifiés. Les jeunes diplômés interprèteraient à tort des gestes et des comportements comme étant des manifestations de violence.

Les agents de sécurité ne prennent jamais la décision d'entrer en contact avec le patient à moins que les soignants n'encourent un danger. Ils n'interviennent qu'à la demande du personnel

---

<sup>13</sup> EIG associé à des soins réalisés lors d'investigation, de traitements, d'actes médicaux à visées esthétiques ou d'action de prévention et est un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale.

soignant et dans la majorité des cas, leur présence suffit, à elle seule, à calmer le patient. Ils sont également sollicités lorsqu'un patient s'oppose violemment à la mise en isolement. Si ce dernier nécessite une injection, il peut arriver que les agents soient amenés à maintenir le patient. Cela se produirait très rarement.

Les EI sont communiqués systématiquement à l'observatoire nationale des violences (ONVS) en milieu de santé mais la FBS n'a, jusqu'à présent, reçu aucun retour. Une réflexion sur le thème de la prévention de la violence est engagée depuis plusieurs années au niveau institutionnel. A cet égard, la journée de l'observatoire de la violence, organisée annuellement par la FBS – et portée par le comité d'aide à la réflexion éthique (CARE) – mérite d'être soulignée. Cet événement réunit l'ensemble des acteurs des champs psychiatrique et médico-social. Le dernier s'est déroulé lors de la visite du CGLPL. Un bilan annuel établi à partir des données statistiques a été présenté puis différents intervenants ont présenté les initiatives mises en place dans leur service pour prévenir les situations de violence. Il est à noter que les agents de sécurité ont également présenté le bilan de leur activité : 275 interventions en lien avec la gestion de la violence sur l'ensemble des sites ont été réalisées depuis mai 2019.

### 3.4 LA GESTION DES PLAINTES ET DES RECLAMATIONS N'APPELLE PAS DE REMARQUES PARTICULIERES

Les informations portant sur le traitement des plaintes et des réclamations sont disponibles dans le livret d'accueil. Les patients et leurs familles sont invités en premier lieu à s'entretenir avec l'équipe soignante. Si les réponses fournies ne donnent pas satisfaction, il leur est conseillé d'adresser un courrier à la direction générale.

Les plaintes et les réclamations recensées par l'établissement sont celles qui ont donné lieu à un courrier à la direction générale. Les courriers sont enregistrés par le service d'appui à la qualité qui informe le chef de pôle. Parallèlement, le plaignant reçoit un accusé de réception. Selon l'objet de la plainte, un courrier simple peut être adressé au plaignant et, le cas échéant, une rencontre de conciliation lui est proposée. Une synthèse écrite est systématiquement communiquée au patient.

La FBS a connu une baisse significative du nombre de réclamations enregistrées entre 2017 (cinquante-trois) et 2018 (vingt et une). Cette diminution s'explique par le fait que 80 % des réclamations étaient formulées par deux patients qui se sont montrés moins revendicatifs au cours de l'année 2018.

Les contrôleurs ont examiné les neuf plaintes émanant de patients pris en charge au pôle Nord pour l'année 2018. Trois réclamations portaient sur un problème relationnel avec les médecins et les six autres étaient relatives à des divergences portant sur la prise en charge. Cinq des neufs plaignants ont pu rencontrer un médecin ou un membre de l'équipe de direction.

### 3.5 LA COMMISSION DES USAGERS EST ACTIVE

La constitution actuelle de la commission des usagers date de janvier 2017. Elle est présidée par un des directeurs de l'établissement et une vice-présidente. Quatre médecins, dont le président de la CME et deux médiateurs non médicaux y siègent. Les représentants des usagers sont au nombre de quatre – deux titulaires et deux suppléants – membres des associations UDAF Manche, Alliance Maladies Rares, UNAFAM et ADVOCACY. Le responsable de la « gestion des

risques et de la qualité des prises en charge » et le responsable de la « gestion administrative et des relations avec les usagers » y siègent également, mais à titre consultatif.

La CDU se réunit quatre fois par an, le dernier rapport d'activité consulté en témoigne. Le taux de participation des représentants des usagers, à chaque séance plénière est de 100 %. Le taux de participation des autres représentants est de 75 %.

De nombreux sujets y sont abordés et un compte rendu est établi. Parmi les sujets abordés on peut noter en 2018 :

- l'examen des plaintes et des réclamations ;
- la présentation du projet « liberté d'aller et venir » qui a abouti à une réforme des pratiques en septembre 2019 ;
- le rapport annuel sur les pratiques d'isolement et de contention ;
- les événements indésirables graves ;
- la satisfaction des usagers durant leur hospitalisation et à la sortie.

En ce qui concerne le dernier point, l'évolution du taux de retour des questionnaires de satisfaction remplis par les patients progresse. Il était de 14 % en 2017, 25 % en 2018 et de 37 % en 2019.

Les patients ont une appréciation très favorable ou favorable à 88 % sur leur prise en charge globale par l'établissement en 2018. L'accueil au moment de l'hospitalisation reçoit le score de 82 % de satisfaction, 92 % pour les soins dont 76 % de très satisfaisant, 87 % pour la préparation à la sortie. La lisibilité du livret d'accueil ne relève qu'un taux de satisfaction de 63 %. Cela a provoqué une réflexion au sein de la CDU afin de travailler sur un livret plus lisible. L'année 2020 devrait produire un nouveau document qui s'appuie sur la méthodologie FALC (Facile à Lire et à Comprendre). Le même travail est réalisé sur la rédaction du règlement intérieur (cf.§ 3.1.3)

La commission examine également l'analyse des demandes des patients au sujet du dossier médical. 117 demandes ont été formulées en 2018 : 44 demandes concernaient le suivi médical du patient, une seule demande concernait une saisie judiciaire. Sur les 117 demandes, 13 ont été refusées, 90 ont fait l'objet d'une réponse dans le délai légal, les autres ont fait l'objet d'un dépassement du délai légal<sup>14</sup>.

La CDU a également examiné, en 2018, les vingt-trois événements indésirables graves.

Les représentants des usagers contactés par les contrôleurs indiquent leur réelle implication dans cette commission. Ils participent également à d'autres instances à la demande de la direction, sur la qualité, la réflexion éthique ou la lutte contre les infections nosocomiales...

A noter également que la direction fait appel à une ancienne patiente qui a été hospitalisée durant cinq ans. Celle-ci a connu tout un parcours de l'isolement à la contention en passant par la prise en charge en soins ambulatoires. Elle a écrit un livre qui raconte son histoire. Elle intervient dans certaines instances de réflexion pour apporter son regard d'utilisateur de la psychiatrie.

---

<sup>14</sup> Une semaine pour les dossiers des moins de cinq ans et deux mois pour les dossiers de plus de cinq ans.

### 3.6 DES EFFORTS ONT ÉTÉ ENTREPRIS POUR QUE LE DISPOSITIF DE LA PERSONNE DE CONFIANCE S'APPLIQUE REELLEMENT MAIS LEURS EFFETS SONT ENCORE LIMITÉS

L'immense majorité des patients a désigné une personne de confiance. Au moment du contrôle, étaient concernés quatorze des quinze patients de l'unité des Châtaigniers ou dix-neuf des vingt et un patients de l'unité Roubary-Merisiers. Dans la plupart des cas, ce choix s'opère dès l'entretien d'arrivée et porte sur les membres des familles des patients.

En revanche, il apparaît que l'accord de ces personnes n'est pas explicitement recherché alors que leurs coordonnées sont inscrites dans les dossiers des patients. De même, seules les personnes de confiance également membres des familles sont réellement associées aux soins ; elles le sont alors davantage au titre de leur lien de filiation que du dispositif de la personne de confiance.

Pour corriger ces pratiques, un *quality day*, c'est-à-dire un après-midi de réflexions et d'échanges piloté par le service qualité, spécialement consacré à la personne de confiance a été organisé en 2019. Une quarantaine de membres du personnel y a pris part. Un document a été rédigé et diffusé à sa suite rappelant notamment les différences entre la personne de confiance et la personne à prévenir. Une évaluation des progrès effectués est prévue dans un laps de temps de deux ans.

#### RECOMMANDATION 6

La personne de confiance doit être informée de sa désignation par le patient, son accord doit être recueilli. Elle doit être associée au projet de soins selon les souhaits du patient.

### 3.7 LE DISPOSITIF D'ACCÈS AU VOTE EST EFFECTIF ET RECONDUIT D'ÉLECTION EN ÉLECTION MAIS IL NE COUVRE PAS L'INSCRIPTION SUR LES LISTES ÉLECTORALES

En vue des élections municipales prévues en mars 2020, deux notes de service complétant les informations figurant déjà dans le livret d'accueil ont été publiées pour rappeler aux patients leur droit de voter et au personnel l'attention à porter à ces demandes. Instruction a également été donnée aux cadres de santé de les expliquer oralement aux patients.

Le dispositif mis en place est identique à ceux élaborés pour les élections européennes de 2019 et présidentielles de 2017. Ainsi, en ce qui concerne les procurations, des officiers de police sont attendus sur le site de La Glacière pour procéder aux formalités de rigueur auprès des patients le désirant. En revanche, pour ceux des sites de Picauville et de Valognes, relevant de la brigade de gendarmerie de Sainte-Mère-Église, la responsabilité de se déplacer leur incombe. Des véhicules et des agents de l'établissement sont mis à disposition des unités pour ce faire. De même, le jour du vote, des moyens mutualisés au niveau de l'établissement seront affectés au transport des patients désireux de voter et non déjà pris en charge par leurs proches.

Si aucune statistique officielle n'est tenue, il apparaît au vu des déclarations des soignants que seuls quelques patients par unité usent effectivement de leur droit de vote lors des élections.

A l'avenir, la publication de ces notes pourrait être anticipée. Elles ont en effet été affichées dans les unités le 12 février 2020, soit après la date limite fixée au 31 janvier 2020 pour l'inscription sur les listes électorales, limitant en cela les droits des patients non-inscrits.

## RECOMMANDATION 7

La mise en place du dispositif d'accès au vote doit être anticipée pour permettre aux patients le souhaitant de s'inscrire à temps sur les listes électorales.

Dans ses observations du 27 juillet, le directeur général fait valoir que le droit de vote est facilité par deux notes d'information et que l'inscription sur les listes électorales relève davantage du rôle des représentants légaux des patients.

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation dans la mesure où l'attention de l'établissement est attirée sur la nécessité d'anticiper la diffusion des notes d'informations dans les unités.

### 3.8 FAUTE DE DEMANDE POUR D'AUTRES CULTES, SEUL LE CULTE CATHOLIQUE EST REPRESENTE DANS L'ETABLISSEMENT

Le livret d'accueil des patients précise que ces derniers peuvent « *demandeur la visite d'un représentant du culte de [leur] choix* ». Dans les faits, seule l'aumônerie catholique est présente et active sur les trois sites de Picauville, Valognes et La Glacerie. L'histoire de l'établissement, créé par une congrégation, et de la région est généralement avancée comme explication.

L'action de l'aumônerie catholique est encadrée par une convention renouvelée en avril 2019 par la direction de l'établissement. Au moment du contrôle, l'aumônier référent parti à la retraite en juillet 2019 n'avait pas encore été remplacé, faute de candidat soumis par le diocèse et bien qu'un budget soit prévu par l'établissement pour le rémunérer.

Dans les unités, des permanences assurées par six bénévoles sont prévues chaque semaine, ou toutes les deux semaines pour l'unité Ecalgrain isolée à Valognes, dans des locaux spécifiques. Des offices religieux sont également organisés régulièrement, à savoir toutes les semaines dans la chapelle du site de Picauville et toutes les deux semaines dans la salle d'aumônerie à La Glacerie. Pour l'unité Ecalgrain à Valognes, aucun office n'est organisé : pour les patients le souhaitant, les infirmiers autorisent la diffusion à la télévision du programme chaque dimanche.



*La chapelle du site de Picauville construite sur un plan en étoile à six branches. Une aile était auparavant réservée aux patients, les autres au personnel de l'établissement, aux membres de la congrégation religieuse et aux habitants des environs*



*La salle utilisée par l'aumônerie catholique sur le site de Picauville*

Pour la pratique du culte, à l'imposante chapelle historique construite au cœur du site de Picauville s'ajoute une salle réservée aux activités quotidiennes de l'aumônerie, aérée et bien équipée. A La Glacerie, les offices et les réunions de l'aumônerie se tiennent dans une salle partagée avec les avocats, en face de la salle d'audience, *de facto* moins personnalisée.

Un budget annuel de 1 200 euros est alloué à l'aumônerie, essentiellement utilisé pour organiser un pèlerinage dans les environs auquel participe une vingtaine de patients.

Selon les témoignages recueillis, aucune autre demande de culte n'aurait été formulée au cours des dernières années. Une liste d'aumôniers d'autres religions joignables si besoin est néanmoins mise à la disposition du personnel mais elle devrait être affichée.

#### PROPOSITION 1

Une information sur l'accès à l'ensemble des cultes doit être donnée aux patients dans toutes les unités.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, le directeur général de la fondation fait observer que « *l'information sur les cultes figure en page 11 du livret d'accueil* ». De plus, il est transmis la liste complète des cultes établie par le ministère des solidarités et de la santé qui a été diffusée lors de la période COVID. Cette recommandation devient une proposition dans la mesure où dans un souci de lisibilité il conviendrait de diffuser l'information par affichage dans les unités.

Enfin, le large choix offert pour composer les menus permet de respecter les prescriptions alimentaires des différentes religions.

### **3.9 LES PATIENTS NECESSITANT UNE PROTECTION JURIDIQUE VOIENT LEURS BESOINS SATISFAITS MAIS LES MANDATAIRES NE SONT PAS SUFFISAMMENT PRESENTS LORS DES AUDIENCES DEVANT LE JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION**

Des assistants sociaux interviennent dans chaque unité mais le nombre de leurs permanences hebdomadaires varie : si leur temps de présence est par exemple équivalent à 0,35 équivalent

temps plein (ETP) dans l'unité Le Roy-Bertin, il est de 0,60 % dans les unités des Châtaigniers et de Roubary-Merisiers. Ils semblent être impliqués dans la vie des unités et participent aux réunions, notamment à celles de synthèse. Dans l'unité Ecalgrain, l'assistante sociale assiste même autant que faire se peut aux transmissions entre infirmiers.

Ce sont eux qui signalent les personnes paraissant devoir être protégées au juge des contentieux de la protection. Dans les unités, ils sont en général saisis par les psychiatres d'une demande de bilan social, ou par les infirmiers lorsque ces derniers observent des situations sortant de l'ordinaire. Cependant, l'essentiel des patients placés sous curatelle ou tutelle le sont déjà avant leur hospitalisation.

Le nombre de patients protégés diffère selon les unités. Au moment du contrôle, ils étaient par exemple cinq dans l'unité des Châtaigniers – dont quatre sous curatelle – sur quatorze personnes hospitalisées au total, ou trois – tous sous curatelle – sur quinze à Ecalgrain.

Dans la majorité des cas, les tuteurs ou curateurs sont désignés dans le cercle familial. Ils peuvent également être associatifs comme l'Union départementale des associations familiales (UDAF). Enfin, la Fondation a un service dédié à la protection des adultes comprenant deux mandataires et un secrétaire, et traitant plus de 130 dossiers répartis sur les dix-huit établissements de la Fondation.

La réactivité et l'implication des mandataires ont été soulignées par les assistants sociaux et les équipes soignantes. Ainsi, la plupart répondent aux demandes dans la journée, notamment pour les transferts d'argent. En cas d'urgence, l'hôpital peut également avancer l'argent avant que les mandataires remboursent, comme cela est notamment pratiqué dans l'unité des Châtaigniers. Les mandataires rencontrés ont également mis en avant leurs rencontres régulières avec les personnes placées sous leur protection, au minimum tous les mois pour les mandataires de la Fondation.

Ils paraissent également être associés aux projets de sortie des patients. Par exemple, dans l'unité des Marronniers, ils accompagnent les patients lors des visites des structures identifiées dans le cadre du projet de sortie ; ils sont aussi impliqués dans les projets de vacances initiés pour aider les patients à se détacher progressivement de leur unité.

En revanche, leur présence aux audiences tenues par le juge des libertés et de la détention semble rare comme ce dernier l'a regretté. Des convocations leurs sont pourtant directement remises par le greffe du tribunal (cf. § 4.4.2).

### **3.10 L'HETEROGENEITE DES PRATIQUES OBSERVEES EN MATIERE DE RESPECT DU PRINCIPE DE CONFIDENTIALITE DE L'HOSPITALISATION NE CORRESPOND PAS AUX OBJECTIFS AFFICHES**

Des notes d'information relatives à la protection des données des patients sont affichées sur les murs de certaines unités, notamment à Ecalgrain. De même, le livret d'accueil des patients comporte plusieurs sections consacrées au principe de confidentialité et au respect des données personnelles.

La réalité diffère largement. Si le principe de confidentialité semble être strictement respecté concernant la teneur des soins prodigués – aucune information à ce sujet n'étant partagée avec l'extérieur – il n'en va pas de même concernant la présence ou non d'un patient dans l'établissement. Des pratiques diverses ont pu être observées d'une unité à l'autre, voire entre les membres d'une même unité : certains infirmiers refusent catégoriquement de répondre aux questions posées au téléphone, d'autres renvoient vers les familles des patients ou le bureau des entrées et d'autres encore y répondent partiellement.

## RECOMMANDATION 8

Un rappel du principe de confidentialité de l'hospitalisation doit être fait et des actions doivent être menées pour s'assurer de son respect effectif et complet.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, le directeur général de la fondation a communiqué une note du 5 avril 2017 intitulée « secret professionnel-secret de la vie privée » rappelant le principe de confidentialité de l'hospitalisation et les sanctions en cas de non-respect. Néanmoins, la diffusion de cette note trois ans avant la mission de contrôle ne semble pas avoir eu l'effet escompté au regard des constats réalisés.

## 4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

### 4.1 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES VEILLE AUX DROITS ET A LA DIGNITE DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT

La Commission départementale de la Manche est compétente sur les établissements gérés par la FBS, notamment celui de Picauville et de La Glacerie.

Un psychiatre hospitalier en activité préside la CDSP. Un médecin somaticien exerçant en libéral a rejoint la commission récemment. Deux représentants des associations d'usagers y siègent, l'UNAFAM<sup>15</sup> et l'association ADVOCACY. Jusqu'en 2019 une magistrate, juge aux affaires familiales, était présente lors des commissions. La composition des CDSP a été modifiée dans le cadre de la loi 2019-222 et les magistrats siégeant dans les CDSP ne sont pas remplacés. C'est le cas de la CDSP de la Manche qui perd cette compétence juridique. Elle contribuait à garantir les droits des patients hospitalisés sous contrainte et dont la mesure excédait une année. Les représentants des familles auditionnés par les contrôleurs regrettent fortement la disparition d'un représentant de la magistrature. Les autres membres de la commission partagent cet avis.

Deux visites annuelles, sur site, sont programmées chaque année dans l'ensemble des unités gérées par la FBS. L'information sur la tenue des commissions est systématiquement donnée aux patients par le personnel de l'établissement.

Les représentants de la CDSP s'entretiennent avec les patients en soin sans consentement. Le rapport 2018 fait état de sept entretiens sur le site de La Glacerie et un entretien sur le site de Picauville. Les patients ont exprimé des réclamations diverses : contestation de l'hospitalisation, besoin de sortir plus fréquemment de l'établissement, demande d'arrêt de programme de soins ou une plainte concernant la contention. Ces entretiens font l'objet d'un bref compte rendu et une suite est donnée quand cela est nécessaire.

En 2018, la CDSP a examiné quarante-deux dossiers concernant des patients. Dix-huit dossiers SDDE péril Imminent, huit en SDDE mesure tiers en urgence L.312-3 de plus d'un an et seize SDRE de plus d'un an.

Dans sa séance du 20 juin 2019, six patients ont souhaité rencontrer la CDSP. La visite du service des Châtaigniers, sur le site de La Glacerie, a été effectuée. Le rapport indique l'excellent état des locaux et la liberté pour les patients d'utiliser leur téléphone portable.

La visite du service Pierre Jamet, sur le site de Picauville, est également effectuée. Il s'agit d'un service fermé qui comporte une chambre d'isolement que la commission a visité.

Le compte rendu de la CDSP fait état des échanges entre la direction et le président de la CME. Il est intéressant de noter que le président de la CDSP fait remonter des faits recueillis lors de ces entretiens avec les patients, notamment des difficultés relationnelles la nuit, les patients qualifiant ces relations de brutales. La commission souhaite également que la rédaction des certificats médicaux permette une meilleure compréhension des choix à faire quant à la prise en charge du patient et les mesures à prendre.

---

<sup>15</sup> UNAFAM : union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

Le registre des contentions et des isolements est également examiné et la commission regrette à ce sujet que la loi ne précise pas les modalités et la forme que devrait prendre ce recueil.

Les visites des unités donnent lieu à des recommandations notamment sur la place des aidants et des familles par rapport aux soins ou sur l'amélioration des activités proposées aux patients. Une attention particulière a été portée, en 2018, sur les chambres d'isolement et leur équipement.

Des échanges ont lieu avec la direction et le médecin chef de pôle sur l'évolution des pratiques qui a permis d'assouplir l'utilisation du téléphone portable pour les patients et la volonté de l'établissement de réduire au maximum les isolements et la contention.

Le rapport annuel de la CDSP est envoyé au CGLPL.

#### 4.2 LE REGISTRE DE LA LOI EST SCRUPULEUSEMENT TENU AU JOUR LE JOUR MAIS SA DERNIERE VERSION EST PEU LISIBLE

Le registre de la loi, commun aux SDDE et aux SPDRE, femmes et hommes confondus, est tenu par le bureau des entrées sur un modèle normalisé : livres cartonnés format A2, composés de 100 feuillets doubles numérotés correspondant pour chacun à un patient, renseignés par date d'admission ; pour les patients dont la prise en charge se poursuit en hospitalisation complète ou programme de soins durant plusieurs mois voire années, le suivi se fait par une référence au registre précédent notée en rouge sur la première page du folio et une mention du registre suivant portée en fin de ce même folio ce qui assure une certaine clarté.

Jusqu'au livre 58 qui est ouvert le 5 septembre 2019 et comprend l'année 2020, sont transcrites dans ce registre, de façon manuscrite, toutes les mentions prescrites par la loi<sup>16</sup> (et même au-delà puisque figure la mention du recueil des observations du patient et l'information à la famille pour les admissions en péril imminent). Chaque pièce visée est numérotée et renvoie aux documents classés dans le dossier du patient. Les admissions et tout événement dans la prise en charge du patient sont consignés sans délai dans le registre. Le registre est donc tenu avec une grande précision cependant il manque dans cette version des pièces énumérées par le texte normatif que sont notamment les avis et les certificats médicaux ainsi que les attestations mentionnés au présent chapitre et les levées de mesures dont seules les dates et la nature sont reportées sans leur contenu. L'accès à ces pièces nécessite la consultation du dossier du patient.

---

<sup>16</sup> Article 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 mentionnés 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.

Par ailleurs, le bureau des entrées a été alerté par les contrôleurs de l'absence de report de la nature de la mesure sur plusieurs feuillets du livre 56 lorsqu'il s'agit d'un péril imminent (PI).

Tous les dossiers, de l'année en cours et de l'année N-1 ainsi que ceux concernant les patients toujours suivis en SSC (en hospitalisation complète et en programme de soins), sont conservés au bureau des entrées dont l'organisation tant dans la tenue des dossiers que des outils d'alerte est rigoureuse.

Les livres du registre 56, 57 et 58 ont été examinés plus particulièrement, soit à compter du 21 octobre 2018. Un contrôle par le parquet a été opéré le 28 novembre 2018 et par la CDSP le 21 juin 2019, sans commentaire ni observation.

Un changement de méthode dans la tenue du registre est intervenu à la rentrée 2019. Un comité sur les SSC a engagé une réflexion sur l'harmonisation de la tenue des registres entre les pôles Centre et Nord qui disposent chacun d'un bureau des entrées. En conséquence, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020 le livre 58 est renseigné par la copie agrafée de chaque avis, certificats ou décisions. S'il ne peut pas être reproché à l'établissement d'aller au-delà des exigences posées par l'article L3212-11 du CSP, il n'en demeure pas moins que la masse des documents ainsi accumulés rend la manipulation du registre difficile et la consultation des documents compliquée. Par exemple, s'agissant des décisions du juge des libertés et de la détention le report de la date et du dispositif de la décision suffisent.

Le registre de la loi est tenu conformément aux prescriptions de l'article L3212-11 du code de la santé publique néanmoins un réajustement de la liste des documents qui doivent y figurer permettrait de le rendre plus lisible.

### 4.3 LA PREPARATION A LA SORTIE EST TRES BIEN ORGANISEE

#### 4.3.1 Les sorties

##### a) Les sorties de courte durée

Les projets de soins sont individualisés et ont pour objectif de favoriser l'autonomie et un retour à domicile ou dans une structure adaptée. Ils sont mis en place rapidement donnant du sens aux soins. A cet égard, l'examen du registre et des certificats médicaux qui y sont mentionnés, confirmé par les informations recueillies au sein des unités, démontre que les autorisations de sortie de courte durée sont données très rapidement. Ainsi, les psychiatres accordent des sorties d'une durée inférieure à 12 heures, dès que l'état clinique du patient le permet pour, par exemple, faire des courses ou des démarches, honorer un rendez-vous à l'extérieur, se promener, participer aux sorties organisées par les soignants ou encore organiser une visite à domicile pour préparer la sortie. Lors de ces permissions le patient est normalement accompagné par un ou deux soignants, 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 associés à la préparation de ces sorties.

Ces permissions, renseignées dans le dossier informatisé de chaque patient, sont répertoriées par le bureau des entrées. Durant l'année 2018, ont ainsi été accordées 870 sorties de moins de

12 heures et 305 sorties de moins de 48 heures. Durant l'année 2019, ont été accordées 895 sorties de moins de 12 heures et 344 sorties de moins de 48 heures.

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. Il a été précisé aux contrôleurs que, dès lors que le certificat médical est bien circonstancié, avec précision des horaires et des lieux de sorties, le préfet ne s'oppose pas. En cas d'hésitation, il demande un deuxième avis médical mais cette situation reste rare. D'ailleurs, il ressort des avis tant du personnel de l'établissement que de la préfecture qu'il y a peu de refus de la part de la préfecture s'agissant des autorisations de sortie pour les patients en SDRE en raison de la relation de confiance qui existe avec l'établissement. Par exemple, un patient en SDRE a été orienté à partir de l'unité Sophie de Riou à l'unité Anne Le Roy-Bertin, car il adhère à un programme dit « filière » basé sur l'autonomie – une commission filière oriente ces patients vers les autres unités. Il est autorisé par le préfet à sortir de l'unité plusieurs fois par semaine notamment pour travailler à l'atelier Béthanie et participer à d'autres activités à l'extérieur. Ce programme « filière » permet une ouverture sur l'extérieur pour des patients qui ne peuvent pas encore bénéficier d'un programme de soins et qui sont partie prenante d'un programme d'autonomisation.

#### 4.3.2 Les programmes de soins et la préparation à la sortie

##### a) Les programmes de soins (PS)

Les PS sont toujours établis dans le cadre d'un changement de forme de prise en charge du patient, c'est-à-dire après un temps d'hospitalisation complète.

Il ressort des données des bilans SSC ARS que pour l'année 2018, trente-huit PS, dix-neuf modifications de PS et dix-sept réadmissions sont dénombrés. Pour l'année 2019, vingt-huit PS, dix modifications de PS et vingt réadmissions sont dénombrés.

Les PS sont très majoritairement axés sur une prise en charge à domicile et consultations en CMP, les hospitalisations de jour étant rares et les hospitalisations séquentielles exceptionnelles.

##### b) La levée de la mesure

La levée de l'hospitalisation complète ou de la mesure de SSC est préparée avec l'assistante de service social, le tuteur, le tout étant travaillé en articulation avec l'extra hospitalier ainsi que les différentes structures et institutions extérieures. Le maillage territorial évoqué facilite les projets de sortie. Ainsi le CHS a développé de nombreuses alternatives à l'hospitalisation avec notamment : des appartements thérapeutiques, un EHPAD et des structures extérieures telles que le service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), une résidence accueil destinés aux patients pour lesquels le maintien à domicile est problématique, un établissement d'hébergement non médicalisé pour personnes âgées. Il n'en demeure pas moins que la mainlevée se heurte toutefois au manque de logements, de structures adaptées, et d'EHPAD acceptant ces patients. Par ailleurs, il a été indiqué que pour les orientations en FAM, les délais étaient de plusieurs années.

S'agissant des mainlevées de mesure de SPDRE, le préfet a tendance à solliciter un second avis médical, demande qui est systématique pour les patients déclarés pénalement irresponsables. Si le deuxième avis médical confirme la possibilité d'une mainlevée, le préfet délivre un arrêté de levée de la mesure.

### 4.3.3 Le collège des professionnels de santé

Le bureau des entrées tient un planning indiquant pour chaque patient, et selon son statut, les échéances et dates à respecter soit, pour la réunion du collège, dans un délai d'un an à compter de l'admission ou d'un an depuis le précédent collège.

Pour les patients qui ont été hospitalisés à l'unité Sophie de Riou, le médecin psychiatre référent les rencontre avant la réunion du collège pour expliquer la procédure.

Le collège est habituellement composé du psychiatre référent, d'un psychiatre extérieur au service et du cadre de santé. Un avis de décision du collège qui est bien motivé au regard de ceux examinés dans le cadre de l'étude du registre de la loi est adressé au patient qui a la possibilité de formuler des observations conformément à l'article L3211-3 du code de la santé publique.

Lorsque la réunion du collège des professionnels de santé est nécessaire, le bureau des entrées avise les secrétaires médicales de l'unité ou du CMP afin qu'elles composent le dit collège. Une fois la date de la réunion arrêtée par les membres du collège –dans les 15 jours précédant la date butoir – une convocation est adressée tant aux membres du collège qu'au patient.

L'avis du patient sur les modalités des soins est recherché et est pris en compte dans toute la mesure du possible. L'avis du collège est rendu en présence du patient qui est invité à signer un récépissé. En cas de refus ou d'impossibilité de le faire, ce récépissé est signé par deux soignants. L'avis du collège est ensuite remis au bureau des entrées qui le transmet à l'ARS.

## 4.4 L'ETABLISSEMENT ORGANISE L'ACCES AU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION (JLD) QUI ASSURE UN CONTROLE DE LA REGULARITE DE LA PROCEDURE ET DE L'EVOLUTION DE L'ADHESION AUX SOINS

### 4.4.1 Les modalités d'organisation de l'audience

Le bureau des entrées s'assure auprès des secrétaires médicales des unités de la rédaction des avis motivés (certificat médical établi entre le 5<sup>ème</sup> et le 8<sup>ème</sup> jour de l'admission) auxquels sont joints le recueil des observations du patient, le certificat lié à la possibilité de sa comparution à l'audience et, éventuellement, l'attestation de refus du patient de comparaître. Une fois en possession de ces documents, le bureau des entrées prépare la requête de saisine du juge des libertés et de la détention (JLD) selon un formulaire type qui est envoyée par télécopie accompagnée de toutes les pièces administratives et médicales du patient. De l'avis des professionnels rencontrés, la communication est de qualité et fluide entre le bureau des entrées et le greffe du JLD.

La convocation pour l'audience est ensuite adressée à l'établissement par le greffe du JLD, assortie d'une feuille pour le choix ou la désignation de l'avocat. Cette convocation est notifiée au patient par un soignant de l'unité – souvent le cadre de santé ou l'infirmier coordinateur – qui, à cette occasion explique au patient le rôle du juge et le déroulement de l'audience (intervention bien comprise et acceptée des patients selon les soignants rencontrés). Une fois signé par le patient, un exemplaire de la convocation est retourné au bureau des entrées qui la transmet au greffe du JLD et un autre exemplaire est remis au patient qui le conserve.

Cinq à six avocats, qui interviennent dans le cadre de la permanence pénale aux termes d'un accord entre le tribunal judiciaire (TJ) de Cherbourg et le barreau, se sont spécialisés dans la

défense des patients en SSC et sont investis dans leur rôle selon le juge des libertés et de la détention. Par ailleurs, la pratique du greffe du TJ de Cherbourg, qui va au-delà des textes, garantit l'exercice des droits de la défense. En effet, une convocation est adressée à l'avocat avec la mention qu'une copie de la procédure lui est communiquée systématiquement sans qu'il ait à formaliser la demande de copie.

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 saisine facultative (par le patient, un parent, le tiers demandeur à la mesure, le tuteur ou le procureur de la République), cas au demeurant très rares.

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. Selon le greffier du JLD et ce dernier, les tiers, tout comme les tuteurs, ne se présentent que rarement à l'audience et n'adressent que très exceptionnellement des observations en vue de l'audience. Le service des majeurs protégés de la Fondation a indiqué qu'il se présentait toujours à l'audience – sauf impossibilité d'agenda, un rapport étant dans ce cas adressé au JLD.

## BONNE PRATIQUE 2

Le greffe du juge des libertés et de la détention délivre systématiquement une copie de la procédure à l'avocat renforçant la garantie de l'exercice des droits de la défense.

### 4.4.2 Les locaux et le déroulement de l'audience

Les audiences du juge des libertés et de la détention se tiennent les mardi et vendredi matin à 9h sur le site de La Glacerie depuis l'année 2011, au sein d'une salle de réunion spacieuse et lumineuse proche de l'entrée de l'établissement et signalée par des panneaux indicateurs. L'emplacement de la salle d'audience permet de ne plus recourir à la visioconférence ce qui était le cas lorsque les audiences étaient organisées sur le site de Picauville.

Le juge et le greffier se tiennent derrière une table tandis que le patient et son avocat sont disposés en face assis eux-mêmes derrière une table. Des chaises sont disposées en nombre pour le public.

Un à deux soignants de l'unité accompagnent le patient à l'audience du JLD et l'un d'eux y assiste. Lors de l'audience du 11 février 2020<sup>17</sup>, les contrôleurs ont constaté que la tenue de l'audience respecte la dignité des patients dans la mesure où d'une part, les patients sont toujours présentés vêtus de leurs effets personnels même s'ils se trouvent en pyjama dans l'unité et d'autre part, ils ont la possibilité de s'exprimer et sont questionnés sur leur adhésion aux soins par le JLD. En raison de la grève des avocats les deux patients concernés par l'audience n'étaient pas assistés. L'établissement n'est pas représenté à l'audience. Le procureur de la République n'y est pas présent mais dépose des conclusions écrites. L'avocat dispose d'un temps d'entretien avec le patient avant l'audience.

<sup>17</sup> Audience relative à deux patients.

La décision et les voies de recours sont expliquées au patient par le juge. La notification est normalement 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, au tiers et au tuteur s'ils sont présents à l'audience puis adressée par télécopie au bureau des entrées. A défaut, notamment lorsque le patient est absent (par suite d'un certificat d'incompatibilité ou de son refus, situations très rares), la décision est remise au bureau des entrées puis notifiée et expliquée au patient dans l'unité par un infirmier, une copie étant envoyée à l'avocat. Lors de l'audience du 11 février 2020, les décisions ont été expliquées aux deux patients concernés néanmoins un problème technique n'a pas permis la notification de la décision qui a été adressée peu de temps après la fin de l'audience au bureau des entrées qui s'est chargé de la transmettre à l'unité et de s'assurer de l'effectivité de la notification avant de la retourner au greffe du JLD.

Très peu de patients font 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.

En cas d'appel, le patient peut, soit saisir directement la cour, soit adresser un courrier au bureau des entrées qui transmet l'appel à la cour. Un formulaire intitulé « *procès verbal de recueil d'une demande orale de recours formulée par un patient* » permet de faciliter l'exercice du droit au recours. La convocation pour l'audience est adressée par télécopie par le greffe de la cour. Les audiences se tiennent à la cour d'appel à Caen (Calvados) où le patient est conduit par deux infirmiers ou un infirmier et un aide-soignant. La décision de la cour est envoyée par télécopie au bureau des entrées qui la fait suivre dans l'unité pour notification au patient ; copie de la décision est également transmise au directeur de l'hôpital.

Les données statistiques ont été transmises exclusivement par l'établissement. Néanmoins la présidente du tribunal judiciaire de Cherbourg entend rendre plus précises les données d'activité du JLD qui a des compétences multiples.

Pour l'année 2018, 157 saisines du JLD sont dénombrées soit une moyenne de 13,1 par mois et 152 dossiers étaient audiencés soit 12,7 par mois.

Pour l'année 2019, 184 saisines du JLD sont dénombrées soit une moyenne de 15,3 par mois et 181 dossiers étaient audiencés soit 15,1 par mois. Sur les 181 patients convoqués 149 étaient effectivement présents à l'audience. Les décisions du JLD sont réparties comme suit :

- 151 maintiens ;
- 2 mainlevées ;
- 28 mainlevées avec programme de soins.

Deux appels ont été interjetés par deux patients, l'un des appels a été déclaré irrecevable par la cour d'appel et l'autre a fait l'objet d'une confirmation de la décision de maintien du JLD.

Selon le juge des libertés et de la détention rencontré, les avocats soulèvent de plus en plus d'irrégularités procédurales ce qui a fait évoluer la jurisprudence. Une décision de mainlevée sur deux a pour origine le manque de motivation du certificat médical, cependant elles restent rares. Le JLD a notamment expliqué qu'un avocat avait par le passé soulevé l'absence de possibilité de vérifier que les patients avaient pu formuler des observations avant l'audience ce qui avait conduit à des annulations de procédure. En conséquence, il estime que le formulaire spécifique de recueil des observations des patients qui a été créé par la suite permet de s'assurer de l'effectivité de ce droit. (cf. § 7.2 bonne pratique n°4).

#### 4.5 LES CONTROLES DES AUTORITES SONT ASSURES

A chacune de ses visites, la CDSP vise le registre de la loi.

Le substitut du procureur de la République en charge des procédures de SSC se rend une fois par an au sein de l'établissement et vise le registre de la loi (*cf. supra* § 3.2). Les JLD quant à eux ne contrôlent pas ce registre. Les professionnels rencontrés s'accordent à dire que les relations entre l'autorité judiciaire et l'établissement sont de qualité.

Le préfet qui a pris son poste le 3 juin 2019 a effectué une visite du pôle Centre le 31 janvier 2020. Une visite du pôle Nord doit être programmée prochainement.

Le maire de la commune vise les livres du registre de la loi sur le premier folio et sur le centième et dernier folio.

## 5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

### 5.1 LA LIBERTE DE CIRCULATION EST ASSUREE DANS UN SITE OUVERT MAIS LE RISQUE DE LA RESTREINDRE EXISTE

Il convient de distinguer les sept unités visitées qui se répartissent sur trois sites géographiques différents, Picauville, Valognes, La Glacerie.

Trois unités ouvertes : « Les Châtaigniers » et « Roubary-Merisières » sont situées sur le site de La Glacerie et l'unité « Le Roy-Bertin » sur le site de Picauville.

Deux unités sont en partie ouvertes et en partie fermées : « Les Marronniers » à Picauville. Cette unité est composée d'une partie fermée pour les patients qui peuvent se mettre en danger ou qui font l'objet d'une admission en SDRE.

L'unité Ecalgrain de géronto-psychiatrie située à Valognes est organisée en deux secteurs : le secteur 12, pour les patients les plus indépendants, autorisés à entrer et sortir librement de l'unité et le secteur 6, dont les patients atteints de troubles cognitifs et souvent très âgés sortent uniquement accompagnés.

L'unité Sophie de Riou, située sur le site de La Glacerie est une unité fermée et sécurisée : porte d'entrée avec sas, grilles aux fenêtres, minuscule patio goudronné.



*La cour de l'unité Sophie de Riou*

Toutes les unités sont situées sur des espaces ouverts à la circulation. Il n'y a pas de mur, de grille, de caméra ou de barrière pour limiter la circulation des personnes. L'usage volontairement modéré des caméras de vidéosurveillance mérite d'être souligné. Malgré l'éclatement de l'établissement sur plusieurs sites et son étalement sur un vaste parc, des caméras sont seulement disposées aux entrées des sites de Picauville et de La Glacerie, et ce pour ne pas rendre les lieux plus anxiogènes au dire des personnes responsables.

Les différents sites sont sécurisés la nuit, mais dans la journée, l'impression générale, est que les patients bénéficient d'un cadre qui ne donne pas le sentiment de vivre l'enfermement.

Dans les unités ouvertes, la règle est de permettre aux patients de sortir librement pour participer aux activités proposées. Si un patient ne doit pas sortir, c'est que son état de santé ne le permet pas et une décision médicale est prise dans ce sens pour un temps donné. Toutes les décisions sont tracées dans le dossier du patient. C'est davantage l'aspect clinique qui est pris en compte que le statut du patient hospitalisé. Des sorties en ville sont régulièrement organisées, des activités extérieures à l'établissement sont proposées.

La liberté d'aller et venir est moins évidente dans des unités qui comportent un espace ouvert et un espace fermé. C'est le cas, par exemple de l'unité « Les Marronniers », les contrôleurs ont pu observer que ce système avait ses limites. Le nombre de lits étant limité dans l'unité ouverte, certains patients sont installés dans l'unité fermée alors même que leur état clinique ne le justifie pas. Tel était le cas, le jour du contrôle, pour deux patients qui étaient admis dans le cadre d'un séjour de rupture.

En ce qui concerne l'unité « Riou » qui accueille essentiellement des patients en soins sans consentement, la liberté d'aller et venir est très limitée. C'est l'unité qui dispose de la cour intérieure la moins conviviale alors que les patients sortent peu.

La plupart du temps les patients ne sortent à l'extérieur qu'accompagnés. Les contrôleurs ont été surpris de la décision récente de l'établissement d'équiper toutes les chambres, y compris les chambres destinées aux personnes à mobilité réduite, de grilles aux fenêtres, en sus des chambres d'isolement. Ces grilles peuvent être actionnées par le personnel soignant depuis l'extérieur de la chambre. Si la préoccupation de garantir la sécurité des patients et du personnel est légitime, la pose systématique de grilles aux fenêtres de toutes les chambres contraste avec la volonté des autres unités de permettre aux patients de vivre leur temps d'hospitalisation en réduisant les contraintes liées à l'enfermement. Il serait dommage qu'un virage sécuritaire vienne contrarier une prise en charge ouverte vers le monde extérieur.

## RECOMMANDATION 9

La pose de grille à toutes les fenêtres de l'unité Riou n'est pas respectueuse de la dignité des patients.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, le directeur général a communiqué un courriel en date du 17 février 2020 indiquant qu'il n'est pas favorable à l'installation supplémentaire de volet de sécurité aux chambres de cette unité ce qui a mis un terme au projet.

Les contrôleurs prennent acte de cet engagement mais regrettent que les grilles aux fenêtres soient maintenues.

## 5.2 LES RESTRICTIONS DE LA VIE QUOTIDIENNES SONT LIMITEES

### 5.2.1 L'accès à la chambre

Les chambres sont ouvertes en journée et les patients peuvent aller et venir en fonction de leurs besoins. Cependant les chambres ne disposent pas de verrou de confort permettant au patient de se sentir en sécurité.

#### RECOMMANDATION 10

Il convient d'équiper toutes les chambres d'un verrou de confort permettant de préserver l'intimité des patients.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, le directeur général indique que l'installation de verrous a été retardée par la crise sanitaire et devrait être effective au mois d'octobre 2020. Les contrôleurs prennent acte de cet engagement.

Le placement en salle à manger est libre.

L'accès à la télévision est large et les horaires sont souples en fonction des programmes et de l'état des patients.

Quand les chambres ne disposent pas de douche individuelle, l'accès aux salles d'eau se fait en fonction des besoins de chacun.

### 5.2.2 Le pyjama, une pratique rarement utilisée

Le port du pyjama, comme moyen de restreindre la liberté du patient, n'est pratiquement pas utilisé. De façon très exceptionnelle, il a été indiqué aux contrôleurs la situation de patients, mis en pyjama, juste après une tentative de suicide, pour laquelle le risque de récurrence est à craindre. La mesure ne dépasse jamais les vingt-quatre ou quarante-huit heures.

### 5.2.3 L'accès au tabac, une liberté préservée

L'accès au tabac est libre dans la journée et tard dans la soirée dans la plupart des unités. Certaines unités conservent les briquets la nuit, mais les patients peuvent obtenir du feu grâce à des allume-cigarettes qui équipent certains patios ou en le demandant au personnel soignant. L'accès aux patios sécurisés est facilité tard dans la soirée.

Quand les patients ne sont pas en mesure de gérer leur consommation de tabac, ils doivent venir chercher leur cigarette au poste infirmier. Ils connaissent les horaires et le nombre de cigarettes permises dans la journée.

## 5.3 LES RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT FACILITEES

Les relations avec l'extérieur sont facilitées, la règle générale est de laisser le maximum de liberté à la personne hospitalisée, sauf avis médical contraire. Il convient cependant de nuancer cette pratique suivant que le patient est dans une unité ouverte ou fermée.

### 5.3.1 Le courrier

Les patients peuvent correspondre par voie postale avec leurs proches et recevoir du courrier. Compte tenu de l'accès au téléphone portable, la correspondance est peu importante.

Ni le courrier reçu, ni le courrier émis n'est lu par l'équipe. Le courrier au départ est déposé au secrétariat de l'unité qui se charge de l'expédier. En ce qui concerne le courrier vers les Institutions, les frais postaux sont pris en charge par l'établissement. Un affichage des Institutions auxquelles les patients peuvent recourir existe dans les unités mais il mériterait une présentation plus claire en indiquant les adresses postales précises.



*Panneau d'affichage à Roubary-Merisiers*

### 5.3.2 Le téléphone, internet

Le téléphone est conservé par le patient jour et nuit, sauf avis médical contraire. Les contrôleurs ont pu constater cette règle dans toutes les unités sauf à l'unité Riou où les cordons ne sont pas laissés avec le téléphone. Au moment de l'admission une information est donnée aux patients sur l'interdiction de filmer ou de prendre des photos du personnel et des autres patients. Les patients qui n'ont pas accès à un mobile peuvent utiliser les téléphones filaires qui sont situés dans les parties communes. Ce dispositif filaire ne permet pas la confidentialité des échanges.

Cette liberté laissée au patient, depuis septembre 2019, a amené le personnel à un grand changement dans les pratiques. Certains membres du personnel sont encore réservés mais il est à noter que les appels injustifiés, par exemple à la gendarmerie ou le harcèlement envers des proches, sont nombreux.

Si les patients possèdent un ordinateur portable ils peuvent le conserver et l'utiliser. Pour le moment l'accès à internet n'est pas possible mais l'établissement a programmé la mise en place d'un « WIFI invité » au cours de cette année 2020.

### 5.3.3 La visite des familles

Les visites par les proches sont autorisées tous les après-midis avec des créneaux différents suivant les unités. Les familles se présentent au personnel soignant avant la visite. Des salons

d'accueil existent dans la plupart des unités, sauf aux « Marronniers ». Les familles peuvent rendre visite dans les chambres des patients, leur apporter des vêtements ou des friandises. Certaines unités, notamment l'unité « Roubary-Merisiers », sont encore équipées de chambres à deux lits ce qui ne facilite pas les visites dans les chambres.

#### 5.4 LA QUESTION DE LA SEXUALITE FAIT L'OBJET D'UNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE

Globalement le sujet n'est pas tabou. Les questions se posent différemment suivant les unités, l'âge des patients, la durée du séjour, la vulnérabilité de la personne.

De manière générale, la contraception est gérée par le médecin généraliste. Le personnel infirmier met des préservatifs à disposition des patients qui en font la demande.

En cas de vulnérabilité d'une personne, l'équipe soignante est vigilante afin de mettre en place, autour d'elle, des mesures de protection.

Sur le sujet de la sexualité, le médecin chef du pôle psychiatrie du centre hospitalier organise des rencontres ouvertes aux soignants. L'une des rencontres d'octobre 2019 était intitulée : « *La sexualité de nos patients au sein des structures de soins : droit pour l'individu ? Autorisation ou tolérance du soignant ? Ignorance du soignant ? Qu'en est-il de la question du consentement, de celle de la vulnérabilité ?* »

Une autre séance était prévue en mars 2020 et les contrôleurs ont pu prendre connaissance du sujet proposé : « *Face à la sexualité des patients à l'intérieur de l'hôpital, quelle posture pour les soignants, quelle interaction avec le soin ?* ».

Une volonté claire existe pour permettre aux soignants d'être plus à l'aise avec ce sujet qui touche l'intimité des patients, mais qui n'est pas sans impact dans un milieu de vie en collectivité.

#### BONNE PRATIQUE 3

La mise en place de rencontres pilotées par le médecin chef sur la vie affective et sexuelle des patients témoigne de la volonté d'accompagner les soignants sur un sujet complexe faisant partie intégrante des droits des patients.

## 6. LES CONDITIONS DE VIE

### 6.1 L'ÉCLATEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT SUR PLUSIEURS SITES ET L'ÉTALEMENT DES TRAVAUX DE RENOVATION DANS LE TEMPS EXPLIQUENT L'HÉTÉROGÉNÉITÉ DE L'ÉTAT DES LOCAUX

#### 6.1.1 Présentation générale

Le pôle de psychiatrie adulte du Nord de la Manche est éclaté sur trois sites.

Construit en partie au 19<sup>ème</sup> siècle, isolé des villes environnantes par les marais du Cotentin, le site de Picauville s'étale sur un vaste domaine consistant en une succession de bâtisses de taille variée, d'un ou deux étages maximum, et séparées d'arbres et de jardins. En plus des trois unités d'hospitalisation, il comprend plusieurs structures médico-sociales et des bâtiments réservés à la congrégation religieuse à l'origine de la création de l'établissement et des bureaux administratifs. Vétustes ou inadaptés, certains édifices sont fermés et à l'abandon, augurant de futurs chantiers.

Situé à une quarantaine de kilomètres de Picauville, à l'orée de Cherbourg, le site de La Glacière est constitué d'une dizaine de pavillons modernes, répartie sur les flancs d'une colline en contrebas de laquelle courent des champs. Un institut médico-éducatif (IME), un centre médico-psychologique (CMP) et plusieurs appartements thérapeutiques ou associatifs s'ajoutent aux trois unités d'hospitalisation pour adultes.

A équidistance de Picauville et de Cherbourg, l'unité Ecalgrain à Valognes est la plus récente, ouverte en 2008. Construite à l'origine à cet emplacement pour bénéficier des services des urgences de l'hôpital adjacent, cette unité se trouve confrontée à un changement majeur : la fermeture des urgences de cet hôpital et leur transformation en centre de soins non programmés depuis 2015.

Si l'éclatement géographique et les dates espacées de construction entraînent des différences dans l'état des locaux, ceux-ci sont dans l'ensemble bien entretenus. Une attention particulière semble être portée à offrir un cadre de vie pour les patients et un cadre de travail pour les équipes sereins et agréables.



*Entrée du site de Picauville*



*Le clocher et le cloître au centre du site de Picauville*



*Pavillons du site de La Glacière à Cherbourg*



*Unité Ecalgrain à Valognes*

### 6.1.2 Présentation des unités

Les sept unités visitées sont toutes de taille humaine, comprenant entre treize (unité Sophie de Riou) et vingt-quatre lits (unités des Marronniers A et B, et Le Roy-Bertin). Des disparités dans l'aménagement et l'état des locaux sont cependant relevées entre ces unités, en fonction de leur localisation et de leur date de construction.

Ainsi, les unités construites récemment, notamment Ecalgrain et Sophie de Riou, sont toutes constituées de chambres individuelles, avec toilettes et douches intégrées. En revanche, les unités les plus anciennes ou celles amenées à être délocalisées dans les mois à venir offrent un cadre moins digne. Par exemple, l'unité Roubary-Merisiers comprend encore un nombre élevé de chambres doubles – six pour onze individuelles – et les douches sont partagées.

La situation est encore plus préoccupante à l'unité des Marronniers. Si son transfert dans l'unité Racamier, en construction au moment du contrôle, est prévu pour fin 2020, il n'en demeure pas moins que les bâtiments devant encore fonctionner pour plusieurs mois ne respectent pas l'intimité des patients. Ainsi, certaines portes des chambres sont équipées de fenestrons, de même que les sanitaires, offrant ceux-ci à la vue de tous. De plus, cette unité n'est pas équipée d'ascenseur alors que la plupart des chambres se situent à l'étage supérieur.



*Fenestron donnant directement sur les sanitaires (unité Marronniers)*



*Une chambre double de l'unité Roubary-Merisiers*

**RECO PRISE EN COMPTE 1**

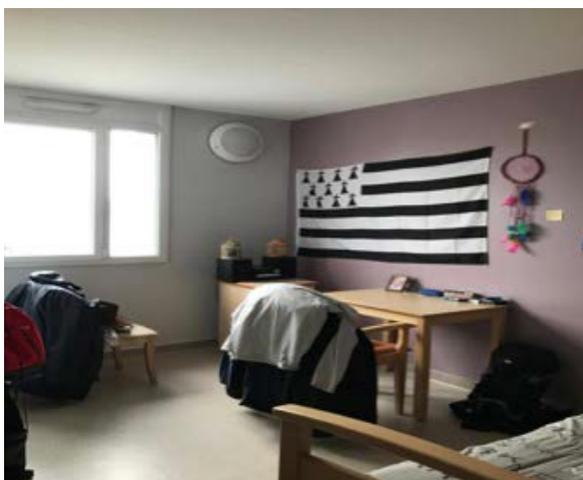
Les fenestrons des portes des chambres et des sanitaires collectifs de l'unité des Marronniers doivent être cachés pour respecter l'intimité et la dignité des patients.

Dans ses observations du 27 juillet, le directeur général de la fondation indique que « *depuis la visite, les fenestrons des portes des chambres et des sanitaires collectifs de l'unité Marronniers ont été occultés comme en attestent les annexes 8 et 8bis* ». La recommandation est considérée comme prise en compte.

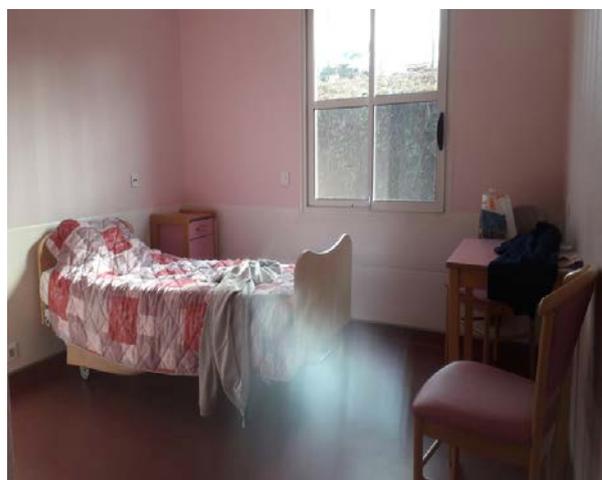
Seule l'unité Roubary-Merisiers n'a pas de chambre d'isolement ; toutes les autres en ont au moins une. Dans les unités Sophie de Riou – unité privilégiée pour les admissions directes en provenance des urgences de l'hôpital de Cherbourg – et Le Roy-Bertin, on en dénombre même respectivement six et quatre. Au total, sur les trois sites, elles sont au nombre de 17 – pour 103 lits au total – dont deux pièces capitonnées, une dans l'unité Sophie de Riou et l'autre à Le Roy-Bertin. (cf. § 8.2).

Aucune chambre, même dans les unités les plus récentes, n'est équipée de bouton d'appel ; seuls les patients de l'unité Ecalgrain, les plus âgés, bénéficient d'un bracelet avec poussoir leur permettant d'appeler à l'aide.

La pratique diffère selon les unités quant à la possibilité laissée aux patients de personnaliser leurs chambres et d'accrocher des éléments décoratifs aux murs. Si cela est accepté dans les unités des Marronniers et Le Roy-Bertin, il en va différemment dans l'unité Ecalgrain, par exemple.



*Chambre de l'unité Le Roy-Bertin*



*Chambre de l'unité Ecalgrain*

Enfin, chaque unité paraît disposer des espaces de vie et de travail nécessaires, à savoir au moins des bureaux médicaux et infirmiers, une salle de soins, une salle d'activités, un lieu de vie spécifique pour regarder la télévision ou lire, ainsi qu'une cuisine et une salle à manger commune. Dans l'ensemble, ces lieux sont bien équipés et entretenus. Des patios extérieurs, avec une partie couverte, sont également mis à la disposition des patients. A l'exception de ceux des unités Sophie de Riou et Ecalgrain, entourés par les bâtiments de l'unité, ils offrent une réelle ouverture sur l'extérieur.



*Salle commune aux Marronniers*



*Salle d'activités à Ecalgrain*

### 6.1.3 Les installations communes

Compte tenu de son isolement géographique et du public qu'elle accueille, l'unité Ecalgrain à Valognes ne bénéficie pas des mêmes facilités que les unités des autres sites. Ainsi, elle n'a pas de lieu spécifique pour la pratique du culte ou du sport, le parcours sportif de l'hôpital attenant palliant cette dernière carence. En revanche, de nombreuses installations communes sont disponibles sur les sites de Picauville et de La Glacerie, plus ou moins satisfaisantes.

Le site de La Glacerie bénéficie de meilleures installations sportives. Ainsi, un parcours sportif extérieur a été installé en contrebas des pavillons et la salle de sport intérieur a été entièrement rénovée, rendant possible des pratiques telles que le badminton ou le volley.

A Picauville, l'ouverture à l'été 2019 d'un terrain extérieur multisports, avec un espace couvert pour les pique-niques, et l'énergie déployée par l'équipe en charge ne suffisent pas à compenser le caractère inadapté de la salle de sport intérieur. Située à l'étage, sans ascenseur, avec un plafond trop bas pour proposer des activités diversifiées, elle pâtit en plus d'un système de chauffage défaillant obligeant les utilisateurs à maintenir les fenêtres ouvertes, même en hiver, pour renouveler l'air intérieur.



*Un des espaces intérieurs restreints réservés au sport à Picauville*



*Le nouveau terrain multisports et l'espace couvert pour les pique-niques à Picauville*



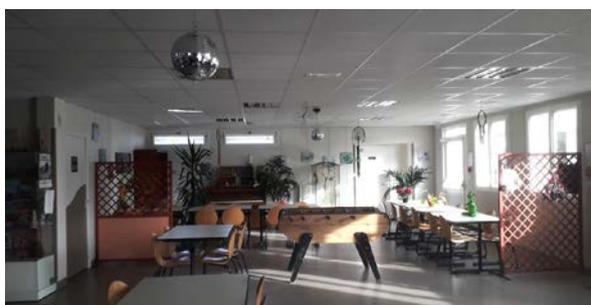
*La nouvelle salle de sport intérieure à La Glacerie*



*Le parcours santé à La Glacerie*

Les patients prennent leurs repas dans les unités et il n'y a pas d'espace de restauration utilisé par tous. Un réfectoire flambant neuf était sur le point d'être inauguré au moment du contrôle mais il a vocation à être réservé au personnel de la Fondation et aux membres de l'ESAT. En revanche, chacun des deux sites de Picauville et La Glacerie bénéficie d'une cafétéria ouverte à tous. Selon les informations recueillies, dans un horizon de quelques semaines, les produits qui y sont vendus, principalement des sucreries, devraient être remplacés par des produits biologiques et locaux. En plus des produits alimentaires, des revues et des jeux sont mis à la disposition des patients, rendant ces espaces conviviaux et agréables.

Enfin, joutée à la cafétéria, une aile du pavillon des Glycines à Picauville est dédiée à l'ergothérapie.



*Cafétéria du site de Picauville*



*Salle d'ergothérapie du site de Picauville*

La confection des repas et la blanchisserie ont été externalisés à un groupement dont la FBS fait partie, et n'ont pas lieu sur les sites.

#### 6.1.4 Les projets

Si les trois sites de l'établissement Nord sont en constante évolution, celui de Picauville concentre le plus de projets. Le caractère ancien de ses locaux et le potentiel qu'offre son domaine expliquent cette attention privilégiée. Ainsi, après la livraison du terrain omnisport à l'été 2019 et celle du réfectoire du personnel prévue au début de 2020, la prochaine étape consistera dans le transfert de l'unité Marronniers A et B dans l'unité en construction Racamier fixé à fin 2020. D'après les plans consultés, les patients devraient y bénéficier de chambres individuelles. En revanche, il apparaît que l'ensemble de cette nouvelle unité sera fermé passant de 12 lits dans l'unité fermée Marronnier B à 16 lits dans la nouvelle unité Racamier. Elle a vocation à recevoir les patients déjà affectés à l'unité B et certains patients du site de Saint-Lô ce qui constituerait

un pas en arrière, s'agissant de l'augmentation du nombre de lits en unité fermée. A terme, le bâtiment accueillant l'unité des Marronniers sera détruit.



*Image de la future unité Racamier*



*Le réfectoire réservé au personnel de la Fondation et de l'ESAT, sur le point d'être mis en service*

De nombreux autres projets seraient également à l'étude, notamment le transfert de l'unité Ecalgrain vers un autre site pour rompre son isolement, ou le déplacement de la cafétéria et de la salle d'ergothérapie vers l'ancien réfectoire à Picauville, sans qu'aucune décision n'ait été officiellement prise au moment du contrôle.

## **6.2 UNE ATTENTION PARTICULIERE EST PORTEE A L'HYGIENE DES PATIENTS ET A L'ENTRETIEN DES LOCAUX**

L'entretien au quotidien dans les unités est assuré par les agents des services hospitaliers (ASH). Seul le nettoyage extérieur des vitres et le jardinage sont assurés par des prestataires extérieurs, essentiellement par l'ESAT de la Fondation. La propreté de l'ensemble des locaux est à noter, y compris dans les bâtiments les plus anciens. Ainsi, 80 % des 654 patients ayant rempli les questionnaires de satisfaction en 2019 ont indiqué être très satisfaits de l'état des locaux.

Il en va de même pour les draps des lits des patients, changés autant que de besoin et au moins une à deux fois par semaine.

Si les chambres des unités Sophie de Riou, Châtaigniers et Ecalgrain sont équipées de douches individuelles, seuls des sanitaires communs sont à la disposition des patients des autres unités. Ainsi, dans l'unité Roubary-Merisiers, cinq douches sont disponibles pour vingt-trois lits. Ceci pose particulièrement problème dans l'unité des Marronniers où les sanitaires, en plus d'être collectifs, sont visibles de tous, y compris des visiteurs, à cause des fenestrons des portes (cf. 6.1 recommandation 12). Ceux-ci doivent être occultés au plus vite pour respecter l'intimité de leurs utilisateurs. A part ce point précis, les membres du personnel rencontrés ont fait montre d'une aptitude à s'adapter aux souhaits des patients. Ainsi, dans cette même unité des Marronniers, les soignants ont indiqué ne pas forcer les patients à prendre une douche quotidienne si cela n'était pas dans leurs habitudes.

Enfin, le service général de blanchisserie est géré par le Groupement de Coopération Sociale ou Médico-Sociale (GCSMS) « Presqu'île », situé à Valognes, dont la FBS est le principal contributeur. Celui-ci opère les livraisons et les retraits de linge directement dans les unités plusieurs fois par semaine pour répondre aux urgences, certaines unités, notamment Ecalgrain et Sophie de Riou, sont dotées de machine à laver. De plus, pour les patients sans ressources, des réserves de vêtements de rechange sont disponibles dans les unités. Dans l'unité Roubary-Merisiers, un partenariat a même été conclu avec une association à ce sujet.

### 6.3 LES BIENS DES PATIENTS SONT DUMENT REPERTORIES ET CONSERVES MAIS LES POSSIBILITES OFFERTES AUX PATIENTS DE FERMER EUX-MEMES LEUR PLACARD OU LEUR CHAMBRE SONT TROP LIMITEES

Comme indiqué dans le livret d'accueil des patients, un inventaire de leurs biens est réalisé lors de leur admission. Dans le cas des personnes protégées, celui-ci est réalisé en présence d'un membre de leur famille ou de leur tuteur ou curateur.

Les petites sommes d'argent, les cigarettes ou les biens non autorisés dans les chambres sont généralement conservés dans des casiers nominatifs disposés dans le bureau des infirmiers et peuvent être utilisés sur demande. Les sommes plus importantes et les biens de valeur sont gardés dans deux coffres à code protégés, un à Picauville et un à La Glacerie, et font l'objet d'un nouvel inventaire à chaque entrée et sortie. Selon les témoignages recueillis, il ne serait pas rare que les infirmiers avancent de l'argent aux patients, avant remboursement, dans les cas les plus urgents. Seule la situation dans l'unité Ecalgrain diffère. Compte tenu de son éloignement géographique, l'unité dispose de son propre coffre à code ce qui est rare, installé dans le bureau de la cadre de santé. Toute somme d'argent, aussi minime soit-elle, y est conservée. Une réflexion est menée à l'échelle de l'établissement pour généraliser cette pratique et faire que chaque unité dispose de son propre coffre, et ce pour gagner du temps.



*Casiers nominatifs destinés à conserver les biens des patients et entreposés dans le bureau des infirmiers de l'unité Sophie de Riou*

#### BONNE PRATIQUE 4

Sur le modèle de l'unité Ecalgrain, l'ensemble des unités devraient disposer d'un coffre afin de faciliter l'accès aux patients de leurs biens.

A l'exception de quelques patients de l'unité Marronniers A, aucun patient n'a la possibilité de fermer le placard installé dans sa chambre ; seuls les soignants peuvent le faire. De même, rares sont les chambres équipées de verrou de confort (seulement quelques-unes à l'unité Marronniers). Certains patients rencontrés le regrettent et seraient « rassurés » de pouvoir le faire.

## PROPOSITION 2

La possibilité offerte aux patients de fermer eux-mêmes leur placard devrait être élargie pour garantir leur autonomie.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, le directeur général indique que la mise en place de verrous de confort qui pourrait être effective au mois d'octobre 2020 apportera une solution à cette problématique de fermeture des placards individuels.

Les contrôleurs prennent acte de cet engagement mais rappellent néanmoins la problématique des chambres doubles. La recommandation est transformée en proposition.

### 6.4 LA DIVERSITE ET LA QUALITE DES REPAS SONT LARGEMENT APPRECIEES

Les repas sont préparés en liaison froide par le GCSMS « Presqu'île » à Valognes et livrés quotidiennement, sauf le dimanche, directement dans les unités. Sur place, ils sont réchauffés dans les cuisines. Un cahier des charges précis a été fixé par la FBS et au moins un audit annuel est réalisé dans chaque unité, notamment pour s'assurer de la bonne température lors des livraisons.

Chaque unité dispose d'un réfectoire, généralement simple et peu décoré, utilisé uniquement par les patients. Certaines unités permettent également aux patients de prendre leur repas ailleurs qu'au réfectoire. Ainsi, dans l'unité Le Roy-Bertin, les patients les plus autonomes peuvent manger dans une salle séparée, sans soignants.

Les repas sont servis à heure fixe (de 8h30 à 9h30 le matin, de 12h à 13h le midi, de 16h à 16h30 pour le goûter et le soir de 18h30 à 19h30) et ce pour éviter de changer les repères temporels des patients.



*Salle à manger (unité Roubary-Merisiers)*



*Salle de restauration réservée aux patients les plus autonomes de l'unité Le Roy-Bertin*

La Fondation utilise le logiciel Salamandre pour permettre au personnel des unités de composer eux-mêmes les menus de leurs patients, et respecter ainsi au mieux les prescriptions médicales ou religieuses et éviter les gâchis. Le large choix de plats est élaboré en lien avec deux diététiciennes. Des référents restauration sont également désignés dans chaque unité et consultés.

Des repas exceptionnels sont organisés lors des grandes fêtes ou de manière épisodique. Ainsi, en novembre 2019, un « repas médiéval » a été proposé à l'occasion de la semaine du goût.

Au regard des questionnaires de satisfactions remplis et des impressions recueillies, la qualité et la quantité des repas paraissent satisfaisantes. Ainsi, 84 % des 654 patients ayant rempli les questionnaires de satisfaction en 2019 ont indiqué être satisfaits, voire très satisfaits des repas.

Conformément au nouveau règlement adopté au niveau de la Fondation, les patients peuvent rapporter de la nourriture de l'extérieur, sauf prescription médicale contraire.

## 7. L'ACCES AUX SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES

### 7.1 LES URGENCES PSYCHIATRIQUES ET LES ADMISSIONS SONT PRISES EN COMPTE

#### 7.1.1 La prise en charge aux urgences du CH de Cherbourg

La FBS ne dispose pas d'une autorisation d'accueil des urgences et l'admission s'effectue très majoritairement par les urgences du CH de Cherbourg et un peu par des entrées directes dans les services d'admission depuis le domicile ou les CMP.

Les personnes en SSC qui transitent par les urgences, bénéficient d'un examen somatique initial par l'urgentiste.

Le CHS assure les soins psychiatriques aux urgences de Cherbourg par l'intermédiaire d'une équipe de psychiatrie de liaison constituée d'un psychiatre présent tous les jours de 9h à 18h du lundi au vendredi (quatre médecins pour un ETP) et d'une IDE de psychiatrie présente 24h/24 (10 ETP sur quatre tranches horaires se chevauchant), d'une psychologue (0,1 ETP) et d'une secrétaire (0,5 ETP). La nuit et les week-ends, le psychiatre d'astreinte sur l'établissement de psychiatrie est également d'astreinte sur les urgences.

Les patients en SSC, alités ou agités, sont admis aux urgences par l'entrée des ambulances qui permet d'accéder directement dans la salle d'examen de l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) sans croiser le public.



*Entrée des urgences pour personnes alitées ou agitées*



*Brancard préparé pour contention de patient agité*

Si un patient relève d'un avis psychiatrique, l'infirmier des urgences prévient l'équipe de psychiatrie de liaison par téléphone. L'infirmier de psychiatrie se rend aux urgences pour voir le patient. Les urgences du CHG disposent de boîtes fermées, d'un vaste espace où sont placés des brancards séparés de rideaux et de lits d'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) ; le patient agité de psychiatrie est toujours placé en boîte individuelle fermée, y compris lors de contention. Le médecin vient également examiner le patient dans ce boîtier. Les certificats

médicaux relatifs aux SSC sont rédigés par l'urgentiste et le psychiatre. Les entretiens sont réalisés par le psychiatre seul ; il n'y a pas d'entretien médico-infirmier.

L'inventaire des effets personnels et des biens est effectué par un soignant des urgences mais n'est pas signé ni remis au patient.

L'examen somatique est donc effectué avant l'admission au CHS. Les observations des infirmiers de psychiatrie sont consignées dans le logiciel HM de psychiatrie, imprimé et donné au service des urgences.

La demande d'avis de psychiatrie de liaison est faible, autour de 170 par an. Pour l'activité aux urgences, 1 920 patients ont été examinés par le psychiatre (entre cinq et six par jour).

Les psychiatres et infirmiers de psychiatrie disposent de trois bureaux situés au cœur de l'UHCD. Les locaux du service des urgences du CH sont adaptés aux besoins des patients venant pour des soins somatiques, mais sont moins favorables à l'accueil de patients relevant de psychiatrie, car la prise en charge implique des espaces conçus à cet effet (salle de rencontre avec les proches, chambre d'apaisement ou box sans hyperstimulation ni matériel fragile). Or il n'y a pas de chambre d'apaisement ni box ou lit d'UHCD réservé à la psychiatrie.

#### RECOMMANDATION 11

Le service d'urgence doit disposer d'une chambre individuelle permettant l'apaisement d'un patient en SSC sans risque pour sa sécurité ou celle d'autrui.

Le praticien des urgences décide l'isolement ou l'installation de contentions pour des patients, sans solliciter la validation du psychiatre. Aucun protocole n'indique qui décide d'une contention sur un patient de psychiatrie, ses modalités de renouvellement et de surveillance. Or conformément aux recommandations de l'agence nationale d'accréditations et d'évaluation en santé (ANAES) et de la fédération hospitalière de France (FHF) de 2004 relatives à la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires, et la loi de 2016 sur l'isolement et la contention complétée par les recommandations de la haute autorité de santé (HAS) de 2016, l'isolement et la contention d'un patient de psychiatrie doivent être décidés par un médecin psychiatre. S'il s'agit d'un médecin d'une autre spécialité, il doit faire valider sa décision dans l'heure suivant la mesure par un psychiatre.

#### RECOMMANDATION 12

Les décisions de contention sur des patients relevant de la psychiatrie aux urgences du centre hospitalier de Cherbourg doivent faire l'objet d'un protocole et être validées par un médecin psychiatre.

Les urgentistes tracent leurs décisions de contention sur le logiciel des urgences dans le dossier patient, mais il n'y a pas d'analyse possible des mesures prises. Aucune durée de contention n'est connue ; elles semblent ne pas dépasser quelques heures, car les patients en SSC sont prioritairement et rapidement pris en charge par la FBS.

La contention dans l'ambulance entre les urgences et le service de psychiatrie n'est pas décidée de manière formelle sur le dossier médical du patient. Le psychiatre décide par contre la mesure

de contention pour l'arrivée dans le service de la FBSM. Les patients faisant l'objet d'une mesure de SSC sont parfois accompagnés dans l'ambulance.

### RECOMMANDATION 13

La traçabilité des décisions et de la surveillance de la contention au service des urgences du CH de Cherbourg doit permettre une analyse des pratiques visant à l'amélioration de la prise en charge.

L'accès aux soins de psychiatrie aux urgences est ainsi ce jour assuré mais un protocole devra préciser les modalités de travail conjoint entre les équipes des deux hôpitaux et la gestion des isolements ou contentions de patients relevant de la psychiatrie.

### RECOMMANDATION 14

Un protocole doit préciser les modalités de travail conjoint entre les équipes des deux hôpitaux et la gestion des isolements ou contentions de patients relevant de la psychiatrie.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, le directeur général indique avoir le projet d'engager un travail avec le service des urgences afin d'établir ce protocole et mener une réflexion sur les trois recommandations précédentes.

Aucun patient n'est contentonné au moment du contrôle ni se trouve en attente d'une place en psychiatrie.

Une prise en charge ambulatoire post urgences est permise par la mise à contribution du dispositif d'hospitalisation à domicile, mobilisable rapidement à l'échelle des trois secteurs de psychiatrie. Ce dispositif compte actuellement trente-huit places autorisées mais seules six sont actuellement activées faute de ressource médicale. Les IDE gèrent, dans le logement des patients, les traitements matin et soir et le psychiatre y passe une fois par semaine. Il est rapporté parallèlement le projet de développer une unité d'évaluation d'accueil et d'orientation de six lits mais qui serait réservée aux personnes hospitalisées en soins libres.

#### 7.1.2 L'admission au sein des unités

L'hospitalisation des patients en SSC s'effectue prioritairement à l'unité Riou, et par défaut dans les autres unités. Les patients arrivent principalement depuis les urgences du CH de Cherbourg, et parfois depuis un CMP ou un établissement médico-social.

Une fois admis au sein du CH, le patient bénéficie d'un entretien avec un psychiatre dans les vingt-quatre heures. Chaque praticien enregistre ses observations médicales dans le logiciel HM ainsi que ses prescriptions. Les restrictions de liberté sont alors décidées par le praticien. Les patients sont examinés systématiquement par un somaticien également dans les quarante-huit heures.

## 7.2 LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE REPOSE SUR DES PROJETS INDIVIDUALISES INTEGRANT LES ACTIVITES THERAPEUTIQUES

La prise en charge, en matière de soins psychiatriques, s'inscrit dans un dispositif complet, intra et extra hospitalier, bien réparti sur l'ensemble du territoire. L'établissement a développé un

dispositif ambulatoire riche et diversifié. Une initiative innovante a retenu l'attention des contrôleurs. Le pôle Nord dispose de douze<sup>18</sup> places d'hospitalisation à domicile (HAD). Elles sont utilisées notamment par le service des urgences afin d'éviter des hospitalisations qui ne se justifient pas. Les patients, admis à l'unité Sophie de Riou, peuvent également en bénéficier dans le cadre de la continuité des soins après une hospitalisation. Il est prévu de coupler ces HAD avec une équipe mobile de crise.

#### BONNE PRATIQUE 5

Le pôle Nord a mis en place un dispositif d'hospitalisation à domicile afin d'éviter des hospitalisations non justifiées et d'assurer la continuité des soins.

Les projets de sortie sont travaillés en amont, les unités d'hospitalisation maintiennent des liens étroits avec les dispositifs ambulatoires (CMP, HDJ) et les structures médico-sociales (EHPAD, MAS, SAMSAH, FAM, IME, ESAT,) largement développées sur l'ensemble du territoire. La FBS a également développé l'insertion par le logement. Ainsi donc, le pôle Nord compte des appartements thérapeutiques, des appartements collectifs, un gîte, des appartements communautaires et un foyer.

Lors de la visite, le projet médical et soignant étant en cours de finalisation. Dans les unités, les contrôleurs ont pu observer que les pratiques étaient globalement homogènes. Les soins psychiatriques sont dispensés par des équipes pluridisciplinaires qui favorisent une approche individuelle et adaptée à la clinique du patient.

##### *a) L'accueil et les entretiens médicaux*

Les patients adressés par le service des urgences peuvent être soumis à une contention durant le transport (cf. § 7.1.1). Elle est décidée par le psychiatre intervenant au SAU et elle est réévaluée par le PH de l'unité d'accueil.

A son arrivée dans l'unité, le patient est accueilli par deux infirmiers. Son état clinique conditionne les modalités d'accueil et de prise en charge. Si ce dernier est peu agité, les soignants lui font visiter le service et procèdent avec lui à un inventaire des biens. Le patient est reçu dans la journée par le psychiatre du service qui l'informe des motifs de la décision d'une admission en SSC. Lors de l'élaboration du certificat des 24h et des 72h, qui n'est pas rédigé par le même PH ayant établi le certificat initial, (si le psychiatre du service était d'astreinte lors de la décision d'admission en SSC, il fait appel à un confrère), il recueille les observations du patient dans un formulaire établi à cet effet (cf. § 3.2.1).

#### BONNE PRATIQUE 6

L'élaboration d'un document visant à recueillir les observations du patient lors du maintien en SSC mériterait d'être élargie à l'ensemble des établissements de santé mentale.

Une présence médicale quotidienne est assurée dans la majorité des unités à l'exception des Marronniers où un seul médecin psychiatre est présent, le second poste de PH étant vacant.

<sup>18</sup> En pratique huit en raison de la pénurie de médecins psychiatres.

Les patients, dans leur majorité, bénéficient d'un suivi médical régulier. La fréquence des entretiens médicaux dépend de leur état clinique. Cependant les patients sont reçus *a minima* une à deux fois par semaine et plus si nécessaire notamment à l'unité Sophie de Riou qui est un service d'admission. Seule l'unité les Marronniers a adopté un mode de fonctionnement différent en raison de l'absence d'un médecin psychiatre et des profils des patients accueillis. Ces derniers sont généralement stabilisés dans leur pathologie et relèvent d'une prise en charge au long cours. Les projets de soins visent donc à maintenir et/ou à favoriser un niveau d'autonomie. Parmi les patients pris en charge, certains ne sont donc vus qu'une fois par mois.

Dans toutes les unités, les consultations médicales se déroulent en présence d'un infirmier qui, le cas échéant, reprend ultérieurement avec le patient les principaux éléments abordés avec le psychiatre. La présence d'un soignant lors de ces consultations permet d'assurer une cohérence et une continuité dans la prise en charge. Durant les entretiens médicaux, le projet de soins individualisé est élaboré conjointement avec le patient en vue de recueillir son adhésion. Ce projet de soins définit le mode de prise en charge (sorties éventuelles, entretiens infirmiers, séances avec le psychologue, inscription à des activités). Les familles, lorsque leur présence ne s'avère pas contre-thérapeutique pour le patient, sont également associées à la prise en charge. Les entretiens familiaux sont présentés comme une pratique courante notamment dans le cadre de la préparation à la sortie.

A l'unité Le Roy-Bertin, qui constitue un sas d'entrée pour la réhabilitation sociale, les médecins mettent tout en œuvre pour lever les mesures de SSC le plus rapidement possible. L'objectif étant de restaurer l'autonomie du patient. A cet égard un PH a tenu les propos suivants : « *on prend le risque de lever la mesure quitte à réajuster si nécessaire. On incite le patient à se prendre en main. Il peut sortir seul dans le bourg faire des achats ou se rendre chez le coiffeur* ».

A l'unité Sophie de Riou, lorsque la levée de la mesure de SSC n'est pas envisageable, les psychiatres initient rapidement des permissions de sortie graduées ou des programmes de soins afin de favoriser un retour à domicile dans les meilleurs délais.

#### *b) L'approche pluridisciplinaire*

A l'exception de l'unité les Marronniers, les projets de soins sont revisités lors des réunions de synthèse hebdomadaires qui regroupent l'ensemble des professionnels de santé intervenant dans l'unité (médecins, infirmiers, psychologues, etc.). D'autres acteurs, intervenant en extra hospitalier, peuvent être amenés à participer notamment dans le cadre des projets de sortie. Dans certaines unités comme à Le Roy-Bertin, des réunions autour d'un cas clinique se tiennent une fois par semaine en alternance avec la réunion de « synthèse pharmacie » (cf. chapitre sur les traitements). Enfin, chaque mois le psychologue de l'unité rencontre le personnel soignant en l'absence de l'infirmier coordinateur et du cadre de santé. Cet espace de parole offre l'opportunité aux soignants d'élaborer autour des difficultés rencontrées avec les patients et de mettre à distance des situations complexes. Il est regrettable que ce dispositif ne soit pas instauré dans les autres unités.

Une réunion soignants/soignés, animée par deux psychologues, se tient tous les quinze jours à l'unité Sophie de Riou. Les sujets abordés portent sur les aspects de la vie quotidienne au sein de l'unité.

En sus des entretiens médicaux, les patients peuvent bénéficier de séances avec le psychologue, à leur demande ou sur indication du psychiatre.

### c) Les activités thérapeutiques

Les activités constituent l'un des points forts du pôle Nord. Une partie des ateliers se déroule dans les unités mais une grande majorité est organisée par le Club qui regroupe l'ergothérapie, les activités sportives et les cafétérias implantées sur le site de Picauville et de la Glacière. Elles sont ouvertes tous les jours, week-end inclus.

Ces activités bien développées et qui ont la particularité d'être tournées vers l'extérieur – en particulier le sport – sont accessibles, sur prescriptions médicales, à l'ensemble des patients hospitalisés quel que soit leur statut d'hospitalisation.

#### i) L'ergothérapie

L'atelier d'ergothérapie est animé par quatre animateurs socio-éducatifs ayant des parcours professionnels variés. L'équipe d'intervenants est composée d'une assistante sociale, d'une aide-médico-psychologique, d'un aide-soignant et d'un art-thérapeute. Il a été précisé que le budget alloué était d'un montant de 1 000 euros annuel.

Les activités se déroulent du lundi au vendredi dans des locaux agréablement aménagés. Des boissons chaudes sont proposées aux patients. Une bibliothèque, conçue par les animateurs, est mise à disposition des patients qui sont autorisés à emprunter des ouvrages.

Ces derniers sont invités en premier lieu à visiter les locaux et à rencontrer l'un des animateurs afin de définir des objectifs adaptés à leurs envies et à leurs besoins.

Il s'agit principalement d'ateliers créatifs, plusieurs matériaux et supports sont utilisés (peinture, papier mâché, cuir, tissus). Les patients sont autorisés à conserver les objets (porte-clefs en cuir, capteurs de rêves, etc.) qu'ils ont conçus.

Les intervenants disposent également d'un local, bien équipé, destiné aux activités de poterie et de menuiserie. L'atelier bois est animé de façon ponctuelle par l'éducateur sportif.

Les séances peuvent être collectives ou individuelles. Les intervenants ont à cœur de proposer des prises en charge adaptées à la pathologie et aux besoins des patients. A titre d'exemple, pour un patient dont les capacités sont très limitées, l'atelier couture se déroule en binôme avec un animateur qui manie la machine à coudre pendant que le patient appuie sur la pédale. Concernant un autre patient qui a pour habitude d'endommager le mobilier de sa chambre, un vieil ordinateur a été mis à sa disposition afin qu'il puisse le démonter à sa guise.

Lors de la visite des contrôleurs, l'atmosphère était chaleureuse et conviviale. Les patients ont fait part aux contrôleurs de leurs satisfactions à participer aux ateliers.

#### ii) Activités sportives

Les activités sportives se déroulent à l'extérieur ou dans un bâtiment vétuste et peu adapté. Elles sont animées par trois éducateurs sportifs qui interviennent du lundi au vendredi.

Les activités proposées sont diversifiées et de qualité. Des séances (tir à l'arc, raquette, badminton, renforcement musculaire) se déroulent *in situ* mais bon nombre d'entre elles ont lieu à l'extérieur : vélo, pétanque, char à voile, entraînement sportif au gymnase de Picauville. L'activité piscine, quant à elle, peut voir lieu durant un créneau horaire spécifique ou durant un créneau ouvert au public. Enfin, certaines disciplines (escalade) offrent l'opportunité aux patients de travailler la relation de confiance à l'autre.

Outre le sport, il est également organisé à raison d'une fois par semaine une sortie extérieure (randonnée en forêt, visite du musée de Sainte-Mère-Église, médiathèque). Par ailleurs durant les beaux jours, les patients se rendent à City Parc dans le cadre de l'atelier jardinage.

Le nombre de patients participant à l'ensemble de ces activités est relativement élevé. A titre d'exemple, quatorze patients de l'unité Le Roy-Bertin et treize patients des Marronniers étaient inscrits. Les données pour les autres unités n'ont pas été communiquées. Le personnel soignant de Le Roy-Bertin a indiqué que depuis la mise en place du Club, il était beaucoup plus disponible pour prendre en charge patients dont l'état clinique est incompatible avec la participation à une activité.

### 7.3 L'ACCES AUX TRAITEMENTS RESPECTE LA SECURITE MAIS PAS LA CONFIDENTIALITE

La pharmacie est gérée (depuis une semaine au moment du contrôle) par une pharmacie à usage intérieur (PUI) unique sur l'ensemble des sites de l'établissement (fusion des pôles Centre et Nord)<sup>19</sup>.

Les locaux sont fonctionnels, avec cependant un manque d'espace pour les bureaux de pharmaciens (un seul bureau pour le médecin chef, le second pharmacien et un éventuel interne).



*PUI située à Picauville*



*Tiroirs par patient par semaine (retournés pour la photographie)*

Le contrôle des prescriptions est total et réactif avec une bonne qualité d'échanges avec les prescripteurs rapportée. Ces liens sont favorisés par ailleurs par l'organisation d'une réunion de concertation professionnelle animée par le pharmacien, mensuelle et pluridisciplinaire (médecins, cadre, infirmiers) au sein des unités Riou et Châtaigniers et tous les deux mois pour les autres, permettant de parler de cas cliniques et des thérapeutiques, et ces réunions font l'objet de comptes rendus.

---

<sup>19</sup> Composition de l'équipe en 2.5.1 : 3,9 ETP de pharmaciens dont 2 ETP sont actuellement affectés aux unités Nord (540 lits mais aussi le CSAPA et CAARUD). Quatre préparateurs en pharmacie, pas d'interne ni d'externe.

## BONNE PRATIQUE 7

Une réunion de concertation professionnelle, animée par le pharmacien au sein des unités, permet un débat clinique pluridisciplinaire autour des thérapeutiques.

Un poste d'assistant va prochainement être créé pour développer la conciliation médicamenteuse à l'entrée des patients au sein de l'établissement. A ce jour aucun programme d'éducation thérapeutique n'est mis en œuvre.

La PUI livre chaque semaine les médicaments dans les unités préparés par tiroir par patient et les infirmiers préparent chaque nuit les piluliers du lendemain.

Dans les unités, la distribution des médicaments s'effectue à table lors des repas de manière non confidentielle, soit à table, soit dans la salle à manger derrière un comptoir comme aux unités Merisiers et Châtaigniers. Cette dispensation reste pourtant un soin essentiel dans la prise en charge du patient, un moment de dialogue entre la personne soignée et le soignant, l'opportunité d'une éducation thérapeutique individualisée et la recherche d'un consentement éclairé aux soins, ce qui n'est pas le cas ici.

## RECOMMANDATION 15

La dispensation des traitements doit respecter la confidentialité et permettre des échanges autour du médicament, de la maladie et du consentement.

Dans ses observations du 27 juillet, le directeur général de la fondation , précise « *qu'une réflexion est engagée pour repenser les modalités d'administration des médicaments* ». Il est ajouté « *que le travail d'observance et d'éducation thérapeutique n'est pas réalisé au moment de l'administration, mais dans le cadre du colloque très singulier et donc de manière très individualisée* ».

La commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) est en place au sein de l'établissement et se réunit trois fois par an, présidée par le pharmacien, avec une certaine assiduité des médecins. Une analyse de l'évolution des prescriptions de neuroleptiques et benzodiazépines était effectuée jusqu'à il y a deux ans.

Afin de permettre l'accès aux médicaments pendant les moments de fermeture de la pharmacie (nuit et week-end), une dotation d'urgence est présente dans tous les services. Les pharmaciens tiennent par ailleurs une permanence le samedi avec déplacement au sein de l'établissement si nécessaire ; le dimanche, une convention avec le CH de Cherbourg permet un dépannage éventuel de médicaments.

Les praticiens prescrivent des traitements par « *injections si besoin* » en cas d'agitation ou de refus de traitements. Il est rapporté que le médecin ne vient pas systématiquement rechercher, durant l'astreinte, le consentement du patient avant que les IDE ne procèdent à l'injection lorsque celle-ci n'est pas acceptée par le patient, ce qui contrevient aux articles L1111-4 et R4127-36 du code de la santé publique.

## RECOMMANDATION 16

La mise en œuvre de prescriptions « *si besoin* », sans le consentement du patient, doit être prohibée. L'administration d'un traitement refusé par le patient impose la recherche du consentement par le médecin prescripteur et la traçabilité sur le dossier des motifs cliniques amenant l'usage de la force pour cette administration.

Dans ses observations du 27 juillet, le directeur général de la fondation fait valoir que les prescriptions si besoin ou conditionnelles sont très encadrées et contraintes par le mode opératoire du logiciel de prescription et le plan de soins informatisé. Le médecin motive sa prescription et l'infirmier explique le contexte de sa mise en œuvre au travers d'une observation. Il n'est pas toujours possible d'obtenir le consentement du patient ; l'usage de la contrainte peut alors s'avérer nécessaire, et l'emploi de l'« usage de la force » n'apparaît pas approprié. La recommandation est maintenue en l'état le consentement du patient devant être recherché par le médecin.

### 7.4 L'ACCES AUX SOINS SOMATIQUES EST ASSURE DE MANIERE INCOMPLETE

Les services de psychiatrie de l'établissement disposent actuellement de six médecins généralistes pour 3,3 ETP. Tous sont à temps partiel et un septième est en cours de recrutement. Après ce recrutement, il y aura 2,3 ETP (1,3 ce jour) affectés sur le pôle Nord contrôlé.

Les médecins généralistes ne sont pas regroupés sous une entité spécifique mais sont coordonnés par le médecin du département d'information médicale (DIM) ; celui-ci étant parti en retraite, c'est le médecin addictologue qui a repris cette fonction.

Un examen somatique est ainsi réalisé par un spécialiste en médecine générale lors de l'admission des patients dans les unités ; cet examen n'est pas systématique pour les patients placés en chambre d'isolement sans contention, mais il est réalisé à la demande du psychiatre (cf.§ 8.2).

Les médecins généralistes passent une fois par jour dans leurs unités du site de La Glacière, deux journées complètes dans celles de Picauville (Unités Marronniers et Le Roy-Bertin) et quatre demi-journées à l'unité Ecalgrain ; ils examinent les patients inscrits sur le cahier de transmission et participent, à l'unité Merisiers, à la réunion clinique hebdomadaire.

Les éléments médicaux somatiques sont consignés dans le dossier médical informatisé.

La permanence des soins est assurée par une astreinte le week-end d'un médecin généraliste sur les trois sites (Picauville, Valognes et La Glacière). En cas d'absence de disponibilité, les soignants font appel au centre 15. Cette permanence des médecins connaissant l'établissement et son organisation est une bonne pratique en termes de qualité des soins et de sa permanence ; elle est cependant difficile à exercer et plusieurs événements indésirables indiquent une impossibilité pour les soignants de contacter le médecin généraliste d'astreinte, avec un recours de ce fait au centre 15.

En revanche l'accès aux soins spécialisés est assurée. En effet, l'accès aux autres spécialités s'effectue au centre hospitalier de Cherbourg, avec des délais variables selon les disciplines mais rapportés identiques aux délais de droit commun.

Pour tous ces rendez-vous auprès de spécialistes, le patient est accompagné par un ou deux soignants s'il est en SSC.

L'offre de soins en addictologie est organisée par l'établissement grâce à son CSAPA et son CARRUD. L'ensemble des produits peut ainsi être abordé.

Un fauteuil dentaire permet de réaliser des dépistages pour les patients admis au sein de la Fondation lors de quelques vacances annuelles ; les patients sont ensuite adressés pour les soins éventuels vers les praticiens de ville.

Il n'y a pas de kinésithérapeute mais un psychomotricien pour les mineurs, et des ergothérapeutes dans plusieurs services.

## 8. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

### 8.1 LE NOMBRE DE CHAMBRES D'ISOLEMENT EST ELEVE, AVEC UNE CONFUSION ENTRE CHAMBRES D'ISOLEMENT ET CHAMBRES HOTELIERES D'HOSPITALISATION

L'établissement répertorie dix-sept **chambres d'isolement** (CI) à raison de :

- six au sein de l'unité Riou, dont une pièce capitonnée et cinq chambres d'isolement également comptabilisées en chambre d'hospitalisation ;
- quatre chambres à l'unité Le Roy-Bertin dont trois sont également comptabilisées en chambre d'hospitalisation et une est une pièce capitonnée ;
- deux CI à l'unité Marronniers ( dont une en rénovation) ;
- deux CI à l'unité Jamet ;
- deux CI à l'unité Châtaigniers déclarées mais une seule retrouvée utilisée en chambre d'hospitalisation meublée ;
- une CI à l'unité Ecalgrain.

**Ce nombre de CI est à rapporter aux 139 lits d'hospitalisation complète, ramenés à 133 lits** en ôtant les chambres qui sont de fait des CI impropres à des conditions normales d'hospitalisation. A titre de comparaison, les autres établissements de psychiatrie de France sont en moyenne pour ce nombre de lits, au moins deux fois moins dotés en CI.

#### RECO PRISE EN COMPTE 2

L'établissement doit identifier les locaux destinés aux mesures de sécurité au moment d'une crise après échec des mesures alternatives et les distinguer de chambres hôtelières d'hospitalisation. Ces lieux de mises en sécurité ne peuvent compter dans les capacités en lits de l'établissement.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, le directeur général indique « *avoir pris en compte la recommandation qui a été inscrite dans le projet médico-soignant et dans le schéma directeur immobilier qui sera mis en œuvre à compter de 2021 comme en atteste la version au 7 juillet 2020 de la fiche projet 1.4 Piloter le capacitaire* ». La recommandation est considérée comme prise en compte.



CI unité Le Roy-Bertin



Local capitonné, unité Riou

Les chambres d'isolement ne sont pas les mêmes sur les différents sites.

Sur le site de La Glacerie (unités Riou, Châtaigniers, Marronniers), ces chambres d'isolement comportent une salle d'eau avec eau, douche, toilettes, miroir et porte-serviettes, accessible au sein d'un sas qui peut cependant parfois être fermé sur décision du médecin, privant la personne d'un accès libre à l'eau et aux toilettes ; cette information n'est pas accessible sur le registre fourni. D'autant que seule la seconde porte comporte un œilleton permettant un visuel sur la pièce avant d'ouvrir ; il est par conséquent impossible, si la porte séparant la chambre du sas où se trouve l'accès à la salle d'eau est ouverte, que le soignant puisse vérifier l'absence de danger derrière la porte qui donne directement sur le couloir. A l'unité Marronniers, le lit est un matelas mousse couvert de plastique (Cumbria) avec toilettes en inox attenant à la chambre.

Les chambres n'ont pas de bouton d'appel mais il est rapporté qu'un bouton presseur mobile est fourni à la personne lorsqu'elle est placée en isolement. Il ne semble pas accessible en revanche lors des phases de contention.

Un interrupteur permet d'allumer ou éteindre la lumière (sauf la CI de l'unité Marronniers) et de faire fonctionner le volet de la fenêtre. Un pouf haut recouvert de plastique bleu peut faire office de tablette. La chambre comporte aussi un triangle de mousse bleue pour redresser le matelas au niveau de la tête et une petite table de lit également en mousse et plastique bleue.

Il n'y a pas de siège pour le médecin ou le soignant. Les fenêtres ne peuvent pas s'ouvrir mais disposent d'une bande ajourée permettant une aération minimale.

Partout une horloge est installée (sauf dans la CI de l'unité Marronniers) pour se réparer dans le temps (heure et jour), et le patient dispose d'un drap et d'une couverture. Le port d'un pyjama n'y est pas systématique. Les repas peuvent être pris sur une tablette en s'asseyant au bord du lit. Les couverts sont en plastique ou bien remplacés par une cuillère en inox. Il n'y a pas d'espace extérieur attenant à ces CI.

### RECOMMANDATION 17

Les chambres d'isolement doivent disposer d'un accès libre 24h sur 24 à l'eau et aux toilettes, d'un dispositif d'appel pendant les phases de contention, et d'un siège pour le patient comme pour le soignant.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, le directeur général indique que la recommandation n°21 sera prise en compte dans le futur schéma directeur Immobilier étant précisé que les patients peuvent, le cas échéant, déjà disposer de sonnettes mobiles.



*CI unité Riou*



*CI unité Châtaigniers*

L'établissement utilise encore deux locaux capitonnés (cf. photo), qui sont fermés sur les quatre côtés et sans lit. Ces locaux ne peuvent qu'amener à un enfermement dans des conditions indignes et leur utilisation doit être prohibée.

### RECOMMANDATION 18

L'utilisation d'un local capitonné sans fenêtre ni meuble doit être prohibée.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, le directeur général précise « *que la suppression des chambres de soins intensifs (chambres capitonnées) est d'ores déjà actée dans le Schéma Directeur Immobilier comme en atteste le document transmis « fiche projet 5.2 » dans sa version du 2 juillet 2020 intitulé « s'assurer de la pertinence clinique du recours aux pratiques d'isolement et de contention et en poursuivre la dynamique de diminution notamment pour la contention.* »

Les contrôleurs indiquent que la condamnation effective des deux locaux capitonnés peut être immédiate sans attendre la réalisation du schéma directeur.

A l'unité Riou, malgré l'absence d'ouverture possible de la fenêtre, une grille métallique est fermée à l'arrière de cette fenêtre donnant un aspect carcéral à la chambre (cf photo). Ces grilles métalliques sont motivées selon la direction par une sortie sans autorisation d'un patient peu de temps auparavant, le patient ayant réussi pendant son isolement à desceller la fenêtre pour sortir, avant d'être retrouvé une heure plus tard. Ces grilles confèrent à l'unité déjà austère (couloir encerclant un petit patio entièrement goudronné), un caractère carcéral angoissant (cf. § 5.1 recommandation 10).

L'hébergement des personnes détenues s'effectue uniquement dans cette unité Riou, en CI si décidé par le médecin, parfois en chambre d'hospitalisation. L'établissement procède actuellement à l'installation des grilles métalliques identiques à celles des CI, derrière toutes les chambres d'hospitalisation, grilles qui seront actionnables depuis l'extérieur de la chambre avec une clef, sur décision du médecin.

## 8.2 L'ISOLEMENT N'EST PAS TOUJOURS UN DERNIER RECOURS ET LES PRATIQUES NE RESPECTENT PAS LES RECOMMANDATIONS NATIONALES

Les mesures d'isolement et de contention sont informatisées et les praticiens renseignent depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019 le dossier informatique des patients, grâce au logiciel Hôpital manager (HM). Un autre logiciel était utilisé avant cette date, Calystène.

Des protocoles de soins relatifs aux mesures d'isolement et de contention sont à disposition des soignants sur le logiciel Yes, avec une version papier en salle des infirmiers.

Le protocole relatif à l'isolement « version 19.5 » mais non datée, indique qu'en l'absence du psychiatre, les soignants « *mettent en place temporairement l'isolement et activent l'événement dans le DPI* », et « *sollicitent le médecin psychiatre qui doit prescrire dans l'heure et tracer la décision au DPI.* » « Le psychiatre réalise ensuite un entretien avec le patient ». Il semble ainsi que l'entretien du psychiatre avec le patient soit secondaire à sa décision d'isolement. La fiche indique encore une « prescription » d'isolement et non une décision de placement en isolement. Ces remarques sont identiques pour la fiche 19.1 relative à la contention. D'autres protocoles précisent le matériel de contention et la spécificité de certaines unités dont une part des isolements et contentions ne relèvent pas de la privation de liberté pour risque sécuritaire mais de la prévention des chutes ou blessures des grands déficitaires.

La fiche protocole 19.6, non datée, relative à la surveillance ne permet pas de surveillance inférieure à toutes les heures, sauf à le mentionner spécifiquement dans le dossier infirmier.

L'établissement affiche le souhait d'une politique de moindre recours à l'isolement et à la contention dans de nombreux documents depuis 2017, à commencer par un rapport sur l'état des lieux des pratiques relatives aux restrictions et privations de libertés sur la FBS de la Manche, établi à la demande du directeur général.

Des réunions régulières se sont tenues sur le bilan des isolements contentions (8 juin 2018, 13 novembre 2018, 12 février 2019, 23 avril 2019, 9 juillet 2019, 28 novembre 2019). Les comptes rendus de ces réunions évoquent des isolements séquentiels à Riou (comme par exemple trois heures par jour plus de cinq jours), une diminution de 78 % des contentions à l'unité Riou entre 2017 et 2018 mais parallèlement des augmentations de plus de 50 % des isolements en chambre dédiée, non dédiée et des contentions sur l'ensemble des unités (compte rendu de réunion du 28 novembre 2019). La surveillance médicale toutes les vingt-quatre heures n'était pas encore indiquée et acquise partout en février 2019. Le compte rendu du 12 février 2019 indique que l'établissement envisage, dans les unités de soins au long cours, de ne modifier le statut légal d'une personne en soins libres placée en isolement qu'au bout de soixante-douze heures au lieu des douze heures recommandées, avec une alerte systématique de la direction pour ces dépassements.

### RECOMMANDATION 19

Les pratiques d'isolement et de contention doivent respecter toutes les recommandations de la HAS relatives aux durées initiales de décisions, de visites médicales biquotidiennes et rester un dernier recours face à une situation de crise.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, le directeur général indique que, « *depuis la visite, les recommandations de la HAS ont été intégrées dans les modes opératoires du dossier informatisé du patient* ».

Les contrôleurs en prennent acte néanmoins l'intégration dans les modes opératoires du dossier informatisé du patient ne garantit pas en l'état suffisamment la prise en compte des recommandations de la HAS dans les pratiques.

Les comptes rendus indiquent également que les personnes détenues hospitalisées au titre de l'article L 3214-3 du code de la santé publique dans les conditions prévues par l'article D 398 du code de procédure pénale ou de l'article L 122-1 du code pénal, apparaissent en soins libres dans le registre et que « *les chambres dédiées de l'unité Châtaigniers sont des chambres sécurisables comptées dans les effectifs de chambres individuelles* » et donc que les mesures doivent apparaître hors espace dédié.

Le rapport de juillet 2019 indique une forte hausse (+ 70 %) des isolements et contentions dans plusieurs unités sans raison retrouvée. Ces comptes rendus confirment ainsi les difficultés d'analyses liées au logiciel qui seront développées au § 8.3.

De plus, l'établissement a fait partie des volontaires dans le cadre de la mission DGOS pour réduire le recours aux SSC et aux pratiques d'isolement contention, cette mission étant venue au sein de la fondation en mai 2018. Il est indiqué dans un compte rendu d'analyse de l'isolement du 8 juin 2018 que l'ouverture de l'unité Le Roy-Bertin avait eu pour conséquence une réduction par deux des isolements et par cinq des contentions.

Un rapport annuel relatif à la politique et aux pratiques d'isolement et de contention a été réalisé en 2018. Ce rapport mentionne des difficultés pour les praticiens de se déplacer lors des astreintes pour initier ou renouveler les mesures : « *le week-end certaines équipes peuvent être en difficultés en ne pouvant placer un patient en isolement, car elles craignent que le médecin ne se déplace pas. Cette question est récurrente et elle le sera certainement souvent, car le psychiatre d'astreinte sur le pôle de psychiatrie adulte Nord a à gérer quatre sites distants.* » Ce rapport indique « une baisse de 10 % début 2018 des mesures en soins aigus. » et un pourcentage de journées d'isolement par rapport au nombre de journées d'hospitalisation temps plein passé de 4,48 % (2017) à 4,05 % en 2018.

Le rapport rappelle enfin les trente recommandations du rapport 2016-2017 sur la liberté d'aller et venir ainsi que la charte sur les mesures d'isolement et de contention de la Fondation qui reprend les obligations légales et réglementaires en les précisant. Cette charte encadre, dans le texte, la seule recommandation 7 : « *proscrire la comptabilisation des chambres sécurisées dans l'effectif de l'unité fonctionnelle. Les patients temporairement isolés doivent pouvoir conserver leur chambre ordinaire à tout moment.* » Cette position forte souhaitée en interne n'a cependant pas vu le jour au moment du contrôle.

L'établissement indique aussi vouloir accentuer la formation de la prévention des violences par le programme Omega. Cette formation vise à développer des aptitudes chez les professionnels pour assurer la sécurité des intervenants et adapter les modes d'intervention les plus adaptés en situation d'agressivité (419 professionnels ont été formés depuis 2008 dont 41 en 2018). Par ailleurs, dix-huit évaluations des pratiques professionnelles (EPP) inscrites au programme de formation 2019 dont une sur la gestion des briquets, du tabac, des téléphones, une concernant la liberté d'aller et venir en service libre, une autre sur la promotion de la bientraitance, une autre sur la contention, une autre sur la prévention de la violence.

Des groupes de travail élaborent actuellement le futur projet médico-soignant 2020-2025 ; celui-ci, structuré sur le parcours du patient dans le soin, aborde la nécessité de réponse graduée et innovante y compris ambulatoire pour les phases de crise, une analyse de la pertinence clinique du recours aux pratiques d'isolement, la poursuite d'une dynamique de diminution voire de suppression des pratiques de contention.

Pour autant et dans les pratiques quotidiennes, les contrôleurs relèvent des mises en isolement non décidées formellement par le psychiatre lors des astreintes (pas de déplacement pour examiner le patient), des placements initiaux de vingt-quatre heures au lieu de douze heures, l'absence de visite biquotidienne du psychiatre, l'enfermement sans accès aux toilettes, à l'eau ou à un espace extérieur. Comme développé au chapitre suivant analysant les mesures d'isolement pratiquées, l'isolement reste fréquemment utilisé dans trois unités, la personne de confiance ou la famille ne sont pas systématiquement informées de cette mise en isolement, les alternatives à l'isolement sont peu développées. Dans une unité le pyjama y est encore systématique lors de l'isolement.

La chambre d'hospitalisation du patient n'est pas toujours conservée lors de son entrée en CI.

Parfois, des entrées directes de patients en SSC s'effectuent par exemple à l'unité Riou en chambre d'isolement.

**Exemple de constat dans une première unité** : le premier jour de la visite, une patiente en soins libres avait été placée la veille à l'initiative des infirmiers vers 18h30 en chambre d'isolement car elle avait frappé une autre patiente et « *ne se calmait pas* ». Le personnel soignant a fait appel au psychiatre d'astreinte qui a validé la mesure par téléphone. La patiente n'a été vue que le

lendemain en fin d'après midi par le psychiatre de l'unité qui a levé la mesure. Le surlendemain, la patiente participait à l'activité piscine.

Autre exemple dans une autre unité : au moment du contrôle, une femme est seule placée dans une CI. Il est rapporté qu'elle y a été placée la veille en raison de l'agression d'un autre patient pour une durée initiale de vingt-quatre heures. Le rideau métallique avec croisillon est fermé derrière la fenêtre, l'accès à la salle d'eau possible. La patiente est manifestement sous sédation forte et marche lentement, sans agressivité ni agitation psychomotrice, et a pu parler aux contrôleurs de manière appropriée. Toutes ses affaires sont conservées dans le placard fermé à clef qu'elle signale comme n'y ayant pas accès. La question des alternatives à l'isolement mises en échec a été posée et seule l'administration d'un sédatif et le temps nécessaire à son action ont été rapportés.

Le matériel de contention utilisé comprend des sangles cinq points avec attache ventrale et aux deux bras et deux chevilles. Les sangles sont nettoyées après utilisation.

Enfin, les personnes enfermées, en chambre normale ou d'isolement, sont signalées en temps réel au service incendie de l'établissement.

**En conclusion, si la pratique de l'isolement et de la contention est en théorie totalement prise en compte par l'établissement, les démarches collectives se multiplient sans déboucher sur des changements profonds dans ces pratiques, observables à ce jour, pour les patients en SSC, comme le confirme les chiffres fournis par l'analyse du registre.**

### 8.3 LES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION SONT ENREGISTREES MAIS LEUR SUIVI EST PEU EXPLOITABLE

Les décisions de placement en isolement et contention sont informatiquement tracées sur le logiciel HM. La durée est renseignée, de même que le lieu de mise en CI (espace dédié ou hors espace dédié), le motif de la décision initiale, les consignes de surveillance. La traçabilité d'une mise en place de contention est également effective.

Le logiciel permet d'inscrire des durées y compris initiales de vingt-quatre heures car il n'y a pas d'horodatage automatique.

Les contrôleurs n'ont pas pu examiner un registre tel que précisé par l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique : « *pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et heure, sa durée (...).* »

En effet, l'analyse fournie par l'établissement ne présente pas la liste des mesures par patient, ce qui exclut une discussion contradictoire avec les équipes sur les situations inhabituelles (soins libres non régularisés, mineurs, longues durées d'isolement et de contention, alternatives mises en échecs, etc.).

Par ailleurs, les extractions de données restent distinctes entre isolement en CI, isolement hors CI et contention, sans qu'il ne soit possible de connaître les éventuelles mesures identiques plusieurs fois comptées pour un même patient.

L'analyse de la base de données fournie au moment du contrôle montre, avec ces réserves sus décrites, les pratiques suivantes :

**Unité Riou** : Sur une file active de 200 patients présents et entrés dans le service en 2019, 136 (68 %) ont eu une ou plusieurs mesures d'isolement pour des durées allant de 2 minutes à **834 heures (35 jours)**. 28 patients (soit **20,6 %** des patients placés en isolement) ont eu une contention associée pour des durées allant de 2 minutes à **195 heures (huit jours)** ; 3 contentions

sont mentionnées pour des patients en soins libres. 24 patients ont eu une mesure d'isolement initiées alors que les patients se trouvaient en soins libres mais il n'est pas possible de savoir si leur statut a été modifié par la suite. 43 patients ont été isolés hors CI (**32 %**).

L'analyse indique 87 patients en SSC sur les 200 de la file active, **soit des admissions majoritairement en soins libres contrairement à ce qui a été indiqué par les soignants**, et une file active de patients placés en isolement de 112 (la différence avec 136 semblant correspondre à des doublons). En prenant ce chiffre de 112 patients placés en isolement, le taux de patient entrant dans le service et ayant au moins une mesure d'isolement, est ramené à **56 % ce qui reste très élevé** (plus élevé par exemple que les pourcentages retrouvés en France dans les unités d'hospitalisation de courte durée psychiatriques (UHCD) ou centre d'accueil psychiatrique (CAP) aux urgences).

Un rapport des mesures de 2018 indiquait 165 mesures d'isolement et 6 contentions ; l'analyse 2019 en compte 244 isolements et 28 contentions.

**Unité Marronniers** : Sur une file active de 26 patients présents et entrés dans le service en 2019, 27 (**104 %**) ont eu une ou plusieurs mesures d'isolement pour des durées allant de 4 minutes à **673 heures (28 jours)**. L'analyse indiquant une file active de 15 patients ayant une mesure d'isolement, le taux de patients ayant eu au moins une mesure d'isolement doit plus vraisemblablement approcher **65 %**, ce qui correspond néanmoins à un taux très élevé et pas en phase avec les appréciations des soignants rencontrés.

19 patients (soit **70 %** des patients placés en isolement en prenant le premier chiffre mais **127 %** des patients isolés en prenant les 15 patients isolés en terme de file active) ont eu une contention associée pour des durées allant de 19 à **87 heures** (quatre jours) ; 2 contentions sur les 5 sont mentionnées pour des patients en soins libres. 24 patients ont eu une mesure d'isolement initiée alors que ces derniers étaient admis en soins libres mais il n'est pas possible de savoir si leur statut a été modifié par la suite. 14 patients ont été isolés hors CI (**52 ou 93 %**).

**Unité Châtaigniers** : Sur une file active de 269 patients (dont 30 en SSC) présents et entrés dans le service en 2019, 24 (**9 %**) ont eu une ou plusieurs mesures d'isolement pour des durées allant de 8 minutes à **474 heures (20 jours)**. L'analyse indiquant une file active de 21 patients (au lieu de 24) ayant une mesure d'isolement, le taux de patients ayant eu au moins une mesure d'isolement doit plus vraisemblablement approcher **8 %**, ce qui correspond à un taux faible en phase avec les appréciations des soignants rencontrés et le fait que la seule CI identifiée lors du contrôle a été transformée en chambre d'hospitalisation). 7 patients ont eu une mesure d'isolement initiée alors que les patients se trouvaient en soins libres. 10 patients ont eu une mesure d'isolement hors CI. **1 patient en SSC a eu une contention** associée lors de deux mesures de 5 et 24 heures.

**Unité Le Roy-Bertin** : Sur une file active de 69 patients (**dont 20 en SSC**) présents et entrés dans le service en 2019, **32 (46 %)** ont eu une ou plusieurs mesures d'isolement pour des durées allant de 4 minutes à **3 488 heures (145 jours)**. L'analyse n'indique pas la file active de patients ayant une mesure d'isolement. **22 patients** ont eu une mesure d'isolement initiée alors que les patients se trouvaient en soins libres. 12 patients ont eu une mesure d'isolement hors CI. 3 patients (9 % des isolés) dont un en soins libres ont eu une contention associée pour des durées allant de 2 à 139 heures.

**Unité Ecalgrain** (gérontopsychiatrie) : Sur une file active de 121 patients (**dont 14 en SSC**) présents et entrés dans le service en 2019, **14 (12 %)** ont eu une ou plusieurs mesures d'isolement (12 patients si l'on prend la file active de mise en isolement) pour des durées allant **de 1 à 237**

**heures (10 jours). 7 patients** ont eu une mesure d'isolement initiée alors que les patients se trouvaient en soins libres. 8 patients ont eu une mesure d'isolement hors CI.

6 patients (**43 % des isolés**) dont 4 en soins libres a eu une contention associée pour une durée de 20 à 237 heures.

**Unité Roubary-Merisiers** : Sur une file active de 355 patients (**dont 17 en SSC**) présents et entrés dans le service en 2019, **11 (3 %)** (9 patients si l'on prend la file active d'isolement) ont eu une ou plusieurs mesures d'isolement pour des durées allant de 2 à **356 heures (15 jours)**. **5 patients** ont eu une mesure d'isolement initiée alors que les patients se trouvaient en soins libres. 5 patients ont eu une mesure d'isolement hors CI. 3 patients (27 % des isolés) dont un en soins libres ont eu une contention associée pour des durées allant de 9 à 62 heures.

**Les données de l'unité Jamet** ne sont pas exploitables au regard du public accueilli et des mesures spécifiques de protection appliquée aux patients relevant de prises en charge plus médico-sociales inscrites dans la même base de données.

**La pratique de l'isolement et de la contention est ainsi analysée en termes de file active et de mise en œuvre par les équipes soignantes tous les trois mois mais sur la base d'une analyse des données globale et inexacte.**

**Ce jour, soit les chiffres fournis sont sensiblement erronés, soit les pratiques sont anormales et irrégulières surtout dans les unités Riou, Le Roy-Bertin et Marronniers.** En ce qui concerne la seule pratique des contentions, cette pratique semble réservée aux situations de derniers recours sauf dans les unités Riou et Marronniers où leurs fréquences restent importantes.

## RECOMMANDATION 20

L'analyse d'un registre opérationnel de l'isolement et de la contention doit être effectuée régulièrement par les soignants, et permettre de limiter ces pratiques aux mesures de dernier recours.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, le directeur général de la fondation indique « *que la visite est intervenue d'une part pendant une vacance du poste de médecin DIM et d'autre part alors que l'intégration d'un nouveau dossier informatisé du patient avait eu lieu durant l'exercice 2019. Les analyses trimestrielles réalisées à l'échelle de l'établissement à la fin de l'année 2019 avaient permis d'identifier les non conformités techniques et fonctionnelles sur le registre dématérialisé des isolements et contentions. L'éditeur du logiciel a en conséquence réalisé des actions correctives non effectives au moment de la visite* ».

Selon la direction, au moment de la transmission des observations les actions correctives sont effectives pour la plupart. Enfin, la direction précise « *que les spécifications techniques du logiciel prenaient en compte les exigences de la circulaire de la DGOS du 19 mars 2017 qui ne permettaient pas de fournir les indicateurs sollicités par le CGLPL qui sont désormais intégrés dans l'analyse trimestrielle, dont la trame est transmise.* »

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments et rappellent que le registre désormais analysable devra faire l'objet de réflexion régulière collégiale des soignants.

## 9. PRISE EN CHARGE DES PUBLICS SPECIFIQUES

### 9.1 LES PATIENTS MINEURS SONT HOSPITALISES A TITRE PRINCIPAL EN UNITE FERMEE

Lors de la visite, aucun mineur ne se trouvait hospitalisé au pôle Nord. La dizaine de patients mineurs par an est hospitalisée à titre principal à l'unité fermée Sophie de Riou. Selon les informations recueillies, des difficultés peuvent apparaître lorsque le juge des enfants mandant indique dans son ordonnance la notion « d'isolement » du mineur. Ils sont placés en chambre d'isolement uniquement si l'état clinique le justifie. Il peut arriver qu'ils soient isolés de nuit.

En 2019, treize mineurs ont été hospitalisés au pôle Nord dont six par ordonnance de placement provisoire. Des données ont été transmises aux contrôleurs s'agissant de huit séjours. Ils étaient âgés entre 15 et 18 ans, cinq à l'unité Sophie de Riou, un à l'unité ouverte les Châtaigniers et deux à l'unité fermée Pussin au pôle Centre dont un a effectué un séjour sur une autre période à l'unité Sophie de Riou. La durée moyenne de séjour sur huit séjours est de 25,5 jours pour le séjour le plus court de quatre jours et le plus long de quatre-vingt-dix jours.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020, deux mineurs ont été hospitalisés en soins libres.

#### RECOMMANDATION 21

L'hospitalisation de mineurs en unité fermée doit être justifiée uniquement par leur état clinique.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, le directeur général indique « *partager ce constat et expliquer devoir exécuter des décisions judiciaires* ».

### 9.2 L'HOSPITALISATION DE PATIENTS DETENUS EST EXCEPTIONNELLE

Un protocole cadre pour la prise en charge sanitaire des personnes détenues a été signé par la FBS de la Manche, le centre hospitalier public du Cotentin, la maison d'arrêt de Cherbourg, l'ARS de Normandie, la direction interrégionale des services pénitentiaires de Bretagne, Normandie et Pays de la Loire. Il a vocation à organiser l'unité sanitaire de la maison d'arrêt.

Par ailleurs, la FBS est amenée à prendre en charge en hospitalisation complète en moyenne une dizaine de patients détenus par an lorsqu'ils ne peuvent pas être hospitalisés à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Rennes (Ille-et-Vilaine). Pour le pôle Nord, l'unité Sophie de Riou a vocation à les accueillir. La durée moyenne de séjour est courte puisqu'elle est inférieure à 5 jours. Ils ne sont pas systématiquement placés en chambre d'isolement mais se trouvent forcément en unité fermée, selon les informations transmises par les professionnels rencontrés ce au regard de leur statut pour des raisons de sécurité. Lors de la visite aucun patient détenu n'était hospitalisé. Ils ont accès aux activités, selon les informations transmises.

Des fiches de prise en charge et d'accueil, de liaison administrative et de liaison sanitaire détaillent le circuit de l'hospitalisation. Après l'ensemble des formalités médicales (certificat médical, prescriptions) et administratives (signature de l'arrêté par le préfet), sur appel du greffe de la maison d'arrêt, deux soignants dont un IDE sont mobilisés pour aller chercher la personne détenue en ambulance avec ou sans les forces de l'ordre ; leur présence étant évaluée par le chef d'établissement au regard de la dangerosité du patient. Une fiche de liaison administrative transmise par le Greffe de la maison d'arrêt à la FBS renseigne l'établissement sur les droits du patient détenu quant au courrier, aux appels téléphoniques avec les coordonnées des personnes

qu'il a le droit de joindre, à la liste des personnes qui sont titulaires d'un permis de visite et qui peuvent donc le visiter pendant son hospitalisation.

Une autre fiche de liaison qui accompagne la personne détenue, sous pli fermé, comporte des éléments médicaux et paramédicaux. Le retour à l'établissement est géré par les surveillants de l'administration pénitentiaire qui posent des entraves au patient.

### 9.3 LA PRISE EN CHARGE EN GERONTOPSYCHIATRIE EST ADAPTEE A LA CLINIQUE DES PATIENTS

L'unité Ecalgrain est l'unique unité d'hospitalisation à temps plein dédiée à la gériopsychiatrie et située sur le site de Valognes. Elle accueille des patients âgés de plus de 65 ans. Sur les dix-huit lits disponibles, quatorze étaient occupés au moment du contrôle dont deux patients en SSC. Un patient était âgé de moins de 65 ans (63 ans), accueilli pour une courte durée dans l'attente d'une orientation adaptée. Son emplacement à Valognes permettait un accès direct aux urgences de l'hôpital de Valognes adjacent (2008), néanmoins elle se trouve isolée depuis la transformation des urgences en centre de soins non programmés (2015). Aucun personnel de sécurité n'est présent sur le site, ni aucune caméra. L'unité ne dispose d'aucun véhicule de transport propre. Le nouveau projet d'établissement en cours d'élaboration devrait trancher sur son devenir, ce qui inquiète les professionnels rencontrés.

Il s'agit d'une unité ouverte organisée en deux secteurs : le « secteur 12 » (« Bruyère ») pour les douze patients les plus indépendants, autorisés à entrer et sortir librement de l'unité, et le « secteur 6 » (« Ajoncs ») pour les six patients atteints de troubles cognitifs – incapacité à se repérer dans l'espace, difficulté à se déplacer – autorisés à sortir uniquement accompagnés. L'orientation dans l'un ou l'autre secteur est déterminée par la faculté des patients à se mouvoir et se repérer dans l'espace et non par leur statut.

Toutes les chambres, peintes dans des couleurs vives mais sans décorations personnelles, sont individuelles, avec douche et toilettes à l'intérieur (avec miroir), un bureau, une fenêtre avec un filtre non transparent lorsqu'elles donnent sur le parking et un placard ouvert. Il n'y a ni liseuse ni verrou de confort ni climatisation. Des ventilateurs sont installés dans les chambres si besoin. Les chambres ne sont pas équipées de boutons d'alerte mais les patients disposent depuis 2018 de bracelets avec poussoir d'appel leur permettant d'appeler à l'aide, en cas de chute par exemple.

Les seules restrictions imposées lors de l'arrivée sont celles prescrites par le médecin psychiatre. Depuis septembre 2019 et l'émission du nouveau règlement, les patients peuvent utiliser leur téléphone portable même la nuit ce qui a bouleversé le fonctionnement de l'unité. Des cas d'harcèlement des familles ou d'appels injustifiés à la gendarmerie ont depuis été répertoriés, dans des proportions néanmoins contenues.

Une réunion de synthèse a lieu tous les lundis matin en présence du médecin psychiatre présent trois jours en semaine, des IDE, des aides-soignants, de la psychologue, de l'assistante sociale. Des réunions de fonctionnement en équipe peuvent être convoquées à la demande, et au moins une fois par trimestre. Il s'agit davantage d'une séance de partage d'expérience destinée à répondre aux interrogations des IDE (ex. des sujets abordés : faut-il offrir le café aux visiteurs ? Comment redéfinir le PTI<sup>20</sup>, etc.).

---

<sup>20</sup> PTI : protection du travailleur isolé

La « *charte de fonctionnement* » est en moyenne réactualisée tous les deux ans (dernière version validée en 2019, la précédente en 2017), au terme d'un travail collectif incluant l'ensemble des professionnels.

L'équipe est stable, soudée et expérimentée. Tous les postes sont pourvus. Les membres du personnel sont généralement en place depuis de longues années et ont pour la plupart construit leur carrière au sein de la Fondation à laquelle ils sont particulièrement attachés. En plus d'être identifiés par la cadre de santé par des entretiens individuels, les besoins de formation peuvent également être listés par les membres de l'équipe eux-mêmes. Les temps de formation sont bien intégrés aux plannings.

L'unité dispose d'un budget annuel propre, à hauteur de 500 euros qui est utilisé en priorité lors des sorties prévues à l'extérieur de l'unité, généralement les vendredi, pour offrir une boisson chaude dans les cafés, par exemple. Une partie sert également à acheter des chocolats pour Noël, etc. Des activités thérapeutiques sont proposées tous les jours (musique, préparation de soupe, gym douce, groupes de parole pour activer la mémoire, promenade). L'ensemble des patients rencontrés a salué ces activités : « *on fait plein de choses* ». Un jardin thérapeutique disponible dans l'enceinte du centre de soins non programmés adjacent est également régulièrement utilisé. Les patients en SSC peuvent en bénéficier comme les autres, sauf restriction par la psychiatre.

Compte tenu du public accueilli les sorties non autorisées sont extrêmement rares, de l'ordre de une par an. La procédure généralement appliquée consiste à prévenir la cadre de santé, puis à faire le tour de l'unité, située à proximité du centre de soins non programmés de Valognes. Si la personne n'est pas retrouvée, la gendarmerie est alors prévenue, l'unité ne disposant d'aucun moyen de transport propre. La réaction rapide des gendarmes a été soulignée ; elle est même jugée parfois excessive dans la mesure où ils leur arrivent d'utiliser des chiens renifleurs.

Au cours de l'année 2019, sept « *fiches de violence* » ont été remplies, dont trois pour un même patient (essentiellement : violences volontaires, pincements, griffures). Chaque incident est répertorié en toute transparence.

Les visites par les proches sont autorisées tous les après-midi, de 14h30 à 18h. Les IDE font néanmoins preuve de souplesse s'agissant des horaires. Les rencontres peuvent avoir lieu dans un salon spécifique ou dans les chambres des patients. Des entretiens avec les familles sont organisés si besoin en présence de la psychiatre, de l'assistante sociale, d'un IDE et du patient. Hormis certains curateurs, l'équipe a souligné l'implication des proches des patients, notamment lors des projets de sortie vers des EHPAD.

Une nouvelle version du formulaire du projet thérapeutique individualisé est en cours de rédaction, pour fixer des objectifs clairs. Porté par la cadre de santé et l'infirmière coordinatrice, ce projet inclue l'ensemble de l'équipe. Il devrait être finalisé au mois de mars 2020.

Aucune plainte n'a été déposée par les patients au cours des dernières années. Les patients rencontrés ont souligné la bienveillance du personnel soignant et leur souhait de rester dans l'unité. Le personnel souligne le caractère apaisé et agréable de l'ambiance de l'unité et de leur environnement de travail.

## 10. CONCLUSION

La présente mission est intervenue trois années après la fusion des deux établissements de Saint-Lô et de Picauville. La démarche de la direction d'assurer une identité à la nouvelle entité et d'harmoniser les cultures professionnelles doit être saluée. De plus, l'établissement est soucieux d'accompagner les changements de pratiques ce depuis plusieurs années notamment lorsque certaines unités d'admission ont été restructurées en unités de longs séjours pour des patients chroniques avec notamment pour conséquence un passage d'unités fermées à ouvertes.

Un réel souci des équipes du pôle Nord à assurer une prise en charge de qualité des patients a été constatée dans un contexte général difficile. La fondation Bon Sauveur de la Manche a développé un paysage ambulatoire riche, avec la présence de structures sociales et médico-sociales variées sur tout le territoire et à même de répondre à la crise grâce à l'HAD et en projet avec le développement d'équipes mobiles.

L'évolution des pratiques s'est accompagnée de la création d'outils pertinents au service du respect des droits des patients, la communication avec l'extérieur et l'accès aux biens des patients est garantie, la liberté d'aller et venir est assurée de manière large, la prise en charge des patients est individualisée et la préparation à la sortie est anticipée, l'établissement est tourné vers l'extérieur pour offrir aux patients quel que soit leur statut des activités thérapeutiques adaptées à leur état clinique.

L'établissement organise de nombreuses instances de réflexions ouvertes à l'ensemble du personnel. Il convient de relever le dynamisme des commissions comme la CDSP, la CDU avec une volonté claire d'impliquer les usagers dans la vie de l'établissement. Mais paradoxalement sont constatées certaines pratiques en inadéquation avec ces réflexions – notamment la confusion entre SSC et enfermement, la confusion entre chambre d'hospitalisation et CI, la disproportion du nombre de CI (17 pour 133 lits d'hospitalisation), la durée des mesures d'isolement et la tenue du registre. De plus, s'agissant des locaux une vigilance doit être portée sur un possible virage sécuritaire.

Néanmoins, les inquiétudes émises sont nuancées par le levier d'amélioration des conditions de vie des patients que représente le schéma directeur immobilier et par une culture bien ancrée de la réflexion institutionnelle de la Fondation sur la liberté d'aller et venir.

16/19 Quai de la Loire  
CS 70048  
75921 PARIS CEDEX 19

[www.cglpl.fr](http://www.cglpl.fr)