



Rapport de visite :

4 au 8 février 2019 – Première visite

Centre hospitalier du Nord-
Mayenne

(Mayenne)

SYNTHESE

Cinq contrôleurs et une stagiaire ont effectué une visite du centre hospitalier du Nord-Mayenne (Mayenne) du 4 au 8 février 2019.

Un rapport provisoire a été adressé à la direction de l'établissement, à la direction territoriale de l'agence régionale de la santé des Pays de la Loire ainsi qu'au président tribunal de grande instance de Laval et au procureur près ce même tribunal. La direction du centre hospitalier a fait valoir ses observations qui ont été prises en considération pour la rédaction du présent rapport.

Le Centre Hospitalier du Nord-Mayenne (CHNM), implanté dans la ville de Mayenne, couvre le territoire du Nord du département, soit une population d'environ 93 000 habitants. Dans certains secteurs, la population est en situation de précarité et d'isolement social. Par ailleurs, le système de santé est marqué par de nombreuses contraintes, tant de financement que de répartition spatiale de l'offre de soins. En outre, le département est touché par la désertification médicale.

L'établissement dispose de 572 lits et places dont 104 lits d'hospitalisation en psychiatrie adulte répartis dans quatre pavillons, de vingt-cinq places d'hospitalisation de jour ainsi que de structures ambulatoires. **Trois des quatre pavillons d'hospitalisation ont leur porte fermée en permanence alors même qu'ils accueillent une majorité de patients admis en soins libres.** En outre, tous les moyens ne sont pas mis en œuvre pour leur garantir un libre accès vers l'extérieur.

Le pôle de santé mentale a élaboré un projet ambitieux orienté principalement vers des alternatives à l'hospitalisation avec des dispositifs innovants. Ainsi, il a été mis en place une équipe d'appui thérapeutique ambulatoire dont la mission est d'effectuer un accompagnement intensif des patients à leur domicile. Il est également prévu d'ouvrir une unité de soins intensifs de jour qui aura vocation à prendre en charge vingt patients du lundi au dimanche. La création de cette structure devrait conduire à la fermeture d'un pavillon d'hospitalisation.

Cependant la réussite de ce projet dépend essentiellement des moyens humains mis en œuvre. Or, le pôle de santé mentale connaît des difficultés majeures pour recruter des médecins psychiatres. Lors de la visite, trois psychiatres, dont deux praticiens hospitaliers et un praticien attaché associé, intervenaient en intra et en extra hospitalier pour une ressource effective de 2,8 équivalents temps plein. Des psychiatres intérimaires viennent en appui de façon ponctuelle. Cela n'est pas sans conséquences sur la prise en charge et le suivi des patients dont certains, hospitalisés sur le long cours, ne sont pas vus en consultation pendant plusieurs mois. De même, les certificats mensuels de maintien en soins sans consentement sont parfois renouvelés sans que les patients ne soient reçus en entretien. En outre ces entretiens médicaux, lorsqu'ils ont lieu, peuvent être menés par un médecin généraliste alors même qu'ils doivent être conduits par un médecin psychiatre certificateur.

Il a également été relevé que le contenu des certificats médicaux n'était pas porté systématiquement à la connaissance du patient. Un des médecins revendique cette pratique, la transmission de ces informations pouvant perturber le patient. Cela est contraire aux dispositions tant législatives que réglementaires dans la mesure **où toute personne admise en soins sans consentement doit être informée des décisions prise à son endroit et des raisons qui les motivent.** De même, il a été relevé un nombre élevé de certificats médicaux d'impossibilité d'audition par le juge et de certificats du médecin attestant du refus du patient de se rendre à l'audience, alors même que ce refus ne peut émaner que du patient lui-même. Le rapprochement du nombre élevé de ces certificats médicaux avec les propos tenus par les médecins interroge sur le respect des droits du patient par certains médecins de l'établissement.

Par ailleurs, le registre de la loi n'est pas toujours renseigné dans le délai prescrit par la loi.

Enfin, en dépit des recommandations du CGLPL à l'issue des visites au sein des établissements hospitaliers de Laval et de Château-Gontier, le déroulement des audiences du juge des libertés et de la détention n'est pas conforme aux exigences de la loi. Depuis le 1^{er} septembre 2014, ces audiences doivent se tenir, sauf exception, au sein du centre hospitalier comme le prévoit la loi du 27 septembre 2013. Or, malgré de nombreuses réunions tenues, les audiences du juge des libertés et de la détention (JLD) se tiennent au tribunal de grande instance (TGI) de Laval, aucune salle d'audience n'ayant été aménagée dans les trois établissements psychiatriques du département.

S'agissant des mesures d'isolement et ou de contention, certaines pratiques interpellent d'autant qu'elles ne font l'objet d'aucune réflexion institutionnelle. Ainsi, il a été constaté que les mesures d'isolement n'étaient pas systématiquement réévaluées toutes les vingt-quatre heures et que le statut des patients en soins libres placés à l'isolement n'était pas modifié dans les douze heures suivant la décision. Ainsi également, les isolements et la contention sont pratiqués dans des chambres dites « de proximité » qui ne sont pas répertoriées comme chambre d'isolement. En outre, ces mesures ne figurent pas dans le registre prévu par l'article L3222-5-1 du code de la santé publique. Enfin, ces mesures sont décidées par les médecins généralistes. Comme le préconise la haute autorité de santé, le CGLPL recommande que les mesures d'isolement et de contention, lorsqu'elles sont décidées par un médecin généraliste soient validées, par un médecin psychiatre.

Cette visite a toutefois été l'occasion de relever quelques éléments positifs. L'investissement et le dynamisme des équipes paramédicales pallient l'absence des médecins. Les professionnels de santé, soucieux du bien-être des patients, font preuve de disponibilité et de réactivité à l'égard des patients. Ils mettent tout en œuvre pour limiter les recours à l'isolement en recherchant d'autres alternatives, par le biais d'ateliers thérapeutiques notamment, visant à apaiser les patients. De même, les psychologues, très présents dans les pavillons, jouent un rôle prépondérant. Par ailleurs, les patients, dans leur ensemble, ne font pas l'objet de restrictions systématiques concernant leurs libertés individuelles. Ainsi, la liberté en matière de sexualité est respectée. A cet égard, des ateliers de discussions consacrés à ce sujet ont été instaurés dans un pavillon.

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 38

La possibilité offerte aux patients de déjeuner au self de l'établissement est une initiative intéressante en ce sens qu'elle favorise le retour à l'autonomie.

BONNE PRATIQUE 2 40

L'atelier de discussions consacrées à la sexualité permet de libérer la parole et de sensibiliser les patients aux questions de consentement et de prophylaxie. Cette initiative mériterait d'être élargie à l'ensemble des unités.

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 15

Le CHNM doit intensifier ses efforts pour combler dans les plus brefs délais les vacances de postes de médecins psychiatres afin d'offrir une prise en charge adaptée aux patients.

RECOMMANDATION 2 18

Dans le respect des dispositions de l'article L. 3211-3 du code de la santé publique et afin de permettre une notification au patient de la mesure et de ses droits dans un bref délai, la décision d'admission doit être prise et signée par le directeur ou son délégué dès la prise en charge effective du patient ou dans les quelques heures suivant celle-ci.

RECOMMANDATION 3 19

Les décisions du directeur et les arrêtés du préfet doivent être motivées afin de permettre au patient de connaître, à leur seule lecture, les raisons à l'origine de la mesure.

RECOMMANDATION 4 20

Les informations quant aux droits des personnes admises sans consentement figurant dans le document de notification des décisions du directeur doivent être actualisées sur les voies de recours et complétées du nom et des coordonnées des institutions pouvant être saisies par le patient ou avec lesquelles il peut communiquer. De même, l'énumération des droits des patients édictés à l'article L3211 du code de la santé publique doit être remise aux patients admis en SDRE et gagnerait à être affichée dans chacune des unités.

Enfin, la copie de tout document inhérent à l'admission en soins sans consentement devrait être remise au patient tout au long de son hospitalisation.

RECOMMANDATION 5 23

Les personnes faisant l'objet d'une mesure de tutelle doivent être invitées à désigner une personne de confiance et les pratiques des équipes soignantes à cet égard doivent être harmonisées.

- RECOMMANDATION 6 27**
- Dans le respect des dispositions des articles L. 3211-3 du code de la santé publique qui édicte le principe de l'information du patient sur toute décision prise au cours de son suivi et les raisons qui la motivent, les certificats médicaux sur lesquels se fondent les décisions ordonnant des SSC doivent être, d'une part circonstanciés et, d'autre part, portés à la connaissance du patient tant par les médecins, qui doivent l'inviter à faire valoir ses observations, que par les autorités administratives et judiciaires, qui doivent motiver leurs décisions.
- RECOMMANDATION 7 31**
- Les certificats médicaux comme les décisions d'admission, du directeur et du préfet, mériteraient d'être horodatés afin de garantir le respect des délais impartis par la loi.
- RECOMMANDATION 8 31**
- Les registres de la loi doivent être tenus avec plus de rigueur et mentionner, conformément aux dispositions de l'article L. 3212-11 du CSP, les dates de notification des décisions tant d'admission que de maintien de la mesure ou de changement de forme de prise en charge, d'une part, des droits et voies de recours et garanties, d'autre part.
- RECOMMANDATION 9 32**
- Les autorités énoncées à l'article L. 3222-4 du code de la santé publique doivent effectuer annuellement une visite de contrôle au Centre Hospitalier Nord Mayenne afin de vérifier la régularité des procédures d'admission et de maintien en soins sans consentement des patients hospitalisés et la bonne tenue des registres de la loi.
- RECOMMANDATION 10 34**
- Les patients en soins libres ne doivent pas être hébergés dans des unités fermées. Lorsqu'ils le sont pour des raisons matérielles, tout doit être mis en œuvre pour garantir leur liberté d'aller et venir. De même, une réflexion portant sur l'ouverture des portes des unités fermées devrait être engagée.
- RECOMMANDATION 11 43**
- Dans le cadre du renouvellement mensuel des certificats médicaux, les entretiens médicaux doivent être menés par le médecin psychiatre certificateur et non par un médecin généraliste.
- RECOMMANDATION 12 44**
- Tous les patients doivent bénéficier régulièrement d'une consultation avec le psychiatre afin que leur traitement et leur projet de soins soient réajustés en fonction de leur état clinique.
- RECOMMANDATION 13 49**
- Les mesures d'isolement doivent être réévaluées toutes les 24 heures et le statut des patients en soins libres placés à l'isolement doit être modifié dans les 12 heures qui suivent la décision. En outre comme le préconise la HAS, le CGLPL recommande que les mesures d'isolement et de contention, lorsqu'elles sont décidées par un médecin généraliste soient validées par un médecin psychiatre.
- RECOMMANDATION 14 50**
- Lorsqu'une décision de placement à l'isolement est prise par le personnel infirmier, le médecin psychiatre doit intervenir dans l'heure qui suit pour valider la mesure.
- RECOMMANDATION 15 51**
- L'isolement et la contention ne peuvent se pratiquer en chambre ordinaire et les mesures « si besoin » sont à proscrire. Les chambres dites « de proximité » doivent être répertoriées comme des chambres de soins intensifs et les mesures d'isolement et de contention doivent figurer dans le registre prévu par l'article L3222-5-1 du code de la santé publique.

RECOMMANDATION 16 52

Une réflexion institutionnelle portant sur les pratiques relatives à l'isolement et à la contention s'impose afin d'identifier d'autres alternatives à ces mesures. L'utilisation de chambre d'apaisement doit être envisagée.

RECOMMANDATION 17 53

Le registre d'isolement et de contention doit être amélioré afin de pouvoir effectuer une analyse plus précise de ces pratiques et mettre en œuvre une politique institutionnelle visant à réduire le recours à ces mesures.

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 19

L'ensemble du personnel infirmier doit bénéficier d'une formation portant sur les droits des patients admis en soins sans consentement et leurs voies de recours.

PROPOSITION 2 21

Le livret d'accueil « santé mentale » doit être complété et mis à jour.

PROPOSITION 3 22

La procédure de traitement des réclamations des usagers doit être améliorée, notamment pour permettre une réponse au plaignant dans un délai raccourci.

PROPOSITION 4 23

L'établissement doit mettre tous les moyens en œuvre (information préalable aux scrutins, organisation des procurations, permissions de sortie) afin de permettre aux patients hospitalisés d'exercer leur droit de vote.

PROPOSITION 5 24

Une information doit être apportée aux patients s'agissant de leur liberté d'exercer le culte de leur choix, tant dans le livret d'accueil que par voie d'affichage au sein de l'ensemble des pavillons.

PROPOSITION 6 35

Afin de faciliter les communications avec l'extérieur et les démarches administratives, les unités d'hospitalisation doivent avoir un accès à internet.

PROPOSITION 7 35

Il conviendrait de prévoir dans le cadre des réorganisations futures un lieu plus convivial d'accueil des familles dans les unités.

PROPOSITION 8 37

Les unités devraient être équipées de lave-linge afin de promouvoir l'autonomie des patients. De même des nécessaires d'hygiène doivent être systématiquement mis à disposition des patients.

PROPOSITION 9 38

Les placards des chambres doivent être équipés d'une serrure et les patients devraient pouvoir conserver la clé.

PROPOSITION 10.....40

La gestion quotidienne de l'éventuelle agressivité des patients doit être assurée par les soignants, en investissant encore plus le champ de la formation (gestion de la violence, désescalade, etc.).

PROPOSITION 11.....47

Il convient de revoir dans certains pavillons le mode de délivrance des traitements qui ne respecte pas la confidentialité des échanges.

PROPOSITION 12.....49

Les WC des chambres de soins intensifs doivent être séparés du reste de la pièce afin que le patient puisse séjourner dans des conditions dignes et qu'il ne soit pas incommodé par les odeurs.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	4
RAPPORT	10
1. CONDITIONS DE LA VISITE	10
2. LA POLITIQUE MEDICALE DE L'ETABLISSEMENT ET LES MOYENS MIS EN OEUVRE ..	11
2.1 L'établissement a développé un dispositif ambulatoire innovant visant à réduire les hospitalisations mais la réussite du projet dépend des moyens humains mis en œuvre.....	11
2.2 L'activité du pôle santé mentale met en évidence la bonne articulation entre le dispositif intra et extra hospitalier	13
2.3 Les difficultés de recrutement des médecins psychiatres pèsent sur le fonctionnement des unités et le suivi des patients.....	14
2.4 Le contexte financier déficitaire rend problématiques les perspectives d'investissement qui auraient été rendues nécessaires par l'état dégradé de certaines unités	16
3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS	17
3.1 Les patients en soins sans consentement sont majoritairement hospitalisés sous le statut de « l'urgence »	17
3.2 Les informations sur le statut et les droits sont régulièrement données par les soignants mais les documents écrits, pour certains insuffisants ou erronés dans leur contenu, ne sont pas toujours remis aux patients.....	18
3.3 Une procédure d'examen des réclamations impliquant la commission des usagers est en place.....	21
3.4 La désignation de la personne de confiance est aléatoire	22
3.5 L'information sur le droit de vote est imparfaitement assurée	23
3.6 L'information relative à la liberté d'exercer le culte de son choix n'est pas complète	23
3.7 La protection juridique des majeurs est assurée	24
3.8 Les modalités d'accès au dossier médical sont exposées aux patients	24
4. LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS DES PATIENTS ET LEURS CONTROLES	25
4.1 Le contrôle du Juge des libertés s'exerce au tribunal de Laval et non à l'hôpital, souvent hors la présence du patient représenté par un avocat	25
4.2 La commission départementale des soins psychiatriques – CDSP – assure son contrôle au cours d'une visite annuelle dont les conclusions sont peu détaillées	28
4.3 La tenue du registre de la loi connaît quelques retards et omissions et n'est pas en tous points conforme aux prescriptions légales.....	30
4.4 Le collège des professionnels de santé recueille les observations du patient mais son avis ne lui est pas notifié.....	31

4.5	Les autres contrôles sont quasi inexistantes	32
5.	LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....	33
5.1	Les patients bénéficient d'une réelle liberté dans l'enceinte de l'établissement mais trop de patients en soins libres sont hébergés dans des unités fermées ..	33
5.2	Les contraintes de la vie quotidienne sont adaptées à la situation des patients et vécues de façon sereine	34
5.3	Les communications avec l'extérieur sont encouragées, l'accès des familles est très ouvert mais leurs conditions d'accueil restent sommaires.....	34
6.	LES CONDITIONS DE VIE.....	36
6.1	L'hospitalisation en chambre individuelle est la règle	36
6.2	Les locaux sont propres mais les unités ne disposent pas de lave-linge.....	37
6.3	Les patients ont un libre accès au self de l'établissement	37
6.4	Les patients ne peuvent pas conserver leurs biens personnels dans leur chambre	38
6.5	Des activités sont organisées de façon ponctuelle au sein des unités.....	39
6.6	La liberté des patients en matière de sexualité est respectée.....	39
6.7	La sécurité des patients est assurée	40
7.	LES SOINS.....	42
7.1	L'unité médico-psychologique évite les hospitalisations non justifiées	42
7.2	En l'absence des médecins, les équipes paramédicales mettent tout en œuvre pour assurer la continuité des soins psychiatriques	43
7.3	La prise en charge somatique est assurée.....	46
8.	LES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION	48
8.1	Les WC des chambres de soins intensifs ne sont pas séparés du reste de la pièce	48
8.2	Certaines pratiques portant sur l'isolement et la contention interpellent d'autant qu'elles ne font pas l'objet d'une réflexion institutionnelle	49
8.3	Le registre ne permet pas de distinguer les mesures d'isolement des mesures de contention et sa tenue est aléatoire	52
9.	LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	54
9.1	Les activités de médiation thérapeutique sont nombreuses et variées	54
10.	CONCLUSION.....	57

Rapport

- Bonnie Tickridge, cheffe de mission ;
- Mathieu Boidé ; contrôleur,
- Gérard Kauffmann ; contrôleur,
- Agnès Mouze ; contrôleur,
- Bénédicte Piana ; contrôleur,
- Marion Grolleau ; stagiaire.

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 4 février 2019 à 14h. Ils l'ont quitté le 8 février à midi.

A leur arrivée, ils ont été accueillis par le directeur adjoint, référent du pôle santé mentale, et la mission a pu se présenter devant les membres de la direction, la présidente de la commission médicale d'établissement (CME), les médecins, le cadre supérieur de pôle et les cadres de santé.

Des contacts téléphoniques avaient été préalablement établis avec le directeur de cabinet du préfet de la Mayenne, le président du tribunal de grande instance (TGI) de Laval ainsi que le juge des libertés et de la détention (JLD) près ce même tribunal et le directeur de la délégation territoriale de l'agence régionale de santé (ARS) des Pays de la Loire. Les contrôleurs ont également rencontré le président de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP).

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs.

Il a été mis à la disposition des contrôleurs une salle de travail équipée d'un ordinateur. Les documents demandés ont été mis à disposition.

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

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

Une réunion de restitution a eu lieu le 8 février 2019 en présence de l'équipe de direction, de la présidente de la CME, des chefs et des cadres supérieurs de pôle, des cadres de santé ainsi que de nombreux professionnels de santé.

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

2.1 L'ETABLISSEMENT A DEVELOPPE UN DISPOSITIF AMBULATOIRE INNOVANT VISANT A REDUIRE LES HOSPITALISATIONS MAIS LA REUSSITE DU PROJET DEPEND DES MOYENS HUMAINS MIS EN OEUVRE

Le Centre Hospitalier du Nord-Mayenne (CHNM) est un établissement public de santé situé dans la ville de Mayenne, couvrant le territoire du Nord du département, soit une population d'environ 93 000 habitants. Il dispose de 572 lits et places.

Le CHNM résulte de deux fusions :

- l'intégration des activités de santé mentale de l'ancien centre hospitalier spécialisé (CHS), qui couvrait tout le département, sur le site La Plaine en 2001 ;
- la reprise des activités chirurgicales de la clinique de la Providence en 2006.

L'établissement est en direction commune avec le centre hospitalier de Villaines-la-Juhel depuis le 1^{er} janvier 2011.

Le CHNM est organisé en six pôles d'activités cliniques – dont le pôle santé mentale –, médico-technique, administratif, et logistique. Il est réparti géographiquement sur trois sites différents dont le site La Plaine qui regroupe les activités du pôle santé mentale.

Depuis le 1^{er} juillet 2016, l'établissement fait partie du groupement hospitalier territorial (GHT) de la Mayenne et du Haut Anjou.

La Mayenne, dont le chef-lieu est Laval, est un département à dominante rurale partagé entre quelques zones fortement urbanisées et de vastes espaces ruraux. Sa population, atteignant 305 700¹ habitants, est inégalement répartie sur le territoire. Dans certains secteurs, il s'agit d'une population précarisée en situation d'isolement social. Il convient de spécifier que le taux de suicides dans ce département est supérieur à la moyenne nationale. De même, le nombre de personnes souffrant de troubles addictifs, notamment à l'alcool, est particulièrement élevé. Enfin, le système de santé est marqué par de nombreuses contraintes, tant de financement que de répartition spatiale de l'offre de soins. En outre, le département est touché par la désertification médicale.

L'instauration de la psychiatrie de secteur a conduit à un découpage du département en quatre secteurs de psychiatrie générale et à la création d'un service intersectoriel de psychiatrie infantile-juvénile basé à Laval. Outre le CHNM couvrant le tiers Nord du territoire, le département compte le CH de Laval, établissement de référence de son territoire comprenant le secteur Est et le secteur Ouest et, au Sud, le CH du Haut Anjou situé à Château-Gontier.

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

Le pôle de santé mentale comprend 103 lits d'hospitalisation complète répartis sur quatre pavillons :

- le pavillon 1 (P1), d'une capacité d'accueil de trente lits, est une unité de soins au long cours ;

¹ Données INSEE 2013

- le pavillon 2 (P2), d'une capacité d'accueil de vingt-huit lits, est destiné aux patients présentant un handicap psychique et en attente d'un placement dans une structure adaptée ;
- le pavillon 3 (P3), d'une capacité d'accueil de dix-huit lits, est une unité d'admission ;
- le pavillon 4 (P4), d'une capacité d'accueil de vingt-sept lits, est une unité d'admission.

Les pavillon 3 et 4 disposent chacun d'une chambre de soins intensifs.

A l'exception du pavillon 2, tous les autres pavillons accueillent des patients en soins sans consentement. En outre, ce sont des unités dont les portes sont fermées en permanence.

Le pôle dispose également de vingt-cinq places d'hospitalisation de jour ainsi que de quatre places d'hospitalisation de nuit.

Le dispositif extra hospitalier est réparti comme suit :

- trois centres médico-psychologiques (CMP) situés à Mayenne, Ernée et à Villaines-la-Juhel qui sont ouverts, à l'exception du CMP de Villaines-la-Juhel, du lundi au vendredi de 9h à 17h30. Celui de Mayenne avait tenté l'expérience de rester ouvert certains jours jusqu'à 19h30 mais cela n'incita pas pour autant les usagers à venir consulter. Selon les propos recueillis, ces structures sont bien insérées dans le tissu local, de nombreux liens se sont établis avec les médecins généralistes et les infirmiers libéraux. Cependant, les délais d'attente sont particulièrement longs (un à trois mois) pour les personnes nécessitant un suivi régulier hors situation d'urgence. En revanche, les personnes en phase aiguë de leur pathologie sont immédiatement prises en charge ;
- un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ;
- une équipe d'appui thérapeutique ambulatoire (EATA) qui a été créée en octobre 2016. Elle est composée de deux infirmiers et de deux aides-soignants qui assurent du lundi au vendredi des suivis à domicile intensifs auprès de patients domiciliés à Mayenne et dans les environs proches. Il est prévu d'augmenter les effectifs à sept soignants afin de couvrir l'ensemble du territoire. Il est à noter que la création de cette structure s'est accompagnée de la fermeture de sept lits au pavillon 3 ;
- une « maison tremplin », d'une capacité d'accueil de quatre résidents, a vu le jour en octobre 2016. Elle a vocation à accueillir des patients pour lesquels un retour à domicile est prématuré. Ces personnes bénéficient d'un suivi médical et de visites réalisées par du personnel infirmier, à raison de trois fois par jour, réalisées par l'équipe de l'EATA. A titre d'exemple, les soignants partagent des repas avec les résidents afin de s'assurer du bon déroulement de la cohabitation.

Le pôle a également mis en place un service d'activités à médiation thérapeutique. Il est ouvert aux patients hospitalisés et à ceux suivis en ambulatoire et à l'hôpital de jour (HDJ).

2.1.2 Les projets à venir

Il est prévu de fermer le pavillon 3² et de créer pour le mois de juin 2019 une unité de soins intensifs de jours (USIJ) avec une capacité d'accueil de vingt places. Cette unité aura vocation à accueillir des patients en phase aiguë de leur pathologie mais pour lesquels une prise en charge en ambulatoire est envisageable. Cette structure sera ouverte 7 jours sur 7 de 9h à 20h en

² Le P3 va en fait héberger les patients en provenance du P2 dont les locaux sont inadaptés ; ils vont faire l'objet d'une rénovation pour pouvoir accueillir les patients de l'USIJ.

semaine et de 11h à 19h les week-ends et les jours fériés. La réussite de ce dispositif dépend de la bonne articulation avec les autres structures et des moyens humains qui seront attribués. Actuellement, l'établissement rencontre des difficultés majeures pour recruter des médecins psychiatres (cf. § 2.3.2). Concernant le personnel paramédical, 6,56 équivalents temps plein (ETP) d'infirmiers et 3 ETP d'aides-soignants ou d'aide médico psychologique, en provenance du P3, devraient être affectés.

Parallèlement à la création de cette structure, il est prévu de créer deux places supplémentaires d'hospitalisation de nuit au P4 qui demeurera l'unique unité d'admission. L'équipe soignante de cette unité a fait part de ses inquiétudes aux contrôleurs, craignant « un engorgement » du pavillon si les moyens humains mis à la disposition des structures ambulatoires sont insuffisants. Enfin, en partenariat avec le conseil intercommunal de santé mentale, il est prévu d'ouvrir un logement pouvant accueillir trois personnes. Dans sa réponse, la direction précise que le logement a été ouvert à la fin du mois de février 2019.

2.2 L'ACTIVITE DU POLE SANTE MENTALE MET EN EVIDENCE LA BONNE ARTICULATION ENTRE LE DISPOSITIF INTRA ET EXTRA HOSPITALIER

L'activité du pôle de santé mentale pour les années 2017 et 2018 se présente ainsi :

	2017	2018	Evolution
File active globale	2 822	2 829	0,25 %
File active à temps complet	463	452	-2,43 %
File active ambulatoire	2 712	2 732	0,73 %
Nombre de journées d'hospitalisation à temps plein	32 995	33 190	0,59 %
Taux d'occupation des lits	87,72 %	87,22%	-0,50 %
DMH³	71,26	73,43	2,96 %

L'activité globale est stable et indique une légère diminution de la file active à temps complet et une augmentation de la file active ambulatoire.

Les unités d'hospitalisation ne sont pas confrontées à un problème de sur occupation des lits, ce qui témoigne d'une bonne articulation entre le dispositif intra et extra hospitalier.

Cependant l'établissement rencontre des difficultés pour identifier des structures adaptées (MAS⁴, EHPAD) pour les patients relevant d'une prise en charge dans un établissement médico-

³ Durée moyenne d'hospitalisation en jours

⁴ MA : maison d'accueil spécialisée ; EHPAD : établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes

social. Ces patients voient ainsi leur séjour se prolonger faute de place ou d'une tentative qui a échoué. Lors de la visite, l'ensemble des patients du P2 (vingt-huit au total) et un patient du P1 étaient concernés, soit un quart de la totalité des patients hospitalisés au sein du pôle. Certains patients, notamment ceux hébergés au P2, sont présents depuis plusieurs décennies puisqu'ils étaient déjà pris en charge au CHS.

Bien que le CH de Laval dispose d'une unité de pédopsychiatrie, le CHNM accueille des mineurs en hospitalisation. En 2017, onze mineurs ont été admis en soins libres et sept en 2018. Un mineur était également hospitalisé au P3 lors de la visite. Il faisait l'objet d'une vigilance particulière de la part des équipes soignantes et il avait été installé à proximité du poste de soins infirmiers.

2.3 LES DIFFICULTES DE RECRUTEMENT DES MEDECINS PSYCHIATRES PESENT SUR LE FONCTIONNEMENT DES UNITES ET LE SUIVI DES PATIENTS

Le CHNM regroupe un peu plus de 1 000 agents (1 080 ETP au bilan social de 2017). Ces effectifs représentent une masse salariale supérieure à 58 millions d'euros (58 274 436 € pour l'année 2017). Elle est en régulière augmentation alors que les effectifs diminuent. Cette évolution paradoxale est due à diverses mesures de revalorisation des rémunérations et, pour le personnel médical qui représente 16 % du coût salarial total, au coût de l'amélioration du système des urgences comme au recours plus fréquent aux contrats normaux ou d'intérim. La contrainte financière est donc présente et ne permet pas toujours une transformation rapide des organisations.

Ces ressources humaines sont gérées dans le cadre d'un projet social (2016/2020) qui intègre de nombreuses coopérations dans le cadre du GHT de la Mayenne et du Haut Anjou. Cette coopération concerne en particulier les questions de formation et précisément celles qui s'appliquent aux agents du pôle de santé mentale.

2.3.1 L'effectif paramédical du pôle santé mentale

L'effectif du pôle santé mentale varie selon les années autour de 200 agents (197 ETP en 2016, 201 en 2017, 177 en 2018). Sur les 199 agents non médicaux présents le jour de la visite, le pôle compte notamment 105 infirmiers – infirmiers diplômés d'Etat (IDE) et infirmiers de secteur psychiatrique (ISP) –, 43 aides-soignants diplômés (AS) et aides médico-psychologiques (AMP) et 22 agents des services hospitaliers (ASH). Le Pôle compte également 4 ergothérapeutes, 6 psychologues, 4 assistants de service-social et 6 secrétaires/AMA.

La répartition des différentes catégories de soignants est très variable selon les unités, marquant ainsi la nette différence entre les deux unités dites d'admission (P3 et P4) qui bénéficient d'un nombre plus important d'infirmiers (respectivement 61 et 75 % de la totalité du personnel paramédical) et les deux unités de longs séjours (P1 et P2) où l'on trouve une majorité d'aides-soignants.

Les réorganisations en perspective (cf. § 2.1.2), qui doivent se traduire par des mouvements significatifs de personnel, suscitaient au moment du contrôle de nombreuses inquiétudes. Les étapes d'un dialogue social étaient en place ; elles doivent être suivies avec attention par la direction. Il ne faudrait pas en effet rompre un climat social plutôt serein obtenu grâce à un très bon taux d'occupation des postes et à un long effort de reconstitution d'équipes motivées depuis quatre ou cinq ans.

Il existe au sein du centre hospitalier un pool de remplacement de dix IDE et de dix aides-soignants ; cette organisation permet de faire face aux difficultés immédiates. Le taux d'absentéisme du pôle reste contenu malgré une relative progression (9,58 % pour l'ensemble du centre hospitalier en 2017). Mais le faible taux de *turn over* interne (2,80 % pour le CHNM en 2017) marque pour le changement une faible appétence dont il faudra tenir compte. Au total, s'agissant du personnel paramédical, les questions sociales n'apparaissent pas au cours du contrôle comme pouvant affecter la prise en charge des patients.

2.3.2 L'effectif du personnel médical du pôle de santé mentale

Il en va tout autrement du corps médical, dont la situation est critique. Cette situation est le résultat d'une très grande difficulté de recrutement à laquelle la direction essaie d'apporter des réponses variées, elles-mêmes sources de difficultés administratives et organisationnelles.

Quelle que soit la manière dont on appréhende les chiffres, il apparaît clairement que le nombre de praticiens psychiatres est insuffisant. Au jour du contrôle, trois psychiatres, dont deux praticiens hospitaliers (PH) et un praticien attaché associé, étaient affectés au pôle de santé mentale (en intra et en extra hospitalier) pour une ressource effective de 2,8 ETP. Un troisième PH était en disponibilité et il n'avait pas été remplacé. Des psychiatres intérimaires interviennent de façon ponctuelle. Le jour de la visite, un psychiatre était engagé depuis trois semaines. Trois psychiatres retraités interviennent également tout au long de l'année représentant 0,5 ETP. Quatre médecins généralistes (pour une ressource effective de 3,4 ETP) complètent le dispositif médical dans des conditions parfois critiquables qui seront développées plus loin (cf. § 7.2).

En pratique, de nuit ou en week-end, la permanence est assurée par un psychiatre d'astreinte qui demeure donc à son domicile.

Consciente de cette difficulté, qui se traduit par un suivi médical psychiatrique insuffisant, la direction a recherché des solutions palliatives notamment d'intérim. Ces solutions restent encore en deçà du besoin.

RECOMMANDATION 1

Le CHNM doit intensifier ses efforts pour combler dans les plus brefs délais les vacances de postes de médecins psychiatres afin d'offrir une prise en charge adaptée aux patients.

2.3.3 Le plan de formation

Pour l'ensemble du personnel soignant, un plan de formation est élaboré chaque année. La cotisation totale pour l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalisation (ANFH) s'élève à 913 630 euros et l'enveloppe du plan formation est d'un montant de 582 616 euros.

Bien que non négligeable, la place de la formation spécifique en santé mentale n'apparaît pas très importante.

Sur les formations individuelles concernant plus directement les soins psychiatriques, le centre hospitalier a réussi à atteindre un budget près de près de 30 000 euros concernant environ soixante-dix agents, avec des formations en particulier sur la « *sensibilité à l'approche systémique* », le « *champ de la réhabilitation psycho-sociale* », la « *crise suicidaire* » et le et la « *sensibilisation en psychiatrie* ».

Mais les sujets relatifs à la gestion de la violence et de l'agressivité n'étaient pas encore clairement définis au moment du contrôle pour l'année 2019. Par ailleurs, les questions de respect des droits n'apparaissent pas non plus de façon explicite dans le projet.

2.4 LE CONTEXTE FINANCIER DEFICITAIRE REND PROBLEMATIQUES LES PERSPECTIVES D'INVESTISSEMENT QUI AURAIENT ETE RENDUES NECESSAIRES PAR L'ETAT DEGRADE DE CERTAINES UNITES

Le budget du pôle de santé mentale s'inscrit dans le contexte financier difficile du centre hospitalier. Celui-ci connaît en effet depuis 2015 une situation déficitaire avec un résultat négatif à hauteur de 4,2 MF en 2017 et une prévision de -3,5 M€ pour 2018 pour un montant annuel de produits légèrement supérieur à 70 M€. Et cette situation risque de s'inscrire dans la durée.

Les causes de cette situation sont multiples : la concurrence croissante des autres hôpitaux régionaux entraîne une baisse de fréquentation de l'hôpital ; en revanche, les coûts salariaux augmentent malgré la maîtrise des effectifs ; la base du tarif de séjour a évolué à la baisse ; et l'établissement doit entretenir un parc immobilier important sur deux emprises totalisant trente hectares.

Le maintien en régie des activités logistiques exige de fréquentes mises à niveau pour tenir compte de l'évolution des normes. En outre, d'importants investissements ont été réalisés pour la partie MCO⁵ dans les années 2007/2008, qui ont nécessité un endettement important évalué aujourd'hui à environ 30 M€. Le besoin annuel de remboursement est de 1,9 M€.

Dans ce contexte, le pôle de santé mentale pourrait être considéré comme en équilibre, voire apporteur de crédits, au regard de son coût de fonctionnement direct mais sa contribution aux charges collectives rend son résultat global déficitaire. En 2017, pour un total de recettes (dotation plus tarification aux actes) de 14,8 M€, il supporte des charges de 15,6 M€ et constate un déficit légèrement supérieur à 0,8 M€.

Cette situation a conduit à une politique d'investissement minimaliste, « *selon état de vétusté* », qui se traduit par une situation parfois assez dégradée dans certaines unités. Or, les projets de réorganisation du pôle supposent que soit très rapidement dégagée une réelle capacité d'investissement.

⁵ MCO : médecine-chirurgie-obstétrique

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

3.1 LES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT SONT MAJORITAIREMENT HOSPITALISES SOUS LE STATUT DE « L'URGENCE »

Les données quantitatives communiquées par l'établissement font apparaître un taux de mesures de soins sans consentement variant sur les années 2017 et 2018 entre 20,30 % et 19,02 % du total des hospitalisations.

Au cours de ces deux années, les mesures suivies en soins sans consentement (SSC), en ce inclus les programmes de soins, n'ont guère varié tandis que le nombre d'admissions en hospitalisation complète a légèrement baissé (quatre-vingt-six sur l'ensemble de l'année 2018 contre quatre-vingt-quatorze en 2017).

L'analyse de ces données, confortées par l'examen des livres de la loi, met en lumière :

- une part prépondérante des soins sur décision du directeur (SDDE), avec une légère hausse en 2018 : 79,07 % des admissions en SSC contre 75,53 % en 2017 ; et, à ce titre :
 - o un taux faible et une baisse des mesures à la demande d'un tiers (régime normal avec deux certificats médicaux) : 15,49 % en 2017 et 8,82 % en 2018 des admissions en SDDE ;
 - o une part très importante des admissions en urgence (un seul certificat médical), avec une augmentation en 2018 (63,23 % des admissions en SDDE, contre 56,33 % en 2017 ; 60 % durant le premier mois de 2019), démontrant l'insuffisance de médecins généralistes susceptibles de signer des certificats médicaux d'admissions en SSC alors que les tiers sont quant à eux présents ;
 - o soit un pourcentage de mesures à la demande d'un tiers (avec un ou deux certificats médicaux, c'est-à-dire au titre du régime normal et au titre de l'urgence) supérieur à la moyenne nationale qui s'établit à 64 % ;
 - o un petit recul des hospitalisations sous le statut de « péril imminent » (SPI) – c'est-à-dire sans tiers – passant de 28,16 % en 2017 à 27,94 % en 2018, restant toutefois supérieur à la moyenne nationale de 21 % ;
- un taux de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SDRE) relativement stable : 20,93 % en 2018 contre 24,46 % en 2017, mais nettement supérieure à la moyenne nationale de 15 %.

L'examen des registres de la loi (cf. § 4.3) démontre enfin que les mesures de soins sans consentement sont souvent levées dans le mois suivant l'admission, une grande partie des patients restant hospitalisés en soins libres, situation traduisant la volonté de l'équipe médicale de rechercher l'adhésion aux soins.

A la date de la visite, vingt patients en soins sans consentement étaient suivis par le CHNM parmi lesquels neuf en programme de soins et onze en hospitalisation complète.

3.2 LES INFORMATIONS SUR LE STATUT ET LES DROITS SONT REGULIEREMENT DONNEES PAR LES SOIGNANTS MAIS LES DOCUMENTS ECRITS, POUR CERTAINS INSUFFISANTS OU ERRONES DANS LEUR CONTENU, NE SONT PAS TOUJOURS REMIS AUX PATIENTS

3.2.1 L'information sur la situation juridique, les raisons qui motivent la mesure, les droits du patient et les voies de recours

A l'arrivée d'un patient dans l'un des pavillons d'admission (P3 ou P4 en fonction de la sectorisation), les documents d'admission sont transmis par les secrétaires médicales au bureau des entrées qui en vérifient la conformité avant de préparer la décision d'admission et de la soumettre à la signature de la directrice ou de l'un des directeurs adjoints ayant reçu délégation. Pour les admissions en journée, la signature intervient dans un délai d'une à deux heures ; en revanche pour les admissions après la fermeture du bureau des entrées (soit 17h), la décision n'est préparée et signée que le lendemain tout en étant datée de la veille sans précision de l'heure de l'admission et donc de la prise d'effet de la mesure. Lors de la réunion de restitution, la directrice a indiqué qu'une astreinte existe pour les administrateurs de garde de sorte qu'il est toujours possible de les joindre et que les outils informatiques mis à disposition permettent d'assurer la signature d'une décision à tout moment.

Pour les patients admis sur décision du représentant de l'Etat, l'arrêté du préfet, qu'il soit à l'origine de la mesure ou pris après arrêté provisoire du maire (dans un délai qui n'excède pas 24 heures), est adressé par l'ARS au bureau des entrées qui le transmet dans l'unité pour notification.

Une information sur son statut est en général donnée au patient dès son passage aux urgences par le médecin psychiatre de ce service. Une explication sur les raisons et modalités de l'hospitalisation est reprise par les soignants, parfois également par le cadre de santé ou encore par le médecin, le plus souvent à l'arrivée du patient dans l'unité et au plus tard lors de la notification de la décision d'admission, des voies de recours et des droits.

Ainsi, pour les patients admis sur décision provisoire du maire (laquelle ne donne pas lieu à notification) ou ceux arrivés en fin d'après-midi dans le cadre de soins sur décision du directeur, l'information sur leur statut et leurs droits peut ne leur être donnée qu'avec un décalage de plusieurs heures par rapport au moment de leur admission effective.

RECOMMANDATION 2

Dans le respect des dispositions de l'article L. 3211-3 du code de la santé publique et afin de permettre une notification au patient de la mesure et de ses droits dans un bref délai, la décision d'admission doit être prise et signée par le directeur ou son délégataire dès la prise en charge effective du patient ou dans les quelques heures suivant celle-ci.

La notification de la décision d'admission, comme celle de toutes les décisions ultérieures, est faite par le cadre de santé (le médecin de garde le week-end) ou un infirmier au moyen d'un courrier signé du directeur, distinct selon la procédure d'admission : pour les patients en SDDE, ce courrier de notification énonce les droits du patient en soins sans consentement tels que prévus à l'article L. 3211-3 du code de la santé publique ainsi que les voies et délais de recours ; pour les patients en SDRE le courrier de notification de l'arrêté du préfet ne mentionne quant à lui que les voies de recours et délais.

Copies de la décision et de l'accusé de réception de la notification sont remises au patient contre émargement. En cas de refus ou d'impossibilité pour le patient de signer, l'accusé de réception est émargé par deux soignants. Si le patient est en phase aiguë, la notification peut être reportée, cette notification différée n'étant cependant pas tracée. Les cadres de santé et soignants indiquent ne pas avoir de difficulté pour donner au patient les explications utiles sur son statut et les raisons de son hospitalisation ; ils précisent en revanche se limiter à lire avec le patient le document sur les droits et voies de recours, l'absence de formation spécifique sur ces questions (au-delà des quelques informations données lors de la formation initiale dite « *de consolidation des acquis en psychiatrie* ») ne leur ayant pas permis de s'approprier la matière.

PROPOSITION 1

L'ensemble du personnel infirmier doit bénéficier d'une formation portant sur les droits des patients admis en soins sans consentement et leurs voies de recours.

Dans sa réponse, la direction indique que les remarques concernant la nécessité d'une formation sur les droits des patients admis en soins sans consentement vont être prises en compte.

Si le formalisme légal paraît ainsi respecté, force est de constater que l'information du patient sur sa situation juridique, les raisons qui motivent la mesure, ses droits et les voies de recours qui lui sont ouvertes, est grandement insuffisante et, qui plus est, sur certains points, erronée dans la mesure où :

- les décisions, qu'elles émanent du directeur ou du préfet, ne sont guère motivées, les unes comme les autres se limitant à viser le ou les certificats médicaux sans en reprendre les termes caractérisant la nature des troubles psychiques et l'absence de consentement aux soins, et ce alors même que les certificats médicaux visés dans ces décisions ne sont pas remis aux patients ;

RECOMMANDATION 3

Les décisions du directeur et les arrêtés du préfet doivent être motivées afin de permettre au patient de connaître, à leur seule lecture, les raisons à l'origine de la mesure.

- la liste des droits incluse dans la notification des décisions du directeur – mais non remise aux patients en SDRE –, bien qu'exhaustive, est peu lisible puisqu'elle évoque le droit de « *communiquer avec les autorités mentionnées à l'article L. 3222-4 et de saisir les commissions prévues aux articles L. 3222-5 et L. 1112-3* » sans plus de précision et sans en indiquer les coordonnées ;
- l'énumération des droits des patients en soins sans consentement n'est affichée dans aucune des unités ;
- la notification fait mention à tort de la possibilité d'un recours en légalité devant le tribunal administratif et d'une demande de mainlevée auprès du procureur de la République alors que seul le juge des libertés et de la détention – JLD – est désormais compétent pour contrôler tant la régularité que le bien-fondé de la mesure ;

RECOMMANDATION 4

Les informations quant aux droits des personnes admises sans consentement figurant dans le document de notification des décisions du directeur doivent être actualisées sur les voies de recours et complétées du nom et des coordonnées des institutions pouvant être saisies par le patient ou avec lesquelles il peut communiquer. De même, l'énumération des droits des patients édictés à l'article L3211 du code de la santé publique doit être remise aux patients admis en SDRE et gagnerait à être affichée dans chacune des unités.

Enfin, la copie de tout document inhérent à l'admission en soins sans consentement devrait être remise au patient tout au long de son hospitalisation.

- l'accusé de réception de la notification ne prévoit aucun espace pour que le patient mentionne ses observations et les certificats médicaux établis postérieurement, au cours de la prise en charge, précisent certes que « *le patient a été informé de la possibilité qui lui est offerte de présenter des observations orales ou écrites* » sans toutefois que celles-ci soient consignées.

Dans sa réponse, la direction indique qu'un travail de mise à jour des documents est en cours en prenant en compte ces remarques suivantes : motivation de la décision du directeur, actualisation des voies de recours sur la décision d'admission et la notification, horodatage de la décision.

3.2.2 Les informations générales

a) Le livret d'accueil

Un livret d'accueil est mis à disposition de tout patient lors de son arrivée dans l'établissement, soit par remise en main propre soit pas dépôt dans sa chambre.

Ce livret se présente sous forme d'une pochette de présentation du centre hospitalier qui comporte plusieurs fiches : le contrat d'engagement de prise en charge de la douleur, les sites du centre hospitalier, le tableau des consultations, un questionnaire de sortie, la présentation de la commission des usagers – CDU – (encore dénommée sous son ancienne appellation de CRUQPC⁶) et du comité de lutte contre les infections nosocomiales – CLIN -, ainsi qu'un livret d'accueil « santé mentale ».

Ce dernier document de huit pages présente le pôle de santé mentale, décrit les différentes modalités d'admission en soins psychiatriques, détaille les divers services en santé mentale, intra et extra hospitaliers, ainsi que les ateliers de médiation. S'il mentionne les droits du patient hospitalisé⁷ (en indiquant de façon erronée la CRUQPC au lieu de la CDU) et la charte de la personne hospitalisée, ce document ne précise cependant pas les droits spécifiques du patient en soins sans consentement – hormis celui de saisir le président du tribunal de grande instance et la commission départementale des soins psychiatriques de la Mayenne – ni les coordonnées des différentes institutions auxquelles peut s'adresser un patient contestant la mesure prise à

⁶ CRUQPC : commission des relations des usages, de la qualité de la prise en charge

⁷ Communication du dossier médical, droit d'accès et de rectification des informations le concernant, principe du consentement éclairé, confidentialité, désignation d'une personne de confiance, droit de formuler des réclamations.

son endroit, et vise malencontreusement un recours possible auprès du procureur de la République et du tribunal administratif.

PROPOSITION 2

Le livret d'accueil « santé mentale » doit être complété et mis à jour.

3.2.3 Le règlement intérieur ou règles de vie des unités

Le règlement intérieur du pavillon, glissé dans le livret d'accueil, est remis au patient en même temps que ledit livret.

Ce document, distinct pour les pavillons P1 et P2 mais commun aux pavillons P3 et P4, décrit les règles d'organisation générale à l'établissement et celles propres à l'unité. Ces règlements sont affichés dans tous les pavillons.

Les règles de vie qui y sont détaillées portent sur le rythme journalier, les horaires de repas – de distribution des médicaments – de télévision – d'ouverture et de fermeture des portes du pavillon, l'organisation des visites et des sorties à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement, les produits et objets interdits, l'argent, le respect des locaux – des patients et du personnel – des règles d'hygiène.

Lors de l'accueil dans l'unité, une présentation des règles de vie est faite au patient avec des explications individualisées et adaptées à son état.

3.3 UNE PROCEDURE D'EXAMEN DES RECLAMATIONS IMPLIQUANT LA COMMISSION DES USAGERS EST EN PLACE

3.3.1 Les questionnaires de satisfaction

Un questionnaire de satisfaction est remis aux patients et peut être déposé dans des boîtes aux lettres situées dans chacun des pavillons. Ce document n'est toutefois que peu utilisé et les réclamations quotidiennes sont le plus souvent gérées, en temps réel et sans formalisme, par les équipes soignantes.

3.3.2 La procédure d'examen des réclamations

Mentionnée dans le livret d'accueil auquel est joint un feuillet spécifique à cette question, une procédure de recueil et de traitement des réclamations des patients et de leur famille impliquant la commission des usagers permet à celle-ci de proposer à la direction de l'établissement une suite à donner aux plaintes.

La commission des usagers peut en outre, à cette occasion, émettre une recommandation aux services concernés pour l'introduction d'une pratique corrective et d'amélioration.

Quarante-cinq plaintes et réclamations ont ainsi été examinées entre le 1^{er} janvier et le 15 novembre 2018, dont quatre ont concerné le pôle santé mentale de l'établissement.

Dès réception de ces réclamations, la direction du centre hospitalier en accuse réception et joint à ce courrier un formulaire-type exposant l'ensemble des possibilités ouvertes aux patients ou à leur entourage pour, d'une part, faire part de leurs interrogations ou de leur mécontentement ou, d'autre part, solliciter l'indemnisation d'un dommage.

La commission des usagers, qui est présidée par un médecin médiateur, se réunit quatre fois par an en commission plénière et en commission restreinte d'examen des réclamations, laquelle ne

compte parmi ses membres que des médiateurs, médicaux ou non, et les représentants des usagers. Sa composition et le champ de son intervention sont conformes aux dispositions des articles L. 1112-3 et R. 1112-79 et suivants du code de la santé publique, mais la procédure d'examen des plaintes et réclamations des patients fait apparaître trois limites.

Elle exige tout d'abord une formalisation par écrit de la réclamation et peut de ce fait décourager certains patients. Par ailleurs, si le recours à la médiation, encore peu fréquent, semble désormais priorisé par la direction de l'établissement, le dispositif constitue dans sa forme actuelle une procédure purement administrative d'examen des plaintes, qui ne fait pas une place suffisante à la discussion avec le plaignant et sa famille. Enfin, la procédure est soumise au rythme trimestriel des réunions de la commission des usagers, ce qui induit un délai de réponse aux réclamations d'au moins deux mois en moyenne, selon les informations communiquées lors du contrôle. Une fréquence plus importante des réunions de la commission restreinte de ce collègue, laquelle est seule en charge de l'examen des réclamations, semble sur ce point constituer un axe d'amélioration facilement accessible.

PROPOSITION 3

La procédure de traitement des réclamations des usagers doit être améliorée, notamment pour permettre une réponse au plaignant dans un délai raccourci.

Dans sa réponse, la direction indique que les plaintes sont réceptionnées par la direction des usagers directement au téléphone ou physiquement lorsqu'un usager se déplace en personne. Dans ces cas, le plaignant est systématiquement reçu par le directeur des usagers, parfois par le directeur des usagers accompagné d'un professionnel des services, afin d'écouter les griefs de la personne, et d'échanger avec elle sur la ou les situations.

3.4 LA DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE EST ALEATOIRE

Le livret d'accueil inclut quelques lignes relatives à la désignation d'une personne de confiance, décrite comme accompagnant le patient et l'assistant dans ses entretiens médicaux et les décisions concernant sa santé. Ce document précise qu'il peut s'agir d'un membre de la famille, d'un proche ou du médecin traitant et indique que la personne de confiance sera consultée si le patient se trouve dans l'impossibilité d'exprimer sa volonté ou de recevoir les informations relatives à sa santé.

Il fait cependant l'économie d'une citation de l'article L. 1111-6 du code de la santé publique et est entaché d'erreur de droit lorsqu'il souligne que les « personnes sous tutelle » ne peuvent pas désigner de personne de confiance. En effet, cet article prévoit, au contraire, que : « *Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle [...], elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il est constitué. [...]* » Le livret d'accueil doit donc être modifié sur ce point sans délai.

Par ailleurs, les pratiques sont très variables d'une unité d'hospitalisation à l'autre.

Le personnel des deux pavillons d'admission du CHNM interroge systématiquement les patients arrivant dans ces unités, cette question étant inscrite dans le protocole informatisé d'admission. En outre, l'une de ces unités transmet une copie de la décision signée à la personne de confiance visée par le patient, ce qui assure l'effectivité de cette désignation.

En revanche, les autres unités d'hospitalisation de l'établissement ne mettent pas en œuvre ce protocole ni ne mettent à jour les désignations lorsqu'elles accueillent un nouveau patient. Par ailleurs, elles n'assurent globalement pas l'information correspondante aux patients qui y sont hospitalisés et le personnel de l'une d'elle considère, à tort, que le tuteur ou le curateur désigné par l'autorité judiciaire constitue par nature la personne de confiance des patients bénéficiant d'une mesure de protection juridique. Ces dernières pratiques doivent donc être modifiées pour être harmonisées.

RECOMMANDATION 5

Les personnes faisant l'objet d'une mesure de tutelle doivent être invitées à désigner une personne de confiance et les pratiques des équipes soignantes à cet égard doivent être harmonisées.

3.5 L'INFORMATION SUR LE DROIT DE VOTE EST IMPARFAITEMENT ASSUREE

Le droit de vote des patients est reconnu, mais il est pris en compte de façon imparfaite et variable selon les unités d'hospitalisation et s'avère peu mis en œuvre.

L'une des unités a assuré un affichage dans ses locaux pour le dernier scrutin présidentiel et une autre a procédé à un recensement précis de ceux de ses patients jouissant effectivement de la possibilité de voter afin de les interroger de manière individuelle sur leur volonté de participer ou non au scrutin. Un atelier de discussion sur ce scrutin a également pu être organisé par ce pavillon et, de façon générale, des permissions de sortie sont délivrées pour permettre aux patients faisant l'objet de soins sans consentement d'aller voter.

Cependant, les pratiques diffèrent selon les pavillons et lors des derniers scrutins, peu de patients ont fait usage de ce droit. Enfin, aucune mesure harmonisée d'information ou de sensibilisation n'est envisagée pour les prochaines échéances électorales.

PROPOSITION 4

L'établissement doit mettre tous les moyens en œuvre (information préalable aux scrutins, organisation des procurations, permissions de sortie) afin de permettre aux patients hospitalisés d'exercer leur droit de vote.

3.6 L'INFORMATION RELATIVE A LA LIBERTE D'EXERCER LE CULTE DE SON CHOIX N'EST PAS COMPLETE

L'aumônerie catholique du centre hospitalier est très active. Elle visite régulièrement les patients du pôle santé mentale, qui peuvent être accompagnés à l'office tous les quinze jours. Elle leur propose en outre diverses activités, à l'occasion desquelles ils rencontrent des paroissiens bénévoles. Tant les soignants que les patients concernés sont particulièrement attachés à ces interventions.

Cependant, dans deux des quatre unités d'hospitalisation aucun affichage ne permet une information des patients à cet égard. En outre, si une cérémonie musulmane faisant suite à un décès survenu dans l'établissement a été évoquée lors du contrôle, les patients ne sont pas informés qu'ils peuvent prétendre à l'exercice de toutes les confessions.

PROPOSITION 5

Une information doit être apportée aux patients s'agissant de leur liberté d'exercer le culte de leur choix, tant dans le livret d'accueil que par voie d'affichage au sein de l'ensemble des pavillons.

3.7 LA PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS EST ASSUREE

Une convention lie le CHNM et l'hôpital de la ville d'Evron, au terme de laquelle la mandataire judiciaire en poste dans cet établissement accorde six heures de présence hebdomadaire au centre hospitalier de Mayenne.

Cette mandataire est assistée, sur place, par un agent à temps partiel avec lequel elle assure le suivi des mesures qui lui sont confiées par le juge des tutelles du tribunal de grande instance de Laval.

Ces mesures peuvent, pour une part minoritaire d'entre elles, avoir été sollicitées par les assistants de service social de l'établissement. Ceux-ci, auxquels sont signalées toutes les admissions dans l'établissement, peuvent en effet engager les démarches nécessaires à la protection d'un majeur nouvellement entrant. Dans la majorité des situations, les mesures de protection sont cependant gérées par des associations ou des mandataires privés.

La situation des pavillons est très contrastée, les patients des deux unités d'hospitalisation au long cours faisant pour l'essentiel l'objet d'une mesure de protection à l'inverse de ceux des deux unités d'admission où ce type de mesure reste bien moins fréquent.

Cela étant, les relations entre le personnel de l'établissement et les mandataires sont globalement bonnes et aucune difficulté susceptible de préjudicier aux intérêts des patients n'a été signalée.

3.8 LES MODALITES D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL SONT EXPOSEES AUX PATIENTS

Une information complète exposant les modalités d'accès au dossier médical, visant les dispositions des articles L. 1111-7 et R. 1111-2 et suivants du code de la santé publique, est incluse au livret d'accueil.

Bien qu'elle soit peu usitée en pratique au sein du pôle de santé mentale, les membres du personnel rencontrés lors du contrôle connaissent cette procédure. Le cas échéant, l'accompagnement d'un médecin est proposé au patient pour la consultation de son dossier.

Le plus souvent, cependant, les soignants n'hésitent pas à accéder immédiatement et de manière informelle au dossier d'un patient lorsque celui-ci en fait la demande sur un point précis et ponctuel – par exemple l'introduction d'un nouveau traitement ou une posologie.

4. LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS DES PATIENTS ET LEURS CONTRÔLES

4.1 LE CONTRÔLE DU JUGE DES LIBERTÉS S'EXERCE AU TRIBUNAL DE LAVAL ET NON A L'HOPITAL, SOUVENT HORS LA PRÉSENCE DU PATIENT REPRÉSENTÉ PAR UN AVOCAT

Malgré de nombreuses réunions tenues depuis la mise en œuvre de la loi de 2011⁸, les audiences du juge des libertés et de la détention (JLD) se tiennent au tribunal de grande instance (TGI) de Laval, aucune salle d'audience n'ayant été aménagée dans les trois établissements psychiatriques du département – Laval, Château-Gontier et Mayenne – accueillant des patients en soins sans consentement.

La direction, dans sa réponse au CGLPL indique en ces termes : « *La situation décrite est un état de fait. Il ne convient pas au CHNM. Des discussions sont encore ouvertes avec le tribunal. Le CHNM est prêt à mettre en place une salle d'audience* ».

Les patients du CHNM sont donc conduits jusqu'à Laval (30 à 45 mn de trajet) en véhicule sanitaire léger (VSL) ou en ambulance selon leur état. Les ordonnances comportent toutes la mention : « *Par exception, l'audience s'est tenue au TGI de Laval faute de convention signée avec l'ARS et de salle adaptée mise à disposition du magistrat dans les locaux hospitaliers* ».

Selon certains des médecins rencontrés, la situation actuelle résulte du refus des JLD de se déplacer jusqu'au CH de Mayenne du fait de l'éloignement. Le directeur adjoint en charge de la santé mentale indique pour sa part que l'établissement n'a pas fait de démarche formelle pour mettre à disposition une salle d'audience, tout en précisant que cela serait matériellement réalisable au CHNM mais en revanche impossible au CH de Laval qui ne dispose pas de locaux disponibles.

La présidente du TGI, récemment installée dans ses fonctions, précise qu'à sa connaissance la situation actuelle « *convient à tout le monde, aucun établissement n'ayant sollicité les chefs de juridiction pour l'implantation d'une salle d'audience en ses murs* » ; qu'en tout état de cause, « *compte tenu des difficultés d'effectifs rencontrées par la juridiction, il serait difficile qu'un magistrat et un greffier se rendent une à deux fois par semaine sur chacun des trois sites, très éloignés les uns des autres* ».

Cet avis est partagé par le JLD, en fonction depuis un an à Laval, qui précise que la suppression du tribunal d'instance de Mayenne interdit que des magistrats d'instance soient délégués aux fonctions de JLD sur le CHNM ; ce magistrat a précisé aux contrôleurs qu'une demande des établissements a été faite au cours d'une réunion en janvier 2019 et qu'elle a alors préconisé (sous réserve de l'accord de la présidente du tribunal à qui revient la décision) qu'une salle d'audience soit installée, conformément à la loi, dans l'établissement le plus important du département, soit au CH de Laval.

4.1.1 Les modalités d'organisation de l'audience

Grâce aux plannings mis en place tant par le bureau des entrées que par les secrétaires médicales, les agents suivent les délais pour l'obtention des différents certificats médicaux nécessaires à la régularité de la procédure. Dès que l'avis motivé (certificat médical établi entre le 5^{ème} et le 8^{ème}

⁸ Comité de suivi départemental sur la mise en œuvre de la loi du 18.11.2011 – Réunion de la délégation territoriale de Mayenne le 25 octobre 2012 – Réunion départementale des soins psychiatriques sans consentement les 29 janvier 2017 et 12 octobre 2017 – Réunion du 29 janvier 2019, en présence du JLD mais sans les chefs de juridiction (non invités).

jour de l'admission, précisant si l'audition du patient est ou non possible) est communiqué au bureau des entrées, celui-ci adresse au JLD, par courriel, une requête accompagnée de toutes les pièces utiles. Pour les patients en SDRE, la saisine du JLD est faite par l'ARS.

En retour, le greffe envoie au bureau des entrées un formulaire concernant le choix de l'avocat et la convocation pour l'audience, documents qui sont portés dans l'unité puis notifiés au patient par le cadre de santé ou un infirmier. Cette notification est l'occasion d'expliquer au patient le rôle du juge et de le rassurer, la convocation devant le juge étant parfois source d'inquiétude. Il est ainsi expliqué au patient que « *le juge n'a pas de pouvoir médical mais s'assure que l'hospitalisation ne relève pas d'une décision abusive ; il vérifie que les certificats reflètent l'état du patient et les circonstances dans lesquelles la décision de l'hospitaliser a été prise* », selon les informations communiquées lors du contrôle.

La procédure est identique pour toutes les 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 rarissimes.

Les tiers demandeurs à la mesure, ainsi que les tuteurs et curateurs quand le patient est sous protection juridique, sont convoqués par le greffe du JLD par courrier, doublé d'un appel téléphonique lorsque les coordonnées sont communiquées par l'établissement. Selon les informations données par le JLD et le greffier, les tiers sont parfois présents à l'audience ; il en va de même des tuteurs qui, en cas d'impossibilité de se déplacer, adressent un rapport sur la situation du patient.

4.1.2 Le déroulement de l'audience

En l'absence d'audience au cours de la semaine du contrôle, les renseignements qui suivent ont été recueillis auprès des soignants, de la présidente du TGI, du JLD et de son greffier.

Les audiences, qui se déroulaient dans une salle d'audience jusqu'à l'arrivée de l'actuel JLD, se tiennent désormais dans le bureau du juge, magistrat et greffier étant en civil, ce qui assure une plus grande proximité avec le patient et atténue la solennité de l'audience. Une salle, non loin de ce bureau, est mise à disposition des avocats pour rencontrer les patients avant leur audition par le juge.

L'établissement n'est pas représenté à l'audience. Les conclusions écrites du procureur de la République figurent au dossier, dont une copie est remise à l'avocat avant l'audience et son entretien avec le patient. Il arrive fréquemment aux avocats de poser des questions aux soignants accompagnant le patient.

Celui-ci est en effet toujours accompagné par un, voire deux soignants, qui en général restent dans le bureau du juge pendant l'audience.

Dans la très grande majorité des cas, l'avocat intervenant à l'audience est désigné d'office (dans le cadre d'une permanence du barreau), sa rémunération étant prise en charge au titre de l'aide juridictionnelle sans examen de ressources et donc sans reste à charge pour le patient. Une attestation de fin de mission est délivrée par le greffe à l'avocat ayant assisté le patient dès que la décision d'aide juridictionnelle est prise.

Le projet de décision est expliqué au patient par le juge mais l'ordonnance n'est officiellement notifiée qu'après sa transmission au bureau des entrées par le greffe dans l'après-midi du jour de l'audience, et ce tant pour les SDDE que pour les SDRE. Cette notification est faite au patient

par le cadre de santé ou un soignant de l'unité ; la décision est lue au patient et il est répondu à ses questions, lesquelles portent le plus souvent – aux dires des cadres et des soignants – sur le contenu des certificats visés dans l'ordonnance dont ils n'ont pas toujours eu connaissance par le médecin avant l'audience et dont la copie ne leur a pas été remise. Ces interrogations des patients font d'ailleurs suite à celles manifestées au cours de l'audience quand leur pathologie est évoquée alors qu'elle n'avait pas toujours été expliquée auparavant par le médecin.

Cette question de la communication au patient des motifs médicaux fondant la décision de son placement ou maintien en hospitalisation complète a été abordée au cours du contrôle tant par le JLD que par les médecins (plus précisément l'un d'entre eux). Certains médecins font en effet grief au JLD de donner connaissance au patient (à l'audience et en tout cas dans l'ordonnance) du contenu des certificats médicaux alors que, selon eux, les termes de ces certificats peuvent « effrayer le patient » et « briser ou empêcher l'alliance thérapeutique » ; ces médecins précisent vouloir opter à l'avenir pour un « libellé vague » de leurs certificats médicaux. Le JLD indique pour sa part ne rencontrer cette difficulté qu'avec les médecins du CHNM et insiste sur le fait que ses ordonnances doivent être motivées en fait et en droit et donc reposer sur les éléments médicaux supports de la décision administrative soumise à son contrôle.

Il doit ici être relevé que l'opposition de certains médecins à ce que le contenu de leurs certificats médicaux soit porté à la connaissance du patient est contraire aux dispositions tant législatives que réglementaires dans la mesure où toute personne admise en soins sans consentement doit être informée des décisions prise à son endroit et des raisons qui les motivent (article L. 3211-3 du code de la santé publique) et peut demander à consulter le dossier soumis à l'appréciation du JLD, lequel contient nécessairement tous les certificats et avis médicaux antérieurs à sa saisine (articles R. 3211-12 et R. 3211-13 du code de la santé publique).

RECOMMANDATION 6

Dans le respect des dispositions des articles L. 3211-3 du code de la santé publique qui édicte le principe de l'information du patient sur toute décision prise au cours de son suivi et les raisons qui la motivent, les certificats médicaux sur lesquels se fondent les décisions ordonnant des SSC doivent être, d'une part circonstanciés et, d'autre part, portés à la connaissance du patient tant par les médecins, qui doivent l'inviter à faire valoir ses observations, que par les autorités administratives et judiciaires, qui doivent motiver leurs décisions.

De l'avis des soignants rencontrés, les audiences se déroulent bien, celles-ci étant pour quelques patients l'occasion d'exprimer au juge des choses qu'ils n'avaient jusque-là dites ni au médecin ni aux soignants.

Pour autant, nombreux sont les patients qui ne se rendent pas à l'audience. Ainsi, en 2018, 52 % des patients du CHNM convoqués à l'audience y étaient absents, représentés par un avocat (contre 30,18 % pour les patients du CH Laval et 29,85 % pour ceux du CH de Château-Gontier).

Par ailleurs, comme en atteste l'examen du registre de la loi, sur les trente-huit patients du CHNM non présents à l'audience, neuf ont refusé de s'y rendre, tous les autres ayant fait l'objet d'un certificat médical d'incompatibilité de l'état du patient avec son audition par le juge ou d'un certificat du médecin attestant du refus du patient de se rendre à l'audience, alors même que ce refus ne peut émaner que du patient lui-même. Le rapprochement du nombre anormalement élevé de ces certificats médicaux d'impossibilité d'audition par le juge avec les propos tenus par

les médecins rappelés ci-dessus interrogent sur le respect des droits du patient par certains médecins de l'établissement. Le CGLPL invite la communauté médicale à engager une réflexion portant sur la pratique des certificats d'impossibilité d'audition du juge.

4.1.3 Les saisines, les décisions rendues et les appels

Après avoir régulièrement augmenté entre 2015 et 2017, le contentieux généré par le contrôle de l'hospitalisation sans consentement marque, sur l'ensemble des trois établissements de département, une légère baisse en 2018 ; pour le seul CH Nord Mayenne : sept saisines en janvier 2019 ; soixante saisines en 2018, contre soixante-dix-sept en 2017, soixante-quinze en 2016 et soixante-sept en 2015.

Les saisines ont lieu très majoritairement dans le cadre du contrôle de plein droit du JLD (à la demande du directeur ou du préfet, à 12 jours ou à 6 mois), beaucoup plus rarement à la demande de tiers dans le cadre d'un recours facultatif (une saisine de ce type en 2018 au CH Nord Mayenne).

Sur les soixante-huit ordonnances rendues en 2018, soixante-trois ont prononcé le maintien de la mesure, trois ont ordonné la levée de l'hospitalisation complète, une a rejeté la demande de mainlevée et une a constaté que la demande était sans objet, la mainlevée de la mesure étant intervenue au jour de l'audience. Quatre appels ont été interjetés (trois à la demande du patient et un sur recours du procureur de la République). Trois décisions de maintien et une de mainlevée (confirmant la décision de première instance) ont été rendues par la cour d'appel. Sur les trois décisions de mainlevée, deux l'ont été pour des motifs de procédure (saisine tardive du JLD ; demande du tiers précédant de onze jours le certificat médical et la décision d'admission du directeur en soins sans consentement).

4.2 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES – CDSP – ASSURE SON CONTROLE AU COURS D'UNE VISITE ANNUELLE DONT LES CONCLUSIONS SONT PEU DETAILLEES

L'arrêté préfectoral fixant la composition de la CDSP de la Mayenne pour un mandat triennal pris le 24 avril 2018 a été modifié, suite au décès du médecin psychiatre assurant la présidence de la commission, par arrêté du 21 septembre 2018 portant nomination d'un nouveau médecin psychiatre.

La CDSP tient quatre réunions annuelles réparties sur les différents sites de son ressort : Laval (secteur Ouest et secteur Est), Mayenne et Château-Gontier. Lors de ces réunions, elle procède normalement à la visite de l'établissement dans lequel se tient la réunion, ce qui n'a cependant pu être le cas en 2018 pour les sites de Laval Est et de Château-Gontier faute de quorum suffisant en fin de réunion. Selon le président de la CDSP, cette visite porte systématiquement sur les chambres d'isolement ainsi que sur les chambres normales, et se déroule en présence du cadre de santé et de soignants.

Les établissements sont avisés quinze jours à l'avance afin que les patients qui le désirent puissent demander à être entendus. Les comptes rendus des réunions du 10 mars 2017 et du 16 mars 2018 au CHNM ne mentionnent pas l'audition de patients pour cet établissement. En revanche, le rapport annuel 2018 de la CDSP précise que vingt-cinq patients sur l'ensemble des sites ont été reçus par les membres de la commission et que celle-ci « a répondu à chaque personne en les encourageant à poursuivre les soins en milieu spécialisé et les invitant à discuter avec leur médecin de leurs éventuelles difficultés et de leur projet ».

Lors de chaque réunion la CDSP étudie les recours de patients. Six recours ont ainsi été examinés au cours de l'année 2018. Selon le président de la CDSP, la décision est prise sur le recours après échange des membres de la commission avec le médecin en charge du suivi et est ensuite portée à la connaissance du patient ; les recours portent essentiellement sur les modalités de la prise en charge et plus particulièrement sur le traitement. Selon le compte rendu de réunion du 10 mars 2017 au CHNM, la CDSP saisie d'un recours d'un patient en SDRE a constaté que l'admission avait été prononcée dans le respect de la réglementation et a écrit au patient pour l'informer de sa possibilité de saisir le JLD.

La commission examine également les dossiers de SDRE, ceux de patients en SDDE depuis plus d'un an et ceux de patients admis en « péril imminent », en ce compris les programmes de soins, concernant les patients des quatre établissements du ressort, ces dossiers étant apportés sur le site visité par les secrétaires de l'ARS.

Enfin, les registres de la loi sont vérifiés et visés par le président de la CDSP à l'issue de chaque visite.

La commission respecte donc les obligations qui lui sont légalement imparties de contrôle des situations individuelles des personnes suivies en soins psychiatriques sans consentement, du fonctionnement des établissements et de la tenue des registres.

Force est cependant de constater que les comptes rendus de réunions et les rapports annuels d'activité (très semblables dans leur libellé d'une année à l'autre) sont rédigés de façon particulièrement laconique, limitant de fait la portée du contrôle effectué par cette commission quant à la situation des patients et au respect des libertés individuelles. Ces comptes-rendus sont en effet dépourvus :

- de précision quant aux locaux visités, de commentaire et de proposition sur les dits locaux et plus particulièrement sur les chambres d'isolement ;
- de préconisation sur le registre « isolement et contention » bien que celui-ci soit présenté par le président de la CDSP comme comportant quelques imperfections ;
- d'observation sur la rédaction des certificats médicaux, alors que le président de la CDSP précise rencontrer des cas de « copier-coller » (surtout pour les patients « stationnaires », « pratique un peu plus marquée en 2018 ») au regard desquels un courrier serait adressé au praticien pour l'inviter à changer ses pratiques ;
- de remarque spécifique suite à l'examen des dossiers (hormis en 2017 celle de voir apparaître la date de naissance des patients sur les tableaux mis à disposition), notamment d'analyse et d'avis sur les différents statuts alors même que l'établissement connaît un nombre particulièrement élevé d'admission en SDTU et SPI, ou encore sur le contenu des programmes de soins et sur les avis du collège des professionnels de santé ;
- de synthèse des entretiens menés avec les patients ;
- d'information sur la nature des recours.

Autant d'éléments d'information qu'il serait pourtant indispensable de faire remonter à la direction de l'établissement ainsi qu'aux médecins (urgentistes et prescripteurs, responsables d'unité, chargés du suivi des patients).

4.3 LA TENUE DU REGISTRE DE LA LOI CONNAIT QUELQUES RETARDS ET OMISSIONS ET N'EST PAS EN TOUS POINTS CONFORME AUX PRESCRIPTIONS LEGALES

Les registres ou livres de la loi, l'un pour les SDRE, le second pour les SDDE, sont tenus par les agents du bureau des entrées sur un modèle normalisé : livres cartonnés format A2, composés de feuillets doubles numérotés correspondant pour chacun à un patient, renseignés par date d'admission dans l'établissement. 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 folio précédant et suivant notée en haut du premier feuillet. Ces registres sont visés, sans observation, par la CDSP à chacune de ses visites annuelles.

Les contrôleurs ont plus particulièrement examiné l'ensemble des admissions intervenues en SDRE courant 2018 et janvier 2019, et celles faites en SDDE sur la période du 1^{er} septembre 2018 à fin janvier 2019.

Dans ces registres sont transcrits l'identité complète du patient, la date admission, l'identité du tiers demandeur, la levée de la mesure et sont reproduits les certificats médicaux initiaux, l'arrêté ou la décision d'admission, les certificats médicaux ultérieurs. En revanche, n'y figurent pas toujours la décision de protection juridique ni les noms et coordonnées du mandataire et ne sont jamais reproduites les décisions du JLD pas plus que les dates de notification des décisions prises et celle des droits et des voies de recours. Dans plusieurs cas sont également manquants : la décision d'admission du directeur, l'arrêté du préfet en suite de l'arrêté provisoire du maire, la décision de levée, le certificat médical et la décision de réadmission en hospitalisation complète après programme de soins ou encore les derniers certificats mensuels (à titre d'exemple les folios 80 et 89 ne comportent au 6 février 2019 aucun certificat médical depuis respectivement le 12 octobre 2018 et le 31 octobre 2018).

Il apparaît donc que ces registres ne sont pas toujours renseignés dans le délai prescrit par la loi, à savoir dans les 24 heures des différentes décisions prises tout au long du parcours de soins sans consentement et que leur tenue manque de rigueur. Par ailleurs, les certificats médicaux et les décisions sont collés sans réduction de format, ce qui en facilite certes la lecture mais alourdit le registre et en complique la manipulation.

L'examen des registres, lequel confirme la prééminence des admissions à la demande d'un tiers en urgence – SDTU – cf. § 3.1 (seize sur trente), a par ailleurs mis en lumière que :

- les certificats médicaux initiaux émanant du service des urgences dans le cadre d'une procédure de SDTU ne sont que peu circonstanciés sur l'urgence et le risque grave d'atteinte à l'intégrité du patient ; comme les arrêtés et décisions d'admission, ils ne sont pas horodatés rendant impossible toute vérification quant au respect des délais ;
- les décisions du directeur et les arrêtés du préfet sont peu motivés, se limitant à un renvoi aux textes légaux et aux certificats médicaux sans s'en approprier les termes ; les décisions du directeur – qui ne sont parfois établies que le lendemain de l'arrivée dans l'unité (cf. § 3.2) – ne mentionnent pas l'heure effective d'admission du patient et font état de voies de recours qui ne sont plus d'actualité (recours devant le tribunal administratif) ;
- lorsqu'ils font suite à un arrêté provisoire du maire, les arrêtés du préfet interviennent dans un délai d'environ 24 heures ;

- pour les mesures de SPI et SDTU, les certificats des 24 et 72 heures (qui sont tous horodatés et davantage détaillés que les certificats initiaux) sont rédigés par deux médecins différents ;

RECOMMANDATION 7

Les certificats médicaux comme les décisions d'admission, du directeur et du préfet, mériteraient d'être horodatés afin de garantir le respect des délais impartis par la loi.

- à compter du certificat des 24h, tous les avis médicaux précisent que le patient a été informé oralement du projet de décision le concernant ainsi que de la possibilité qui lui est offerte de présenter des observations orales ou écrites. Ces certificats médicaux comme les avis motivés sont bien circonstanciés et actualisés ;
- les durées d'hospitalisation sont relativement brèves, tant pour les SPDRE (plus de 50 % n'excèdent pas un mois et près de 36 % ne dépassent pas douze jours) que pour les SDDE (sur dix-neuf mesures levées, six l'ont été à moins de douze jours, neuf entre treize jours et un mois, quatre avant deux mois) ;
- pour les patients en SDDE, la poursuite de la prise en charge après levée de la mesure de soins sans consentement se fait dans la très grande majorité des cas en hospitalisation en soins libres (treize sur dix-neuf) ; trois patients ont bénéficié d'un programme de soins ; pour trois autres la mesure a été levée purement et simplement ; pour les patients en SDRE en revanche la levée de la mesure d'hospitalisation complète s'accompagne dans la très grande majorité des cas d'un programme de soins.

RECOMMANDATION 8

Les registres de la loi doivent être tenus avec plus de rigueur et mentionner, conformément aux dispositions de l'article L. 3212-11 du CSP, les dates de notification des décisions tant d'admission que de maintien de la mesure ou de changement de forme de prise en charge, d'une part, des droits et voies de recours et garanties, d'autre part.

4.4 LE COLLEGE DES PROFESSIONNELS DE SANTE RECUEILLE LES OBSERVATIONS DU PATIENT MAIS SON AVIS NE LUI EST PAS NOTIFIE

La procédure de réunion du collège des professionnels de santé est gérée par le bureau des entrées en coordination avec les secrétaires médicales. Celles-ci établissent la composition du collège (désigné par la directrice de l'établissement) ; le choix du second psychiatre s'effectue selon les disponibilités du médecin et l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient est toujours représentée par un infirmier.

La convocation des membres est faite par le bureau des entrées. Le patient n'est pas convoqué (aucune convocation n'a été trouvée dans le dossier des patients pour lesquels le collège des professionnels est intervenu ; les agents du bureau des entrées comme les secrétaires médicales ont indiqué ne pas envoyer de convocation au patient) ; ses observations sont cependant recueillies et mentionnées dans l'avis du collège, sans toutefois que les modalités de recueil de cet avis n'y soient mentionnées.

L'avis du collège, mis en forme par les secrétaires médicales et signé du secrétaire de séance désigné parmi les membres du collège, ne fait pas l'objet d'une notification formelle au patient (aucune trace dans les dossiers).

Les réunions du collège des professionnels de santé ne sont pas répertoriées de sorte que le nombre d'avis rendus au cours de l'année 2018 reste inconnu. En revanche deux réunions du collège se sont tenues en janvier 2019 pour deux patients en SDTU depuis respectivement le 16 février 2016 et 7 janvier 2017 et tous deux en programme de soins, l'un depuis novembre 2017, l'autre depuis le 18 juillet 2018, avec hospitalisation de jour durant cinq jours par semaine pour le premier et quatre jours par semaine pour le second.

4.5 LES AUTRES CONTRÔLES SONT QUASI INEXISTANTS

Comme indiqué précédemment, le président de la CDSP vérifie les registres de la loi et y appose son visa sur les registres de la loi à l'occasion de sa visite annuelle de l'établissement.

En revanche ces livres ne portent pas mention d'un contrôle effectué par le président du tribunal ou le procureur de la République.

Si ces registres sont visés du maire lors de leur ouverture, il apparaît que le maire de la commune ne se déplace pas dans l'établissement.

De même le préfet, sauf par l'intermédiaire de l'ARS lors des visites de la CDSP, n'exerce pas la mission de contrôle qui lui est dévolue par l'article L. 3222-1 du code de la santé publique depuis 2015 (visites les 12 octobre 2010 et 1^{er} juin 2015).

RECOMMANDATION 9

Les autorités énoncées à l'article L. 3222-4 du code de la santé publique doivent effectuer annuellement une visite de contrôle au Centre Hospitalier Nord Mayenne afin de vérifier la régularité des procédures d'admission et de maintien en soins sans consentement des patients hospitalisés et la bonne tenue des registres de la loi.

Bien qu'il ne s'agisse pas d'un contrôle mais d'échanges institutionnels, il n'est pas sans intérêt de noter que l'ARS organise tous les ans une réunion avec le directeur de cabinet du préfet, le JLD et son greffier, les trois établissements de santé du département (psychiatres, cadres de santé, agents administratifs du bureau des entrées), le directeur de la maison d'arrêt et le personnel de l'ARS en charge du suivi des soins sans consentement.

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 LES PATIENTS BENEFICIENT D'UNE REELLE LIBERTE DANS L'ENCEINTE DE L'ETABLISSEMENT MAIS TROP DE PATIENTS EN SOINS LIBRES SONT HEBERGES DANS DES UNITES FERMEES

Les patients, quel que soit leur statut, bénéficient de conditions de vie inspirées par un principe général de liberté. Pour reprendre les propos du directeur des soins : « *le principe général de fonctionnement du pôle est celui de la liberté.* » **Cependant, la majorité des patients en soins libres sont hébergés dans des unités fermées.**

Pour rappel, le pôle santé mentale comprend quatre unités d'hospitalisation dont une seule (pavillon 2) est ouverte. Il s'agit de l'unité accueillant des patients présentant un handicap psychique et qui sont en attente d'un placement dans une structure adaptée. Les trois autres unités sont fermées. Elles disposent d'un jardin privatif clos où les patients ont un accès libre en journée. Pour autant, les trois pavillons fermés accueillent majoritairement des patients en soins libres qui doivent donc solliciter une autorisation pour rejoindre le parc. Ces autorisations sont données facilement.

Dans les unités P1 et P2 les patients présents depuis de nombreuses années bénéficient d'un régime très ouvert et ce, quel que soit leur statut. Selon un soignant, « *pour eux, la question du statut ne se pose plus* ». Ainsi, au P1, aucune permission de sortie n'est donnée pour un patient en SDT qui n'en a jamais fait la demande mais il participe aux sorties collectives. Il se rend seul au self. Un patient en programme de soins (patient autiste) ne sort pas durant ses journées de présence car « *le monde extérieur lui fait peur* ». Enfin, un patient en SDRE ne peut sortir qu'accompagné alors que trois autres sont autorisés à sortir seuls dans le parc une demi-heure par jour. Un de ces trois patients est même autorisé à sortir en ville seul durant deux heures, trois jours par semaine, et à se rendre à la cafétéria le matin et l'après-midi.

S'agissant enfin des patients en soins libres : dix d'entre eux ne peuvent sortir qu'accompagnés en raison de leur manque d'autonomie.

L'unité P3 étant fermée, les patients, même en soins libres, doivent demander l'autorisation de sortir du service, ce qui les place dans une position de dépendance.

Un patient en SDRE peut sortir dans le parc une demi-heure par jour. Un patient en SDTU peut seulement sortir en étant accompagné.

L'unité P4 est fermée en permanence. Ceux qui sont autorisés à sortir doivent demander aux soignants de leur ouvrir la porte. Lors de la visite, tous les patients en soins libres pouvaient sortir librement le jour de la visite.

Dans l'enceinte de l'établissement, les patients circulent donc librement. Ainsi, pour la majorité d'entre eux, la possibilité offerte, et largement mise en œuvre, de prendre le repas de midi au self commun avec les soignants à quelques centaines de mètres de leur pavillon donne un sentiment de liberté (cf. § 6.3). Plus généralement, enfin, beaucoup de patients se rendent seuls aux différentes activités.

A l'intérieur des unités, les patients circulent librement, y compris dans leurs chambres qui sont accessibles à tout moment de la journée et le, cas échéant, sur une terrasse ou dans un petit jardin.

RECOMMANDATION 10

Les patients en soins libres ne doivent pas être hébergés dans des unités fermées. Lorsqu'ils le sont pour des raisons matérielles, tout doit être mis en œuvre pour garantir leur liberté d'aller et venir. De même, une réflexion portant sur l'ouverture des portes des unités fermées devrait être engagée.

5.2 LES CONTRAINTES DE LA VIE QUOTIDIENNE SONT ADAPTEES A LA SITUATION DES PATIENTS ET VECUES DE FAÇON SEREINE

Pour la vie quotidienne, les horaires sont prévus au règlement intérieur mais en pratique sont souples et adaptés à la situation des patients ; ainsi, dans les unités, le petit déjeuner et l'accès aux douches sont possibles entre 7h30 et 9h.

Le port du pyjama est tout particulièrement rare à l'exception des patients placés en chambre d'isolement. Les contrôleurs n'ont rencontré aucun patient en pyjama.

L'interdiction de fumer dans les unités est appliquée de façon rigoureuse mais les patients peuvent se rendre soit dans des patios, dans les terrasses ou même les jardins de unités qui sont accessibles tôt le matin et le soir jusqu'à 21h ou plus selon les services. Chaque unité adapte le régime à la situation des patients dans un climat plutôt libéral et bien accepté.

Certains patients gèrent seuls leur consommation de cigarettes. Pour d'autres ce sont les soignants qui le font soit en raison de problème d'addiction, soit pour des raisons financières. Les paquets de cigarettes sont stockés dans le bureau infirmier dans des casiers individuels.

Au P2, un tableau est tenu pour la comptabilité des cigarettes distribuées. De même, pour certains patients, les soignants conservent les briquets ou allumettes. Une aide-soignante est référente tabac ; elle passe les commandes qui sont livrées par le buraliste. Le nombre de paquets à acheter est fixé en accord avec le tuteur. Le nombre de cigarettes autorisé journalièrement est fixé par les infirmiers ; « *c'est variable selon les patients* ».

5.3 LES COMMUNICATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT ENCOURAGEES, L'ACCES DES FAMILLES EST TRES OUVERT MAIS LEURS CONDITIONS D'ACCUEIL RESTENT SOMMAIRES

5.3.1 Le courrier

Dans les quatre unités, aucune censure n'est apportée à l'envoi ou la réception de courrier. Certains patients peuvent être aidés pour l'envoi, voire la rédaction de lettres. A l'unité P2 l'acquisition d'enveloppes pré-timbrées est possible. Une boîte aux lettres est disponible à l'entrée de l'établissement ; si nécessaire, les soignants peuvent se charger de poster le courrier.

5.3.2 Le téléphone

Le régime d'utilisation du téléphone est très ouvert. Les patients conservent habituellement leur téléphone portable, y compris avec recharge, pour ceux qui en détiennent, ce qui est loin d'être la majorité aux pavillons 1 et 2. Dans ces pavillons, plutôt de longs séjours, beaucoup d'appels aux familles sont passés avec l'aide des soignants et le recours à un point téléphone fixe. Ces appels sont souvent programmés.

Au P3, les téléphones portables individuels – ainsi que les recharges – sont laissés à la disposition des patients sauf (rares) contre-indications médicales. Au moment du contrôle, tous les patients

détenaient un téléphone individuel. Il existe par ailleurs une ancienne cabine téléphonique accessible depuis le couloir central où peuvent être passés des appels venant de l'extérieur. Toutefois, cette cabine présente une confidentialité relative.

Internet n'est pas accessible dans les unités. Les ordinateurs personnels peuvent être autorisés, tel était le cas pour un patient au P1.

PROPOSITION 6

Afin de faciliter les communications avec l'extérieur et les démarches administratives, les unités d'hospitalisation doivent avoir un accès à internet.

5.3.3 Les visites

La majorité des patients sont autorisés à recevoir des visites, seuls ceux dont l'état clinique n'est pas stabilisé peuvent faire l'objet d'une interdiction prescrite par le médecin. Tel était le cas pour deux patients de l'unité P4.

Les visites des familles sont possibles de 13h à 20h en semaine et de 11h à 20h le week-end, mais des facilités d'horaires sont accordées pour des cas particuliers.

La visite des enfants dans les unités est déconseillée mais pas totalement interdite (gestion au cas par cas et selon les circonstances). Les familles peuvent se rendre dans les chambres, sur la terrasse, dans le jardin, dans le parc, au self et à la cafétéria. Lors d'un entretien avec la fille d'une patiente, l'accueil des familles a été considéré comme bon et les soignants disponibles.

Pour autant, les conditions matérielles d'accueil sont souvent insuffisantes car seules les unités P1 et P4 disposent d'un salon réservé aux visites. En outre, les chambres ne sont pas suffisamment bien équipées.

PROPOSITION 7

Il conviendrait de prévoir dans le cadre des réorganisations futures un lieu plus convivial d'accueil des familles dans les unités.

Dans sa réponse, la direction indique qu'avec le déménagement du P2 dans les actuels locaux du P3 et l'ouverture de l'unité de soins de jour, chaque unité disposera d'un lieu d'accueil pour les familles. Ce dispositif sera effectif au 14 octobre 2019

6. LES CONDITIONS DE VIE

6.1 L'HOSPITALISATION EN CHAMBRE INDIVIDUELLE EST LA REGLE

Les quatre unités d'hospitalisation sont installées dans quatre pavillons distincts tous équipés d'un ascenseur. Dans chaque unité, les chambres se répartissent sur deux niveaux. Les patients les plus mobiles et autonomes sont hébergés au 1^{er} étage. Le nombre de chambres par pavillon est le suivant :

- le P1 dispose de vingt-six chambres individuelles et de deux chambres doubles réparties sur deux niveaux ;
- le P2 est doté de vingt-quatre chambres individuelles et de deux chambres doubles réparties sur deux niveaux. La taille des chambres est variable, les équipements également. Les placards peuvent être fermés à clef. Les chambres doubles bénéficient d'une salle d'eau alors que les chambres individuelles sont équipées d'un seul lavabo. Trois sanitaires et trois salles de bains sont répartis à l'étage. Le jour de la visite, les sanitaires n'étaient pas équipés de papier toilette, de savon, de serviette ou de sèche-mains ;
- le P3 est doté de dix-huit chambres individuelles et de deux autres chambres réservées aux hospitalisations de nuit ;



Une chambre individuelle du pavillon 3

- le P4 est doté de vingt-sept chambres individuelles ; les chambres du rez-de-chaussée sont accessibles aux personnes à mobilité réduite (PMR).

A l'exception du P2 qui doit fermer dans les prochains mois et de deux chambres au P1, toutes les chambres sont équipées de sanitaires comprenant une douche, un WC et un lavabo surmonté d'un miroir.

Les chambres donnent en général sur le jardin. Elles sont claires et de superficie correcte.

Le mobilier comprend un lit, une table de chevet, une chaise, une table et un placard qui n'est pas systématiquement équipé d'une serrure.

Les patients peuvent personnaliser leur chambre à leur convenance. Ils ne disposent pas des clés de leur chambre mais ils peuvent s'enfermer depuis l'intérieur.

Les fenêtres sont équipées d'un système d'ouverture que seuls les soignants peuvent actionner.

Les espaces communs sont spacieux et clairs dans les quatre unités. Dans chaque pavillon, l'espace est aménagé autour d'une grande pièce commune, équipée de larges baies vitrées, qui

donne sur un jardin où les patients peuvent fumer. Cette pièce commune dessert les locaux suivants : salle de soins, bureau médical, salle de télévision, salle d'activités. Certaines unités disposent également d'une salle de relaxation, d'un salon famille et d'une salle de réunion.

Les salles collectives sont équipées d'un poste de télévision ; quelques jeux de société et des livres en mauvais état sont mis à la disposition des patients.

Les salles communes sont personnalisées avec des rideaux, des dessins, des peintures ou photos donnant aux unités un esprit chaleureux et personnalisé. Cependant dans certaines unités telles que le P2 (qui est amené à fermer) les locaux, et notamment les murs, sont très dégradés.



Salle commune du pavillon 3

6.2 LES LOCAUX SONT PROPRES MAIS LES UNITES NE DISPOSENT PAS DE LAVE-LINGE

Dans les quatre unités, les locaux sont propres. Les draps et les serviettes sont changés au minimum une fois par semaine. L'entretien des vêtements personnels est à la charge des familles, les unités ne disposant pas de lave-linge.

A l'exception du P2, des produits d'hygiène sont remis aux personnes dépourvues de ressources mais cela n'est pas systématique. Les pavillons, hormis le P2, disposent d'une réserve de vêtements proposés aux personnes démunies.

Un salon de coiffure est accessible aux patients. L'espace est agréablement aménagé. Une coiffeuse intervient à 40 %.

PROPOSITION 8

Les unités devraient être équipées de lave-linge afin de promouvoir l'autonomie des patients. De même des nécessaires d'hygiène doivent être systématiquement mis à disposition des patients.

Dans sa réponse, la direction indique que la blanchisserie du CHNM offre la possibilité d'entretenir les vêtements personnels des patients. Il conviendrait d'en informer le personnel du pôle de psychiatrie qui n'avait pas connaissance de cette possibilité offerte lors de la visite du CGLPL. Il n'en demeure pas moins qu'à l'instar d'autres établissements de santé mentale, les unités accueillant des patients sur du long séjour devraient être équipées de lave-linge

6.3 LES PATIENTS ONT UN LIBRE ACCES AU SELF DE L'ETABLISSEMENT

Le petit déjeuner est servi entre 8h et 9h30, le déjeuner à 12h, le goûter à 16h et le service pour le dîner s'effectue entre 17h45 et 19h. Une tisane est proposée en fin de repas. Les menus sont affichés dans les salles à manger. Les repas sont préparés à la cuisine centrale de l'hôpital et livrés en liaison froide puis réchauffés sur place.

Le self du CHNM, où déjeune le personnel de l'établissement, est accessible aux patients le midi. La majorité d'entre eux prennent donc leur repas dans ce lieu convivial en présence des professionnels de santé. Ils peuvent s'y rendre seuls ou accompagnés d'un soignant sous réserve de l'autorisation du médecin. Les patients les plus autonomes se servent eux-mêmes. Deux plats principaux leur sont proposés. Quant aux entrées et aux desserts, les choix sont variés. Ce dispositif est intéressant car il favorise le retour à l'autonomie et place les patients sur un pied d'égalité avec les soignants.

Pour les patients qui déjeunent dans les unités, les soignants sont présents dans la salle à manger mais ils ne prennent pas leur repas avec eux. Quelques patients peuvent prendre temporairement leur repas dans leur chambre en raison de leur état clinique.

Les patients, dans leur majorité, semblent satisfaits de la qualité des repas.

BONNE PRATIQUE 1

La possibilité offerte aux patients de déjeuner au self de l'établissement est une initiative intéressante en ce sens qu'elle favorise le retour à l'autonomie.

6.4 LES PATIENTS NE PEUVENT PAS CONSERVER LEURS BIENS PERSONNELS DANS LEUR CHAMBRE

6.4.1 Les biens des patients dans les unités

A l'exception du P2 où les patients sont pris en charge au long cours, un inventaire contradictoire est dressé à l'arrivée du patient. Si ce dernier est très agité, l'inventaire est réalisé en son absence par deux agents de l'unité.

Les biens retirés aux patients sont conservés dans des casiers dans le poste infirmier ou dans une pièce fermée à clé. Les unités (P3 et P4) conservent des petites sommes d'argent d'un montant de 20 euros environ, cela évite au patient de devoir se rendre à la régie. Toutes les chambres ne sont pas équipées de placards fermant à clé. Pour ceux qui sont dotés d'une serrure les patients ne disposent pas de la clé.

PROPOSITION 9

Les placards des chambres doivent être équipés d'une serrure et les patients devraient pouvoir conserver la clé.

6.4.2 Les biens déposés à la banque des patients

Les objets de valeur, cartes bancaires et argent, sont déposés à la banque des patients qui est ouverte tous les matins du lundi au vendredi. Certains patients sont autorisés à s'y rendre seuls en fonction de l'autorisation donnée par les mandataires judiciaires. Elle est tenue par un agent administratif, qualifié en tant que régisseur par le Trésor public. Ce dernier est en relation étroite avec les mandataires judiciaires. Il demande l'autorisation pour toutes les dépenses y compris

pour l'utilisation du pécule (cf. § 9.1.4) qui fait l'objet d'un compte séparé. Le montant des dépôts et des retraits serait faible.

6.5 DES ACTIVITES SONT ORGANISEES DE FAÇON PONCTUELLE AU SEIN DES UNITES

Une cafétéria, située à proximité des unités, est ouverte de 10h à 14h30. Le café coûte 0,80 euro. Les patients peuvent également se rendre sur le site principal de l'établissement (comprenant le bâtiment de MCO entièrement rénové), qui dispose d'une autre cafétéria. Cependant, elle éloignée des bâtiments de la psychiatrie et, selon les informations communiquées, les patients peuvent y être stigmatisés.

Dans les pavillons, des pièces ont été aménagées en salle d'activités (atelier de peinture, salle d'activités musicales, ateliers d'activités manuelles). Au P4, les soignants ont transformé une pièce en salle de relaxation. Au P3, le service offre peu d'activités occupationnelles à l'exception de quelques jeux de société. Le P1 dispose d'un baby-foot.

De façon générale, les soignants organisent de façon ponctuelle des activités, notamment durant les week-ends car ils sont plus disponibles. Des ateliers « cuisine », des activités manuelles et des jeux de société sont proposés aux patients. Par ailleurs, lorsque les soignants sont en nombre suffisant, les patients bénéficient de sorties à l'extérieur.

6.5.1 La télévision

A l'exception du pavillon 3, les unités disposent de deux postes de télévision. Au P1 un poste est installé dans la salle à manger mais il est éteint pendant les repas. Au P3, un patient, hospitalisé au long cours, est autorisé à avoir un poste dans sa chambre.

L'extinction de la télévision a lieu à la fin du film voir un peu plus tard le week-end.

6.5.2 La bibliothèque

Une bibliothèque est à disposition des patients ; le fonds, qui a été trié et remis en valeur par le CATTP, est ancien mais bien organisé. Cependant le manque de crédits de fonctionnement ne permet pas l'acquisition de nouveaux ouvrages ni d'abonnements à des journaux ou périodiques. Les horaires d'ouverture sont limités à deux ou à trois après-midis par semaine.

6.6 LA LIBERTE DES PATIENTS EN MATIERE DE SEXUALITE EST RESPECTEE

La liberté des patients en matière de sexualité est pleinement respectée, les équipes soignantes s'attachant à cet égard au respect de l'intimité et à la protection des personnes vulnérables, la recherche du consentement étant prioritaire.

Les patientes peuvent bénéficier de traitements contraceptifs ; une unité dispose pour les hommes de préservatifs en libre accès et une autre en fournit sur demande. Ces dernières pratiques ne sont toutefois pas communes à l'ensemble des pavillons et doivent être généralisées.

Par ailleurs, une initiative particulièrement intéressante a été mise en œuvre dans l'un de ces pavillons, consistant en un atelier hebdomadaire de discussions consacrées à la sexualité. Organisées par séquences de six semaines, ces rencontres sont animées par des infirmiers et un psychologue. Un bilan de ces échanges a été établi conjointement avec les patients ayant participé à ces échanges. Cette initiative, renouvelée déjà une fois, permet d'aborder des points essentiels en matière de prévention des maladies sexuellement transmissibles et de libérer la

parole. En tant notamment qu'elle permet une action d'éducation à la santé et participe à l'affirmation de la liberté individuelle des patients, elle pourrait utilement être généralisée à l'ensemble des unités d'hospitalisation de l'établissement.

BONNE PRATIQUE 2

L'atelier de discussions consacrées à la sexualité permet de libérer la parole et de sensibiliser les patients aux questions de consentement et de prophylaxie. Cette initiative mériterait d'être élargie à l'ensemble des unités.

6.7 LA SECURITE DES PATIENTS EST ASSUREE

Un seul des quatre pavillons du CHNM reste ouvert au cours de la journée. Les autres conservent leurs issues fermées. Aucune caméra de surveillance n'a été identifiée sur le site.

Les portes des chambres des pavillons peuvent être fermées (soit par verrou intérieur soit par un dispositif de serrure palière qui ne permet l'ouverture à la poignée que depuis l'intérieur) ; mais elles ne disposent pas d'œilleton, de telle sorte que le patient est amené à ouvrir à l'aveugle.

La sécurité des activités proposées est assurée, même si les équipes assument un certain risque à cet égard afin de ne pas en faire dépendre l'organisation de la seule disponibilité du personnel.

Il n'existe pas de service de sécurité interne au sein de l'établissement ; les soignants peuvent, « *exceptionnellement et en dernier recours* » être amenés à solliciter les services de gendarmerie pour une intervention au sein d'un pavillon lorsque le personnel est en nombre insuffisant pour faire face à un patient particulièrement agité et, de ce fait, dangereux tant pour sa propre personne que pour autrui.

Plusieurs infirmiers ont reçu une formation portant sur la gestion des conflits et la prévention de la violence, mais selon leur unité d'affectation, les agents sont plus ou moins sensibilisés aux questions de « contenance du corps ». Le personnel semble insuffisamment formé pour faire face aux comportements agressifs et violents. Ces faits sont recensés au titre des événements indésirables de l'établissement. Ceux dont sont victimes des patients restent marginaux (deux occurrences en 2018), mais les violences à l'encontre des soignants sont récurrentes : sept situations d'agressivité et quarante-quatre agressions (physiques et verbales) ont ainsi été enregistrées entre le 6 février et le 6 décembre 2018, dont quatorze agressions physiques dans les unités d'hospitalisation.

PROPOSITION 10

La gestion quotidienne de l'éventuelle agressivité des patients doit être assurée par les soignants, en investissant encore plus le champ de la formation (gestion de la violence, désescalade, etc.).

La direction a répondu qu'une formation pour pouvoir prévenir la violence sera intégrée au plan de formation 2020. L'établissement réfléchit également à une formation concernant la prise en charge des troubles autistiques qui pourrait prévenir la violence et l'agressivité

Enfin, les « fugues » sont prises en charge selon une procédure faisant l'objet d'un protocole, aux termes duquel la sortie sans autorisation d'un patient faisant l'objet de soins sans consentement

est signalée à la gendarmerie puis à l'administrateur et au psychiatre de garde. Pour les patients en soins libres, la gendarmerie n'est prévenue que si les recherches menées par le personnel aux abords de l'établissement n'aboutissent pas.

7. LES SOINS

7.1 L'UNITE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE EVITE LES HOSPITALISATIONS NON JUSTIFIEES

Cinq infirmiers assurent une présence permanente de jour comme de nuit à l'unité médico-psychologique (UMP) située dans le service d'accueil des urgences (SAU). En dehors de l'accueil physique, l'équipe de liaison assure également des permanences téléphoniques auprès de patients qui bénéficient d'un suivi en ambulatoire.

Un psychologue est également présent en journée. Il intervient, à la demande des médecins, auprès des patients admis aux urgences ayant subi un choc traumatique.

L'équipe infirmière de l'UMP a pour mission d'accueillir et de prendre en charge les patients, relevant *a priori* d'une prise en charge psychiatrique, se présentant au SAU. Le médecin urgentiste reçoit le patient en premier lieu puis il l'adresse aux infirmiers qui procèdent à une évaluation « plus fine » qui consiste à relever les antécédents médicaux, obtenir des informations sur l'environnement du patient et évaluer la clinique. Leur rôle est essentiel car les infirmiers prennent le temps nécessaire d'apaiser le patient, de rechercher éventuellement l'adhésion aux soins si une hospitalisation est à envisager. Ils mènent également des entretiens avec la famille lorsqu'elle est présente. Parfois, les échanges avec les proches « *permettent de dénouer des relations compliquées* ».

L'infirmier effectue un compte rendu et une indication sur l'orientation à donner au médecin urgentiste. Il a été précisé que les urgentistes faisaient confiance à l'équipe de liaison. Si le patient est orienté vers le CMP, l'infirmier se met en relation avec l'équipe soignante qui va prendre le relais.

Lorsque l'entretien infirmier ne suffit pas à apaiser le patient ou si une hospitalisation est à envisager, le médecin urgentiste fait appel au psychiatre d'astreinte (en journée) ou au psychiatre de garde. La décision d'hospitaliser appartient à ce dernier. Lorsqu'il s'agit d'une admission en soins sans consentement, le psychiatre se charge en principe d'informer le patient des raisons qui l'amènent à prendre cette décision. Les contraintes inhérentes au statut d'admission en soins sans consentement lui sont également explicitées. Lorsque l'admission est réalisée à la demande d'un tiers, l'infirmier travaille l'alliance avec la famille. Il lui explique la nécessité de la contrainte et l'intervention du tiers. Il aborde la question de la culpabilité et invite les proches à verbaliser sur ce point. Selon les propos recueillis, il n'existe pas de problème particulier pour se mettre en relation avec les familles lorsqu'une admission en SDT est envisagée. Cependant les urgentistes rencontrent des difficultés pour faire intervenir un médecin généraliste en raison de la pénurie de médecins libéraux en Mayenne.

En attendant son transfert dans l'un des pavillons d'hospitalisation, le patient est installé dans un box ou dans une chambre de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). Selon les propos recueillis, le recours à la contention est rarissime. Un inventaire des effets personnels est effectué systématiquement. Il a pour objectif de retirer les objets potentiellement dangereux. Le téléphone portable peut être éventuellement retiré si le patient en fait un usage abusif (appels téléphoniques répétés au même destinataire). Selon son état clinique, il peut être autorisé à sortir fumer en compagnie d'un soignant.

7.2 EN L'ABSENCE DES MEDECINS, LES EQUIPES PARAMEDICALES METTENT TOUT EN ŒUVRE POUR ASSURER LA CONTINUITÉ DES SOINS PSYCHIATRIQUES

7.2.1 Les modalités de prise en charge

Lors de la visite, seuls les patients admis au P4 étaient vus régulièrement grâce à la présence d'un médecin psychiatre intérimaire qui était en poste depuis trois semaines. Cela n'était pas le cas avant sa venue. Au P3, la présence du médecin est régulière mais les patients ne sont pas tous vus toutes les semaines. Compte tenu des difficultés que connaît l'établissement pour recruter des médecins psychiatres, le médecin référent du P1 et du P2 est généraliste. Il intervient dans les deux pavillons à raison de deux fois par semaine. Cependant il a été indiqué que les patients de ces unités n'étaient pas vus régulièrement. Au pavillon 2, où le nombre de patients chroniques est élevé, les renouvellements mensuels des traitements médicamenteux seraient effectués dans certains cas sans que les patients soient vus.

L'absence de médecins psychiatres constitue également une difficulté majeure pour le renouvellement des certificats mensuels. Ainsi, au P1, au cours du dernier trimestre 2018, quatorze certificats ont été renouvelés par des médecins psychiatres mais les entretiens médicaux ont été menés par le médecin généraliste.

RECOMMANDATION 11

Dans le cadre du renouvellement mensuel des certificats médicaux, les entretiens médicaux doivent être menés par le médecin psychiatre certificateur et non par un médecin généraliste.

Tous les entretiens médicaux se déroulent en binôme avec un infirmier. Dans les unités de prise en charge au long cours (P1 et P2), un système d'infirmier et d'aide-soignant référents a été instauré. Les soignants ont une bonne connaissance des patients dont ils ont la charge. Le médecin peut ainsi s'appuyer sur leurs observations et leur analyse pour adapter au mieux le traitement. De manière générale, les médecins peuvent compter sur des équipes paramédicales investies dans la mission qui leur est confiée et qui mettent tout en œuvre pour offrir aux patients une prise en charge individualisée et adaptée à leurs besoins.

Dans les pavillons d'admission (P3 et P4), les patients font l'objet d'une période d'observation afin d'évaluer l'évolution de leur état clinique et leur comportement avec les autres patients. Les patients ne sont pas soumis au port du pyjama. Le médecin, récemment recruté au P4, explique au patient les raisons (comportement hétéro ou auto agressif et déni de la pathologie) qui l'ont conduit à être admis en soins sans son consentement. Le praticien met également tout en œuvre pour favoriser l'adhésion aux soins. Dès lors que l'état clinique du patient est stabilisé, le médecin lui explique avec « *des mots simples* » sa pathologie – sans pour autant la nommer – et les symptômes associés afin que le patient soit en mesure de les repérer. Le traitement prescrit et les éventuels effets secondaires lui sont également explicités. Dans la mesure du possible et après avoir obtenu l'accord du patient, la famille est associée à la prise en charge.

Selon les témoignages que les contrôleurs ont recueillis, d'autres psychiatres n'informent pas toujours les patients des raisons qui les ont conduits à être admis sans leur consentement car « *l'annonce du diagnostic perturberait le patient* ». (cf. § 4.1.2). L'adhésion aux soins paraît alors difficilement envisageable.

RECOMMANDATION 12

Tous les patients doivent bénéficier régulièrement d'une consultation avec le psychiatre afin que leur traitement et leur projet de soins soient réajustés en fonction de leur état clinique.

Il n'est pas élaboré de contrats de soins pour les patients admis dans les pavillons d'admission mais ces derniers sont informés des restrictions qui leur sont prescrites en fonction de leur état clinique. Au P1, un projet de soins est mis en place pour chaque patient. Il comprend les objectifs, les moyens à mettre en œuvre et les outils d'évaluation. Ce projet est élaboré avec le médecin en charge du suivi, les soignants et le patient afin que ce dernier soit acteur de sa prise en charge. Ce projet doit faire l'objet d'une réévaluation selon un rythme régulier, environ tous les quinze jours. Pour certains patients, les projets ne seraient pas révisés régulièrement.

Outre les entretiens infirmiers dont peuvent bénéficier les patients, les psychologues sont également associés à la prise en charge. Ils sont présents quotidiennement dans les services – à raison d'une demi-journée par semaine – et assurent des suivis de patients sur orientation médicale ou sur recommandation de l'équipe infirmière. Par ailleurs, ils animent au P4 un atelier vidéo suivi d'un temps d'échange. Les psychologues proposent également aux soignants des temps de réflexion clinique.

Les activités thérapeutiques sont pleinement intégrées au dispositif de soins. La majorité des patients, y compris ceux admis en soins sans consentement, y ont accès (cf. § 9). Les équipes paramédicales proposent des activités manuelles au sein des pavillons et des sorties (football, restaurant, sortie en ville, etc.). Au pavillon 4, les soignants profitent des week-ends, période durant laquelle ils sont beaucoup plus disponibles en raison de l'absence des médecins, pour organiser des ateliers d'écoute musicale et des ateliers cuisine. Ainsi une activité « crêpes » s'est déroulée pendant la période de la chandeleur. Au pavillon 1, les infirmières proposent également un atelier « toucher-massage » afin de permettre aux patients qui le souhaitent de « se réconcilier avec leur corps ». Une pièce a été agréablement aménagée à cet effet. Il convient de noter que toutes ces activités visent à apaiser les patients et offrent des alternatives à l'isolement.

Une réunion de synthèse réunissant l'ensemble de l'équipe soignante, les psychologues et les assistantes sociales pour les pavillons 3 et 4 se tient chaque semaine. Les cas des patients et les projets de sorties sont examinés.

7.2.2 Les sorties de courtes durées

Les projets de soins ont également pour objectif de favoriser un retour à domicile ou dans une structure adaptée. A cet égard, les médecins autorisent, dès que l'état clinique du patient le permet, des sorties de courte durée.

Les certificats médicaux autorisant la sortie d'un patient hors de l'établissement sont traités :

- pour les patients en SDDE, par les secrétaires médicales et font l'objet d'une décision du directeur ;
- pour les patients en SDRE, par le bureau des entrées qui les transmettent à l'ARS pour avis du préfet.

Dans ce dernier cas, le préfet peut s'opposer à la sortie du patient, situation décrite par les agents du bureau des entrées comme relativement rare, le préfet faisant dans l'ensemble confiance aux

médecins et les refus étant le plus souvent limités au cas où les certificats médicaux ne sont pas suffisamment précis.

A la date du contrôle, les certificats médicaux étaient délivrés pour chaque sortie envisagée (exception faite d'un patient en SDRE bénéficiant de sorties ritualisées deux heures par jour sur trois jours de la semaine pour se rendre en ville). Cependant, lors d'une réunion avec la préfecture en janvier 2019, le préfet a fait savoir qu'il n'était pas opposé aux sorties répétitives dès lors que celles-ci s'inscrivent dans le cadre d'un suivi, les certificats médicaux devant toutefois être établis pour chaque sortie quand celle-ci n'est pas accompagnée ou lorsqu'il s'agit d'une sortie dans la famille même de très courte durée.

Selon les informations recueillies, confirmées par l'examen du registre de la loi et de dossiers administratifs de patients, il ressort que :

- la prise en charge du patient est orientée, dès que son état est stabilisé, vers sa réinsertion sociale ;
- au global, les autorisations de sortie sont nombreuses tant pour les SDDE que pour les SDRE et accordées assez rapidement après l'admission ;
- au 4 février 2019, sur les onze patients hospitalisés en soins sans consentement, trois bénéficient d'autorisation de sortie limitée à une demi-heure par jour dans le parc, trois n'ont aucune permission de sortie, les autres peuvent sortir seuls ou accompagnés ;
- les sorties, hors l'enceinte de l'établissement, sont majoritairement accompagnées pour les patients en SDRE (par un ou deux soignants ou par un membre de la famille), aussi bien pour moins de 12 heures que 48 heures maximum (pour maintien des liens familiaux, retour ponctuel à domicile, démarches extérieures, sortie en ville, participation à des activités extérieures culturelles ou sportives).

Ces permissions, renseignées dans le dossier informatisé de chaque patient et classées dans le dossier administratif, ne sont pas répertoriées par les secrétaires médicales ou le bureau des entrées, de sorte que leur nombre sur une période donnée n'a pu être déterminé.

7.2.3 Les programmes de soins

Les programmes de soins 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.

Au 4 février 2019, neuf patients (quatre SDTU, un SPI et quatre SDRE) sont en programme de soins, la plus ancienne mesure de soins sans consentement datant de février 2016 pour les SDDE et de décembre 2015 pour les SDRE. Le programme de soins le plus récent date du 12 novembre 2018 ; le plus ancien a été prononcé le 20 novembre 2017 pour un patient suivi dans un premier temps en soins libres puis en SDTU et ayant été réhospitalisé durant trois semaines après un premier programme de soins. Les programmes de soins pour les SDRE n'ont fait l'objet d'aucune opposition du préfet.

Les programmes de soins sont dans la grande majorité axés sur une prise en charge à domicile avec suivi régulier en CMP ou hospitalisation de jour, soins ambulatoires et activités au CATTP. Pour un patient en SDTU le programme de soins prévoit une hospitalisation dans le service du long séjour P1 de 9h30 à 17h cinq jours sur sept avec sortie possible en ville, seul, durant une heure et participation aux activités accompagné d'un soignant ; pour un autre patient également en SDTU, le programme de soins inclut une hospitalisation quatre jours par semaine de 9h30 à 16h30 pour participation aux activités.

7.2.4 La levée de la mesure de soins sans consentement

Pour les patients en SDRE, la levée de l'hospitalisation complète est quasiment toujours accompagnée d'un passage en programme de soins, auquel le préfet ne s'oppose pas comme l'ont démontré les neuf dossiers examinés par les contrôleurs. Il peut toutefois arriver que le préfet sollicite un second avis médical, mais dans tous les cas où cette demande a été faite, le second médecin a confirmé que l'hospitalisation complète n'était plus nécessaire et le préfet a ordonné la levée de la mesure.

Pour les patients en SDDE, la mesure de soins sans consentement est souvent levée au profit d'une hospitalisation en soins libres.

Dans tous les cas la levée de l'hospitalisation complète ou de la mesure de soins sans consentement est travaillée en réunion de synthèse avec l'assistante sociale, mais aussi avec le tuteur et la famille. Les retours à domicile sont préparés avec l'équipe thérapeutique ambulatoire et accompagnés par celle-ci. Lorsque la réorientation d'un patient s'avère nécessaire, la levée de la mesure est travaillée en articulation avec l'extra et les différentes structures et institutions extérieures.

7.3 LA PRISE EN CHARGE SOMATIQUE EST ASSUREE

7.3.1 L'accès au médecin généraliste

Trois médecins généralistes interviennent au sein des unités d'hospitalisation ce qui permet d'assurer une présence quotidienne du lundi au vendredi. Ils effectuent également des astreintes à tour de rôle.

Les médecins généralistes voient leur patient dans les unités qui disposent d'un bureau équipé de matériel médical et d'une table d'examen. Les bilans biologiques sont acheminés au laboratoire du CH. Les résultats parviennent par voie informatique. Il n'existe aucune difficulté particulière pour les bilans réalisés en urgence ou durant les week-ends.

La grande majorité des patients transite par l'UMP et bénéficient donc d'un examen somatique. Cependant l'un des médecins généralistes, rencontrés par les contrôleurs, examine tous les entrants afin de s'assurer qu'ils aient bénéficié d'un bilan complet (bilan sanguin et électrocardiogramme) avant l'introduction d'un traitement à base de neuroleptiques. Outre l'application du protocole de prise en charge à l'arrivée, les patients présentant une addiction sont adressés au centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). De même les patients tabagiques, souffrant d'une pathologie chronique et pour lesquels la consommation de tabac constitue un facteur de risque, se voient proposer des substituts nicotiques. Les femmes, qui ne bénéficient pas d'un suivi gynécologique régulier et qui sont en âge de procréer notamment, se voient proposer une consultation gynécologique.

Selon les propos recueillis, les médecins généralistes ne rencontrent pas de difficulté particulière dans l'exercice de leur fonction ; la collaboration avec les psychiatres est bonne. Ils peuvent également s'appuyer sur les infirmiers notamment lorsque le patient n'est pas consentant aux soins. A titre d'exemple, une patiente admise pour un état mélancolique et souffrant d'une tumeur au sein refusait d'être examinée et de subir une biopsie. Le rôle des équipes paramédicales fut déterminant pour amener la patiente à adhérer aux soins.

Concernant les patients placés en isolement ou soumis à la contention, les infirmiers indiquent que tous les médecins généralistes ne se déplacent pas systématiquement pour examiner les

patients. De leur côté, les généralistes affirment que les médecins psychiatres ne les sollicitent pas systématiquement, ce qui semble être parfois le cas.

Le médecin généraliste, rencontré par les contrôleurs, examine régulièrement ses patients qui font l'objet d'un isolement et ou d'une contention. Outre la prévention des troubles thromboemboliques dans le cadre d'une contention, le praticien vérifie les paramètres vitaux et s'assure du bon fonctionnement du transit afin d'éviter la survenue d'un syndrome occlusif.

7.3.2 L'accès aux consultations de spécialité

Il n'existe pas de difficulté particulière pour faire admettre un patient en service de chirurgie et les délais sont relativement courts pour les examens radiologiques. Les soins dentaires sont réalisés au CH. Les délais de consultation pour obtenir un rendez-vous avec un spécialiste sont raisonnables.

En revanche, certains services de médecine « *fermeraient à moitié la porte aux patients qui ont une étiquette psychiatrique* » ; les médecins généralistes auraient essuyé des refus non justifiés, ce qui aurait occasionné des hospitalisations au CH de Laval.

Lorsqu'un patient en soins sans consentement est admis en MCO, il a été indiqué que le service en question requerrait systématiquement la présence d'un soignant, en l'occurrence un infirmier de l'UMP, dès lors qu'il relèverait d'une ASDRE.

7.3.3 La pharmacie

Le circuit du médicament – prescriptions, analyse pharmaceutique, préparation et délivrance des traitements – est informatisé. Les pharmaciens analysent toutes les prescriptions avant de les valider. Selon les propos recueillis, les échanges avec les médecins psychiatres sont fructueux et les décisions sont prises d'un commun accord. A cet égard, il est prévu de mettre en place une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) portant sur la prescription des neuroleptiques.

La dispensation des traitements est individuelle et nominative, la pharmacie réapprovisionne les pavillons au quotidien lorsque des changements ou des nouveaux traitements sont prescrits. Chaque pavillon reçoit également une dotation de médicaments. Cependant des médecins déplorent le manque de choix concernant certaines molécules et certains produits de première nécessité comme la vaseline pour effectuer les touchers rectaux.

Les pharmaciens effectuent des astreintes à tour de rôle durant la nuit et les week-ends permettant ainsi aux pavillons de pouvoir être approvisionnés en cas d'urgence.

Concernant le mode de délivrance des traitements, les pratiques ne sont pas homogènes au sein des pavillons. Seul le pavillon 4 respecte la confidentialité des échanges en invitant les patients à prendre leur traitement dans le poste de soins.

PROPOSITION 11

Il convient de revoir dans certains pavillons le mode de délivrance des traitements qui ne respecte pas la confidentialité des échanges.

8. LES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION

8.1 LES WC DES CHAMBRES DE SOINS INTENSIFS NE SONT PAS SEPARÉS DU RESTE DE LA PIÈCE

Comme indiqué auparavant, les pavillons 3 et 4 disposent chacun d'une chambre de soins intensifs (CSI) située à proximité du poste de soins infirmiers.

La configuration de ces CSI est identique ; cependant le chauffage de la CSI du P4 ne fonctionnait pas lors de la visite. On accède à la chambre par un sas. La CSI est équipée d'un lit fixé au sol et d'un WC en inox, dépourvu d'abattant, dont la chasse d'eau s'actionne depuis le sas. Elle ne dispose d'aucun mur de séparation permettant d'isoler les WC, ce qui confère au lieu un aspect carcéral. Le patient est donc incommodé par les odeurs d'autant qu'il ne peut pas actionner lui-même la chasse d'eau.

L'éclairage naturel est assuré par une fenêtre, recouverte d'un film opacifiant, qui ne s'ouvre qu'à l'aide d'une clef. Le plafonnier s'actionne depuis le sas. Chaque chambre est équipée d'une horloge numérique indiquant également la date.

Le patient a la possibilité d'actionner un système d'appel relié à un interphone situé dans le sas. Les soignants peuvent entendre les propos du patient en revanche cet interphone ne leur permet pas d'échanger avec ce dernier.



Chambre d'isolement



Pièce adjacente à la chambre d'isolement

La CSI du P3 est équipée d'un miroir arrondi fixé au plafond visible depuis le sas. Il offre une vue complète de la pièce à l'exception des WC. Il est à noter que lors de la visite, le matériel de contention était à demeure.

Une seconde pièce adjacente à la CSI est accessible au patient durant les heures de repas. Elle est équipée d'une table et d'un tabouret scellés au sol. Cette pièce donne accès à un patio permettant aux patients de sortir fumer. Ce patio est entouré d'un grillage rigide d'une hauteur de plus de 2 m. Il est équipé d'un préau et d'un petit banc scellé au sol.

PROPOSITION 12

Les WC des chambres de soins intensifs doivent être séparés du reste de la pièce afin que le patient puisse séjourner dans des conditions dignes et qu'il ne soit pas incommodé par les odeurs.

8.2 CERTAINES PRATIQUES PORTANT SUR L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION INTERPELLENT D'AUTANT QU'ELLES NE FONT PAS L'OBJET D'UNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE

8.2.1 Les pratiques aux pavillons 3 et 4

L'établissement dispose d'une procédure intitulée « *Prise en charge d'un patient mis en chambre d'isolement* ». Ce document date de 2010. Aucune procédure n'a été élaborée concernant la contention.

Les mesures d'isolement et de contention n'ont pas fait l'objet d'une évaluation des pratiques professionnelles. Selon les propos recueillis, ça n'est pas la priorité compte tenu des difficultés de recrutement auquel doit faire face le pôle de santé mentale. De même, les données statistiques extraites depuis le registre ne font l'objet d'aucune discussion au sein du pôle. Le rapport d'activité n'en fait pas non plus mention.

Cependant, certaines pratiques interpellent les contrôleurs :

- le statut d'admission des patients en SL placés en isolement n'est pas systématiquement transformé dans les 12h. La transformation de ce statut s'opère parfois au bout de trois à huit jours. En conséquence, le JLD ne reçoit pas une information exacte de la situation du patient ;
- les décisions d'isolement et de contention prises par un médecin généraliste ne sont pas systématiquement validées par un psychiatre ;
- les mesures d'isolement ne sont pas systématiquement réévaluées toutes les 24 heures ;
- lorsque le personnel infirmier décide d'une mesure d'isolement en l'absence du psychiatre, le praticien qui est appelé ne vient parfois qu'au bout de trois heures pour valider la décision. Il est également arrivé que cette décision soit validée par téléphone sans que le patient ait pu être examiné.

RECOMMANDATION 13

Les mesures d'isolement doivent être réévaluées toutes les 24 heures et le statut des patients en soins libres placés à l'isolement doit être modifié dans les 12 heures qui suivent la décision. En outre comme le préconise la HAS, le CGLPL recommande que les mesures d'isolement et de

contention, lorsqu'elles sont décidées par un médecin généraliste soient validées par un médecin psychiatre.

RECOMMANDATION 14

Lorsqu'une décision de placement à l'isolement est prise par le personnel infirmier, le médecin psychiatre doit intervenir dans l'heure qui suit pour valider la mesure.

En revanche, il a été signalé que dans ces deux pavillons disposant d'une CSI, l'isolement ou la contention « *si besoin* » n'était pas pratiquée par les psychiatres.

Par ailleurs, bien que les contrôleurs n'aient pas pu vérifier les propos recueillis, il semblerait que les mesures de contention soient rares dans les unités P3 et P4. En revanche, le recours est fréquent dans les pavillons 1 et 2 (cf. 8.2.2).

Lors du contrôle, une mesure de contention a été décidée pour une patiente hospitalisée au P4. Il s'agissait d'une personne admise en soins libres et dont l'état clinique s'est détérioré. Cette patiente se mettant en danger, elle a été placée en fin de journée en CSI avec la prescription d'un traitement injectable accompagné d'une contention mécanique. Il faut noter que son statut d'admission a été transformé en SPI dans les premières heures qui ont suivi la mesure, grâce à l'intervention d'un médecin exerçant en libéral qui est régulièrement sollicité par l'établissement. La contention a été levée au cours de la nuit et la patiente a pu sortir de la chambre le surlendemain. La surveillance infirmière s'est opérée toutes les heures. La patiente a dû utiliser le bassin durant la mesure de la contention. Puis lorsque la mesure a été levée, elle a pu sortir fumer dans le patio et un poste de radio a été mis à sa disposition.

Les contrôleurs ont constaté que le personnel paramédical recherchait des alternatives (mises en place d'ateliers, conduite d'entretiens infirmiers, promenades, etc.) visant à apaiser les patients et par conséquent à limiter le recours à ces pratiques. Il a été également précisé que les psychologues, très présents dans les pavillons, jouent un rôle prépondérant. Enfin, lorsque la mesure d'isolement ne paraît plus justifiée aux yeux des soignants et que le médecin de garde ne se déplace pas pour lever la mesure, il arrive que ces derniers fassent sortir le patient de la CSI.

8.2.2 Le cas particulier des pavillons 1 et 2

Si les pavillons 1 et 2 ne disposent pas de CSI, il n'en demeure pas moins qu'ils sont dotés de chambres « de proximité », ainsi dénommées car elles sont situées à côté du poste de soins infirmier. Bien qu'elles ne soient pas répertoriées comme des CSI, les contrôleurs ont pu noter qu'elles étaient utilisées comme telles. Au P1, le mobilier des chambres est scellé au sol. Au P2, cela n'est pas le cas mais le matériel de contention est à demeure. Aucune de ces chambres n'est équipée d'une sonnette d'appel.

a) Les pratiques autour de l'isolement et de la contention au pavillon 1

Le P1 dispose de quatre chambres dites « de proximité » qui sont réservées en priorité aux patients pour lesquels il a été décidé « *des temps en chambre* » et « *posant le plus de problèmes* ». Selon les propos recueillis auprès du personnel paramédical, les décisions sont réévaluées mais sans que les patients soient systématiquement examinés.

Par ailleurs, la mesure de contention « *si besoin* » était appliquée à trois patients lors de la visite. Pour le premier patient, présentant une psychose infantile sévère, le matériel de contention était à demeure car « *ce jeune homme demanderait parfois à être mis sous contention* ». La décision médicale, accompagnée de la mention « *pendant deux semaines si besoin* » émanait du médecin généraliste, en charge de l'unité, et datait du 1^{er} février 2019. Elle n'avait pas été réévaluée. Pour le second patient, une mesure de contention, accompagnée de la mention « *contention protectrice si besoin d'1 à 2 heures* » datait simultanément des 4 et 11 octobre 2018. Elle avait été également décidée par ce même médecin. Le troisième patient faisait l'objet d'une mesure de contention ventrale – abdominale accompagnée de la mention « *si besoin* ». La décision émanait d'un médecin psychiatre, elle datait du 11 décembre 2017 et n'avait pas été renouvelée. Sept patients faisaient par ailleurs l'objet de « *temps en chambre* ». Toutes ces mesures étaient accompagnées de la mention « *si besoin* » ou « *chambre fermée à clé s'il ne respecte pas la prise en chambre* ». Elles étaient toutes décidées par le médecin généraliste. Ces mesures ne sont pas réévaluées régulièrement, certaines datant de la fin de l'année 2017. Deux cas ont tout particulièrement interpellé les contrôleurs : il s'agit d'un patient enfermé dans sa chambre et qui n'en sort que 20 mn par jour. Le second ne sort que quatre fois par jour pour sa pause cigarette. Ces deux mesures dataient du mois de novembre 2017. Toutes ces mesures figurent dans le dossier patient mais elles ne sont pas répertoriées dans un registre.

b) Les pratiques autour de l'isolement et la contention au pavillon 2

Le P2 dispose d'une chambre « de proximité » qui n'était pas occupée lors de la visite. Cependant, trois patients faisaient l'objet d'un isolement en chambre ordinaire (fermée à clé pour deux d'entre eux) une à deux heures par jours. Pour rappel, ces chambres ne sont pas équipées de toilettes, ni de bouton d'appel. Pour un patient, la décision médicale prévoyait la mesure pour une durée de cinq mois. Les décisions d'isolement et de contention, lorsqu'elles sont retranscrites dans le dossier patient, émanent du médecin généraliste en charge du pavillon. Le cas d'un patient faisant l'objet d'une mesure de contention car « *il lui faut des rituels* » a occasionné une saisine du comité d'éthique. De façon générale, les équipes paramédicales ne sont pas à l'aise avec la mise en isolement et, de plus fort, avec l'utilisation des moyens de contention, bien consciente qu'il s'agit là d'autant de constats d'échecs.

RECOMMANDATION 15

L'isolement et la contention ne peuvent se pratiquer en chambre ordinaire et les mesures « si besoin » sont à proscrire. Les chambres dites « de proximité » doivent être répertoriées comme des chambres de soins intensifs et les mesures d'isolement et de contention doivent figurer dans le registre prévu par l'article L3222-5-1 du code de la santé publique.

RECOMMANDATION 16

Une réflexion institutionnelle portant sur les pratiques relatives à l'isolement et à la contention s'impose afin d'identifier d'autres alternatives à ces mesures. L'utilisation de chambre d'apaisement doit être envisagée.

8.3 LE REGISTRE NE PERMET PAS DE DISTINGUER LES MESURES D'ISOLEMENT DES MESURES DE CONTENTION ET SA TENUE EST ALEATOIRE

L'établissement a mis en place au cours de l'année 2016 un registre numérique sous format *Excel* renseigné par les cadres de santé. Ces derniers retranscrivent les informations figurant dans les dossiers de soins qui sont, pour certains, renseignés partiellement ou à partir des feuilles de surveillance papier. Le registre comprend les items suivants :

- l'identité du patient mais qui n'est pas anonymisée ;
- le mode d'hospitalisation ;
- le pavillon où se déroule la mesure ;
- le pavillon de provenance ;
- la date et l'heure de début de fin de mesure ;
- la nature de la mesure (isolement total ou partiel et contention totale ou partielle⁹) ;
- la date et l'heure de la fin de la mesure ;
- la durée en jours ;
- le nom du médecin décideur.

L'identité du personnel de santé en charge de la surveillance n'apparaît pas.

Les contrôleurs ont relevé les constats suivants à l'examen du registre :

- il n'est pas fait de distinction entre les mesures d'isolement et les mesures de contention ;
- les modifications décidées par le médecin n'apparaissent pas ;
- les heures de début et de fin de mesure ne sont pas renseignées de façon systématique bien que les durées apparaissent ;
- l'identité du médecin décideur n'est pas systématiquement renseignée (mention manquante à vingt-six reprises en 2017 et trois fois en 2018).

Si les contrôleurs s'en tiennent aux données figurant dans le registre, il en ressort les éléments suivants pour les années 2017 et 2018 :

⁹ Cela consiste à ne pas attacher tous les membres ou à n'utiliser que la contention ventrale

	2017	2018
Nombre total de mesures	59 jours	37 jours
Durée totale d'isolement	243 jours	170 jours
Durée maximale d'isolement	24 jours	36 jours
Patients en provenance du P1	6	57
Patients en provenance du P2	/	20
Patients en provenance du P3	67	59
Patients en provenance du P4	170	91
Nombre de patients en soins libres placés à l'isolement	Non renseignés	15

RECOMMANDATION 17

Le registre d'isolement et de contention doit être amélioré afin de pouvoir effectuer une analyse plus précise de ces pratiques et mettre en œuvre une politique institutionnelle visant à réduire le recours à ces mesures.

Dans sa réponse la direction précise en ces termes : « Dès 2020 l'établissement formalisera sa politique institutionnelle visant à réduire le recours à l'isolement et à la contention. Il s'agit bien de formaliser et d'approfondir, puisqu'au quotidien la réflexion médico-soignante est à l'œuvre dès lors que se trouve posée la question du recours à l'isolement et/ou contention ».

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

9.1 LES ACTIVITES DE MEDIATION THERAPEUTIQUE SONT NOMBREUSES ET VARIEES

Les activités thérapeutiques ont lieu dans un espace spécifique au centre social de santé mentale. Cette structure accueille des patients provenant des quatre pavillons ainsi que des patients suivis en extra hospitalier.

Le centre est composé d'un vaste lieu d'accueil, d'une bibliothèque, d'un espace pour les activités d'ergothérapie, d'un espace pour les ateliers de sous-traitance, d'un salon de coiffure, d'une salle de spectacle de 250 places, d'un bureau pour le cadre de santé, d'une salle de réunion pour le personnel soignant.

L'équipe soignante est constituée de quatre ergothérapeutes, sept infirmiers, 1,5 ETP d'aide médico-psychologique (AMP), un agent des services hospitaliers et d'une coiffeuse. Cette équipe intervient également pour des activités sur les trois CMP. Elle se réunit une fois par semaine pour faire le point sur la médiation.

Les activités de médiation sont accessibles sur prescription médicale. Les patients peuvent suivre de un à trois ateliers par semaine.

Plusieurs associations participent ponctuellement à l'animation en proposant des activités variées par exemple un atelier théâtre qui permet de monter une représentation dans la salle de spectacle ou en programmant des spectacles.

Les soignants organisent aussi des moments festifs, repas ou bal avec les patients qui participent aux ateliers.

9.1.1 Les activités physiques et sportives

Deux infirmiers sont présents de 8h30 à 16h30. L'établissement n'a pas engagé de moniteurs sportifs.

Le matin, seuls les patients hospitalisés sont accueillis alors que les ateliers se déroulant l'après-midi sont accessibles aux patients suivis en ambulatoire.

Entre quinze et vingt-cinq patients participent chaque jour aux activités, certains sont accompagnés par les deux infirmiers qui passent dans chaque unité.

Des sorties extérieures (piscine, randonnées, escalade) et des séjours (ski, voile avec l'association Sport en tête) sont également organisés. De même, chaque année, des patients (environ cinq) participent à une régata, « Voile en tête », qui se déroule sur une semaine. Un certificat d'absence de contre-indication à la pratique sportive est établi par un médecin généraliste.

Les patients en SDRE peuvent participer aux activités extérieures, après autorisation du préfet, avec un soignant supplémentaire.

Selon les propos recueillis, un poste supplémentaire – notamment pour assurer le bon déroulement des activités extérieures – a été demandé afin de renforcer l'équipe et augmenter l'offre d'autant que les activités sportives sont plébiscitées. La demande n'a pas pu être satisfaite.

9.1.2 L'atelier d'ergothérapie

L'espace d'ergothérapie compte plusieurs salles d'activités spacieuses, réparties autour d'un patio, ce qui permet d'avoir des espaces spécifiques pour chaque activité.

Quatre ergothérapeutes proposent des activités manuelles : vannerie, mosaïque, tricot, etc., ainsi que des ateliers d'expression : peinture, terre, céramique, bois. Des ateliers de cuisine et de gymnastique douce sont également proposés.

Le programme d'activités est adapté en fonction des patients, de leur pathologie et de leurs besoins.



Atelier mosaïque

9.1.3 Atelier d'activités en plein air

Deux soignants animent cet atelier, à raison de trois heures par semaine, qui a pour support la nature. Les activités s'articulent autour du parc animalier – qui compte poules, oies, canards, dindons et une chèvre – et de l'entretien du jardin. Le parc animalier nécessitant une présence quotidienne, l'atelier fonctionne le week-end sur un temps plus court. Durant la période d'été, les patients cultivent un potager.

9.1.4 L'atelier de sous-traitance

L'atelier de sous-traitance propose des activités de manutention dont les supports sont fournis par des entreprises extérieures. Cependant certaines activités sont organisées pour le compte du CHNM.

Une entreprise de Mayenne, spécialisée dans les poulaillers, fournit un travail d'assemblage de pièces pour gouttières. Une autre entreprise qui fabrique des ruches propose un travail d'assemblage de fils sur un cadre. Une entreprise de Lille (Nord), initialement installée à Mayenne, qui fabrique des culottes en plastique propose un travail de pliage. Le CHNM propose également des travaux de pliage et d'assemblage des dossiers d'accueil.

Plusieurs ateliers fonctionnent en même temps à raison d'une heure et demie les matins et après midi. Ils sont encadrés par du personnel paramédical. Les patients peuvent participer à plusieurs ateliers qui accueillent des patients en intra et en extra hospitalier. La participation se fait sur prescription médicale. Lors de la visite, vingt-quatre patients hospitalisés étaient inscrits.

Ces ateliers de manutention donnent lieu à une petite rémunération pour les patients. Cette rémunération est encadrée par une circulaire du 4 février 1958 qui fixe le taux du pécule minimum par « référence au prix d'affranchissement d'une lettre ordinaire ».

Pour les patients hospitalisés, le pécule (entre 8 et 30 euros par mois) est versé sur leur compte géré par la banque des patients.

10. CONCLUSION

Dans un contexte de désert médical, le pôle de santé mentale du CHNM a élaboré un projet ambitieux orienté principalement sur des alternatives à l'hospitalisation avec des dispositifs innovants. Cependant, la réussite du projet dépend des moyens humains mis en œuvre. Or l'établissement connaît des difficultés importantes de recrutement de médecins psychiatres. Cela n'est pas sans conséquences sur la prise en charge des patients hospitalisés, notamment ceux admis en soins sans consentement. Par ailleurs, les pratiques portant sur l'isolement et la contention interrogent. A cet égard, l'absence de politique de réduction du recours à ces mesures témoigne d'un déficit de réflexion institutionnelle.

Les médecins, peu présents dans les unités, peuvent néanmoins s'appuyer sur des équipes soignantes soucieuses d'offrir une prise en charge individualisée reposant sur une approche pluridisciplinaire. Les patients, dans leur ensemble, ne font pas l'objet de restriction systématique concernant leurs libertés individuelles. On peut néanmoins regretter la fermeture permanente des portes de la majorité des pavillons, alors même que les patients bénéficient d'une certaine liberté de mouvements au sein de l'établissement. Il conviendrait d'engager une réflexion sur ce point.

16/18 quai de la Loire
CS 70048
75921 PARIS CEDEX 19
www.cglpl.fr