



---

## **Rapport définitif :**

3 au 7 décembre 2018 – 1<sup>ère</sup> visite

Fondation Bon Sauveur de la  
Manche - Saint-Lô

*(Manche)*

## SYNTHESE

Cinq contrôleurs ont effectué une visite de la Fondation Bon Sauveur de la Manche à Saint-Lô du 3 au 7 décembre 2018. Le rapport provisoire établi à l'issue de cette visite a été communiqué au directeur de l'établissement, à la présidente du tribunal de grande instance de Coutances, au procureur près ce tribunal ainsi qu'à la délégation de l'agence régionale de santé – délégation départementale de la Manche le 21 février 2019. Par courriers des 19 et 29 mars 2019, la présidente du tribunal de grande instance de Coutances et le directeur de l'établissement ont adressé leurs observations à la Contrôleure générale de lieux de privation de liberté ; les autres destinataires n'ont pas donné suite à cet envoi.

La fondation Bon Sauveur de la Manche est issue d'une opération de fusion entre les fondations du Bon Sauveur de Saint-Lô et de Picauville entraînant la création d'un unique établissement sanitaire privé d'intérêt collectif (ESPIC) constitué par le regroupement des hôpitaux de santé mentale de Saint-Lô au centre du département et de Picauville, La Glacière et Valognes situés au Sud. Sa compétence s'étend sur cinq secteurs couvrant tout le Nord et le centre du département, avec des hôpitaux de jour, y compris en pédopsychiatrie ainsi que des centres médico-psychologiques. Elle gère également un secteur médico-social important, offrant des solutions d'aval à certains patients hospitalisés en psychiatrie. La place de la Fondation est ainsi centrale dans l'organisation de la psychiatrie de la Manche.

**Sur le site de Saint-Lô, la présence permanente à l'hôpital général d'une équipe de liaison constitue une réelle plus-value dans la prise en charge des patients conduits aux urgences en leur permettant d'avoir une écoute 24h/24 et d'éviter des hospitalisations inopportunes.** Une unité d'évaluation et d'orientation au sein du Bon-Sauveur vient compléter le dispositif par la mise en place de lits pour des séjours de très courte durée. Les quatre-vingt-seize patients accueillis en psychiatrie sont répartis en huit unités ; parmi elles, une seule est fermée et accueille l'ensemble des patients admis en soins sans consentement, y compris les irresponsables pénaux et les personnes détenues ; elle dispose de deux chambres d'isolement.

A l'issue de la visite, les contrôleurs prennent acte de la réorganisation suite à la fusion et de la nécessaire stabilisation qui en résulte. Dans ce contexte, elles relèvent deux points majeurs que sont la prise en charge médicale de qualité et la réflexion institutionnelle sur la liberté d'aller et venir. En revanche, elles recommandent de procéder urgemment à la rénovation des locaux vétustes, de conduire des réflexions approfondies autour de l'harmonisation des pratiques et de mettre en conformité les décisions d'admission des patients et leur régime juridique lors de la poursuite des soins.

### **1 Les moyens alloués à la Fondation Bon-Sauveur de la Manche lui assurent un personnel en nombre suffisant et une prise en charge médicale de qualité**

La présence médicale, psychiatrique comme somatique, est bien assurée par un personnel suffisant en nombre et impliqué qui favorise l'élaboration et l'adhésion à des projets de soins concertés. La bienveillance, l'autonomisation recherchée, l'individualisation des prises en charge, la limitation de l'isolement et de la contention sont autant de points positifs. La dignité des patients est respectée et le régime juridique d'admission ne pèse pas sur la prise en charge à l'exception des personnes détenues.

### **2 Les locaux sont inadaptés et les conditions de vie des patients ne sont pas partout satisfaisantes**

A l'exception de l'unité Auvergne, rénovée, les locaux sont vétustes, mal isolés et ne garantissent ni des conditions de vie dignes pour les patients ni des conditions de travail satisfaisantes pour le personnel. Les conditions d'hébergement ne sont globalement pas satisfaisantes au regard des droits fondamentaux : la limitation des horaires le matin ne permettant pas à tous de se doucher, les patients utilisent les lavabos des chambres dont ils ne peuvent fermer la porte à clé pour protéger leur intimité ; ils ne disposent pas de la clé de leur placard et doivent se démunir d'objets personnels afin d'éviter les vols ; aucune des chambres n'est équipée de bouton d'appel en cas d'urgence. Par ailleurs, des restrictions de liberté touchent les patients hébergés en unité situées en étage qui ne peuvent descendre de manière autonome pour se rendre sur le perron pour fumer, contrairement aux unités en rez-de-chaussée. Enfin, l'utilisation des pots de chambre dont sont équipées les chambres d'isolement est particulièrement attentatoire à la dignité de leurs occupants. La reconstruction de l'unité fermée, dont le projet a été validé par les gestionnaires ne saurait occulter l'indispensable réfection des unités ouvertes.

### 3 Les droits des patients

Les droits des patients sont globalement respectés au quotidien, même s'ils sont très diversement connus et la perception de leurs atteintes souvent minimisée. Les procédures sont disponibles sur l'intranet, mais elles demeurent souvent ignorées ou mal appréhendées par les soignants. Il en est ainsi de la procédure de désignation d'une personne de confiance, de l'accès au dossier médical ou des droits et voies de recours qui, en outre, ne sont pas affichés. Les initiatives de formation dans ces domaines existent mais portent insuffisamment leurs fruits, il y a lieu d'inciter les soignants à s'y inscrire.

Si un groupe de travail sur l'évaluation des pratiques professionnelles prône l'ouverture et l'individualisation des restrictions, elles sont encore diverses et ne sont pas toujours liées à l'état clinique de la personne hospitalisée : accès au tabac, interdiction de conserver le téléphone portable dans trois des unités, accès sans confidentialité et à heures restreintes au téléphone du service, absence de tout droit de communication ou d'activité pour les patients détenus qui perdent ainsi ceux qui leur sont reconnus en détention. Le maintien en chambre d'isolement de ces derniers lors de courts séjours comme leur exclusion de toute activité thérapeutique ne peuvent être justifiés.

**Les droits des patients au regard de leur régime juridique appellent deux observations. Les patients en soins sans consentement sont majoritairement admis selon la procédure de soins en urgence, ce qui conduit à s'interroger sur les notions d'urgence et de péril imminent que revêtent ces admissions.** Au travers du registre, un certain nombre d'irrégularités ont été relevées : les décisions d'admission des patients en soins sans consentement sur décision du directeur de l'établissement ne sont signées que le lendemain dès lors qu'un patient arrive après 17h30 ; elles ne sont pas motivées. Alors que la prise en charge psychiatrique repose sur une approche individualisée avec pour objectif de limiter la durée d'hospitalisation, les patients admis dans le cadre de l'urgence sont maintenus sous ce statut durant tout leur séjour y compris si leur état psychique s'améliore

### 4 La réflexion autour des pratiques, des valeurs, est organisée au sein des unités de manière hétérogène.

Les études thématiques, les réflexions émanant de groupes de travail, la conceptualisation ne sont pas déclinés dans chacune des unités. De grands écarts existent s'agissant notamment des initiatives en matière de groupes de paroles avec les patients, de temps d'échange ou de formation, de réflexion autour des pratiques, ou de transmission des savoirs. La diversité de

l'appréciation des droits des patients en soins sans consentement, l'explicitation des contours de ces droits et de leurs conditions effectives d'exercice appelle une réflexion institutionnelle pour revoir certaines positions, définir des approches et pratiques harmonisées.

## 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 ..... 28**

Les représentants des usagers sont pleinement associés à la vie de l'établissement, tant au conseil d'administration qu'à la commission des usagers mais également à tous les niveaux de réflexion relatifs à la prise en charge des patients.

#### **BONNE PRATIQUE 2 ..... 61**

La mise en place d'une unité d'accueil d'évaluation et d'orientation permet d'éviter les hospitalisations non justifiées grâce aux entretiens téléphoniques et à une prise en charge individualisée.

#### **BONNE PRATIQUE 3 ..... 63**

L'investissement institutionnel durable de la Fondation Bon Sauveur sur la réduction des pratiques d'isolement et de contention, tant dans ses établissements sanitaires que médico-sociaux, mérite d'être souligné, de même que la mise en place d'outils opérationnels pour objectiver ces pratiques et les restituer trimestriellement aux équipes médicales et soignantes

### 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 ..... 22**

Face à la prépondérance de patients admis en soins en urgence ou pour péril imminent, il convient de rappeler aux services des urgences que les certificats médicaux d'admission sous cette forme nécessitent d'être circonstanciées sur le risque grave d'atteinte à l'intégrité du patient ou sur l'immédiateté du danger pour sa santé ou sa vie en cas de refus de soins, notions qui doivent être caractérisées tout au long de la prise en charge en soins sans consentement.

#### **RECOMMANDATION 2 ..... 23**

Dans le respect des dispositions de l'article L.3211-3 du code de la santé publique, l'organisation de l'établissement doit permettre la signature de la décision d'admission par le directeur dans un bref délai, à savoir dès la prise en charge effective du patient ou dans les quelques heures suivant celle-ci.

#### **RECOMMANDATION 3 ..... 29**

Une information sur le rôle de la personne de confiance doit être mise en œuvre auprès des soignants. La personne de confiance doit être contactée et informée du souhait du patient, soit par ce dernier soit, à défaut, par l'établissement. Elle doit signifier son accord et être invitée à participer au processus d'information sur les soins prodigués.

#### **RECOMMANDATION 4 ..... 33**

Les convocations adressées par le greffe du JLD en vue de l'audience gagneraient à être modifiées afin que soit retirée la mention « *les honoraires de cet avocat seront à votre charge sauf si vous*

*remplissez les conditions pour obtenir l'aide juridictionnelle », non conforme à la pratique en place et potentiellement facteur de stress pour le patient et le tiers demandeur à la mesure.*

**RECOMMANDATION 5 ..... 35**

Une attention particulière devrait être apportée par l'établissement aux patients pour lesquels une décision judiciaire de mainlevée de la mesure a été prononcée.

**RECOMMANDATION 6 ..... 38**

Les décisions du directeur, les arrêtés municipaux ou préfectoraux, les certificats médicaux mériteraient d'être horodatés afin de garantir le respect des délais impartis par la loi. Comme toute décision administrative individuelle, les décisions du directeur et les arrêtés préfectoraux doivent être motivés.

**RECOMMANDATION 7 ..... 46**

Les chambres d'isolement ne doivent pas être utilisées comme chambre ordinaire en cas de sur occupation, même à titre exceptionnel.

**RECOMMANDATION 8 ..... 56**

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

**RECOMMANDATION 9 ..... 62**

Sans attendre la reconstruction de l'unité Pussin, il est nécessaire de remédier aux conditions matérielles les plus inadaptées des chambres d'isolement de cette unité, à savoir l'absence de toilettes. Le même équipement doit être disponible dans l'unité Ile-de-France si la chambre d'isolement doit continuer à être utilisée comme telle. En tout état de cause, la limitation du recours à l'isolement est impérative.

**RECOMMANDATION 10 ..... 65**

Dans le cadre de la réflexion institutionnelle de l'établissement sur l'isolement et la contention, il convient de porter une attention particulière aux pratiques de l'unité Pussin en raison de la vocation de service actif de cette unité et du fort renouvellement de l'équipe : mise en place des outils opérationnels reflétant les pratiques, analyse des registres, formations à la prévention de la violence, groupes d'analyse de pratiques.

**RECOMMANDATION 11 ..... 67**

Il est impératif d'individualiser la prise en charge des patients détenus – systématiquement placés en chambre d'isolement à leur arrivée – en tenant compte des éléments cliniques fournis par les psychiatres de la maison d'arrêt et de leur état clinique. Par ailleurs, ces patients doivent bénéficier des droits attachés à leur statut carcéral s'agissant notamment des droits relatifs aux relations avec l'extérieur.

## 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 ..... 20**

Si tous les agents nouvellement recrutés peuvent bénéficier de modules de formation sur les spécificités des soins en psychiatrie, il n'est pas prévu – à l'exception de deux journées d'information – de réelle formation sur les dispositifs législatifs et réglementaires des soins sans consentement. Des sessions de formation doivent être organisées au profit du personnel médical et non médical des

unités qui accueillent des patients en soins sans consentement, dont les connaissances restent souvent lacunaires.

**PROPOSITION 2 ..... 24**

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

**PROPOSITION 3 ..... 26**

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

**PROPOSITION 4 ..... 32**

La convocation adressée par courrier au tiers en vue de l'audience devant le JLD devrait être accompagnée d'un appel téléphonique – les coordonnées devant alors être mentionnées dans la saisine – afin de laisser au tiers le temps de se renseigner sur l'objet de cette audience et de s'y préparer.

**PROPOSITION 5 ..... 36**

Le rapport annuel d'activités de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) doit être envoyé au Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL).

**PROPOSITION 6 ..... 42**

Les modalités d'accès au tabac doivent être harmonisées entre les unités ouvertes et retranscrites dans le règlement intérieur, aucune restriction systématique en la matière ne pouvant être appliquée.

**PROPOSITION 7 ..... 42**

L'organisation des visites nécessite que les conditions matérielles soient améliorées. Les unités doivent être dotées de salons familiaux, permettant aux patients d'accueillir leurs proches dans l'intimité et dans des conditions satisfaisantes, y compris pour les enfants.

**PROPOSITION 8 ..... 44**

L'agencement des unités ainsi que leur situation doivent être repensés afin d'assurer un meilleur respect des droits des patients.

**PROPOSITION 9 ..... 44**

Les patients doivent pouvoir disposer de clé pour leur placard ainsi que de verrous de confort pour leur chambre afin de préserver leur intimité. Des dispositifs doivent être installés pour que tous les patients puissent alerter les soignants à tout moment.

**PROPOSITION 10..... 45**

Afin de garantir l'intimité et l'autonomisation des patients toutes les chambres doivent disposer d'une salle d'eau.

**PROPOSITION 11..... 50**

La question de la vie sexuelle des patients hospitalisés pourrait faire l'objet d'une réflexion du comité d'aide à la réflexion éthique (CARE) dont les modalités de saisine pourraient être assouplies.

## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE .....</b>	<b>2</b>
<b>SYNTHESE DES OBSERVATIONS .....</b>	<b>5</b>
<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>8</b>
<b>RAPPORT .....</b>	<b>11</b>
<b>1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT .....</b>	<b>13</b>
1.1 La fusion des fondations du Bon Sauveur a donné place à un acteur incontournable de la psychiatrie dans le département .....	13
1.2 L'établissement de Saint-Lô assure des hospitalisations à temps complet et favorise l'évolution de l'offre de soins et d'accompagnement médico-social dans une logique de proximité des lieux de vie des patients .....	15
1.3 Le budget de la Fondation Bon Sauveur permet une prise en charge de qualité .....	17
1.4 Les ressources humaines sont en adéquation avec les besoins.....	17
<b>2. L'INFORMATION DES PATIENTS SUR LEURS DROITS .....</b>	<b>21</b>
2.1 Les patients en soins sans consentement, peu nombreux, sont majoritairement admis selon la procédure de soins en urgence (art L. 3213.3 du code de la santé publique- CSP).....	21
2.2 Les informations données individuellement sont complètes et réitérées mais les droits des patients en soins sans consentement, mal connus des soignants, ne sont pas affichés .....	23
2.3 les supports d'information sont compréhensibles et actualisés mais incomplets quant aux droits spécifiques des patients admis en soins sans consentement..	25
2.4 La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est déclinée dans chaque pôle et chaque unité .....	26
2.5 Les représentants des usagers bénéficient d'une place importante dans l'institution.....	28
2.6 La désignation d'une personne de confiance est proposée mais sa participation aux soins n'est pas organisée .....	28
2.7 L'accès au vote est facilité .....	29
2.8 Si l'accès au culte catholique est possible, celui aux autres cultes demeure incertain .....	29
2.9 Les patients sous protection juridique, nombreux dans l'établissement, dépendent tant de tuteurs institutionnels que des mandataires de la fondation .....	29
2.10 La confidentialité de l'hospitalisation est respectée même sans demande formelle du patient.....	30
<b>3. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....</b>	<b>31</b>

3.1	Le contrôle du juge des libertés et de la détention – JLD –, lors d’audiences respectueuses des patients, porte davantage sur la régularité de la procédure que sur l’évolution de l’adhésion aux soins .....	31
3.2	Le contrôle de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) est effectif mais peu de patients la sollicitent.....	35
3.3	Le registre de la loi est scrupuleusement tenu au jour le jour mais ne permet pas un contrôle rapide de la situation individuelle des patients.....	36
3.4	Le recours au collège des professionnels de santé est respectueux des droits du patient.....	38
3.5	Outre l’intervention de la CDSP, les contrôles des autorités se limitent à la visite annuelle du procureur de la République.....	39
<b>4.</b>	<b>LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....</b>	<b>40</b>
4.1	Les restrictions apportées à la liberté d’aller et venir sont individualisées et font l’objet d’une réflexion institutionnelle.....	40
4.2	Si les contraintes imposées aux patients dans leur vie quotidienne sont individualisées, l’accès au tabac fait l’objet d’un traitement peu lisible .....	41
4.3	Les visites des proches sont facilitées mais leurs conditions matérielles restent à améliorer .....	42
4.4	Le recours au pyjama demeure une exception .....	42
<b>5.</b>	<b>LES CONDITIONS DE VIE.....</b>	<b>43</b>
5.1	Les locaux et les chambres sont de qualité disparate selon les unités entraînant un cadre d’hospitalisation différencié.....	43
5.2	L’hygiène des patients et des locaux est l’objet d’une attention efficace mais la configuration de certaines unités fait obstacle à l’intimité des patients.....	44
5.3	La sur occupation est prioritairement gérée avec les établissements les plus proches .....	45
5.4	La gestion des biens se fait avec discernement mais les patients ne sont pas associés à la tenue de leur compte « argent de poche » .....	46
5.5	La qualité de la nourriture proposée est satisfaisante.....	47
5.6	Si les activités sont limitées dans les unités, le centre d’activités thérapeutiques Dali offre au sein de l’hôpital un large choix d’ateliers à l’ensemble des patients quel que soit leur statut d’hospitalisation.....	48
5.7	La sexualité des patients est un sujet peu abordé .....	49
<b>6.</b>	<b>LES SOINS.....</b>	<b>51</b>
6.1	La prise en charge psychiatrique repose sur une approche individualisée avec pour objectif de limiter la durée d’hospitalisation.....	51
6.2	La prise en charge somatique est assurée, les délais sont parfois longs pour obtenir une consultation de spécialité.....	54
<b>7.</b>	<b>LE RESPECT DE L’INTEGRITE DES PERSONNES .....</b>	<b>57</b>
7.1	Une antenne de l’établissement de santé mentale de Saint-Lô assure les urgences psychiatriques au centre hospitalier général.....	57

7.2	L'unité d'accueil d'évaluation et d'orientation offre une prise en charge adaptée à chaque situation et permet d'éviter des hospitalisations non justifiées .....	58
7.3	L'isolement et la contention, effectués dans des conditions matérielles inadaptées, font l'objet d'une grande vigilance institutionnelle mais peuvent être encore réduits.....	61
7.4	Les incidents et les violences sont pris en compte dans le cadre d'un comité de retour d'expérience .....	65
<b>8.</b>	<b>LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES :.....</b>	<b>67</b>
8.1	Les personnes détenues sont systématiquement placées en chambre d'isolement et ne bénéficient pas des droits inhérents à leur statut .....	67
<b>9.</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>68</b>

---

# Rapport

- Chantal BAYSSE, cheffe de mission ;
- Bonnie TICKRIDGE, contrôleur ;
- Bénédicte PIANA, contrôleur ;
- Annick MOREL, contrôleur ;
- Edith CHAZELLE, contrôleur.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), cinq contrôleurs ont effectué un contrôle du centre hospitalier Fondation Bon Sauveur de la Manche sis à Saint-Lô (Manche) du 3 au 7 décembre 2018.

Cette mission constituait une première visite

## **CONDITIONS DE LA VISITE :**

Les contrôleurs sont arrivées à l'établissement le 3 décembre 2018 à 14h30. Elles l'ont quitté le vendredi 7 décembre 2018 à 12h. La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction, au directeur de cabinet du préfet de la Manche, à l'agence régionale de santé (ARS) sise à Caen. La présidente du tribunal de grande instance de Coutances ainsi que le procureur de la République près ce tribunal ont également été avisés de ce contrôle.

Dès leur arrivée, elles ont été accueillies par le président du conseil d'administration de la Fondation du Bon Sauveur de la Manche, le directeur général, le directeur de l'établissement, le directeur délégué aux prises en charge sanitaires, le médecin chef de pôle ainsi que la directrice de pôle, qui au cours d'une réunion de présentation leur ont présenté la Fondation, son actualité et ses enjeux. La journée s'est achevée sur une première visite de la structure.

Les contrôleurs ont rencontré en outre, le directeur général adjoint, le président de la commission médicale d'établissement, le directeur de l'offre et de l'appui à la performance, la directrice des ressources humaines, la directrice des ressources internes.

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

Les contrôleurs ont pu s'entretenir comme elles le souhaitaient, et en toute confidentialité, tant avec les patients qu'avec le personnel et les intervenants. Une réunion de restitution a eu lieu le 7 décembre, avec les personnes qui avaient participé à la réunion de présentation. La qualité de l'accueil et la disponibilité de l'ensemble du personnel méritent d'être soulignées.

En vue de recueillir leurs observations, le rapport provisoire a été adressé par courrier, le 21 février 2019 au directeur de l'établissement, à la délégation territoriale de l'agence régionale de santé, à la présidente et au procureur près le tribunal de grande instance de Coutances.

Dans ses observations, en retour du rapport provisoire, la présidente du tribunal de grande instance de Coutances indique « au fil des années un certain nombre de sujets ont donné lieu à

échanges entre l'institution judiciaire et l'établissement hospitalier et ont permis d'apporter des correctifs aux difficultés susceptibles d'être rencontrées".

Les observations transmises par le directeur du centre hospitalier, comme celles recueillies auprès du juge des libertés et de la détention, sont insérées dans le rapport définitif.

## 1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

Depuis le 18<sup>e</sup> siècle, les sœurs du Bon Sauveur ont ouvert la voie aux professionnels qui poursuivent aujourd'hui les missions qu'elles ont initiées. En 1712 est créée, par une religieuse de Saint-Lô, la communauté des « sœurs associées pour les petites écoles et la visite des malades » qui deviendra rapidement la « communauté du Bon Sauveur ». En 1825, le Bon Sauveur de Saint-Lô est reconnu d'utilité publique, tandis que parallèlement la congrégation ouvre le Bon Sauveur de Picauville. Les deux structures deviendront des fondations dans le courant des années 1980. En contrepartie du don des bâtiments par la communauté religieuse, les fondations devaient le toit et le couvert aux membres de la communauté. Aujourd'hui, une rente est versée à la communauté religieuse et deux de ses membres en font partie du conseil d'administration de la fondation.

### 1.1 LA FUSION DES FONDATIONS DU BON SAUVEUR A DONNE PLACE A UN ACTEUR INCONTOURNABLE DE LA PSYCHIATRIE DANS LE DEPARTEMENT

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, les Fondations du Bon sauveur de Saint-Lô et de Picauville ont fusionné pour devenir la fondation Bon sauveur de la Manche, entraînant la création d'un unique établissement sanitaire d'intérêt collectif (ESPIC) constitué par le regroupement des hôpitaux de santé mentale de Saint-Lô au centre du département et de Picauville, La Glacerie et Valognes situés au Sud. La place de la Fondation est ainsi centrale dans l'organisation de la psychiatrie de la Manche car seul un autre établissement psychiatrique public est situé au Sud du département à Pontorson : la fusion en une seule et unique « Fondation Bon Sauveur de la Manche » permet d'assurer une meilleure lisibilité de l'offre de soins en santé mentale auprès de la population.

La Fondation Bon Sauveur de la Manche a une compétence sur cinq secteurs psychiatriques (secteurs G01 à G05) couvrant tout le Nord et le centre du département, avec, outre un hôpital implanté sur les sites de Saint-Lô, Picauville, la Glacerie, Valognes, des hôpitaux de jour, y compris en pédopsychiatrie, vingt-deux centres médico-psychologique (CMP), trente-sept services proposant des activités thérapeutiques. Par ailleurs, elle gère un secteur médico-social important, offrant des solutions d'aval à certains patients hospitalisés en psychiatrie (EHPAD<sup>1</sup>, FAM, IME, ESAT, SSR). Enfin, la Fondation Bon Sauveur dispose d'un institut de formation des aides-soignants (IFAS) et d'un centre de formation continue (CERFOS<sup>2</sup>).

Sur les 967 lits et places, 500 sont consacrées à la psychiatrie et l'addictologie dont 382 en psychiatrie adulte.

#### 1.1.1 Les objectifs de cette fusion

Les objectifs de cette fusion, outre la mutualisation des moyens, sont une meilleure coordination et accessibilité des soins sur les territoires Nord et centre du département. Il était également recherché de garantir un accompagnement social au plus près des parcours de vie des patients, visant notamment à développer une offre médico-sociale à destination des personnes âgées dépendantes ou des personnes en situation de handicap psychique.

---

<sup>1</sup> EHPAD : établissement pour personnes âgées dépendantes ; FAM : foyer d'accueil médicalisé ; IME : institut médicoéducatif ; ESAT : établissement et service d'aide par le travail ; SSR : soins de suite et réadaptation.

<sup>2</sup> CERFOS : centre de recherche et de formation du secteur sanitaire et social

Les contrôleurs ont noté que l'objectif premier de la Fondation était centré sur le développement des alternatives à l'hospitalisation dont témoignent la richesse du maillage territorial et le dynamisme existant dans les liens entre l'intra et l'extra hospitalier.

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

Au cours de l'année 2018, le conseil d'administration a décidé d'optimiser le mode organisationnel et le fonctionnement de l'établissement créé par la fusion. Outre un échelon de direction générale, il a été décidé pour l'autonomisation des structures de nommer un directeur à la tête de chacune des catégories d'établissement. Ainsi, une directrice gère les établissements médico-sociaux tandis qu'un directeur, qui a pris ses fonctions en septembre 2018, gère les établissements de santé, secondé par un directeur délégué aux prises en charge sanitaires.

Les quatre autres directeurs des services, dits de soutien (financier et comptable, des ressources internes, des ressources humaines et de l'offre et l'appui à la performance) sont appelés à gérer, dans leur domaine respectif, l'ensemble des structures de la Fondation.

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

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

Chaque pôle est dirigé par un binôme, médecin chef de pôle et directeur administratif de pôle. A l'échelle de l'établissement Fondation Bon Sauveur de la Manche, la file active annuelle s'élevait en 2017 à 19 226 patients dont 312 ont fait l'objet d'une hospitalisation et de soins dans le cadre d'une mesure de soins psychiatriques sans consentement, en application de la loi du 5 juillet 2011. Cette proportion est restée très stable entre 2016 et 2017 à hauteur de 9,01 % du nombre total d'admissions.

### 1.1.3 Les projets et les évaluations en cours

#### a) Le projet médical

**Le projet médical 2016-2020 a été réactualisé, confirmant la priorité donnée pour tout l'établissement dans sa nouvelle configuration, à un « virage » ambulatoire.** Si les soins sous cette forme représentent déjà 90 % des actes, les objectifs affichés sont ceux d'un développement des alternatives à l'hospitalisation et de l'hospitalisation à domicile. Au jour de la visite des contrôleurs, des groupes de travail sont en cours sur ce projet. Toutefois, des investissements immobiliers sont programmés dans le cadre de l'hospitalisation à temps complet : priorité est donnée à la reconstruction sur le domaine de l'unité Pussin, unité fermée qui accueille les patients admis en soins sans consentement. L'unité sera agrandie afin que les personnes qui y séjournent puissent bénéficier d'espaces plus vastes et agrémentés de cours ou jardins. Ce déménagement permettra en outre de libérer les locaux de cette unité pour y accueillir tour à tour les patients des unités vétustes où pourront s'effectuer les rénovations nécessaires, notamment celle de l'unité Savoie qui est programmée.

En pédopsychiatrie, il n'est pas prévu la création de lits d'hospitalisation, les mineurs étant, en principe, hospitalisés en pédiatrie au centre hospitalier général de Saint-Lô ou au centre

hospitalier de Caen, à l'exception de cas cliniques extrêmement compliqués que l'établissement psychiatrique prend en charge à titre exceptionnel.

La liberté d'aller et venir constitue également l'un des axes de travail affichés pour l'année 2019, faisant suite à une étude réalisée par le président de la commission médicale d'établissement (CME).

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

Pour le département de la Manche, un projet territorial de santé mentale dont l'objectif vise à l'amélioration de l'accès des personnes à des parcours de santé, doit être rédigé en 2019 à la demande de l'agence régionale de santé (ARS). La Fondation Bon Sauveur est impliquée dans son élaboration et a débuté les travaux.

#### *c) Les évaluations en cours*

L'établissement se prépare pour la transmission à la haute autorité de santé (HAS) du compte qualité intermédiaire en mars 2019 avant la première visite de certification de la nouvelle entité Fondation Bon Sauveur de la Manche qui aura lieu en septembre 2019.

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

La participation de soignants aux différentes instances, des conseils locaux de santé mentale aux comités de prévention de la délinquance ou encore aux ateliers santé-ville, démontre une démarche d'ouverture de l'établissement vers la ville.

### **1.2 L'ETABLISSEMENT DE SAINT-LO ASSURE DES HOSPITALISATIONS A TEMPS COMPLET ET FAVORISE L'EVOLUTION DE L'OFFRE DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL DANS UNE LOGIQUE DE PROXIMITE DES LIEUX DE VIE DES PATIENTS**

#### **1.2.1 La répartition en intra et extra hospitalier**

L'établissement dispose d'un éventail de structures à même de mailler son territoire et de constituer des filières de soins cohérentes.

A Saint-Lô, sur le domaine arboré étendu des deux côtés de la rue de Baltimore, l'établissement est composé des unités d'hospitalisation complète du pôle de psychiatrie centre et d'une unité du pôle d'addictologie. L'ensemble de ces unités peut accueillir 114 patients dont 96 en psychiatrie adulte et 18 en addictologie. Une équipe médicale et paramédicale de la Fondation Bon Sauveur intervient au sein du service des urgences du centre hospitalier mémorial France-Etats-Unis de Saint-Lô mais n'y dispose pas de lits.

Un centre médico-psychologique, des consultations d'addictologie et un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) mais aussi des structures médico-sociales à temps complet (EHPAD) et à temps partiel (places en hospitalisation de jour) sont également présents sur le domaine. Le CMP et les consultations d'addictologie devraient, selon les projets rapportés aux contrôleurs, être implantés dans la commune à brève échéance. Par ailleurs, d'importants travaux sont en cours sur le domaine dans d'anciens bâtiments actuellement inoccupés qui, en fin d'année 2019, accueilleront les équipes de pédopsychiatrie.

Par ailleurs, l'établissement se caractérise par la richesse de son activité en extra hospitalier. Les structures sont nombreuses et diverses en ville et dans les communes alentour : CMP, hôpitaux de jour, CATTP qui proposent des prises en charge spécialisées. Le secteur psychiatrique

s'enrichit ainsi d'une large offre sanitaire à proximité des lieux de vie et d'habitations des patients.

Outre un deuxième CMP à Saint-Lô, deux CMP sont implantés à Coutances ainsi que des structures offrant des hospitalisations de jour ; à Thérival, est établi un CATTP et une unité pour personnes souffrant d'autisme ; à Dangy, des maisons rurales peuvent accueillir de deux à cinq patients ; à Cerisy-la-Salle, un CMP et une maison rurale accueillent les patients ; à Moyon la ferme thérapeutique de Soulles comporte un CATTP.

**Les huit unités du pôle de psychiatrie adulte-centre, situées au sein de l'établissement ainsi que l'antenne médicale et paramédicale des urgences de l'hôpital général mémorial France-Etats-Unis de Saint-Lô ont fait l'objet de la visite des contrôleurs.**

- l'unité d'accueil, d'évaluation et d'orientation (UAEO) dispose de six lits. Elle accueille essentiellement des patients relevant de prises en charge en soins libres ;
- l'unité J.B. Pussin comporte douze lits de soins intensifs, deux chambres d'isolement et accueille, notamment, les patients admis en soins sans consentement. Il s'agit de la seule unité fermée de l'établissement. Au jour de la visite des contrôleurs, douze patients y étaient présents dont sept admis en soins sans consentement : sur décision du représentant de l'Etat pour trois d'entre eux et à la demande d'un tiers en urgence pour quatre patients ;
- l'unité Savoie comporte dix-huit lits de courts séjours. Les patients accueillis dans cette unité sont généralement des patients chroniques. L'unité accueille principalement des personnes en soins libres. Cependant, au jour de la visite des contrôleurs, deux patients étaient admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (ASPDRE) et deux l'étaient en soins à la demande d'un tiers (SDT).
- l'unité Auvergne dispose de vingt-quatre lits de courts séjours. Elle prend en charge les patients en situation de dépression, risque suicidaire, admis également des patients souffrant de psychoses. Elle peut accueillir des personnes en soins sans consentement, en principe après un passage à l'unité Pussin mais pour quelques patients déjà connus l'hospitalisation peut se faire en direct du CMP notamment. Au jour de la visite des contrôleurs, vingt-deux patients y étaient accueillis, tous en soins libres ;
- les unités Ile-de-France et Picardie totalisent vingt lits soins au long cours dont une chambre d'isolement à l'unité Ile-de-France. Il s'agit de patients chroniques dont la prise en charge est axée sur une phase de réapprentissage d'autonomie. Les patients sont admis en soins libres mais à de rares exceptions, l'unité peut accueillir des patients en soins sans consentement ; c'était le cas au jour du contrôle où un patient en ASPDRE était admis au sein de l'unité Ile-de-France ;
- les unités Trieste et Guislain englobent quatre lits de soins au long cours et quatre places en appartements thérapeutiques. Cette unité de réadaptation, ouverte, accueille et prend en charge des patients qui proviennent d'une unité d'hospitalisation interne et pour lesquels un retour direct à domicile est inenvisageable. Deux patients en ASPDRE y étaient pris en charge au jour de la visite des contrôleurs.

Les patients sont orientés au centre hospitalier par différents médecins ou services : par le service des urgences de l'hôpital général mémorial de Saint-Lô – où une antenne médico-psychiatrique a été mise en place –, par les psychiatres des CMP, à la marge par les médecins traitants. En interne, les patients des unités d'accueil (UAEO et Pussin) sont répartis après

stabilisation dans les autres unités de l'établissement, non pas en fonction du secteur géographique d'origine du patient mais de la finalité de l'unité.

A l'exception de l'unité Pussin, les services sont ouverts facilitant la liberté d'aller et venir des patients même si cette liberté peut être discutée dans le cadre du contrat de soins. L'état hôtelier général des services reste peu satisfaisant (hormis au sein de l'une des unités rénovées) ; l'ensemble date des années 70 et se révèle inadapté sur de nombreux points : vétusté des locaux, défaut de sanitaires et unité non accessible aux personnes à mobilité réduite (cf. *infra* § 5.1).

En revanche, le site est agréable, le parc arboré offrant une image accueillante des lieux.

### 1.3 LE BUDGET DE LA FONDATION BON SAUVEUR PERMET UNE PRISE EN CHARGE DE QUALITE

En 2018, la dotation annuelle de fonctionnement représentant 84 % des produits est de 109 millions pour l'ensemble des activités de la Fondation Bon Sauveur dont 80 millions pour les prises en charge sanitaires. Le titre 1 (le personnel) représente 77,92 % des dépenses et l'hôtellerie 15,95 %. Selon les informations recueillies l'octroi de cette dotation tiendrait à la prise en compte du manque à la fois de cliniques et de psychiatres dans le département.

### 1.4 LES RESSOURCES HUMAINES SONT EN ADEQUATION AVEC LES BESOINS

#### 1.4.1 Nombre et nature des ressources humaines

La fondation Bon sauveur emploie 1 687 salariés dont plus de 1 040 en psychiatrie et addictologie.

Les effectifs médicaux sont relativement bien dotés, en comparaison d'autres établissements psychiatriques même si la direction fait part de difficultés de recrutement. Le département de la Manche est par ailleurs en déficit total de psychiatres libéraux ; seuls deux sont installés au Nord du département, un à Coutances et l'un des psychiatres de l'établissement de Saint-Lô exerce à temps partiel en libéral.

Il est difficile de retrouver des statistiques spécifiques au site de Saint-Lô et de surcroît à l'intra hospitalier. Le dernier bilan social distinctif est celui de l'année 2016, la fusion ayant été effective au 1<sup>er</sup> janvier 2017, mais il globalise l'hospitalisation complète et les structures extérieures. Il a cependant été indiqué aux contrôleurs que les chiffres étaient sensiblement les mêmes durant l'année 2017, le personnel étant resté majoritairement sur le site. Sur les 1 687 salariés, 500 sont employés à Saint-Lô dans les structures intra et extra hospitalières.

L'âge moyen des salariés en CDI est de 46 ans ; la pyramide des âges tend néanmoins à s'inverser du fait de nombreux départs en retraite (cinquante en 2018). Une grande stabilité du personnel est à relever : l'ancienneté moyenne des salariés en CDI est de 17 ans.

Le ratio hommes-femmes a évolué de 36,02 % d'hommes en 2016 pour 63,98 % de femmes, il est de 25 % d'hommes et 75 % de femmes en 2018, malgré une politique de recrutement visant à embaucher davantage de professionnels masculins.

L'année 2016 a vu le départ de titulaires sous la forme suivante : dix départs en retraite, un décès, deux démissions et trois licenciements. S'agissant des licenciements, la direction a indiqué aux contrôleurs qu'elle n'hésitait pas à se séparer de salariés qui posaient un problème du fait de leur comportement ou dans la prise en charge des patients.

Le taux d'absentéisme en congé de maladie s'élevait à 5,04 % et pour les accidents de travail à 0,53 %, en augmentation s'agissant de la maladie et en diminution sur les accidents de travail par

rapport à l'année précédente. A noter que la moyenne nationale dans cette catégorie d'établissement se situait en 2013 à 7,89 %.

Les salaires des hommes et des femmes étaient identiques ainsi que ceux des titulaires et des agents en contrat à durée déterminée (CDD).

Deux accidents de travail pour violences ont été répertoriés à l'unité Pussin ; aucun autre dans les autres unités.

Au jour de la visite des contrôleurs, la restructuration n'a pas eu d'impact sur les emplois des soignants. En intra hospitalier, sur le site de Saint-Lô, outre le chef de pôle et les deux médecins généralistes, sont employés des médecins psychiatres répartis inégalement (de 0,15 ETP<sup>3</sup> à 0,80 ETP) sur les huit unités pour 3,95 ETP. Tous se consacrent par ailleurs aux structures extérieures de l'établissement. Une astreinte de nuit est tenue tour à tour par les médecins en parallèle de l'astreinte d'un agent administratif et d'un cadre de santé. Les pharmaciens sont au nombre de deux pour 1,9 ETP et les préparateurs en pharmacie représentent 3,40 ETP.

Les personnels non médicaux, titulaires, toutes catégories confondues (cadres de santé, infirmiers diplômés d'Etat (IDE), aides-soignants (AS), agents des services hospitaliers qualifiés (ASHQ), psychologues, assistantes de service social, diététicienne, secrétaires) sont au nombre de 248 pour 126,12 ETP. Les personnels non médicaux, non titulaires (IDE et AS) au nombre de 32 représentent un total de 13,37 ETP.

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

Les horaires hebdomadaires des personnels non médicaux de jour sont de 35 heures et de nuit à 31,5 heures. Les services de jour des IDE entre 6h30 et 21h sont tuilés par quatre horaires : 6h30 à 14h pour certains, 7h30 à 15h pour d'autres, 12h30 à 20h, enfin 13h30 à 21h. Les aides-soignants travaillent de 7h30 à 15h ou de 13h30 à 21h. L'effectif minimum des IDE et AS est de cinq personnes dont trois le matin. Les ASH sont présents le matin. Les services disposent de personnel soignant permettant de couvrir les besoins, les effectifs *minima* sont toujours assurés. Le personnel soignant de nuit – deux IDE ou un IDE et un AS – travaillent de 20h45 à 6h45. Les transmissions entre les équipes de jour et de nuit sont réalisées matin et soir durant 15 minutes. A l'antenne du service des urgences de l'hôpital général mémorial, sont détachés un psychiatre tous les matins, cinq IDE à temps plein dont deux sont présents en journée, l'un de 8h à 20h et l'autre de 8h30 à 20h30 ; deux infirmiers assurent les nuits en alternance. Le week-end, deux sont présents le samedi et un le dimanche.

Si les personnels soignants sont en nombre suffisant, il a cependant été rapporté aux contrôleurs que les psychologues ne disposaient pas de suffisamment de temps pour assister aux réunions de synthèse et recevoir les patients, que la présence de deux soignants la nuit était insuffisante et qu'en outre, manquait une catégorie d'emploi au centre hospitalier, celle de psychomotricien.

---

<sup>3</sup> ETP : équivalent temps plein

#### 1.4.2 Les relations sociales

Trois organisations syndicales participent activement à la vie de l'établissement, FO est majoritaire devant Sud et la CFDT. FO a obtenu dix postes, pour sept au syndicat Sud et trois à la CFDT. Les contrôleurs ont rencontré, à leur demande, les représentants du personnel CFDT

Les instances de concertation se réunissent régulièrement. Quarante réunions ont été organisées pour remettre à plat les accords lors de la fusion. Leurs comptes rendus témoignent d'un travail fourni, centré toutefois davantage sur les conditions de travail du personnel que sur la qualité de prise en charge des patients. Les contrôleurs ont été informées de la qualité des échanges et du dialogue constructif entre les participants.

#### 1.4.3 La formation

La Fondation Bon Sauveur de la Manche, outre son institut de formation des aides-soignants situé à Picauville, s'est dotée en 1989 d'un organisme de formation continue : le centre de recherche et de formation du secteur sanitaire et social (CERFOS) qui a pour objectif de participer à l'évolution des connaissances et des pratiques professionnelles en proposant une offre de formation diversifiée dans les champs du sanitaire et du médico-social. En 2017, le CERFOS a formé 638 stagiaires de la Fondation en 7 303 heures de formation. Tous les salariés permanents de la Fondation Bon sauveur bénéficient de la formation continue en fonction des demandes qu'ils émettent et de la politique de l'établissement, définie par la direction. Les personnels en CDD accèdent aux formations intra hospitalières dans le cadre des formations obligatoires ou en fonction des places disponibles. Le renouvellement des professionnels soignants et la faiblesse des contenus liés à la psychiatrie dans la formation initiale nécessitent de consolider les connaissances des nouveaux salariés. L'accompagnement de ces nouveaux professionnels constitue l'une des priorités de la direction de l'établissement. En direction de ce public, le catalogue des formations du CERFOS comporte notamment une formation complémentaire sur les maladies mentales et une formation d'approfondissement clinique et psychopathologique pour les infirmiers en santé mentale. Par ailleurs, pour évaluer l'état de la transmission des savoirs au sein de l'établissement de santé, un audit portant sur cette thématique est conduit par un psychologue et un cadre de santé. Différentes actions ont débuté, notamment la mise en place d'une journée d'accueil consacrée aux nouveaux arrivants. Un travail spécifique sur la formalisation d'un processus d'accueil et d'intégration au sein des services est enclenché et se perpétuera durant la première année suivant l'arrivée. Une initiative mérite d'être soulignée : des immersions sont possibles et même encouragées pour que les soignants puissent se rendre dans d'autres unités de la Fondation afin d'avoir un aperçu des fonctionnements des autres services, y compris à la pharmacie, avant de demander un changement d'affectation. La formation OMEGA sur la prévention et la gestion de la violence est proposée à l'ensemble des professionnels qui sont incités à y participer tour à tour mais mériterait d'être mieux ciblée sur les soignants des unités, comme Pussin, fortement concernées (cf. § *infra*7.2). En revanche, les droits des patients dans le cadre des admissions en soins psychiatriques sans consentement ne figurent pas au plan de formation. Une journée d'information a réuni les médecins et les cadres en 2016 et la secrétaire de l'unité d'accueil des patients en soins sans consentement a également bénéficié d'une formation pour intervenir en appui aux médecins. Toutefois, compte-tenu de la complexité de la loi, de la rigueur que nécessite sa mise en œuvre, sur commande de la direction, sont organisées des journées d'information conduites par un professeur de droit des universités de Bretagne Sud, spécialiste de la question, qui a animé en 2017 deux séances de travail à l'attention des professionnels plus directement impliqués dans le suivi des mesures de soins

psychiatriques sans consentement. Ces journées d'information méritent d'être renforcées sous la forme de sessions de formation continue, en direction de l'ensemble du personnel soignant.<sup>4</sup>

#### PROPOSITION 1

Si tous les agents nouvellement recrutés peuvent bénéficier de modules de formation sur les spécificités des soins en psychiatrie, il n'est pas prévu – à l'exception de deux journées d'information – de réelle formation sur les dispositifs législatifs et réglementaires des soins sans consentement. Des sessions de formation doivent être organisées au profit du personnel médical et non médical des unités qui accueillent des patients en soins sans consentement, dont les connaissances restent souvent lacunaires.

---

<sup>4</sup> Le directeur du Bon Sauveur indique, dans ses observations, qu'une formation interne, interrompue, sera réinitialisée. Par ailleurs, il mentionne que les soignants des unités fermées ont été formés et que dans le cadre du programme pluriannuel sont proposées des formations sur les soins sans consentement. Il devra inciter le personnel à s'associer à cette démarche.

## 2. L'INFORMATION DES PATIENTS SUR LEURS DROITS

### 2.1 LES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT, PEU NOMBREUX, SONT MAJORITAIREMENT ADMIS SELON LA PROCEDURE DE SOINS EN URGENCE (ART L. 3213.3 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE- CSP)

Les statistiques relatives à l'activité de l'établissement, fournies aux contrôleurs ou recueillies au bureau des admissions pour l'année 2018, font apparaître un faible taux d'admission des patients en soins sans consentement, relativement stable pour les années 2016, 2017 et 2018 : pour l'établissement de Saint-Lô, 2 à 3 % de la file active générale ou 14 % de la file hospitalisation complète en 2016 – 16 % de la file active temps plein en 2017.

En 2016, 139 patients ont été admis en soins sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète : 23 à la demande du représentant de l'état – SPDRE – (8 à la demande du préfet, 12 sur arrêté provisoire du maire, 3 détenus) ; 116 sur décision du directeur de l'établissement – SDDE – (30 sur demande d'un tiers, 48 en mesure d'urgence, 38 en péril imminent).

En 2017, 126 admissions en soins sans consentement ont eu lieu en hospitalisation complète : 22 en SPDRE (5 à la demande du préfet, 8 sur arrêté provisoire du maire, 6 détenus, 3 à la suite de décision judiciaire d'irresponsabilité pénale), 104 en SDDE (23 sur demande d'un tiers, 60 en mesure d'urgence, 21 en péril imminent).

Du 1<sup>er</sup> janvier au 2 décembre 2018, 123 admissions en hospitalisation complète, concernant 49 femmes et 74 hommes, ont été enregistrées : 112 en SDDE (19 sur demande d'un tiers, 72 en mesure d'urgence, 21 en péril imminent) et 11 en SPDRE.

L'objectif de réduire dans la mesure du possible les hospitalisations complètes par évitement du recours au SDRE ou par mise en place de soins ambulatoires – recherché par un travail de concertation de l'hôpital avec les différentes institutions, par la présence d'une équipe de liaison au service des urgences, par l'intervention de l'UAEO (unité d'accueil, d'évaluation et d'orientation) –, apparaît ainsi atteint puisque **les mesures de soins sans consentement en hospitalisation sont en diminution sur les trois dernières années.**

Force est cependant de constater que si les admissions en péril imminent tendent à décroître (32,75 % des admissions en 2016, 20 % en 2017 et 18,75 % en 2018) – vraisemblablement du fait du travail de recherche de tiers effectué par les équipes de liaison au sein des urgences – celles à la demande d'un tiers en urgence (article L. 3213.3 du code de la santé publique) sont en revanche en nette augmentation (41,38 % des SDDE en 2016, contre 57,69 % en 2017 et 64,28 % en 2018). **Ainsi, pour les admissions sur demande du directeur, celles en urgence (SDTU) et en péril imminent (SPI) restent largement prédominantes** (respectivement de 74,13 % en 2016, 77,69 % en 2017 et 83,03 % en 2018 contre une moyenne de 21,64 % sur ces trois années pour les mesures à la demande d'un tiers). **Or, une lecture attentive des dossiers administratifs montre que le constat d'un « risque grave d'atteinte à l'intégrité du patient » –pourtant exigé par l'article L.3212.3 du CSP pour les admissions en urgence et permettant d'éviter de recourir à un second certificat médical – est rarement caractérisé dans le certificat initial rédigé par les urgentistes ; qu'il en va d'ailleurs de même des certificats d'admission en péril imminent, certes précis sur l'absence de tiers mais peu circonstanciés sur le constat de « l'immédiateté du danger pour la santé ou la vie du patient» (article L.3212.1.1II2° du CSP).**

Un tel constat conduit à s'interroger sur les notions d'urgence et de péril imminent que revêtent ces admissions, ce d'autant que l'examen des registres révèle que la grande majorité de ces mesures de soins sans consentement est levée dans le mois suivant l'arrivée. Ainsi, sur un échantillon de cinquante-cinq patients admis dans les premiers mois de l'année 2018, trente-deux mesures ont été levées avant le 15<sup>ème</sup> jour (dont sept lors du certificat des 24 heures), douze l'ont été dans un délai allant de quinze à trente jours et neuf dans un délai un à deux mois ; deux patients sont restés en soins sans consentement sous la forme de l'hospitalisation complète pour un temps supérieur à deux mois et inférieur à trois mois ; pour un patient la levée de la mesure est intervenue après quatre mois d'hospitalisation. L'examen de ce même registre, conforté par celui de dossiers de patients admis en péril imminent ou en urgence, démontre par ailleurs qu'aucun changement de statut n'intervient au cours de l'hospitalisation ou même lors d'un changement de forme de prise en charge (programme de soins).<sup>5</sup>

### RECOMMANDATION 1

Face à la prépondérance de patients admis en soins en urgence ou pour péril imminent, il convient de rappeler aux services des urgences que les certificats médicaux d'admission sous cette forme nécessitent d'être circonstanciées sur le risque grave d'atteinte à l'intégrité du patient ou sur l'immédiateté du danger pour sa santé ou sa vie en cas de refus de soins, notions qui doivent être caractérisées tout au long de la prise en charge en soins sans consentement.

S'agissant des admissions en péril imminent l'établissement a, dans le respect des dispositions de l'article L. 3212-1 II 2° du CSP, mis en place un document – signé du directeur ou de son délégué avec indication du soignant ayant effectué la recherche – désignant nommément la personne à informer de la mesure de soins sans consentement (membre de la famille du patient, personne chargée de sa protection juridique, personne justifiant de l'existence de relations avec le patient antérieur à l'admission en soins) avec précision que cette personne a été informée des soins ou que cette information a été impossible ou encore que l'information n'a pu avoir lieu faute de coordonnées.

Au cours des années 2016 à 2018, quatre mineurs ont été hospitalisés dans l'établissement : un jeune de 17 ans, admis le 19 juillet sur autorisation de sa mère et sorti le 22 juillet 2016 en placement aide sociale à l'enfance (ASE) ; un jeune de 17 ans admis à l'unité Auvergne le 1<sup>er</sup> janvier 2017 puis placé à l'unité Pussin en SPDT à la demande de sa mère le 10 janvier 2017 dont la levée de l'hospitalisation est intervenue le 16 janvier 2018 avec retour à domicile et poursuite des soins en ambulatoire ; un jeune de 17 ans admis en soins libres à La Glacière le 26 novembre 2016, mesure transformée en SPDR le 8 décembre 2016 à la suite de nombreux actes de violence, transféré sous le même statut de SPDR à Saint-Lô le 20 mars 2017 puis transféré en unité pour malades difficiles (UMD) le 21 mars 2017 ; une jeune fille de 14 ans et demi hospitalisée sur autorisation parentale le 20 novembre 2018 et sortie le 30 novembre 2018 pour un retour à l'ASE.

<sup>5</sup> La direction du centre hospitalier dans ses observations conteste qu'un changement de statut devrait s'opérer en cas d'amélioration clinique. Il y a lieu de lui rappeler que, selon les termes de la loi, les certificats médicaux doivent justifier, tout au long de l'hospitalisation, la nécessité du maintien en soins sans consentement au regard des critères d'entrée et proposer éventuellement une nouvelle prise en charge.

## 2.2 LES INFORMATIONS DONNEES INDIVIDUELLEMENT SONT COMPLETES ET REITEREES MAIS LES DROITS DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT, MAL CONNUS DES SOIGNANTS, NE SONT PAS AFFICHES

Dès leur arrivée dans leur unité d'affectation – le plus souvent au pavillon Pussin – les patients sont informés de leur statut par l'infirmier qui les a accueillis, une explication leur étant donnée sur les raisons de leur hospitalisation et sur les contraintes spécifiques liées à la mesure de soins sans consentement.

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

La notification de la décision d'admission, émargée du patient, ne s'effectue toutefois que lorsque l'unité est en possession de ladite décision, transmission qui peut intervenir en différé par rapport au moment de l'admission réelle dans l'unité. En effet, s'agissant des patients admis en SDT, la décision du directeur, prise dans la journée – en ce compris les week-ends – pour toute entrée avant 19h (grâce à la présence d'un cadre et d'un directeur d'astreinte<sup>6</sup>), ne l'est toutefois que le lendemain pour les entrées en début de soirée ou durant la nuit<sup>7</sup>. À la suite de deux décisions du juge des libertés et de la détention (JLD) ayant, au cours de l'été 2018, ordonné la mainlevée de la mesure pour non-respect du bref délai<sup>8</sup> exigé par la loi et rappelé par la Cour de cassation<sup>9</sup>, une réflexion est actuellement en cours sur l'organisation d'une astreinte jusqu'à minuit afin que la décision d'admission soit signée du jour de l'arrivée du patient.

Pour les patients admis en SDRE sur arrêté provisoire du maire, seul l'arrêté préfectoral, pris en général dans un délai de vingt-quatre heures de l'arrêté municipal, est notifié au patient.

### RECOMMANDATION 2

Dans le respect des dispositions de l'article L.3211-3 du code de la santé publique, l'organisation de l'établissement doit permettre la signature de la décision d'admission par le directeur dans

<sup>6</sup> En semaine : astreinte du cadre de 17h à 8h30 (période de fermeture du bureau des entrées) ; astreinte directeur jusqu'à 19h. Lors des week-ends : l'astreinte porte sur la journée jusqu'à 19h.

<sup>7</sup> Cet avis est partagé par le JLD qui rappelle que « des mainlevées ont été prononcées pour ce motifs » mais constate « une amélioration sensible depuis plusieurs mois ».

<sup>8</sup> La direction du centre hospitalier conteste la recommandation numéro 3 indiquant que la décision du directeur peut intervenir postérieurement à l'admission de la personne à condition que ce retard n'entraîne pas une atteinte aux droits du patient. Or, non seulement la jurisprudence constante exige une prise de décision du directeur à bref délai mais la notification des droits des patients ne peut se faire qu'après la décision d'admission du directeur.

<sup>9</sup> Avis de la Cour de cassation en date du 11 juillet 2017 : « la décision d'admission peut être retardée le temps strictement nécessaire à l'élaboration de l'acte, qui ne saurait excéder quelques heures. Au-delà de ce bref délai, la décision est irrégulière ».

un bref délai, à savoir dès la prise en charge effective du patient ou dans les quelques heures suivant celle-ci.

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

Cette notification s'accompagne de la remise au patient, contre signature, d'une « *information droits du patient* ». Si ce document reprend *in extenso* les termes de l'article L. 3211 du code de la santé publique, il importe toutefois de regretter que n'y figurent pas les coordonnées des autorités mentionnées (JLD et TGI<sup>10</sup>, CDSP, CDU, CGLPL) malgré leur intérêt évident pour le patient, ce d'autant que les décisions préfectorales ne précisent pas ces coordonnées dans la partie énonçant les recours possibles. Il a été précisé par les soignants que ce document était parfois remis au patient dès son arrivée à l'unité et avant la notification de la décision administrative, notamment en cas d'admission à une heure avancée de la journée. Copies de la décision d'admission et du document « *information droits du patient* » sont remises à l'arrivant accompagnées du livret d'accueil.

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

Les patients peuvent, à leur choix, conserver les copies des décisions d'admission et d'information des droits dans leur chambre ou les laisser dans leur dossier, ce qui semble être le cas pour la majorité d'entre eux. Or, le document comportant la liste des droits des patients ne figure pas sur les tableaux d'affichage des unités, limitant de ce fait la possibilité pour le patient d'en prendre connaissance au cours de son hospitalisation ce d'autant que l'ensemble des renseignements utiles ne peut pas toujours être obtenu auprès des soignants, la connaissance du personnel quant aux droits spécifiques des patients hospitalisés sans consentement s'avérant souvent être limitée à l'audience du JLD.

## PROPOSITION 2

Afin d'assurer aux patients l'accès à une information complète, le document intitulé « *information droits du patient* » gagnerait à être complété des coordonnées des différentes

<sup>10</sup> TGI : tribunal de grande instance ; CDSP : commission départementale des soins psychiatriques ; CDU : commission des usagers.

autorités visées et à être affiché dans toutes les unités susceptibles d'accueillir des personnes en soins sans consentement.

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

Tout au long de l'hospitalisation, ces certificats sont expliqués au patient par le médecin et donnent souvent lieu à précision par l'infirmier. Le patient peut par ailleurs, à tout moment, demander à consulter les certificats médicaux en présence du médecin psychiatre.

## 2.3 les supports d'information sont compréhensibles et actualisés mais incomplets quant aux droits spécifiques des patients admis en soins sans consentement

### 2.3.1 Le règlement intérieur

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

### 2.3.2 Le site internet

Le site Internet de la Fondation Bon Sauveur est très pédagogique et délivre un nombre important d'informations tant pour les patients que pour le public. Il est d'un accès facile, dispose d'onglets bien repérables par des couleurs. Les professionnels y apparaissant sont réellement ceux de la Fondation Bon Sauveur. On y trouve les missions de l'établissement, ses valeurs, son organisation et la cartographie des établissements dans le département. Dans l'onglet « patients et usagers » des liens permettant d'arriver sur les fiches de *Psycom*<sup>11</sup> relatives aux modalités de soins psychiatriques ainsi que sur des éléments statistiques relatifs aux prises en charge. Un document répertorie les délégations de signature du directeur pour les soins sans consentement tandis que l'ARS y publie son rôle dans ce domaine. Un onglet « droits et recours » précise les modalités de désignation de la personne de confiance, de confidentialité et d'accès au dossier médical. Il y est précisé le rôle de la commission des usagers, la liste de ses membres et la procédure pour faire une réclamation. Les possibilités de visites des proches et la liste des associations d'usagers y sont intégrées. Cependant, le site ne délivre aucune information sur les recours possibles localement auprès du JLD, ni les coordonnées de l'Ordre des avocats de la Manche. Si l'ensemble des possibilités de recours apparaît de manière générale dans la fiche *Psycom* aux côtés des coordonnées du Contrôleur général des lieux de privation de liberté, le site devrait être enrichi de ces informations essentielles.

Il faut par ailleurs relativiser la portée de cet outil en raison de l'impossibilité des patients en hospitalisation complète d'avoir accès à Internet.

<sup>11</sup> Psycom est un organisme public d'information, de formation et de lutte contre la stigmatisation en santé mentale.

### 2.3.3 Les règles de fonctionnement des services

Les patients sont informés des règles de vie de l'unité dès leur arrivée, s'ils sont en état de les comprendre. L'établissement a procédé à une harmonisation de ces règles alors même que le fonctionnement des unités est très différent. Seule la charte de l'unité fermée Pussin diffère réellement des autres précisant notamment les modalités de sortie, les programmes de soins. Elles sont partout affichées dans l'entrée mais certaines unités les apposent sur les portes des chambres.

### 2.3.4 Le livret d'accueil

L'établissement dispose d'un livret d'accueil remis à chaque patient à son arrivée (sauf dans l'unité Ile-de-France Picardie) ou mis à disposition dans leur chambre (unités Auvergne et Savoie). Ce livret d'accueil présente les différents services d'hospitalisation, décrit les formalités d'admission (parmi lesquelles la désignation de la personne de confiance et l'inventaire des effets personnels), les droits et obligations du patient, le déroulement du séjour, les modalités de sortie, les indicateurs de qualité et de sécurité des soins, liste les instances, les associations partenaires, rappelle l'histoire, les valeurs et les missions de la fondation Bon Sauveur de la Manche et comporte en dernière page la charte de la personne hospitalisée.

S'il mentionne succinctement en page 8 les différentes modalités de soins sans consentement, il n'évoque cependant pas les particularités de la prise en charge pendant les 72 premières heures, de la poursuite des soins au-delà des 72 premières heures, des sorties de courte durée, ni les droits spécifiques des patients suivis sans leur consentement tels que définis par l'article L.3211-3 du code de la santé publique, ni les voies de recours ou les coordonnées des autorités auxquelles les patients peuvent s'adresser en cas de contestation (seule la CDU est visée dans ce document).

#### PROPOSITION 3

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

## 2.4 LA POLITIQUE D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS EST DÉCLINÉE DANS CHAQUE PÔLE ET CHAQUE UNITÉ

### 2.4.1 Les événements indésirables

Le service d'appui méthodologique (SAM) -ex-service qualité- s'attache à mettre en œuvre une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, pour l'ensemble des établissements de la Fondation Bon Sauveur de la Manche. Il initie et gère l'ensemble des outils d'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins, analyse les données et sensibilise les personnels à leur utilisation tant s'agissant des déclarations des événements indésirables, que les questionnaires de satisfaction, des évaluations de bonnes pratiques professionnelles (EPP).

Le chargé de mission du SAM travaille sur l'ensemble des procédures et utilise également les grilles des indicateurs nationaux de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS) de la haute autorité de santé (HAS). L'établissement fait en outre partie du groupe HAS-expérimentations des IPAQSS-psy et y constitue le seizième établissement au niveau national. L'organisation qui découle de cette politique est très cadrée et déclinée par pôle où des groupes de gestion des risques aux réunions mensuelles ont été mis en place. Ces groupes associent le médecin chef du pôle, le directeur des prises en charge sanitaires, des cadres de santé, des infirmiers, un infirmier coordinateur, une secrétaire médicale ainsi que le chargé de mission du SAM. Ils passent en revue l'ensemble des événements indésirables du mois écoulé. Les déclarations d'événements indésirables, qui participent activement à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, se font sur Intranet grâce à un logiciel qui permet éventuellement de garder l'anonymat, seul le service apparaissant. Tous les événements sont consignés dans une fiche d'événement indésirable (FEI) comportant elle-même des catégories spécifiques : événements indésirables simples, graves, graves liés aux soins, chutes, violences. Le formulaire permet de solliciter la réunion du comité de retour d'expérience (CREX). Organisé par le SAM, ce comité – dont la mission consiste en l'analyse des événements et la réponse aux déclarants – est composé de l'ensemble de l'équipe « qualité », de médecins et de cadres. Les événements indésirables graves (EIG) ainsi que les événements indésirables graves liés aux soins (EIGS) sont analysés par le CREX et déclarés à l'ARS ; toutes les violences sont signalées sur le site de l'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS).

Sur l'ensemble des unités visitées, quatre-vingt-dix-neuf FEI ont été répertoriées en 2017 dont les événements graves et graves liés aux soins.

Les principaux motifs des FEI simples portent sur les systèmes d'information et l'intégration des nouveaux arrivants.

Durant la même année, le bilan des événements indésirables graves – pour l'analyse desquels le REX a été saisi – sur la totalité de la Fondation Bon Sauveur, s'établit à dix-huit EIG et EIGS dont :

- quinze EIG dont quatre suicides, quatre tentatives graves, quatre actes de violences sur des soignants, trois déclarations de suspicion d'agressions sexuelles ;
- trois EIGS dont un matricide, un décès, une tentative de suicide par ingestion de médicaments.

Pour les EIG et EIGS survenus à Saint-Lô, se reporter au § 7.4.

Les EIG et EIGS sont présentés en commission des usagers qui se réunit de quatre à cinq fois par an. Les représentants des usagers y sont associés (cf. *supra* § 2.3). En 2017, les sujets abordés outre les le bilan des événements graves de l'année précédente, les plaintes et réclamations en cours ont porté sur la mise en place du nouveau livret d'accueil, des modèles des chartes des unités ainsi que du nouveau modèle de questionnaire de satisfaction.

#### 2.4.2 Les questionnaires de satisfaction

Les résultats de l'enquête de satisfaction annuelle de 2017 font état de 46 % de retours pour l'unité Auvergne, 24 % pour l'UAEO, 58 % pour l'unité d'addictologie, 5 % pour l'unité Savoie, 2 % pour l'unité Pussin. Aucun questionnaire n'a été retourné en provenance des unités Trieste-Guillain et Ile-de-France/Picardie La satisfaction globale est élevée : 94,3 %. S'agissant plus particulièrement des soins, le taux de satisfaction est de 90,7 %. Le taux le plus faible est celui concernant les repas avec 77,6 % de satisfaction.

Des commentaires complémentaires ont été sollicités qui permettent d'envisager des pistes d'amélioration par unité. Ainsi au sein de l'unité Auvergne comme à l'UEAO, les patients revendiquent plus d'activités.

## 2.5 LES REPRESENTANTS DES USAGERS BENEFICIENT D'UNE PLACE IMPORTANTE DANS L'INSTITUTION

Les représentants des usagers sont associés aux instances de pilotage et de réflexion :

- au sein du conseil d'administration, siège un représentant de l'UNAFAM<sup>12</sup> ;
- à la commission des usagers (CDU) sont associés deux représentants de l'UNAFAM, un de l'UDAF<sup>13</sup> et un de chaque association Alliance et Advocacy<sup>14</sup> ;
- ces représentants sont présents dans le groupe de pilotage de la qualité qui se réunit tous les mois ;
- un représentant de l'UNAFAM est membre du comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN).

Les représentants des usagers sont également associés aux conseils locaux de santé mentale et au volet relatif à la santé mentale de l'atelier santé ville de Saint-Lô.

En outre, les représentants des usagers sont associés aux événements organisés par la Fondation Bon Sauveur comme celui qui, en lien avec l'association régionale de la qualité, a eu pour thème le circuit du médicament.

Des brochures de l'UNAFAM sont distribuées dans les unités ; en revanche, les représentants des associations d'usagers ne tiennent pas de permanence au sein du CH et ne se rendent pas dans les services à l'exception de ceux qui y ont des proches hospitalisés.

### BONNE PRATIQUE 1

Les représentants des usagers sont pleinement associés à la vie de l'établissement, tant au conseil d'administration qu'à la commission des usagers mais également à tous les niveaux de réflexion relatifs à la prise en charge des patients.

## 2.6 LA DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE EST PROPOSEE MAIS SA PARTICIPATION AUX SOINS N'EST PAS ORGANISEE

La possibilité de désigner une personne de confiance et le rôle de celle-ci (aide dans les démarches et dans certaines décisions) n'est pas bien comprise des soignants qui s'interrogent sur son utilité. Ils font par ailleurs état de la confusion qui est faite par les patients avec la personne à prévenir ou encore la famille.

Lors de l'entretien arrivant, un formulaire est remis au patient dans lequel celui-ci précise s'il souhaite ou non désigner une personne de confiance et dans l'affirmative ses coordonnées.

<sup>12</sup> UNAFAM : Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

<sup>13</sup> UDAF : Union départementale des associations familiales

<sup>14</sup> Alliance et Advocacy : associations visant à l'amélioration des soins et au respect de la parole de l'utilisateur en santé mentale.

Cependant, quand la procédure de désignation est appliquée, elle n'aboutit pas puisqu'il n'est pas expliqué au patient qu'il doit prendre contact avec cette personne pour l'en informer et vérifier qu'elle accepte la désignation. L'établissement de son côté n'initie aucune démarche vis-à-vis de la personne désignée. Son rôle ne lui est donc pas expliqué, elle n'est pas invitée à signer la désignation faite par le patient, pourtant règlementaire, ni associée aux entretiens médicaux. Le document est simplement rangé au dossier du patient.

Les désignations varient selon les unités, dans l'une, toutes les patientes et tous les patients ont désigné cette personne, dans d'autres la moitié des patients et enfin les désignations ne sont pas comptabilisées dans une autre.

### RECOMMANDATION 3

Une information sur le rôle de la personne de confiance doit être mise en œuvre auprès des soignants. La personne de confiance doit être contactée et informée du souhait du patient, soit par ce dernier soit, à défaut, par l'établissement. Elle doit signifier son accord et être invitée à participer au processus d'information sur les soins prodigués.

#### 2.7 L'ACCES AU VOTE EST FACILITE

Le livret d'accueil informe le patient sur son droit civique et des notes d'information incitant les patients à se mettre en lien avec des soignants sont affichées dans les unités à l'approche d'élection. Les patients qui ne peuvent se rendre au bureau de vote de leur domicile peuvent se faire aider pour faire procuration à une personne extérieure à l'hôpital. Des autorisations de sortie peuvent également être dispensées pour les patients en soins sans consentement et un soignant peut accompagner le patient au jusqu'au bureau si nécessaire. L'absence de données concernant la participation des patients aux dernières élections empêche cependant d'apprécier l'appropriation de ce droit par ces-derniers.

#### 2.8 SI L'ACCES AU CULTE CATHOLIQUE EST POSSIBLE, CELUI AUX AUTRES CULTES DEMEURE INCERTAIN

Les patients sont informés de la présence d'une aumônerie catholique *via* une affiche dans leur unité. Tous les mardis, dans la chapelle de l'hôpital, est organisé un groupe de prière avec un goûter et une semaine sur deux une messe ou un temps de prière le vendredi. Les patients souhaitant se rendre au culte peuvent demander aux soignants de les accompagner s'ils ne peuvent venir seuls. Des visites dans les unités sont effectuées régulièrement par l'aumônière qui peut également aller les chercher.

Aucun représentant d'autres cultes ne se rend sur place. Les patients peuvent les demander mais il n'existe aucune liste de contacts préalable.

#### 2.9 LES PATIENTS SOUS PROTECTION JURIDIQUE, NOMBREUX DANS L'ETABLISSEMENT, DEPENDENT TANT DE TUTEURS INSTITUTIONNELS QUE DES MANDATAIRES DE LA FONDATION

Le repérage des patients dont le niveau d'autonomie laisse à penser qu'une protection juridique est nécessaire s'effectue par l'assistante sociale de l'unité et plus marginalement par les familles ou les patients eux-mêmes. Les assistantes sociales présentes dans les unités rencontrent en effet les patients soit à leur demande soit à l'initiative de l'équipe soignante ou du médecin, et participent aux réunions de synthèse.

Lorsque le patient est opposé à la mesure envisagée, un signalement est fait au procureur de la République par le médecin et l'assistante sociale. Dans ce cas la procédure est lancée par le procureur et les frais d'expertise sont pris en charge par l'Etat.

En revanche, si le patient adhère à la mesure, les frais d'expertise (160 euros) sont à sa charge. Il a été précisé que lorsque le patient n'a pas les moyens financiers pour assurer ces frais, certains médecins de l'établissement, également experts auprès des tribunaux, acceptent de faire l'expertise sans la facturer.

Un service « majeurs protégés » existe au sein de la fondation Bon Sauveur depuis 2012 ; basé à Carentan ce service, qui comprend deux mandataires, suit 123 patients sur l'ensemble des sites de la Fondation tant pour les patients en hospitalisation complète que pour ceux pris en charge à l'extérieur ou en EHPAD, dont 28 suivis à Saint-Lô (27 en soins libres et 1 en soins sans consentement).

A la suite d'une concertation entre ce service et le juge des tutelles, la désignation d'un mandataire de la Fondation est privilégiée dès lors que le patient est hospitalisé et qu'un retour à domicile n'est pas envisageable à bref délai. Dans les autres cas les mesures de protection sont confiées à l'UDAF ou à l'association tutélaire des majeurs protégés (ATMP) et beaucoup plus rarement à la famille. A titre d'exemple sur l'unité Ile-de-France – Picardie où tous les patients hospitalisés (pour certains depuis plusieurs années) sont sous protection juridique (dix-sept tutelles et une curatelle renforcée), les mesures sont suivies majoritairement par des mandataires institutionnels (cinq par l'UDAF et cinq par l'ATMP), quatre d'entre elles sont confiées à celui de la Fondation, une à une tutelle privée et trois à la famille.

Dans l'ensemble les relations de l'équipe avec les mandataires comme avec les tuteurs extérieurs à l'établissement sont décrites comme bonnes. Si les tuteurs ou mandataires ne sont pas conviés aux réunions de synthèse dans toutes les unités, des échanges existent sur les projets de prise en charge des patients. Les tuteurs institutionnels rendent peu visite à leur protégé, mais les contacts téléphoniques avec l'équipe ont lieu régulièrement.

Il a été précisé que la réactivité des tuteurs institutionnels face aux demandes qui leur sont faites est très variable d'un tuteur à l'autre, quelques-uns étant difficilement joignables et ne se manifestant qu'après plusieurs rappels. Certains soignants ont par ailleurs indiqué avoir l'impression que les tuteurs se reposent beaucoup sur eux, se limitant par exemple à envoyer de l'argent et laissant à l'équipe la charge de faire les achats avec les patients.

## **2.10 LA CONFIDENTIALITE DE L'HOSPITALISATION EST RESPECTEE MEME SANS DEMANDE FORMELLE DU PATIENT**

La possibilité d'une hospitalisation confidentielle n'est évoquée que dans le livre d'accueil. Lors de la visite, aucun patient n'avait fait valoir ce droit auprès des soignants. Le standard téléphonique ainsi que les unités sont cependant vigilants à ne pas donner des informations sur les patients. Une personne se présentant à l'accueil ou téléphonant doit être informée du nom du patient et de son unité d'hospitalisation pour que de plus amples informations puissent lui être données.

### 3. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

#### 3.1 LE CONTROLE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION – JLD –, LORS D'AUDIENCES RESPECTUEUSES DES PATIENTS, PORTE D'AVANTAGE SUR LA REGULARITE DE LA PROCEDURE QUE SUR L'EVOLUTION DE L'ADHESION AUX SOINS

La salle mise à disposition pour la tenue des audiences du JLD au sein du centre hospitalier, située à proximité immédiate du bureau des admissions, est signalisée depuis l'entrée de l'établissement. Grande, bien éclairée par deux fenêtres donnant sur l'extérieur, elle est meublée simplement (une grande table où prennent place d'un côté le juge et son greffier, de l'autre le patient, son avocat et éventuellement le tiers à la mesure) et dotée de matériel informatique (ordinateur, imprimante) et d'un téléphone. Attenante à la salle d'audience se trouve une salle de délibéré. A proximité un local est réservé pour les entretiens avocats.

Un vice-président du tribunal d'instance de Coutances est en charge du service du JLD pour Saint-Lô, fonction qui peut également être tenue par la présidente du tribunal de grande instance (TGI) –ce qui a été le cas pour les audiences de juillet 2018 – ou par tout vice-président désigné à cette fin par la présidente selon les contraintes du service (une vice-présidente en charge du service du juge de l'application des peines lors de l'audience du 7 décembre 2018).

A l'audience, le greffe est tenu par un greffier du TGI de Coutances mais affecté à la maison de justice située à côté de l'hôpital.



*Porte entrée salle JLD Salle d'audience Salle entretiens avocats*

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

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

La convocation pour l'audience est ensuite adressée à l'établissement par le greffe du JLD, assortie d'une feuille pour le choix ou la désignation de l'avocat. Cette convocation est notifiée au patient par un soignant de l'unité (par le médecin et le cadre à l'unité Auvergne) qui, à cette occasion explique au patient le rôle du juge et le déroulement de l'audience (intervention bien

comprise et acceptée des patients selon les soignants rencontrés). Une fois signée par le patient cette convocation est retournée au bureau des entrées qui la transmet au greffe du JLD.

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

Les tiers demandeurs à la mesure, ainsi que les tuteurs et curateurs quand le patient est sous protection juridique, sont convoqués par le greffe du JLD par courrier. Selon le greffier du JLD, les tiers, tout comme les tuteurs, ne se présentent que rarement à l'audience et n'adressent qu'exceptionnellement des observations en vue de l'audience. Le service des majeurs protégés de la Fondation, contacté téléphoniquement par les contrôleurs, a cependant fait savoir qu'il n'était pas toujours convoqué par le greffe pour les audiences de Saint-Lô contrairement à celles de Cherbourg et qu'il se présentait toujours à l'audience (sauf impossibilité d'agenda, un rapport étant dans ce cas adressé au JLD)<sup>15</sup>. A l'audience du 7 décembre 2018 les contrôleurs ont pu s'entretenir avec le mari d'une patiente, demandeur à la mesure ; cet homme a précisé ressentir comme « *assez violente* » l'ensemble de la procédure, et notamment la convocation pour l'audience adressée par simple courrier, en l'absence d'explications et de précisions données au tiers tant sur la procédure que sur l'objet de l'audience<sup>16</sup>.

#### PROPOSITION 4

La convocation adressée par courrier au tiers en vue de l'audience devant le JLD devrait être accompagnée d'un appel téléphonique – les coordonnées devant alors être mentionnées dans la saisine – afin de laisser au tiers le temps de se renseigner sur l'objet de cette audience et de s'y préparer.

#### 3.1.2 Le déroulement de l'audience

Deux audiences peuvent se tenir par semaine, le mardi et le vendredi matin à 9h. Les contrôleurs ont assisté à l'audience du vendredi 7 décembre 2018.

Les patients sont accompagnés par un infirmier de l'unité qui reste dans la salle durant l'audience (des sièges étant disponibles au fond de la salle). Ils sont toujours vêtus de leurs effets personnels même s'ils étaient en pyjama dans l'unité, ce qu'a confirmé l'audience (la patiente était en vêtements de ville alors que, rencontrée à plusieurs reprises dans l'unité au cours des jours précédents, elle était alors en pyjama).

L'établissement n'est pas représenté à l'audience. Le procureur de la République n'y est pas présent mais dépose des conclusions écrites. L'avocat choisi ou commis d'office reçoit du greffe,

---

<sup>15</sup> Ce point est contesté par le juge des libertés et de la détention qui indique, dans ses observations, que « tuteurs et curateurs sont toujours convoqués à l'audience ». Cette affirmation ne peut cependant remettre en cause les propos tenus par le service des majeurs protégés.

<sup>16</sup> Le juge des libertés et de la détention indique dans sa réponse au rapport provisoire que « la convocation a été modifiée pour faire apparaître la mention que le tiers peut comparaître ou faire parvenir des observations écrites ».

en général la veille de l'audience, copie du dossier par courriel et un temps d'entretien avec le patient lui est laissé avant l'audience.

La décision et les voies de recours sont expliquées au patient par le juge. La notification est faite directement à la fin de l'audience, une copie de la décision – avec mention des voies de recours – étant alors remise tant au patient qu'à l'avocat, au tiers et au tuteur s'ils sont présents à l'audience puis adressée par télécopie au bureau des entrées. A défaut, notamment lorsque le patient est absent (par suite d'un certificat d'incompatibilité ou de son refus, situations très rares), la décision est remise au bureau des admissions puis notifiée et expliquée au patient dans l'unité par un infirmier, une copie étant envoyée à l'avocat.

Très peu de patients font le choix d'un avocat. Dans la très grande majorité des cas, l'avocat intervenant à l'audience est désigné d'office, sa rémunération étant prise en charge dans le cadre de l'aide juridictionnelle sans examen de ressources et donc sans reste à charge pour le patient, contrairement à la mention figurant sur la convocation qui lui est remise<sup>17</sup>.

#### RECOMMANDATION 4

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

En cas d'appel, le patient peut, soit saisir directement la cour, soit adresser un courrier au bureau des entrées qui transmet l'appel à la cour. La convocation pour l'audience est adressée par télécopie par le greffe de la cour. Les audiences se tiennent à la cour d'appel à Caen (Calvados) où le patient est conduit par deux infirmiers ou un infirmier et un aide-soignant. La décision de la cour est envoyée par télécopie au bureau des entrées qui la fait suivre dans l'unité pour notification au patient ; copie de la décision est également transmise au directeur de l'hôpital.

Huit à dix avocats du barreau de Coutances, tous volontaires, interviennent aux audiences JLD dans le cadre d'une permanence. L'avocat rencontré par les contrôleurs a précisé qu'aucune formation spécifique sur le droit des soins sans consentement n'est dispensée par le barreau ; ne pas rencontrer de difficulté pour l'accès au dossier ou l'entretien avec les patients, ni pour la prise en charge financière par l'aide juridictionnelle ; avoir constaté des améliorations dans la procédure suivie par l'établissement depuis les décisions de mainlevées prononcées au cours des huit premiers mois de l'année 2018 (cf. chapitre suivant). A noter que cet avocat, « *acharné de procédure* » selon le personnel de l'établissement (mais qui n'est pas toujours compris du patient ainsi qu'ont pu le constater les contrôleurs à l'audience) a pris l'habitude de solliciter du juge une indemnisation à la charge de l'établissement sur le fondement de l'article 37 de la loi du 10 juillet 1991 sur l'aide juridique<sup>18</sup> en cas de mainlevée ordonnée pour vice de procédure,

<sup>17</sup> Le juge des libertés et de la détention dans sa réponse au rapport provisoire mentionne qu'il est en accord avec cette recommandation.

<sup>18</sup> Article 37 de la loi du 10 juillet 1991 sur l'aide juridique : .... « le juge condamne la partie tenue aux dépens, ou qui perd son procès, et non bénéficiaire de l'aide juridictionnelle, à payer à l'avocat du bénéficiaire de l'aide juridictionnelle, partielle ou totale, une somme qu'il détermine et qui ne saurait être inférieure à la part contributive de l'Etat, au titre des honoraires et frais non compris dans les dépens que le bénéficiaire de l'aide aurait exposés s'il

indemnité qui lui a été allouée à quatre reprises en 2018. L'avocat a, en outre, signalé aux contrôleurs la difficulté d'accès aux recours par les patients dans la mesure où, selon lui, tous ne sont pas en capacité de faire eux-mêmes appel de la décision rendue et que l'avocat ne peut agir sans mandat ; il a précisé sa pratique qui est de faire systématiquement appel quand la décision n'est pas favorable, d'informer ensuite le patient de ce recours et de recueillir *a posteriori* son accord, et de se désister s'il ne l'obtient pas. Reste, selon cet avocat, la difficulté pour faire un recours en cassation en raison d'une part de l'absence de mandat, d'autre part du fait que l'obtention de l'aide juridictionnelle (AJ) est un préalable à la recevabilité du pourvoi et que le recueil auprès du patient des pièces nécessaires pour l'AJ est difficile voire impossible à obtenir (soit que le patient n'est plus hospitalisé soit qu'il ne répond pas).

### 3.1.3 Les saisines, les décisions rendues et les appels

En 2017, soixante-six saisines ont été adressées au JLD, dont soixante-trois ont été audiencées (la différence résultant des mesures levées avant l'audience. Du 1<sup>er</sup> janvier au 7 décembre 2018, le JLD a été saisi de soixante-dix-neuf requêtes (soixante-sept SDDE dont cinquante-quatre à 12 jours et deux à 6 mois ; douze SPDRE dont quatre à 12 jours et huit à 6 mois) ; soixante-quatorze ont été audiencées (cinquante-deux SDDE et les douze SPDRE) du fait de quatre mainlevées et d'un passage en programme de soins décidés avant l'audience du JLD. Tous les patients en SDPRE ont comparu ; quatre patients en SDDE n'ont pu être présents (certificat d'incompatibilité) et un a refusé d'assister à l'audience. Neuf décisions de mainlevée ont été prononcées concernant des patients en SDDE et n'ont pas été frappées d'appel ; une décision de mainlevée pour un patient en SPDRE a été infirmée en appel. Dix recours ont été intentés par les patients sur des décisions de maintien, dont sept concernant des SDDE et trois des SPDRE (une décision à 12 jours et deux à 6 mois) ; deux patients n'ont pu comparaître à l'audience en appel ; la cour d'appel a prononcé la mainlevée d'une mesure de soins sans consentement en SDDE, la mainlevée d'une hospitalisation complète en SDDE et a ordonné le maintien de la mesure dans les autres cas.

L'examen des dix décisions de mainlevée rendues en première instance, fait apparaître que :

- toutes les décisions sont intervenues dans le cadre d'une saisine de plein droit, soit dans les 12 jours de l'admission ou de la réintégration après programme de soins, soit dans le délai de 6 mois (pour dix saisines : deux SDDE et huit SDRE) ;
- neuf mainlevées de SDDE ont pour motif une irrégularité de procédure : décision du directeur non motivée (deux cas) – saisine tardive du JLD – certificats médicaux des 24 et 72 heures rédigés par le même médecin pour un patient admis selon la procédure d'urgence – décision d'admission en SSC prise alors que le patient (hospitalisé en soins libres après levée de la mesure de SSC initiale) était en isolement depuis 5 jours – décision prononçant une réintégration avec effet rétroactif – décision du directeur prise le lendemain de l'admission (deux cas) – demande du tiers postérieure à la décision d'admission ;

---

n'avait pas eu cette aide. Le juge tient compte de l'équité ou de la situation économique de la partie condamnée. Il peut, même d'office, pour des raisons tirées des mêmes considérations, dire qu'il n'y a pas lieu à cette condamnation. Si l'avocat du bénéficiaire de l'aide recouvre cette somme, il renonce à percevoir la part contributive de l'Etat. S'il n'en recouvre qu'une partie, la fraction recouvrée vient en déduction de la part contributive de l'Etat »

....

- la mainlevée de la mesure de SPDRE se fonde sur l’absence de risques compromettant la sûreté des personnes (décision infirmée par la cour sur appel du parquet) ;
- quatre mainlevées ont été prononcées avec effet différé à 24 heures.

Les deux mainlevées prononcées par la cour d’appel se fondent dans un cas sur le consentement du patient aux soins, dans le second cas sur le fait que l’hospitalisation complète n’est pas la seule mesure de soins possible. Dans ces deux cas, la cour a prononcé une mainlevée avec effet différé. Force est toutefois de relever que deux des décisions de mainlevée avec effet différé prononcées par le JLD n’ont pas été suivies de la mise en place d’un programme de soins comme stipulé à l’article L.3211-12 du CSP<sup>19</sup> mais d’un maintien ou d’une réintégration du patient en hospitalisation complète dans les 24 heures de l’ordonnance. Dans le premier cas, une nouvelle procédure a été initiée à la demande d’un tiers dans les 24 heures de la décision judiciaire mais une mainlevée a été ordonnée par le JLD 10 jours plus tard, dans le cadre du contrôle de plein droit, la décision du directeur ayant été rendue le lendemain de la nouvelle admission ; dans le second cas, la décision du directeur vise une transformation d’un programme de soins en hospitalisation complète mais de façon manifestement erronée puisqu’aucun programme de soins n’avait été pris antérieurement, mesure néanmoins maintenue par le JLD lors de son contrôle à 12 jours le 7 août 2018. Une des deux ordonnances de la cour n’a quant à elle été suivie d’un programme de soins que plusieurs jours après la décision, le patient étant donc resté hospitalisé – en dehors de tout statut – bien au-delà du délai de 24 heures.

## RECOMMANDATION 5

Une attention particulière devrait être apportée par l’établissement aux patients pour lesquels une décision judiciaire de mainlevée de la mesure a été prononcée.

### 3.2 LE CONTROLE DE LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES (CDSP) EST EFFECTIF MAIS PEU DE PATIENTS LA SOLLICITENT

Au cours de l’année 2018, la composition de la CDSP de la Manche a été modifiée : le médecin psychiatre au CH de Saint-Lô, qui assurait la présidence, a été remplacé par un autre médecin de la Fondation Bon Sauveur, psychiatre à Picauville et une nouvelle désignation de magistrat a été faite début octobre par décision du premier président de la cour d’appel. En revanche, la CDSP ne comprend toujours pas de médecin généraliste ; un rappel a été fait à l’Ordre des médecins. Il n’est pas signalé d’autre difficulté quant à la désignation de ses membres. La CDSP assure sa mission sur les trois sites de Saint-Lô, Picauville et Pontorson, au rythme d’une visite par an.

La dernière visite de la CDSP sur le site de Saint-Lô est intervenue le 7 novembre 2018, soit à une date trop proche de celle du contrôle pour en obtenir le compte rendu. Chaque visite de la CDSP

---

<sup>19</sup>Article L. 3211-12 III du CSP : Le juge des libertés et de la détention ordonne, s’il y a lieu, la mainlevée de la mesure d’hospitalisation complète. Lorsqu’il ordonne cette mainlevée, il peut, au vu des éléments du dossier et par décision motivée, décider que la mainlevée prend effet dans un délai maximal de vingt-quatre heures afin qu’un programme de soins puisse, le cas échéant, être établi en application de l’article L. 3211-2-1. Dès l’établissement de ce programme ou à l’issue du délai mentionné à la phrase précédente, la mesure d’hospitalisation complète prend fin. »

est annoncée par voie d'affichage dans les unités. Les deux derniers procès-verbaux, pour les visites de 2016 (7 décembre) et 2017 (18 octobre) montrent toutefois que les demandes d'entretiens sont peu nombreuses – quatre patients en 2016 (deux en SDDE en hospitalisation complète et deux patients en programme de soins dont un en SDDE et un en SDRE), six patients en 2017 (trois en SDDE et trois en SDRE dont un en programme de soins). Du fait des fonctions exercées par le président de la CDSP au sein du CH de Saint-Lô, lors de ces visites, il était remplacé pour mener les entretiens et examiner les dossiers par le second psychiatre membre de la commission. En dehors de ces entretiens, la CDSP n'est saisie d'aucun recours de patients hospitalisés ou de leurs parents.

La lecture des procès-verbaux du 7 décembre 2016 et 18 octobre 2017 atteste d'un travail de qualité effectué lors des visites par les membres de la CDSP : visite d'unités, celle d'admissions en hospitalisation complète – Jean-Baptiste Pussin – et une autre différente tous les ans (Picardie en 2016 et Trieste Guislain en 2017) ; entretiens avec des patients ; examen de dossiers de patients SPDRE de plus d'un an (cinq en 2016 et huit en 2017), en SDDE péril imminent (dix en 2016 et deux en 2017), en SDDE plus d'un an (onze en 2017), en hospitalisation complète comme en programme de soins. A l'issue de chacune de ces deux visites la CDSP émet des préconisations sur les unités (pour l'unité Pussin, proposition de soins en ergothérapie, amélioration du système d'aération et rafraîchissement des chambres de soins intensifs), fait la synthèse des entretiens et donne un avis à la suite de l'examen des dossiers. Les commentaires font ainsi état de la « *bonne tenue des dossiers et du cahier de la loi ainsi que la présence du registre d'isolement* », et de « *certificats médicaux bien circonstanciés* » mais signalent toutefois en 2016 qu'il « *persiste des absences de justificatifs de tiers sur deux dossiers de SDDE en péril imminent, que les programmes de soins doivent être plus précis* » et que « *les copier-coller sur le mensuels sont à éviter* » et en 2017 que « *les avis du collège pour les SDDE de plus d'un an pourraient être un peu plus argumentés, qu'il restait un copier-coller sur un mensuel d'un SDRE qui se répétait sur l'année 2017 même avec un changement de médecin* ». A la fin de la visite, un rapide bilan est présenté aux responsables du CH recensant les éléments les plus significatifs de la journée.

A noter que, lors d'un précédent contrôle au CH de Pontorson, les contrôleurs ont dû solliciter du secrétaire de la commission l'envoi du rapport d'activité de la CDSP pour l'année 2017, celui-ci n'ayant pas été adressé au CGLPL nonobstant les dispositions de l'article L3223-1 du code de la santé publique, rapport qui leur a finalement été transmis.

## PROPOSITION 5

Le rapport annuel d'activités de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) doit être envoyé au Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL).

### 3.3 LE REGISTRE DE LA LOI EST SCRUPULEUSEMENT TENU AU JOUR LE JOUR MAIS NE PERMET PAS UN CONTROLE RAPIDE DE LA SITUATION INDIVIDUELLE DES PATIENTS

Le registre de la loi, commun aux SDDE et aux SPDRE, femmes et hommes confondus, est tenu par le bureau des entrées sur un modèle normalisé : livres cartonnés format A2, composés de 100 feuillets doubles numérotés correspondant pour chacun à un patient, renseignés par date d'admission ; pour les patients dont la prise en charge se poursuit en hospitalisation complète ou programme de soins durant plusieurs mois voire années, le suivi se fait par une référence au

registre précédent notée en rouge sur la première page du folio et une mention du registre suivant portée en fin de ce même folio.

Sont transcrites dans ce registre, de façon manuscrite, toutes les mentions prescrites par la loi<sup>20</sup> (et même au-delà puisque figure la mention du recueil des observations du patient et l'information à la famille pour les admissions en péril imminent). Chaque pièce visée est numérotée et renvoie aux documents classés dans le dossier du patient. Les admissions et tout événement dans la prise en charge du patient sont consignés sans délai dans le registre. Si le registre est donc tenu avec une grande précision et conformément aux exigences légales, la seule transcription des mentions obligatoires et non leur reproduction (insertion des pièces et décisions sous la forme de copie miniaturisée) rend cependant difficile un contrôle visuel rapide et global de la situation individuelle des patients, la vérification des certificats médicaux et des décisions nécessitant de se rapporter au dossier administratif de chaque patient. Tous ces dossiers, de l'année en cours et de l'année N-1 ainsi que les ceux concernant les patients toujours suivis en soins sans consentement (en hospitalisation complète et en programme de soins), sont conservés au bureau des entrées.

Les contrôleurs ont examiné le registre en cours (n°26) et le registre précédent (n°25) couvrant ensemble, outre quelques mois de 2017, l'intégralité de l'année 2018 jusqu'à la dernière admission du 2 décembre 2018 (soit 123 admissions dont 112 SDDE et 11 SPDRE cf. § 2.1). Ces deux registres ont été visés par la CDSP de la Manche les 15 octobre 2017 et 7 novembre 2018, et par le substitut du procureur de la République les 7 décembre 2017 et 28 novembre 2018, sans commentaire ni observation.

De l'examen de quatorze dossiers de patients (dont trois mineurs) il ressort que :

- les certificats initiaux établis par les urgences (CH Mémorial France-Etats-Unis de Saint Lô) sont peu circonstanciés, tant sur les troubles que sur les constats d'un « *risque grave d'atteinte à l'intégrité du patient* » ou de « *l'immédiateté du danger pour la santé ou la vie du patient* » ; en revanche, l'impossibilité d'obtenir une demande d'un tiers est bien tracée (sauf pour les patients provenant des urgences de Granville) ; les certificats médicaux des 24 heures sont plus détaillés et ceux des 72 heures sont bien actualisés ; quel que soit le statut du patient les certificats des 24 et 72 heures sont établis par deux médecins différents ;
- l'avis médical relatif à la comparution du patient devant le JLD n'est pas intégré dans l'avis motivé (ou certificat entre le 5<sup>ème</sup> et le 8<sup>ème</sup> jour) mais fait l'objet d'un certificat médical distinct ;

---

<sup>20</sup>Article L3212-11 : Dans chaque établissement mentionné à l'article L. 3222-1 est tenu un registre sur lequel sont transcrits ou reproduits dans les vingt-quatre heures : 1° Les nom, prénoms, profession, âge et domicile des personnes faisant l'objet de soins en application du présent chapitre ; 2° La date de l'admission en soins psychiatriques ; 3° Les nom, prénoms, profession et domicile de la personne ayant demandé les soins ou une mention précisant que l'admission en soins a été prononcée en application du 2° du II de l'article L.3212-1 ou de l'article L. 3212-3 ; 4° Les dates de délivrance des informations mentionnées aux a et b de l'article L. 3211-3 ; 5° Le cas échéant, la mention de la décision de mise sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice ; 6° Les avis et les certificats médicaux ainsi que les attestations mentionnés au présent chapitre ; 7° La date et le dispositif des décisions rendues par le juge des libertés et de la détention en application des articles L. 3211-12 et L. 3211-12-1 ; 8° Les levées des mesures de soins psychiatriques autres que celles mentionnées au 7° ; 9° Les décès.

- les certificats médicaux mensuels sont dans l'ensemble détaillés à l'exception toutefois de ceux établis dans le cadre de programme de soins de longue durée où les certificats deviennent de simples copier-coller ;
- les certificats médicaux mentionnent que le patient a été informé du contenu du certificat et sont accompagnés (pour tous les certificats à compter de celui des 72 heures) du recueil des observations du patient, daté et signé ;
- si les décisions du directeur mentionnent l'heure d'admission du patient, les certificats médicaux initiaux ne sont quant à eux pas horodatés ce qui ne permet pas de contrôler le respect des délais légaux de 24 et 72 heures pour les deux certificats ultérieurs qui eux sont horodatés <sup>21</sup>;
- les décisions du directeur, tout comme les arrêtés du préfet, sont dépourvus de motivation, visant certes le ou les certificat(s) médical(aux) mais sans en reprendre les termes (« il résulte du contenu du certificat médical dont je m'approprie les termes »).<sup>22</sup>

## RECOMMANDATION 6

Les décisions du directeur, les arrêtés municipaux ou préfectoraux, les certificats médicaux mériteraient d'être horodatés afin de garantir le respect des délais impartis par la loi. Comme toute décision administrative individuelle, les décisions du directeur et les arrêtés préfectoraux doivent être motivés.

### 3.4 LE RECOURS AU COLLEGE DES PROFESSIONNELS DE SANTE EST RESPECTUEUX DES DROITS DU PATIENT

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

Lorsque la réunion du collège des professionnels de santé est nécessaire, le bureau des entrées avise les secrétaires médicales de l'unité ou du CMP afin qu'elles composent le dit collège (le médecin en charge du suivi lequel contacte un second psychiatre et un représentant des soignants qui est toujours le cadre de santé). Une fois la date de la réunion arrêtée par les membres du collège – environ dans les 15 jours précédant la date butoir – une convocation est adressée tant aux membres du collège qu'au patient. Si le patient ne se présente pas, une seconde convocation lui est adressée et ce jusqu'à ce qu'il compareisse (pour un patient trois convocations ont ainsi été nécessaires).

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

<sup>21</sup> Dans ses observations, en réponse au rapport provisoire, le juge des libertés et de la détention indique que désormais toutes les décisions et tous les certificats sont horodatés.

<sup>22</sup> Le directeur de l'hôpital conteste d'avoir à motiver sa décision ; il a une compétence liée avec le psychiatre. Or, la décision du Directeur est un acte administratif qui à ce seul titre doit être motivée.

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

A chacune de ses visites, la CDSP vise le livre de la loi (*cf. supra* § 3.2).

Le substitut du procureur de la République en charge des procédures de soins sans consentement visite une fois par an l'établissement et plus particulièrement l'unité Pussin, rencontre des soignants et le cadre de santé et vise le registre de la loi (*cf. supra* § 3.2). Les JLD quant à eux ne contrôlent pas ce registre.

Les professionnels rencontrés s'accordent à dire que les relations entre le judiciaire et le médical sont de qualité.

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

## 4. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

### 4.1 LES RESTRICTIONS APPORTEES A LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR SONT INDIVIDUALISEES ET FONT L'OBJET D'UNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE

#### 4.1.1 L'accès aux chambres et à l'extérieur

L'hôpital est situé au cœur d'un parc clos mais accessible par tous de 5h30 à 21h30 et proche du centre-ville de Saint-Lô. Les patients ayant un droit de sortie peuvent donc se rendre librement en ville ou à leur domicile durant la journée. Le parc est très agréable et comporte des bancs et une promenade.

L'accès aux unités ouvertes est libre durant la journée, l'horaire de fermeture des portes le soir varie de 19h à 21h selon les unités et l'ouverture se fait généralement avant le petit-déjeuner. Deux unités sont dotées d'un digicode, si le code est inscrit sur la porte dans une unité, les patients doivent le demander aux soignants lorsqu'ils ne s'en souviennent plus dans l'autre, subordonnant ainsi la sortie à la disponibilité des soignants.

Au jour de la visite, quatre patients en unité ouverte n'avaient pas le droit de sortir du tout de l'unité et douze devaient sortir accompagnés. Dans la pratique, il n'est pas rare que les patients puissent se rendre seuls sur le perron pour fumer ou prendre l'air ou encore aller aux activités. Le respect des consignes est essentiellement basé sur la confiance entre soignant/soigné.

Seuls les douze lits de l'unité Ile-de-France ne sont pas accessibles durant la journée par les patients ; dans les autres unités les chambres demeurent ouvertes toute la journée, une restriction est appliquée dans l'unité Auvergne entre 16h et 18h pour inciter les patients à participer à la vie collective de l'unité et à aller aux activités. Dans l'unité Guislain, si un patient reste dans sa chambre toute la journée sans se rendre aux activités cette dernière sera fermée pendant les horaires d'ouverture du club Dali.

L'unité Pussin, seule unité fermée, adapte les modalités de sortie en fonction de la pathologie et de l'état du patient. Pour les personnes en soins sans consentement un éventail de mesures peut être adopté : sortie sur le perron, sortie accompagnée dans le parc, sortie au club Dali accompagné, etc. Pour les personnes en soins libre les modalités de sortie se font également sur prescription médicale ; s'il n'y a pas de prescription le principe devient l'autorisation de sortie en demandant toutefois aux soignants d'ouvrir la porte principale. Au jour de la visite, les deux patients qui n'avaient pas le droit de sortir du tout étaient ceux placés en isolement. Les chambres sont ouvertes et accessibles par les patients quand ils le souhaitent.

#### 4.1.2 La réflexion autour de la liberté d'aller et venir

En juin 2016, une équipe composée d'un psychiatre, d'un juriste et du président de la CME a été missionnée pour effectuer une évaluation des pratiques professionnelles concernant la liberté d'aller et venir ; le rapport a été finalisé en mars 2017. Cette étude a permis d'aller à la rencontre des membres de l'équipe soignante et d'échanger sur les pratiques diverses entre chaque unité. La réglementation est citée et mise en perspective ; les recommandations du CGLPL sont également énoncées. Cinq recommandations concernant directement la liberté d'aller et venir ont été émises et une journée de restitution avec l'ensemble du personnel a été organisée. Cette réflexion interne est le signe d'un questionnement permanent des membres du personnel sur les libertés des patients et sur leurs droits. Comme l'a affirmé le président de la CME aux contrôleurs : « *le personnel veut aller vers l'ouverture et vers une individualisation des*

*restrictions* ». Au jour de la visite, aucune date limite de mise en œuvre des recommandations n'avait été fixée. Des discussions sont en cours pour une rénovation des unités mais les soignants rencontrés à ce sujet ont exprimé le souhait de voir des changements opérés rapidement.

## 4.2 SI LES CONTRAINTES IMPOSEES AUX PATIENTS DANS LEUR VIE QUOTIDIENNE SONT INDIVIDUALISEES, L'ACCES AU TABAC FAIT L'OBJET D'UN TRAITEMENT PEU LISIBLE

### 4.2.1 Les restrictions générales à l'arrivée et pendant l'hospitalisation

Il n'existe que peu de restrictions générales et systématiques au niveau de l'hôpital.

Lors de l'arrivée, des objets sont placés dans le coffre situé dans le bureau du cadre et accessible sur demande : argent, carte bancaire, chéquier, objets tranchants à usage non régulier (ciseaux) et d'autres dans le casier du patient accessible sur demande aux soignants (parfum, rasoir, chargeur de téléphone, gâteaux, document d'identité, lacets, ceinture) (cf. *infra* § 5.4). Le retrait systématique des objets considérés comme dangereux n'est pas appliqué dans toutes les unités, ainsi dans les unités Ile-de-France et Guislain le risque suicidaire du patient est évalué avant tout retrait d'objets personnels.

Le port du pyjama est limité aux personnes placées en isolement et à celles dont la seule tenue serait au lavage sans qu'un vêtement de rechange n'ait pu être trouvé.

Dans toutes les unités toutes les autres restrictions sont le fruit de décisions médicales individualisées. Le téléphone est par principe autorisé, les ordinateurs et tablettes font quant à eux souvent l'objet d'une plus grande restriction et sont autorisés sur prescription. Des contraintes inhérentes à la vie en collectivité sont appliquées mais font l'objet d'ajustement. Les repas sont pris en commun mais les soignants sont flexibles sur l'heure d'arrivée et de sortie de table, les patients peuvent se placer librement. Les patients ne peuvent cependant conserver de la nourriture dans leur chambre, les produits non périssables sont entreposés dans les casiers et disponible sur demande, les produits périssables sont quant à eux interdits. La flexibilité s'applique également lors de l'extinction des feux le soir et l'arrêt de la télévision, fixée à 23h mais qui peut être étendue. Seule une unité permet aux patients d'avoir un poste de télévision dans leur chambre. Aucune heure de coucher n'est imposée bien qu'à partir d'un moment les patients sont priés de rejoindre leur chambre « *pour respecter le repos de chacun* ».

### 4.2.2 L'usage du tabac

Tous les règlements intérieurs des unités rappellent l'interdiction légale de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. Toutes les unités n'appliquent cependant pas les mêmes règles concernant l'accès au tabac pour les patients : certaines laissent totalement le patient gérer sa consommation ; d'autres la gèrent si le patient a des problèmes de gestion du tabac (il fume le paquet dès qu'il en a un) ou des problèmes économiques. Dans d'autres unités l'usage est contrôlé par le médecin qui prescrit le nombre de cigarettes autorisées, le paquet étant géré par les soignants. L'étage Picardie a instauré des heures de distribution de cigarettes et une limitation à deux cartouches par mois ; pour que cette dernière soit respectée les soignants ne remettent qu'une petite somme d'argent au patient lorsqu'il se rend en ville et un tableau hebdomadaire de distributions de cigarettes est tenu pour permettre de calculer le nombre de cigarettes fumées par jour et par patient. A l'unité Pussin il peut arriver qu'une autorisation soit donnée pour un certain moment (après le repas, etc.). Les patients fumeurs peuvent se rendre à l'extérieur tout

comme les autres patients mais ils disposent aussi d'un fumoir dans l'unité avec un briquet encastré.

Le soir, certaines unités récupèrent les briquets des patients mais les soignants ont indiqué aux contrôleurs qu'ils ne vérifiaient pas si les patients détenaient d'autres briquets. Des substituts nicotiques (patchs ou nicorettes®) sont proposés mais il n'est pas rare que des soignants accompagnent des patients fumer à l'extérieur.

Ces fonctionnements différenciés dans la pratique mais non formalisés dans le règlement intérieur des unités font obstacle à la bonne compréhension de la règle par les patients.

#### PROPOSITION 6

Les modalités d'accès au tabac doivent être harmonisées entre les unités ouvertes et retranscrites dans le règlement intérieur, aucune restriction systématique en la matière ne pouvant être appliquée.

### 4.3 LES VISITES DES PROCHES SONT FACILITEES MAIS LEURS CONDITIONS MATERIELLES RESTENT A AMELIORER

Les visites ont lieu l'après-midi mais les soignants font état d'une grande souplesse quant aux horaires.

Par principe, les visites sont autorisées sauf lorsque les patients ne les souhaitent pas. Toutes les unités ne disposent pas de salon de visite mais l'unité Pussin, par sa spécificité d'unité fermée, dispose d'un salon de visite convivial. Les patients des autres unités sont autorisés à recevoir leurs visiteurs dans leur chambre à l'exception des enfants. Les familles peuvent apporter des denrées, dès lors qu'elles ne sont pas périssables (biscuits, briquettes de jus de fruits). En raison de l'absence de cafétéria et de distributeur de boissons ou de friandises, les proches ne peuvent pas prendre une boisson ou partager un goûter pendant la visite. Il n'existe pas non plus de dispositif accueillant pour les enfants.

#### PROPOSITION 7

L'organisation des visites nécessite que les conditions matérielles soient améliorées. Les unités doivent être dotées de salons familiaux, permettant aux patients d'accueillir leurs proches dans l'intimité et dans des conditions satisfaisantes, y compris pour les enfants.

### 4.4 LE RECOURS AU PYJAMA DEMEURE UNE EXCEPTION

Lors de la visite, seuls deux patients admis à l'unité Pussin étaient en pyjama. L'un était placé en chambre d'isolement ; le second étant dans le déni de sa pathologie, le recours au pyjama avait pour objectif de lui rappeler qu'il se trouvait dans un lieu de soins.

Selon les propos recueillis, les autres unités n'ont pas recours à cette mesure sauf pour les patients qui ne disposent pas de vêtements de rechange.

## 5. LES CONDITIONS DE VIE

### 5.1 LES LOCAUX ET LES CHAMBRES SONT DE QUALITE DISPARATE SELON LES UNITES ENTRAINANT UN CADRE D'HOSPITALISATION DIFFERENCIE

#### 5.1.1 Les espaces communs

L'hôpital comporte cinq unités d'hospitalisation composées de quatre-vingts lits et deux chambres d'isolement situées dans l'unité Pussin, seule unité fermée. Une unité est consacrée à l'accueil des patients (l'Unité d'Accueil d'Evaluation et d'Orientation- UAEO) et est adjacente à l'unité Pussin.

Sur les cinq unités, seule l'unité Auvergne possède un bâtiment indépendant. L'unité Pussin est au rez-de-chaussée et l'unité Savoie au premier étage du même bâtiment ; il en est de même pour l'unité Picardie et l'unité Ile-de-France à l'étage, considérées dans les faits comme une seule unité (nommée Ile-de-France), et l'unité Guislain située au-dessus de l'UAEO. L'emplacement d'unité ouverte à l'étage entraîne des restrictions de fait pour les patients et des adaptations nécessaires pour le personnel. En effet, les patients, qui n'ont pas le droit de sortir seuls, ne peuvent pas se rendre sur le perron de l'unité ne serait-ce que pour fumer contrairement aux unités en rez-de-chaussée. Ces unités font également en sorte de ne pas accueillir de personnes à mobilité réduite puisqu'elles ne disposent pas d'ascenseur. De plus à l'unité Ile-de-France, le seul bureau de personnel est situé au rez-de-chaussée : la nuit les soignants font des rondes mais ne sont pas physiquement présents à l'étage. Ce problème se pose également la nuit à l'unité Guislain.

Toutes les unités comportent un bureau infirmier, une salle à manger, une voire deux salles d'activités, un à deux postes de télévision, des bureaux d'entretiens ou de consultation, une buanderie, des locaux de nettoyage, une salle comprenant les casiers des patients et une salle de repos pour le personnel.

Les douches communes situées dans les unités Savoie, Guislain et Ile-de-France permettent au patient de s'enfermer. L'unité Ile-de-France comprend trois salles de bains, une avec un WC à l'anglaise, une balnéothérapie et une autre adaptée aux personnes à mobilité réduite (PMR). L'unité Savoie comprend elle aussi trois salles de bains, dont deux qui se situent en face des toilettes communes et une adaptée aux PMR. La disposition en face à face de toilettes et des douches ne permet pas de préserver l'intimité des personnes qui viennent de se doucher. L'unité Guislain ne comporte quant à elle qu'une salle de bains avec patères et un WC à l'anglaise. Les locaux sont lumineux et les fenêtres sont toutes orientées vers le parc, ce qui offre un cadre et une vue agréable. L'unité Auvergne rénovée récemment reste celle offrant le meilleur cadre de prise en charge ; d'autres sont étroites et mal agencées, voire dangereuse en cas d'incidents (cela est notamment le cas pour la cuisine de l'unité Savoie).

**PROPOSITION 8**

L'agencement des unités ainsi que leur situation doivent être repensés afin d'assurer un meilleur respect des droits des patients.

**5.1.2 Les chambres**

Des éléments se retrouvent dans toutes les chambres des différentes unités mais la configuration de ces dernières est très disparate. Toutes les chambres sont protégées de la vue d'autrui depuis l'extérieur par des stores ou des rideaux ; l'intérieur des chambres n'est pas non plus visible depuis le couloir. Les patients peuvent demander aux soignants d'ouvrir la partie supérieure de leur fenêtre pour aérer et disposent d'une lumière au-dessus de leur lit qui fait office de liseuse. Une table, une chaise, une table de chevet ainsi qu'un placard meublent la chambre. Enfin, aucune chambre ne dispose de sonnette d'appel. Dans l'unité Auvergne, les patients les plus désorientés ou qui ont des difficultés de mobilité disposent de bracelet permettant d'alerter un soignant en cas de besoin. Le même dispositif avait été mis en place pour une personne à l'unité Guislain mais ne fonctionnant plus cela oblige la personne à descendre au rez-de-chaussée la nuit pour faire appel au personnel soignant de l'UAEO puisqu'il n'y a pas de personnel affecté à cette unité la nuit. Enfin, toutes les chambres sont individuelles.

Les patients autonomes disposent de la clé de leur placard seulement dans l'unité Auvergne. Trois unités et Picardie offre la possibilité aux patients de s'enfermer dans leur chambre avec un verrou de confort ou un loquet qui peut être déverrouillé par les soignants depuis l'extérieur.

Comme mentionné plus haut, toutes les chambres ne sont pas dotées de salles de bains et de WC individuels. Les locaux sanitaires dans les chambres disposent d'un miroir, d'une douche avec flexible, retiré dans certaines unités de manière systématique ou individualisée et d'un porte-serviettes. Les chambres sans salle de bains ou WC ont un lavabo surmonté d'une tablette (sauf deux chambres à Ile-de-France) et un miroir permettant de faire une toilette rapide. L'unité Pussin comporte deux chambres dites de repli (chambre d'apaisement) utilisées comme chambres d'hébergement. Ces chambres ont un double sas commun ; le premier comprenant un placard et une tablette pour déjeuner avec une chaise et le second une douche et un lavabo et un lit scellé au sol.

Toutes les chambres sont propres et lumineuses et orientées vers l'extérieur mais la décoration y est peu présente, seuls les patients de Picardie s'approprient leur chambre.

**PROPOSITION 9**

Les patients doivent pouvoir disposer de clé pour leur placard ainsi que de verrous de confort pour leur chambre afin de préserver leur intimité. Des dispositifs doivent être installés pour que tous les patients puissent alerter les soignants à tout moment.

**5.2 L'HYGIENE DES PATIENTS ET DES LOCAUX EST L'OBJET D'UNE ATTENTION EFFICACE MAIS LA CONFIGURATION DE CERTAINES UNITES FAIT OBSTACLE A L'INTIMITE DES PATIENTS**

Les locaux des unités de l'hôpital sont tous propres et bien entretenus. Dans plusieurs unités, les patients sont associés au nettoyage et au rangement de leur chambre après le petit-déjeuner. Dans l'unité Pussin, les ASH sont en charge du ménage journalier et un grand ménage de chambre

est organisé une fois par semaine. Dans les unités Savoie et Guislain, les produits d'entretien sont laissés à disposition des patients pour qu'ils puissent effectuer eux-mêmes le ménage.

L'entretien de la literie et des serviettes de toilette est effectué en fonction des besoins ou de manière régulière. Un stock est disponible dans les unités ; dans les unités Savoie et Guislain, les patients changent leurs draps lorsqu'ils le souhaitent favorisant ainsi une autonomisation des patients.

Des lave-linge sont à disposition des patients dans les unités bien que ceux recevant des visites soient invités à faire laver leurs affaires personnelles par leur famille. Pour les patients sans vêtements de rechange un petit stock est approvisionné par les soignants. Des kits d'hygiène corporelle sont également à disposition pour les patients sans ressources.

Toutes les unités ne disposent cependant pas de toilettes et de douches individuelles ce qui oblige les patients à s'organiser entre eux pour prendre leur douche. Bien qu'aucun horaire ne soit imposé les patients sont invités à se doucher prioritairement le matin avant que le ménage des parties communes soit fait. Les patients ne souhaitant pas se rendre à la douche peuvent faire leur toilette dans leur chambre au lavabo, leur intimité n'est cependant pas garantie puisque toutes les unités ne disposent pas de verrous de confort et que la porte peut donc être ouverte sans préavis.

#### PROPOSITION 10

Afin de garantir l'intimité et l'autonomisation des patients toutes les chambres doivent disposer d'une salle d'eau.

### 5.3 LA SUR OCCUPATION EST PRIORITAIREMENT GEREE AVEC LES ETABLISSEMENTS LES PLUS PROCHES

Bien que les données montrent un taux d'occupation annuel de 80,5 % toutes unités confondues, les soignants ont à plusieurs reprises exprimé le fait que les unités sont souvent pleines. Les cas de sur occupation sont d'abord gérés en interne puis avec l'hôpital de Picauville avec lequel l'établissement de Saint-Lô a fusionné en 2018 bien que les secteurs soient différents et que cela entraîne des transferts de dossiers. Si cet hôpital est également au maximum de ses capacités d'accueil, les patients sont alors redirigés vers les hôpitaux des villes de Pontorson, de Caen ou de Bayeux selon leur domicile. Après des durées de séjours variables dans ces établissements, le patient sera transféré à Saint-Lô dès lors qu'un lit se sera libéré dans une unité adaptée.

A la fin de chaque semaine, l'hôpital travaille sur la sur occupation et anticipe les sorties en mettant en place des alternatives adaptées, en ambulatoire, ou en retardant une entrée programmée. Dans tous les cas, la situation clinique du patient prévaut et un suivi sera mis en place. Selon les informations recueillies lors de la visite, il arrive que les chambres d'isolement soient utilisées par des patients lorsque l'unité Pussin est pleine, le préfet comptant les deux chambres comme des chambres ordinaires. Le régime appliqué est alors celui de porte ouverte mais les conditions de prise en charge ne demeurent pas adaptées.

**RECOMMANDATION 7**

Les chambres d'isolement ne doivent pas être utilisées comme chambre ordinaire en cas de sur-occupation, même à titre exceptionnel.

**5.4 LA GESTION DES BIENS SE FAIT AVEC DISCERNEMENT MAIS LES PATIENTS NE SONT PAS ASSOCIES A LA TENUE DE LEUR COMPTE « ARGENT DE POCHE »**

A l'admission d'un patient dans une unité, un inventaire de l'ensemble de ses effets personnels est établi en présence de celui-ci. Cet inventaire, signé par le patient lorsqu'il est en capacité d'en comprendre le sens, est simplement classé dans son dossier sans qu'une copie ne lui soit remise. En cas de transfert d'une unité ou d'un autre établissement, cet inventaire contradictoire est actualisé à l'arrivée dans l'unité d'accueil.

A l'unité Pussin comme à l'UAEO et à l'unité Auvergne, bon nombre d'objets (téléphone, chargeur, papiers et objets dangereux tels lacets, cordons, ceinture, rasoir, foulard, parfum, etc.) sont retirés au patient à son arrivée. Ces effets personnels sont placés dans un casier à son nom fermant à clé, situé dans le bureau du cadre ou celui des soignants, casier comportant l'affichage de l'inventaire et accessible uniquement avec un soignant. Dans les autres unités, aucun objet n'est retiré au patient à l'exception des objets contondants ou dangereux ; toutefois, pour éviter les vols puisque les placards des chambres ne ferment pas à clé de nombreux objets (lunettes, cigarettes, gâteaux et friandises, tondeuse, gel douche, petite monnaie, etc.) sont en fait laissés dans les casiers.

L'argent, les moyens de paiement (chéquier et carte bancaire) ainsi que les objets de valeur des patients sont en général conservés dans un coffre dans le bureau du cadre. Lorsque les objets de valeur sont en nombre important, ils sont placés dans une enveloppe et conservés dans le coffre de la régie (situation qui ne s'est produite qu'une seule fois). De même pour les sommes d'argent importantes. Il n'existe cependant pas de consigne spécifique quant au montant maximum de la somme pouvant être gardée au sein de l'unité ; dans la plupart des cas celle-ci est de l'ordre de 50euros. L'enveloppe contenant l'argent ou les objets de valeur est apportée à la régie par l'infirmier coordonnateur de l'unité ou par le cadre ; une feuille mentionnant le montant du dépôt est signée du patient et contresignée par le comptable qui ouvre un compte nominatif « argent de poche ».

Lorsque le patient a besoin d'argent au cours de son hospitalisation, le cadre de l'unité se rend à la compatibilité pour chercher la somme demandée, le plus souvent hors présence des patients sauf pour ceux de l'unité Auvergne. Si les fonds ne sont pas disponibles une demande est faite au tuteur ou à la famille pour renflouer le compte ; cet apport est fait dans 90 % des cas par virement, sinon par chèque. Lorsque les fonds sont disponibles, la demande est acceptée, le compte du patient est mis à jour et une fiche caisse est signée par le cadre puis tracée dans le service.

Lors de la mainlevée de l'hospitalisation, le solde disponible est remis au cadre et la fiche du patient tenue à jour.

En dehors des heures d'ouverture de la caisse (8h à 16h du lundi au vendredi) les sommes d'argent sont gardées dans le service et apportées à la compatibilité le lendemain ou le lundi.

Lorsqu'un patient se trouve totalement démuné à son arrivée, la comptabilité peut lui faire une avance de 20 euros qui est, dans la mesure du possible récupérée ultérieurement. Le fonds social

qui pouvait aider financièrement certains patients n'existe plus. Il a toutefois été précisé que la direction pouvait, sur demande motivée, faire un don ponctuel ; ainsi pour une personne totalement démunie et sans effets personnels, la direction a débloqué une somme de 150 euros pour l'achat de vêtements.

## 5.5 LA QUALITE DE LA NOURRITURE PROPOSEE EST SATISFAISANTE

### 5.5.1 La préparation des repas

Les repas sont préparés par le Groupement de Coopération Social et Médico-Social (GCSMS), groupement créé par l'hôpital. Les produits fournis sont frais et de saison, cultivés et récoltés par des personnes travaillant en établissement et service d'aide par le travail (ESAT). Les commandes sont effectuées une semaine à l'avance et la livraison a lieu tous les jours sauf le dimanche. Le mode de fonctionnement permet une rectification des commandes jusqu'à 12h avant la livraison journalière. Toutes les unités disposent d'une cuisine où est réchauffée la nourriture livrée en circuit de liaison froide et sauf exception aucune nourriture n'est préparée sur place ; les cuisines ne disposent d'ailleurs que de quelques plaques de cuisson, d'un four à micro-ondes, d'une bouilloire et d'un four professionnel. Le pain est frais et provient d'une boulangerie locale. Pour éviter toute rupture de stock, un stock tampon est à disposition et comprend six menus différents et appertisés, il permet ainsi de couvrir une entrée tardive le week-end.

### 5.5.2 La composition des repas

Le petit-déjeuner comprend un choix de boissons chaudes, des produits céréaliers, du beurre, de la confiture, et du jus d'orange. A la demande du patient, le sucré peut être substitué par du camembert. Les menus du déjeuner et du dîner sont préparés avec la diététicienne de l'hôpital et comportent deux fois par semaine une pâtisserie, ceci uniquement dans les unités accueillant des patients au long cours. Les repas sont identiques à ceux du personnel avec un choix plus restreint mais chaque jour quatre substitutions sont toutefois possibles pour permettre un plus grand choix au patient. Des repas améliorés sont prévus pour les veilles et les jours de fête. Une enveloppe budgétaire existe pour préparer par exemple un gâteau d'anniversaire, cette possibilité semble néanmoins peu utilisée.

Le goûter est composé d'une boisson chaude et d'une compote, les patients de l'unité Ile-de-France ont également des biscuits secs pour compenser le peu de visites de l'extérieur. Le soir une tisane est proposée sauf dans l'unité Pussin. Les menus hebdomadaires sont affichés dans les unités.

Des repas spéciaux sont disponibles notamment lorsque le patient fait l'objet d'une restriction médicale. Vingt-quatre types de régime différents sont à disposition, eux-mêmes se déclinant en plusieurs textures pour s'adapter aux patients. Autant que faire se peut les patients se voient proposer le menu du jour afin de favoriser la convivialité du repas. Des commandes particulières à la composante sont possibles pour les patients qui le souhaitent (deux entrées, pas de dessert). Aucun distributeur n'est cependant accessible pour les patients dans les unités ou dans l'enceinte de l'établissement.

### 5.5.3 La prise des repas

Les repas sont pris en commun dans la salle à manger de l'unité, sauf prescription médicale. Les patients se placent comme ils le souhaitent dans la salle, la vaisselle et les couverts sont aux standards de la restauration collective (inox, verre, terre cuite), sans restriction particulière. Les

personnes placées en chambre d'isolement ont quant à eux des couverts et une assiette en plastique.

Le petit-déjeuner est servi autour de 8h, le déjeuner autour de 12h, le goûter vers 16h et le dîner vers 18h30. Les horaires demeurent flexibles, notamment le matin et le week-end. Compte tenu de la pathologie de certains patients, l'unité Ile-de-France est contrainte de mettre en place trois services. La participation aux tâches communes est variable selon les unités mais l'autonomisation des patients est valorisée. Si à l'unité Picardie un planning hebdomadaire est établi pour la préparation des tables, la vaisselle et le nettoyage, d'autres unités invitent les patients à le faire de manière volontaire après chaque repas.

Enfin, seule l'unité Picardie propose des repas partagés soignants/soignés le midi et le soir en fonction du nombre de soignants disponibles.

## **5.6 SI LES ACTIVITES SONT LIMITEES DANS LES UNITES, LE CENTRE D'ACTIVITES THERAPEUTIQUES DALI OFFRE AU SEIN DE L'HOPITAL UN LARGE CHOIX D'ATELIERS A L'ENSEMBLE DES PATIENTS QUEL QUE SOIT LEUR STATUT D'HOSPITALISATION**

### **5.6.1 Les activités dans les unités**

Dans l'ensemble de l'établissement, les activités internes à chaque unité sont réduites, soit parce que la vocation de l'unité (Pussin, UEA0) est tournée vers le soin actif, soit parce qu'elle privilégie le développement de l'autonomie des patients et donc les activités extérieures (Guislain).

Néanmoins, compte tenu de la présence « longue » des patients dans nombre d'unités et de l'expression de l'ennui des patients, soulignée à travers les questionnaires de satisfaction (en 2017, Auvergne, UEA0), quelques animations sont mises en place : à Auvergne comme à Guislain, un atelier cuisine de la diététicienne, avec la présence d'une AS, a lieu tous les 2 mois ou tous les 15 jours; à Ile-de-France-Picardie, le recrutement d'aides médico-psychologiques (AMP) s'est effectué, semble-t-il, avec l'idée de la mise en place d'une animation interne plus importante. A Auvergne, où un baby-foot a été commandé dans le but d'une stimulation entre patients, et qui organise la fermeture des portes des chambres de 16h à 18h dans le but d'inciter aux sorties, une AS met en place épisodiquement des ateliers de peinture et de travaux manuels. A Savoie, c'est le cas également pour des activités de manucure ou de tricot. A Pussin, le cadre nouvellement arrivé souhaite mettre en place des activités qui, pour l'heure, sont inexistantes : le baby-foot, le vélo d'appartement ou le ping-pong, installés dans une grande salle, n'ont jamais été utilisés durant la semaine de la visite des contrôleurs.

### **5.6.2 Les activités thérapeutiques**

Prescrites par le médecin, elles sont de deux ordres :

- celles qui se déroulent à l'intérieur des unités et participent au projet de l'unité. Cette situation se trouve à l'unité Auvergne où fonctionnent deux groupes de paroles, l'un ouvert à tous, l'autre, plus particulièrement dédié aux personnes suicidaires. A Ile-de-France, à signaler également les repas thérapeutiques quotidiens soignants-soignés. A Pussin, ce sont les séances de sport individuelles prescrites pour certains malades (deux la semaine de la visite) et effectuées par les éducateurs sportifs de Dali (*cf. infra*) qui ressortent de cette rubrique ainsi que l'éducation thérapeutique (*cf. infra*) qui peut y être dispensée ;

- celles qui prennent place au centre intersectoriel thérapeutique Dali au sein de l'hôpital. Situé à l'entrée de l'hôpital dans un local lumineux de sept pièces, ouvert de 9h30 à 16h 30 du lundi au vendredi, le centre Dali offre des activités thérapeutiques à l'ensemble des patients avec plusieurs caractéristiques :
  - o leur diversité : l'équipe, composée de trois équivalents temps plein (trois infirmiers et un aide-soignant) et dotée d'un budget spécifique, offre selon un planning régulier, des ateliers diversifiés (bois, encadrement, assemblage, bricolage, dessin, mémoire, esthétique). Les ateliers accueillent, selon leur nature, entre un patient (esthétique), quatre (encadrement) ou huit (dessin avec une artiste art-thérapeute ou groupes mémoire) ;
  - o leur large ouverture : les ateliers sont ouverts sur prescription médicale à tous les patients de toutes les unités y compris les personnes en soins sans consentement : ainsi trois patients de l'unité Pussin, accompagnés par des soignants, y étaient inscrits la semaine de la visite des contrôleurs. Il est également à souligner que certains ateliers sont ouverts à des patients, sortis de l'hôpital et résidant à l'extérieur, confirmant la volonté d'ouverture de l'hôpital sur la ville. Le choix par la fondation d'une ouverture vers l'extérieur dans l'objectif de l'autonomie des malades, pourrait conduire lors du déménagement prochain du centre Dali dans un autre bâtiment de l'hôpital, à la réduction du nombre d'activités proposées et à l'externalisation en ville de certains ateliers ;
- est rattachée pour ordre au centre Dali l'activité sportive de l'hôpital, mutualisée pour tout l'hôpital mais aussi pour l'ensemble de la fondation. Organisée par deux éducateurs sportifs et infirmiers (soit 1,3ETP) et développée depuis 2003 avec une philosophie explicite de « soin dans le sport », elle se déroule selon quatre modalités :
  - o des séances Individuelles prescrites (quatre patients à Pussin) ;
  - o des activités collectives (marches avec plusieurs niveaux), ouvertes également aux patients sortis ;
  - o des rencontres événementielles à la journée (badminton) ;
  - o des stages extérieurs (montagne, voile, randonnée) avec des soignants et des patients de l'ensemble de la fondation et d'autres établissements ;

D'autres activités extérieures sont aussi développées : équithérapie au Tricotin (Ile-de-France-Picardie, Pussin) ou journées à la ferme thérapeutique de Soulles, CATTP de la Fondation situé à l'extérieur de l'hôpital.

## 5.7 LA SEXUALITE DES PATIENTS EST UN SUJET PEU ABORDE

Le thème, qui n'est pas abordé dans le règlement intérieur des unités, est traité par l'établissement sous l'angle de « l'incident » ou de la vigilance à apporter aux situations des personnes les plus vulnérables. C'est ainsi qu'une note du directeur général du 12 février 2018 adressée à tout le personnel demande à quiconque aurait eu connaissance d'atteintes ou d'agressions sexuelles à l'encontre de personnes vulnérables de les signaler à la direction. Elle répond en cela aux trois agressions sexuelles enregistrées en 2017 dans les événements indésirables graves de l'ensemble des établissements de la Fondation. Conformément à cette démarche, l'établissement a accompagné en 2018 une patiente hospitalisée à l'unité Pussin afin de porter plainte pour une agression sexuelle dont elle aurait été la victime dans l'unité.

Lorsqu'un rapprochement s'effectue entre deux patients, les pratiques soignantes, unanimement vigilantes à la vulnérabilité des personnes, sont le plus souvent caractérisées par

le silence et la gêne. L'évocation de telle situation en réunion institutionnelle ne s'effectuerait qu'à Auvergne, unité qui souhaiterait également la mise en place d'ateliers d'éducation pour la santé sur ce thème. L'absence de préservatifs est générale : à l'unité Guislain, le médecin psychiatre envisage d'inciter les soignants à proposer aux patients de s'en procurer à l'extérieur. La contraception est parfois évoquée avec le médecin généraliste.

Compte tenu de la difficulté et de la sensibilité d'un sujet qui se pose dans la réalité de la vie quotidienne des unités, le comité d'aide à la réflexion éthique (CARE), mis en place en 2017, pourrait se saisir du sujet, ainsi qu'il l'a été suggéré dans le bulletin d'information de la Fondation (Bon à savoir-BS) d'avril 2018. Le seul thème, jusque-là débattu en 2018, a été : « *Comment sensibiliser le personnel à la question de la vaccination contre la grippe saisonnière* ». Cependant, les règles de fonctionnement du comité, qui ne permettent pas l'auto-saisine, limitent certainement le traitement de ce sujet délicat.

#### PROPOSITION 11

La question de la vie sexuelle des patients hospitalisés pourrait faire l'objet d'une réflexion du comité d'aide à la réflexion éthique (CARE) dont les modalités de saisine pourraient être assouplies.

## 6. LES SOINS

### 6.1 LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE REPOSE SUR UNE APPROCHE INDIVIDUALISEE AVEC POUR OBJECTIF DE LIMITER LA DUREE D'HOSPITALISATION

#### 6.1.1 Les modalités de prise en charge au cours de l'hospitalisation

A l'exception de l'unité Pussin qui compte deux praticiens hospitaliers (PH), les autres unités ne disposent que d'un médecin. La possibilité pour les patients de changer de praticien, lorsqu'ils en font la demande, est de ce fait limitée. Cependant dès lors que la relation thérapeutique est rompue, un PH d'une autre unité peut éventuellement prendre en charge le patient. Tel a été le cas à l'unité Guislain. De même à l'unité Savoie, un psychiatre extérieur au CHS, a pris le relais pour un patient. De l'avis d'un psychiatre interrogé par les contrôleurs : « *le patient n'appartient pas au psychiatre* ».

Il a été indiqué que les patients, dans leur majorité, bénéficiaient d'un suivi médical régulier hormis à l'unité Ile-de-France/Picardie où le psychiatre n'intervient que deux heures par semaine. Dans les autres unités, les entretiens médicaux, auxquels assistent les infirmiers, sont réguliers, voire quotidiens si l'état clinique du patient l'exige. Ces entretiens peuvent aussi avoir lieu à l'initiative des patients.

De manière générale, les psychiatres ont à cœur d'associer le patient à sa prise en charge et l'adhésion aux soins est recherchée. A titre d'exemple, le psychiatre de l'unité Guislain démarre le premier entretien en posant la question suivante aux patients : « *comment envisagez-vous les soins avec nous ?* ». Le projet de soins, qui est rarement formalisé, est discuté avec le patient. A l'unité Guislain, le psychiatre pose des objectifs précis (entretien de la chambre, courses à l'extérieur, participer aux activités du club Dali) en vue de préparer un éventuel retour à domicile ou dans une structure d'hébergement. Les projets de soins sont en principe régulièrement réexaminés hormis à l'unité Ile-de-France/Picardie. A l'unité Savoie, aucun projet de soins n'est élaboré, « *le but étant de faire sortir le patient le plus rapidement possible* ».

Les contrôleurs ont constaté que les PH, tous comme les paramédicaux, faisaient preuve de bienveillance et de souplesse à l'égard des patients. Seul l'état clinique peut justifier des restrictions. De même, bien qu'aucun système d'infirmier référent n'ait été mis en place, les soignants se rendent disponibles pour mener des entretiens à la demande des patients ou pour atténuer un état d'anxiété.

Les médecins privilégient une approche pluridisciplinaire. Ainsi, des réunions de synthèse regroupant l'ensemble des intervenants – y compris les psychologues, les assistantes et les aides socio-éducatifs – ont lieu une fois par semaine. Les cas des patients sont passés en revue et les projets de sortie sont discutés. A l'unité Auvergne, cette réunion est également consacrée à une étude de cas clinique animée par le médecin chef de service. Selon les propos recueillis, ce PH a impulsé une nouvelle dynamique au sein de cette unité. Ainsi, des réunions soignants/soignés ont été mises en place afin d'inciter le patient à être acteur de sa prise en charge. De même, les infirmiers sont invités à constituer des groupes de parole avec les patients. Enfin, les soignants ont été associés à l'élaboration de la charte fonctionnelle de l'unité (projet de service). Dans les autres unités, le projet de service n'a pas été discuté en équipe et parfois les soignants n'en n'ont même pas connaissance. A l'unité Ile-de-France, les équipes soignantes ont exprimé le souhait de le redéfinir car elles ne savent plus comment conduire le quotidien et l'avenir de certains patients.

Les psychologues interviennent en intra et en extra hospitalier. Ils sont présents dans les unités à raison de deux fois par semaine. Ils reçoivent les patients sur indication du psychiatre ou à la demande du patient toutefois cela est discuté auparavant avec le PH. En revanche, les patients qui sont déjà suivis en ambulatoire sont immédiatement pris en charge. De même, les patients hospitalisés dans le cadre d'une tentative de suicide sont vus très rapidement. Ceux qui s'emparent de cette opportunité pour amorcer un travail thérapeutique bénéficient, une fois sortis, d'un suivi au CMP dans les plus brefs délais. A l'unité Pussin, la prise en charge avec un psychologue, lorsqu'elle s'avère nécessaire, fait partie intégrante du soin. Le psychologue, intervenant à l'unité Savoie, ne participe qu'aux réunions de synthèse afin « *d'apporter un éclairage extérieur aux soignants* ». Il ne propose qu'aux patients sortants un suivi au CMP.

Depuis 2009, un programme d'éducation thérapeutique a été instauré pour permettre aux patients de bénéficier d'une plus grande autonomie dans la gestion de leur pathologie (détection des troubles) et de leur traitement. Ce programme, approuvé par l'ARS, a été initié au CMP de Saint-Lô. Depuis un an et demi, l'équipe qui anime ces ateliers intervient au CHS. Ces ateliers sont prescrits par les psychiatres ; l'un de ces ateliers s'adresse aux patients schizophrènes, l'autre à ceux souffrant de troubles bipolaires. Ils se déroulent en séances collectives ou individuelles, sous la forme de jeux de rôle ou de groupes de parole. L'admission dans ce programme donne lieu à « un diagnostic éducatif », le patient doit accorder son consentement par écrit et signer la charte de déontologie. A l'issue de l'atelier, une évaluation est réalisée et un suivi individuel sur une durée de trois mois est proposé au patient. Selon les propos recueillis, seuls les patients hospitalisés à l'unité Pussin (deux lors de la visite du CGLPL) participeraient à ces ateliers.

Les activités thérapeutiques sont pleinement intégrées au dispositif de soins grâce au club Dali auquel la majorité des patients, y compris ceux admis en soins sans consentement, ont accès (cf. chapitre activités thérapeutiques intersectorielles). Dans les unités d'hospitalisation, les soignants mettent également en place les activités suivantes : atelier cuisine coanimé avec la diététicienne, travaux manuels, atelier peinture, tricot, couture, bricolage. L'unité Pussin a mis en place des activités sportives qui peuvent se dérouler en séances individuelles ou collectives. A l'unité Auvergne, les soignants utilisent le baby-foot comme un outil thérapeutique afin de tester la capacité d'adversité des patients. A l'unité Guislain, les soignants organisent très peu d'activités, à l'exception de l'atelier cuisine ; ils incitent les patients à se tourner vers les activités externes, l'objectif étant de favoriser leur autonomie.

Les patients, y compris ceux admis en soins sans consentement, bénéficient de sorties à l'extérieur (restaurant, pique-nique), de séjours thérapeutiques (randonnées en montagne, stages de voile) et d'activités sportives telles que des rencontres événementielles autour du badminton. Des séances d'équithérapie sont également organisées ; des concours et un championnat se déroulent alternativement à Paris et à Saint-Lô. Lors de la visite du CGLPL, quatre patients de l'unité Ile-de-France/Picardie participaient à cette activité. Enfin, la ferme de Souilles est mise à la disposition des patients leur permettant ainsi de fabriquer des produits laitiers.

### 6.1.2 Les projets de sortie

#### a) Les sorties de courte durée

Comme indiqué auparavant, les projets de soins sont individualisés et ont pour objectif de favoriser l'autonomie et un retour à domicile ou dans une structure adaptée. A cet égard, l'examen des certificats médicaux mentionnés dans le registre de la loi, confirmé par les informations recueillies au sein des unités, démontre que les autorisations de sortie de courte

durée sont données très rapidement. Ainsi, les psychiatres accordent des sorties d'une durée inférieure à 12 heures, dès que l'état clinique du patient le permet pour, par exemple, faire des courses ou des démarches, honorer un rendez-vous à l'extérieur, se promener, participer aux sorties organisées par les soignants ou encore organiser une visite à domicile pour préparer la sortie. Lors de ces permissions le patient est normalement accompagné par un ou deux soignants, plus rarement par un membre de sa famille ; à l'unité Guislain un patient ASDRE peut même se rendre à la librairie, une fois par semaine, sans être accompagné.

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

Ces permissions, renseignées dans le dossier informatisé de chaque patient, sont répertoriées par le bureau des entrées. Sur les dix premiers mois de 2018, ont ainsi été accordées 199 sorties de moins de 12 heures (32 pour des patients en SDDE et 167 pour des patients en SDPRE) et 136 sorties de moins de 48 heures (29 pour des patients en SDDE et 107 pour des patients en SPDRE).

Pour les SPDRE les certificats médicaux favorables à une sortie de courte durée sont adressés à l'ARS dans la mesure où le préfet peut s'y opposer. Il a été précisé aux contrôleurs que, dès lors que le certificat médical est bien circonstancié, avec précision des horaires et des lieux de sorties, le préfet ne s'oppose pas ; en cas d'hésitation, un deuxième avis médical est demandé au même médecin par le préfet ; le préfet en revanche refuse systématiquement les demandes de sorties itératives, ce qui explique pour partie l'importance du nombre de demandes de sorties mentionné ci-dessus. Les décisions de refus du préfet, au demeurant peu nombreuses (neuf en 2017 dont plusieurs sur des demandes de sorties réitérées et quatre durant les onze premiers mois de 2018) sont motivées.

#### *b) 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 3 décembre 2018, vingt-quatre patients (quinze SDDE et neuf SPDRE) sont en programme de soins, mesures datant pour les plus anciennes de juillet 2016 (un SDDE) et de septembre 2016 (un SDDE).

Les programmes de soins sont très majoritairement axés sur une prise en charge à domicile et consultations en CMP, les hospitalisations de jour étant rares et les hospitalisations séquentielles exceptionnelles (un cas est mentionné pour un patient qui, de son initiative, revient de temps en temps passer quelques jours à l'hôpital), ce que confirme l'examen par les contrôleurs de quatre dossiers de patients en programme de soins. Il ressort en outre de cet examen que les décisions de changement de forme de prise en charge tant du directeur que du préfet ne sont pas motivées (simple visa du certificat médical sans en reprendre les termes) et que les certificats médicaux mensuels sont parfois de simple copier-coller. Une autre patiente, prise en charge à l'unité Guislain, passe deux jours par semaine dans l'unité.

#### *c) La levée de la mesure*

La levée de l'hospitalisation complète ou de la mesure de soins sans consentement est préparée avec l'assistante de service social, le tuteur, le tout étant travaillé en articulation avec l'extra hospitalier ainsi que les différentes structures et institutions extérieures. Ainsi le CHS a développé

de nombreuses alternatives à l'hospitalisation avec notamment : des appartements thérapeutiques, un EHPAD – dont vingt places sont réservées aux patients du CHS – et des structures extérieures telles que le service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), une résidence accueil destinés aux patients pour lesquels le maintien à domicile est problématique, un établissement d'hébergement non médicalisé pour personnes âgées. Il a été également mis en place un dispositif de colocation qui consiste à mettre à disposition huit maisons occupées par deux colocataires qui bénéficient de l'assistance d'une auxiliaire de vie à raison de 7 heures par jour. Il n'en demeure pas moins que la mainlevée se heurte toutefois au manque de logements, de structures adaptées, et d'EHPAD acceptant ces patients. Par ailleurs, il a été indiqué que dès lors qu'un patient relevait d'un FAM, les délais étaient très longs (plusieurs années). Par ailleurs concernant les services d'accompagnement médico-social, les délais pour obtenir un dossier auprès de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) sont de 8 mois.

S'agissant des mainlevées de mesure de SPDRE, le préfet a tendance à solliciter un second avis médical, demande qui est systématique pour les patients déclarés pénalement irresponsables. Si le deuxième avis médical confirme la possibilité d'une mainlevée, le préfet délivre un arrêté de levée de la mesure. En 2017 comme en 2018, si des refus ont été opposés par le préfet, il n'y a pas eu en revanche de deuxième certificat contraire au premier et donc pas de saisine du JLD.

Par un courrier du 22 octobre 2018, le préfet s'est opposé à la levée d'une mesure de soins sans consentement estimant la fin de la mesure prématurée au regard du précédent certificat médical mensuel.

## **6.2 LA PRISE EN CHARGE SOMATIQUE EST ASSUREE, LES DELAIS SONT PARFOIS LONGS POUR OBTENIR UNE CONSULTATION DE SPECIALITE**

### **6.2.1 L'accès au médecin généraliste**

Deux médecins généralistes interviennent au sein du CHS ce qui permet d'assurer une présence médicale du lundi au vendredi. Ils se sont réparti les unités et ils se remplacent mutuellement durant leurs congés. Ainsi en semaine, l'examen clinique d'un patient admis en soins sans consentement est réalisé dans les 24 heures par le médecin généraliste. En dehors des temps de présence des médecins généralistes (nuit et week-end), l'examen clinique est effectué par le médecin urgentiste.

Les consultations médicales se déroulent au sein des unités soit dans un bureau spécifique ou dans le poste de soins qui dispose généralement d'une table d'examen. Tous les entrants, y compris ceux qui transitent par le service d'accueil des urgences (SAU) sont examinés à l'exception des patients qui ne restent qu'une journée à l'UAEO. Cependant si ces derniers ne bénéficient pas d'un suivi à l'extérieur, ils sont vus par le médecin généraliste.

Outre l'examen clinique et l'application du protocole de prise en charge à l'arrivée, il est procédé à une évaluation de la douleur. A cet égard, le comité de lutte contre la douleur (CLUD) se réunit régulièrement. Concernant les femmes qui ne sont pas suivies régulièrement sur le plan gynécologique, le médecin généraliste prévoit une consultation avec un gynécologue du CH de Saint-Lô. De même, la question de la contraception est systématiquement abordée et le médecin généraliste dispose d'une réserve de préservatifs, la pharmacie n'approvisionnant pas les unités.

Pour les patients qui souhaitent arrêter de fumer, les médecins généralistes leur proposent une consultation de tabacologie au cours de laquelle il est mis en place un protocole de sevrage.

Les médecins sont attentifs à la question de l'adhésion aux soins somatiques. Certains patients, en raison de leur parcours de vie ou de leur pathologie psychiatrique, sont réfractaires aux traitements et aux examens secondaires. Les praticiens recherchent systématiquement leur adhésion en négociant et en s'appuyant sur le savoir-faire du personnel infirmier. Ainsi, en dehors de l'urgence vitale, aucun examen n'est pratiqué sans le consentement du patient.

Il existe également une bonne coopération avec les médecins psychiatres qui sollicitent systématiquement les généralistes lorsqu'un patient fait l'objet d'une mesure d'isolement et/ou de contention. En dehors des heures de présence des généralistes, les patients peuvent être adressés au SAU si les risques d'apparition d'effets secondaires consécutifs aux mesures d'isolement et/ou de contention sont élevés. De même lorsque l'état général d'un patient est préoccupant, il est examiné par un médecin urgentiste.

### 6.2.2 Les consultations spécialisées

De manière générale, les délais pour obtenir une consultation de spécialité ou un examen radiologique sont raisonnables. Les médecins généralistes adressent leurs patients au centre hospitalier (CH) Mémorial de Saint-Lô mais ils n'hésitent pas à utiliser leur propre réseau ou celui du patient lorsque ce dernier bénéficie d'un suivi à l'extérieur. Les praticiens font au mieux dans l'intérêt du patient. Il a été cependant indiqué que compte tenu de la pénurie de chirurgiens-dentistes et de dermatologues dans le secteur, les délais d'attente sont de plusieurs mois.

Il n'existe pas de difficultés particulières pour faire hospitaliser un patient au CH de Saint-Lô. La présence d'un soignant du CHS est souvent requise pour un patient faisant l'objet d'une mesure de soins sans consentement mais si l'état clinique de ce dernier ne le justifie pas, le psychiatre référent établit un certificat de situation. Par ailleurs, l'équipe de liaison intervenant au SAU vient évaluer le patient hospitalisé et fait le lien avec les équipes de soins somatiques du service concerné.

### 6.2.3 La pharmacie

Les effectifs de la pharmacie comptent 1,9 ETP de pharmacien et 3,45 ETP de préparateurs en pharmacie. Les horaires d'ouverture sont de 8h30 à 17h30 du lundi au vendredi. Les pharmaciens n'assurent pas d'astreinte.

Le circuit du médicament – prescriptions, analyse pharmaceutique, préparation et délivrance des traitements – est informatisé. La pharmacienne analyse toutes les prescriptions avant de les valider. Pour ce faire, elle prend en compte le parcours du patient dans sa globalité (histoire de vie et la clinique) en examinant le dossier patient qui est informatisé. Lorsque certaines posologies lui semblent élevées, elle alerte les médecins psychiatres. Selon les propos recueillis, les échanges avec les praticiens sont constructifs. Par ailleurs, la tenue régulière de la COMEDIMS (commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles) a été l'occasion de réexaminer les traitements prescrits au moment de l'admission et de diminuer les posologies de psychotropes.

La dispensation des traitements est nominative, les traitements sont préparés pour la semaine et sont transportés dans des malles sécurisées. Chaque jour, la pharmacie réapprovisionne les unités lorsque des changements ou des nouveaux traitements sont prescrits. Ces traitements sont déposés dans des casiers nominatifs et ils sont conservés dans des sachets identifiés que les soignants viennent récupérer dans une annexe de la pharmacie. C'est également dans cette annexe que sont conservées des dotations préparées pour une durée de trois jours pour chaque

unité. Durant les week-ends et les jours fériés, les soignants viennent s'approvisionner dans cette annexe.

Chaque unité reçoit également une dotation de médicaments. Cependant des médecins déplorent le manque de choix concernant certaines molécules notamment pour traiter les dermatoses. De même, aucun traitement ou compléments vitaminés (Magne B6, vitamine C) non remboursés par la sécurité sociale ne sont disponibles.

Le matériel et les traitements destinés aux valises et aux chariots d'urgence sont également approvisionnés par la pharmacie. Leur contenu a été validé par les médecins urgentistes du CH de Saint-Lô.

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

Concernant le mode de délivrance des traitements au sein des unités, les pratiques varient d'une unité à une autre. A l'unité Guislain, les soignants préparent les piluliers avec les patients afin de les rendre autonome dans la gestion de leur traitement. Dans les unités Pussin et Picardie, la distribution s'effectue dans le poste de soins afin de permettre aux patients de s'entretenir avec le personnel soignant en toute confidentialité. Dans les unités Savoie, Ile-de-France et Auvergne les traitements sont distribués au vu et au su de tous au moment des repas.

### RECOMMANDATION 8

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

#### *a) Les examens de laboratoire*

Les bilans biologiques sont acheminés au laboratoire du centre hospitalier mémorial de Saint-Lô par une navette de ce même hôpital qui les récupère à 8h45. Les résultats parviennent par voie informatique. Il n'existe aucune difficulté particulière pour les bilans réalisés en urgence ou durant les week-ends, certains aides-soignants du CHS ont suivi une formation pour pouvoir assurer le transport des bilans jusqu'au CH.

## 7. LE RESPECT DE L'INTEGRITE DES PERSONNES

### 7.1 UNE ANTENNE DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE MENTALE DE SAINT-LO ASSURE LES URGENCES PSYCHIATRIQUES AU CENTRE HOSPITALIER GENERAL

#### 7.1.1 Le circuit des accueils d'urgence via l'AMP

Une antenne médico-psychologique (AMP) rattachée à l'établissement de santé mentale (ESM) assure, au service des urgences du centre hospitalier mémorial France-Etats-Unis de Saint-Lô, la permanence des soins psychiatriques de 8h à 20h et de 20h à 6h. Elle est composée de cinq infirmières en équivalents temps plein avec une présence maximum de trois IDE dans la journée et de deux la nuit, la présence minimum étant de deux le jour et d'une la nuit. Logée dans l'avenir inconfortablement dans un local sans fenêtres (les urgences sont en cours de rénovation), l'antenne dispose d'un accès à l'ensemble des dossiers informatisés des patients qu'ils aient été hospitalisés ou pris en charge dans un CMP : la demande de consultation s'effectue par un système simple et rapide d'ouverture de droits.

Un cadre de santé à raison de 20 % de son temps assume la responsabilité de l'antenne où un psychiatre en CDD exerce de 9h à 13h, relayé au-delà par les psychiatres d'astreinte et de garde de l'ESM de Saint-Lô.

L'AMP couvre trois missions qui s'avèrent complémentaires :

- d'accueil d'urgence ;
- l'équipe de liaison dans les services somatiques hospitaliers lorsqu'y sont accueillies des personnes nécessitant des soins psychiatriques ;
- de prévention et d'écoute, les personnes appelant directement l'AMP pour un soutien ou des conseils en raison de la notoriété de cette antenne.

L'accueil des personnes présentant des troubles psychiatriques qui parviennent aux urgences quel que soit leur mode d'arrivée (propres moyens, police, famille) s'effectue par le médecin urgentiste qui procède à un bilan somatique (constantes, ECG, examen clinique) et sollicite en tant que de besoin l'équipe infirmière de l'AMP. En fonction de l'évaluation de l'infirmier, l'avis du médecin psychiatre est sollicité. Les examens et entretiens ont lieu dans l'un des treize « boxes » des urgences qui sont de fait des chambres disposant de portes et ménageant l'intimité des entretiens. Si le patient présente des problèmes somatiques, l'hospitalisation peut être prolongée dans un des trois lits d'hospitalisation temporaire (UHT) des urgences. La contention est possible mais serait assez rarement pratiquée, comme en témoigne la recherche (vaine) des sangles de contention par les contrôleurs le jour de la visite aux urgences. En cas de prolongation de l'hospitalisation, l'admission dans un service somatique sera « soutenue » par l'équipe de l'AMP.

La demande d'hospitalisation psychiatrique fait l'objet d'un certificat médical du médecin urgentiste sur avis du psychiatre. Auparavant, les infirmières de l'antenne auront cherché à recueillir le consentement du patient pour une hospitalisation en soins libres et à défaut, à solliciter les tiers : ce n'est qu'après ces recherches, que sera proposée, finalement une hospitalisation sur demande du directeur (en urgence ou en péril imminent) ou plus rarement du préfet (cf. *infra*).

Les transferts depuis le service des urgences sont effectués par les ambulances en convention avec l'établissement à l'unité Pussin, service « actif » de l'ESM de Saint-Lô accueillant notamment les personnes en soins sans consentement : selon les informations disponibles, un tiers des admissions de cette unité s'opérerait par les urgences. La contention peut être prescrite pendant le transport par les médecins urgentistes, toujours conjointement avec une sédation, mais sa fréquence n'a pu être observée par les contrôleurs.

Ce n'est qu'en cas de suroccupation de l'unité Pussin mais aussi d'autres hôpitaux relevant d'autres secteurs psychiatriques (Bayeux), susceptibles d'accueillir les malades de Saint-Lô, que les patients sont dirigés temporairement vers une autre unité de l'ESM : selon les informations disponibles, ces cas seraient extrêmement rares, les admissions dans les autres unités de l'hôpital psychiatrique étant programmées soit sur demande des CMP, soit sur celle d'autres unités (cf. *infra*).

A l'unité Pussin, c'est un infirmier qui accueille le patient. Si une contention pendant le transport a été prescrite par le médecin des urgences, si ce dernier signale un état d'agitation ou encore si le patient a été placé en isolement par l'établissement d'où il a été transféré, le patient est conduit en chambre d'isolement où il est mis en pyjama.

Le médecin psychiatre de l'unité, d'astreinte ou de garde le verra très rapidement (dans les deux heures qui suivent son hospitalisation), en présence d'un infirmier dans l'endroit le mieux adapté à l'état du patient (chambre d'isolement, bureau du médecin) : c'est à ce moment-là que sera tentée la première information sur l'hospitalisation sans consentement et remise une notification des droits (cf. *supra*. 2.2). La consultation du médecin somatique intervient selon les horaires soit dans les 24h de l'hospitalisation, soit plus de 48h après si l'hospitalisation a lieu le week-end. En cas de besoin, il est fait appel au SAMU.

### 7.1.2 Les accueils programmés

Les accueils programmés, quel que soit le statut des patients, tant à l'unité Pussin que dans les autres, obéissent à une chronologie similaire avec des variantes selon les unités :

- accueil par un infirmier qui présente l'unité et ses règles de vie ;
- inventaire des biens ;
- affectation d'une chambre, choisie au préalable par les équipes et selon l'emplacement disponible ;
- visite des locaux qui peut avoir eu lieu avant l'admission du patient s'il arrive d'une autre unité. Destinée à familiariser le patient avec le nouvel hébergement, la visite s'accompagne à Guislain, d'un goûter avec les autres personnes soignées.

## 7.2 L'UNITE D'ACCUEIL D'EVALUATION ET D'ORIENTATION OFFRE UNE PRISE EN CHARGE ADAPTEE A CHAQUE SITUATION ET PERMET D'EVITER DES HOSPITALISATIONS NON JUSTIFIEES

### 7.2.1 Les locaux

Les locaux de l'unité d'accueil d'évaluation et d'orientation (UAEO) sont implantés au rez-de-chaussée du bâtiment qui abrite les unités Guislain et Trieste situées au premier étage. L'unité est ouverte en journée de 8h à 21h. Elle compte :

- quatre chambres avec lavabo et WC ;
- deux chambres, destinées aux personnes à mobilité réduite (PMR), dotées d'un espace sanitaire comprenant une douche, un lavabo et un WC ;
- une salle de bains commune qui ferme à clef ;
- une salle à manger dont une partie de la pièce est aménagée en salon et équipée d'un téléviseur ;
- un bureau infirmier ;
- un poste de soins ;
- trois bureaux destinés au médecin, psychologue et assistante sociale ;
- un salon pour les visiteurs agréablement aménagé.

Les locaux sont spacieux, propres et bien entretenus. Les chambres sont confortables, le mobilier comprend un lit (ceux des PMR sont médicalisés), un fauteuil, une table, une chaise et un placard. L'éclairage est assuré par une large fenêtre qui peut rester entrebâillée.

Un *point phone* est installé sur le palier qui donne accès au bureau infirmier.

### 7.2.2 Les effectifs

Les effectifs médicaux et paramédicaux comptent :

- 1 médecin psychiatre présent à mi-temps ;
- 0,40 ETP de cadre de santé ;
- 8 ETP d'infirmiers de jour et 1,95 ETP d'infirmier de nuit ;
- 2 ETP d'aides-soignants de jour et 1,50 ETP d'aide-soignant de nuit ;
- 2 ETP d'agents des services hospitaliers (ASH) ;
- 0,25 ETP d'assistante sociale ;
- 0,20 ETP de psychologue.

Le médecin psychiatre est présent tous les matins du lundi au vendredi. En dehors de son temps de présence, il est remplacé par le psychiatre d'astreinte durant l'après-midi puis le médecin de garde prend le relais à partir de 18h. Durant ses congés, il est remplacé par un confrère d'une autre unité.

Deux ou trois infirmiers et un aide-soignant sont présents le matin, les effectifs sont au nombre de trois (deux infirmiers et un aide-soignant) durant l'après-midi. Le service de nuit est assuré par un infirmier et un aide-soignant qui interviennent également dans les unités Guislain et Trieste.

### 7.2.3 La prise en charge

#### a) L'accueil dans l'unité

L'UAEO traite toutes les demandes de prise en charge. Elles peuvent émaner du service des urgences de l'hôpital général mémorial, des médecins généralistes ou encore des familles. Par ailleurs, cette unité collabore étroitement avec le dispositif extra hospitalier : hôpitaux de jour, CMP et toutes les différentes structures d'hébergement. L'UAEO accueille également les patients qui se présentent spontanément.

Concernant les patients adressés par le service des urgences, ce sont principalement des patients qui relèvent d'une hospitalisation en soins libres. Ceux pour lesquels une admission en soins sans consentement est envisagée ne transitent en principe pas par ce service. A l'examen des données statistiques transmises par le département d'information médicale (DIM), parmi les 437 admissions de patients à l'UAEO au cours des onze premiers mois de l'année 2018, 11 ont fait l'objet d'une ASDT, 2 d'un SPPI et 2 autres ont été admis dans le cadre de l'article L3214-3 du CSP dans les conditions prévues par l'article D398 du code de procédure pénale (patients détenus).

L'infirmier reçoit en premier lieu la personne afin d'effectuer une première évaluation. S'il s'agit d'un patient qui présente un état d'anxiété passager qui peut être apaisé par un entretien, le soignant ne fait pas appel au psychiatre. L'orientation proposée est un retour à domicile avec un rendez-vous au CMP. Toutefois, l'infirmier communique au patient les coordonnées téléphoniques de l'unité afin que ce dernier puisse appeler, en cas de nécessité, à toute heure du jour et de la nuit. Si un patient se présente spontanément durant la nuit, l'infirmier fait systématiquement appel au psychiatre d'astreinte, quel que soit l'état clinique du patient, car il estime que « *les personnes qui prennent la peine de se déplacer durant la nuit viennent rarement pour un simple entretien* ».

L'infirmier est également amené à conduire des entretiens téléphoniques avec les patients qui appellent spontanément. Selon le déroulement de l'entretien, le patient peut être invité à se rendre à l'UAEO. Parfois l'entretien téléphonique suffit à apaiser un état d'anxiété. Bon nombre de patients qui appellent ou se présentent à l'UAEO sont connus de l'établissement.

#### *b) La prise en charge au cours de l'hospitalisation*

Lorsque le psychiatre est amené à évaluer un patient, selon l'état clinique de ce dernier il peut décider d'une orientation à domicile, d'une admission dans l'une des unités d'hospitalisation du CHS ou d'une hospitalisation au sein de l'UAEO pour une période d'observation et d'évaluation. Le jour de la visite, trois hommes et trois femmes étaient admis dans le service.

A l'admission, les soignants font visiter l'unité au patient qui se voit remettre un livret d'accueil. Les soignants procèdent également à un inventaire contradictoire des effets personnels. Ils retirent systématiquement les cordons, ceintures, foulards, chargeurs de téléphone et briquets afin de limiter les risques d'un passage à l'acte suicidaire. Les objets de valeur (bijoux, carte bancaire et les sommes élevées d'argent liquide) sont conservés dans des casiers numérotés situés dans le bureau infirmier ou dans le coffre de l'unité. L'inventaire peut être différé, si le patient n'est pas en état d'y assister ; ses affaires sont alors conservées dans le bureau infirmier. Si le patient est amené à demeurer plus d'un jour dans le service et qu'il ne bénéficie d'aucun suivi médical à l'extérieur, il sera examiné par le médecin généraliste.

Les restrictions imposées au patient sont décidées par le médecin psychiatre en fonction de son état clinique. Le jour de la visite, tous les patients pouvaient faire usage de leur téléphone portable et avaient droit à des visites. L'unité étant ouverte, les patients sont autorisés à en sortir mais ils sont contraints de rester devant l'unité afin que les soignants puissent avoir un œil sur eux. Il a été précisé que cette mesure avait pour objectif de limiter les risques de passage à l'acte suicidaire. Lors de la visite, les contrôleurs ont en effet pu constater que les patients pouvaient sortir librement de l'unité pour aller fumer devant le bâtiment.

Au cours de leur prise en charge, les patients sont reçus tous les jours par le médecin psychiatre qui mène ses consultations en binôme avec l'infirmier. Ce dernier conduit également des entretiens de soutien à la demande du patient ou si l'état clinique de ce dernier l'exige. Les

patients, au cours de leur hospitalisation, ont libre accès au salon où ils peuvent regarder la télévision ou jouer à des jeux de société. Tel était le cas le jour de la visite.

En principe, la durée de séjour à l'UAEO varie entre 48 heures et 72 heures. Les données statistiques qui figurent dans la charte de fonctionnement indiquent que la durée moyenne d'hospitalisation a été de 3 jours en 2016 et de 4,2 jours en 2017. Lors de la visite des contrôleurs, un patient, bien connu du service, était admis depuis cinq jours et devait sortir le lendemain. Selon les propos recueillis auprès des soignants, cette prise en charge prolongée éviterait à ce patient une hospitalisation injustifiée d'autant plus que ce dernier refuserait d'affronter la réalité de son quotidien.

Il arrive également que des durées de séjour soient prolongées lorsque l'état clinique du patient nécessite une hospitalisation et que l'unité de son choix ne dispose pas de lit disponible. En effet, les patients émettent parfois le souhait d'être hospitalisés dans une unité spécifique. Bien souvent, leur requête est prise en compte.

## BONNE PRATIQUE 2

La mise en place d'une unité d'accueil d'évaluation et d'orientation permet d'éviter les hospitalisations non justifiées grâce aux entretiens téléphoniques et à une prise en charge individualisée.

### 7.3 L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION, EFFECTUES DANS DES CONDITIONS MATERIELLES INADAPTEES, FONT L'OBJET D'UNE GRANDE VIGILANCE INSTITUTIONNELLE MAIS PEUVENT ETRE ENCORE REDUITS

#### 7.3.1 Les conditions matérielles de l'isolement et de la contention

L'établissement compte deux chambres d'isolement appelées, chambre de soins intensifs (CSI) à l'unité Pussin et une troisième à celle d'« Ile de France ». Ces chambres ne sont pas comptées dans les capacités d'hébergement des unités et ne seraient utilisées comme chambres d'hébergement qu'à titre exceptionnel. Dans cette hypothèse dont la mission n'a pu évaluer la fréquence, les portes seraient laissées ouvertes. Lorsque le patient est en CSI, une chambre qu'il rejoint à la sortie de l'isolement et où sont entreposées ses affaires personnelles, lui est réservée. Les trois chambres d'isolement présentent des caractéristiques d'implantation différentes mais dans tous les cas, mal adaptées :

- les deux premières sont situées au rez-de-chaussée de l'unité mais au fond du couloir qui la traverse et loin du bureau infirmier qui, au demeurant, n'est pas vitré ;
- la troisième est au premier étage, en face du bureau vitré des infirmiers.

Si l'on note pour toutes les chambres une bonne luminosité fournie par une grande fenêtre verrouillée, le fonctionnement d'une horloge murale à affichage numérique, la présence d'un bouton d'appel relié au bureau des infirmiers, des conditions matérielles inadéquates doivent être également soulignées :

- aucune chambre ne dispose de double sas d'accès ;
- aucune ne comporte de toilettes individuelles, accessibles directement par le patient. Récemment rénovées de même que les douches à l'italienne, ces pièces sont situées dans les sas d'accès, séparées des chambres par une porte fermée. L'appel aux soignants est

nécessaire pour y accéder. Il est aussi laissé aux patients la possibilité de faire leurs besoins dans un seau. Sa justification a été variée selon les témoignages recueillis : impossibilité d'installer des toilettes pour des raisons de sécurité, nécessité de vérifier le transit intestinal des patients, etc. ;

- ainsi que le souligne la CDSP en 2017, la ventilation laisse à désirer à l'unité Pussin dont, par ailleurs, certains murs sont dégradés et dont les sols gagneraient à être rafraîchis ;
- l'installation mobilière dans des pièces relativement exiguës (9 m<sup>2</sup> environ) est sommaire et ancienne : seul un lit en fer, vissé au sol, y est installé, permettant de poser des contentions. Des plots en mousse, entreposés dans les sas, font office de table sur laquelle sont posés les plateaux repas servis par deux infirmiers avec des couverts en plastique.

Un projet de reconstruction de l'unité Pussin est en cours, susceptible d'offrir à terme de meilleures conditions matérielles.

Il existe également à Pussin deux chambres dites de repli ou encore d'apaisement (dont l'occupation n'est pas tracée) situées à l'opposé des chambres de soins intensifs. Utilisées de fait comme des chambres d'hébergement pour des patients fragiles et comptées dans la capacité d'hébergement de l'unité, elles présentent les mêmes caractéristiques mobilières que les CSI : un seul lit, des toilettes et des douches rénovées et attenantes à la chambre. Mais dans ce cas, la porte des chambres reste ouverte, permettant un accès libre aux toilettes. Dans le sas commun aux deux chambres, sont installés deux placards, deux petites tables et des chaises, permettant une prise de repas individuelle ou en duo.

## RECOMMANDATION 9

Sans attendre la reconstruction de l'unité Pussin, il est nécessaire de remédier aux conditions matérielles les plus inadaptées des chambres d'isolement de cette unité, à savoir l'absence de toilettes. Le même équipement doit être disponible dans l'unité Ile-de-France si la chambre d'isolement doit continuer à être utilisée comme telle. En tout état de cause, la limitation du recours à l'isolement est impérative.

### 7.3.2 Les pratiques d'isolement et de contention

#### a) L'investissement institutionnel

La Fondation Bon Sauveur se distingue, depuis 2016 par une réflexion institutionnelle volontariste et structurée pour limiter l'isolement et la contention dans tous ses établissements :

- en juin 2016, le directeur général de la Fondation du Bon Sauveur de la Manche, nouvellement nommé, confie au président de la CME, avec le concours d'un psychologue et d'une juriste, une mission sur l'Etat des lieux des pratiques relatives aux restrictions et privations de liberté sur l'ensemble de ses établissements sanitaires et médico-sociaux. Le rapport qui livre en 2017 un audit précis des conditions et des pratiques, notamment en matière d'isolement et de contention, est accompagné de trente propositions. Le rapport a fait l'objet d'une présentation institutionnelle dans les différents sites, à la CDU et au conseil d'administration le 16 juin 2017 ;

- sur la base de ce rapport, en 2017 conformément à la loi, la Fondation a établi un premier rapport annuel relatif à la politique et aux pratiques d'isolement et de contention, accompagnée de propositions ;
- parallèlement, des outils sont mis en place pour observer l'évolution des pratiques :
  - o le registre des isolements et de la contention est opérationnel en 2016 dans l'ensemble des unités ;
  - o les observations issues des registres sont analysées et sur la base d'un format normalisé, portées tous les trimestres à la connaissance des équipes des unités et à celle de la CME qui, en outre, lors de chacune de ses séances fait un point sur la liberté d'aller et venir : le registre devient un véritable outil d'observation et un levier de modification des pratiques ;
  - o l'établissement fait partie d'un groupe de réflexion ministériel sur l'isolement et la contention qui compare les pratiques dans dix-sept établissements.

### BONNE PRATIQUE 3

L'investissement institutionnel durable de la Fondation Bon Sauveur sur la réduction des pratiques d'isolement et de contention, tant dans ses établissements sanitaires que médico-sociaux, mérite d'être souligné, de même que la mise en place d'outils opérationnels pour objectiver ces pratiques et les restituer trimestriellement aux équipes médicales et soignantes.

#### *b) Les pratiques et les registres*

Les pratiques d'isolement et de contention, dont il est constamment souligné qu'elles doivent être de dernier recours, sont encadrées dans les unités par des protocoles institutionnels validés en 2014 et en cours de remise à jour pour la plupart. Tant les motifs médicaux de ces pratiques que les conduites à tenir y sont détaillés. L'enregistrement des épisodes et des modalités de leur surveillance médicale ou soignante, effectué jusqu'en janvier 2017 sur des supports papier, est désormais intégré au dossier patient informatisé : selon les soignants consultés, ces enregistrements n'offrent pas la même fonctionnalité pour les équipes et ne conduisent pas à la même rigueur. De fait, il a été constaté par les contrôleurs que des surveillances pourtant effectuées pour des patients en isolement n'étaient pas portées dans les observations du dossier patient. Le passage l'année prochaine au logiciel « Hôpital Manager » devrait améliorer l'ergonomie des outils et donc la traçabilité des pratiques.

L'observation des isolements par les contrôleurs, l'analyse des registres ainsi que les données fournies par l'établissement mettent en lumière plusieurs éléments :

- si l'isolement est limité à l'unité Ile-de-France (sur 9 mois de 2018, un patient en février, trois en mars, un en avril et en mai), il est plus fréquent à Pussin qui enregistre au 1<sup>er</sup> trimestre une mise à l'isolement pour 46 % des patients sans consentement, 18 % au 2<sup>e</sup> trimestre, 25,58 % au 3<sup>e</sup> trimestre soit onze patients sur quarante-trois. Comme il a été souligné ci-dessus, la mise en isolement serait pratiquée à l'arrivée pour permettre une observation de certains patients amenés des urgences. Lors de la semaine de visite des contrôleurs, toutes les chambres d'isolement ont été occupées par des patients successifs ;
- ces isolements sont de durée variable (durant les trois premiers trimestres 2018, de moins de trois jours à 6 heures en moyenne à Pussin). Ainsi qu'il a été observé, ils sont surtout rapidement séquentiels en fonction d'une prescription médicale, réévaluée tous les jours :

l'isolement total ne peut être prescrit que la nuit, le patient peut être autorisé dans la journée à prendre un déjeuner à la salle à manger ou à fumer une cigarette dans l'espace fumeur de l'unité. Cependant ainsi que le souligne le compte-rendu d'une réunion du 8 juin 2018, sur la méthodologie d'analyse trimestrielle des isolements contentions, « pour des raisons « pratiques » et notamment pour éviter aux soignants d'être obligés de créer et de fermer un événement « iso/contention », à chaque séquence, nous avons fait le choix de considérer qu'il s'agissait du même isolement lorsqu'un patient est placé en isolement 2 heures par jour sur plusieurs jours. Ceci impacte donc « fortement » les durées de nos mesures (ex 2h / jour / 3 jours = 6h d'isolement et non 72h « début/fin » de mesure. La durée moyenne indiquée est donc erronée ». En outre, les durées d'isolement portées sur le registre peuvent être erronées, les soignants omettant de fermer électroniquement les épisodes. L'ensemble de ces éléments rend difficilement comparables les pratiques entre les établissements, notamment participant au groupe de la DGOS<sup>23</sup> (cf. supra) ;

- l'isolement peut concerner des patients en soins sans consentement mais aussi des patients en soins libres : à l'unité Pussin, sept au premier trimestre 2018, huit au second et un au troisième. Conformément à la législation, la mise en isolement des patients en soins libres devrait conduire à un changement de statut du patient après saisine du directeur. Le compte-rendu de la réunion précitée précise qu'« actuellement, le directeur est rarement sollicité quand l'isolement ou la contention dépassent ces délais. Même si en pratique, cela n'est pas facile à gérer, il est nécessaire qu'il y ait une discussion avec le médecin et les soignants autour de cette situation et de s'assurer que tout soit bien tracé et argumenté dans le dossier patient (alternatives tentées, dernier recours et débriefing patient en fin de mesure). Dans le cadre d'analyse trimestrielle, il est demandé de réaliser un focus sur les patients en soins libres placés en isolement et plus particulièrement encore pour les patients en contention. Le placement doit être argumenté dans l'analyse d'une part comme une décision de dernier recours, d'autre part l'arbitrage « bénéfique /risque » qui confirme la pertinence de poursuivre la mesure » ;
- enfin, il peut arriver (pour deux patients à l'unité Pussin au 3<sup>e</sup> trimestre 2018) que l'isolement intervienne dans les chambres individuelles.

La mise sous contention n'a pu être observée lors de la visite, aucun patient ne subissant cette contrainte dans la journée. Le registre de l'unité Pussin mentionne que respectivement trois patients, un patient et quatre l'ont été durant le 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> trimestre 2018, en chambre sécurisée. La contention s'exerce sur les mains et les pieds mais ne serait jamais ventrale. A noter le cas exceptionnel d'un patient sous tutelle en soins libres que sa pathologie particulière conduit, pour sa protection, à placer sous contention, en général la nuit : compte tenu de l'instabilité du patient, la mise sous statut de soins libres permettrait aux soignants, lors de moments de calme, de sortir avec le patient, souplesse que ne permet pas le statut de soin sans consentement. On observe cependant, au-delà de cette situation particulière, que deux autres patients en soins libres auraient fait l'objet d'une contention en chambre particulière au 2<sup>e</sup> trimestre 2018.

**L'ensemble de ces éléments (fréquence des isolements, recours à l'isolement en chambre individuelle, mise à l'isolement de patients en soins libres sans changement de statut) incite à la vigilance dans cette unité de soins actifs, même si la mission a pu observer la bienveillance et la sérénité des équipes de jour et de nuit.** Bien dimensionnées, celles-ci n'expriment ni appréhension ni crainte face aux patients dont elles ont en charge, quand bien même l'agression

---

<sup>23</sup> DGOS : direction générale de l'organisation des soins (ministère de la santé)

d'un médecin a été rapportée dans les événements indésirables graves de cette unité en 2017. Cependant, leur jeunesse et le renouvellement important qu'elles ont connu doivent inciter à continuer de promouvoir l'ancrage dans les comportements de la culture institutionnelle de la bientraitance pour limiter encore contention et isolement : les soignants seniors les plus âgés de l'unité ont respectivement 7 et 3 ans d'expérience et le troisième doit partir à la retraite dans 2 ans. Un jeune médecin a pris son poste en septembre dernier. Ce constat conduit à recommander, comme l'a fait la CME, une formation collective, pluridisciplinaire et massive à OMEGA qui permet de maîtriser les techniques de « désescalade » : onze infirmiers sur dix-neuf ont été formés jusqu'à présent à ces techniques à Pussin, le choix ayant été fait précédemment d'offrir la formation à toutes les unités y compris aux équipes ambulatoires, sans privilégier les plus exposées aux situations de violence. Ainsi que le souligne le rapport annuel relatif à la politique et aux pratiques d'isolement et de contention 2017, *« pour être efficiente sur les pratiques de soins et accompagner une politique de réduction des isolements et des contentions cette formation doit d'une part être « massive » et concerner l'ensemble des professionnels d'une même équipe et d'autre part être reprises et accompagnées collectivement « par un processus structurant au niveau de la culture organisationnelle »*. Il pourrait être également bénéfique que l'offre d'analyse des pratiques, effectuée en juin 2018 par les psychologues du Pôle centre et permettant *« d'appréhender les situations difficiles »* puisse trouver un écho favorable à l'unité Pussin, ce qui n'a pas été le cas ni dans cette structure ni dans les autres.

#### RECOMMANDATION 10

Dans le cadre de la réflexion institutionnelle de l'établissement sur l'isolement et la contention, il convient de porter une attention particulière aux pratiques de l'unité Pussin en raison de la vocation de service actif de cette unité et du fort renouvellement de l'équipe : mise en place des outils opérationnels reflétant les pratiques, analyse des registres, formations à la prévention de la violence, groupes d'analyse de pratiques.

#### 7.4 LES INCIDENTS ET LES VIOLENCES SONT PRIS EN COMPTE DANS LE CADRE D'UN COMITE DE RETOUR D'EXPERIENCE

Dans le droit fil de la réflexion sur la liberté d'aller et venir dans les établissements de la Fondation, cette dernière manifeste une grande vigilance institutionnelle sur les violences ou la maltraitance. Ainsi, tous les ans depuis 10 ans, la fondation organise un colloque sur l'observation de la violence qui réunissant les soignants permet une expression et des témoignages sur les pratiques. Son ouverture aux formations OMEGA ou à d'autres (formation à l'« humanité ») qui visent une individualisation de l'accueil et de l'accompagnement des patients, accueillis dans les établissements sociaux et médico-sociaux, est un autre exemple de cette attention. Au-delà des intentions, la Fondation Bon Sauveur a mis en place des outils opérationnels partagés pour rendre compte des violences, les prévenir ou améliorer les pratiques.

Les événements indésirables, qui retracent tout à la fois les violences de patients vers les soignants ou vers les autres patients mais aussi potentiellement les cas de violences institutionnelles font l'objet d'une analyse et de plan d'actions. Celles-ci peuvent prendre la forme d'un comité de retour d'expérience (CREX) ou de la mise en place d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP). C'est ainsi, qu'en 2017, sur les quinze événements indésirables graves recensés dans les établissements de la Fondation, trois se sont déroulés à l'hôpital de

Saint-Lô (un acte de violence à Pussin, deux suicides, l'un à Auvergne, l'autre à Savoie), auxquels s'est ajoutée une tentative de suicide (événement indésirable associé aux soins-EIGS), à Auvergne. Deux retours d'expérience ont été mis en place et une évaluation des pratiques professionnelles, « *organiser et promouvoir la prévention de la violence* » initiée en septembre 2018.

## 8. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES :

### 8.1 LES PERSONNES DETENUES SONT SYSTEMATIQUEMENT PLACEES EN CHAMBRE D'ISOLEMENT ET NE BENEFICIENT PAS DES DROITS INHERENTS A LEUR STATUT

Le protocole qui lie l'établissement et la maison d'arrêt de Saint-Lô est en cours de réactualisation, seule la signature de l'administration pénitentiaire faisait défaut au cours de la visite des contrôleurs. Après l'ensemble des formalités médicales (certificat médical, prescriptions) et administratives (signature de l'arrêté par le préfet), sur appel du greffe de la maison d'arrêt, deux soignants sont mobilisés pour aller chercher la personne détenue en ambulance, dans le cadre d'une convention avec une société d'ambulance de Saint-Lô. Si aucune contention n'est mise en place par les soignants, la procédure, en cours de révision, précise que le transport peut se faire avec contention après avoir vérifié que l'ambulancier en possède à bord. Il n'est fait recours aux forces de l'ordre que sur demande du chef d'établissement qui évalue la dangerosité du patient.

La fiche de liaison qui accompagne la personne détenue, sous pli fermé, ne comporte que des éléments médicaux et paramédicaux. Une fiche de liaison administrative doit être adressée par le directeur de l'établissement pénitentiaire laquelle ne semble pas être envoyée systématiquement.

Seules six personnes détenues ont été admises au centre hospitalier de Saint-Lô durant l'année 2017. A son arrivée, le patient détenu est systématiquement placé en chambre d'isolement quel que soit son état clinique et ce pour un temps d'évaluation très variable, mais qui peut durer l'intégralité d'un court séjour. Il a cependant été indiqué aux contrôleurs que pour des séjours relativement longs, après évaluation ces patients détenus pouvaient être admis en chambre classique.

Le retour à l'établissement est géré par les surveillants de l'administration pénitentiaire qui posent des entraves au patient.

#### RECOMMANDATION 11

Il est impératif d'individualiser la prise en charge des patients détenus – systématiquement placés en chambre d'isolement à leur arrivée – en tenant compte des éléments cliniques fournis par les psychiatres de la maison d'arrêt et de leur état clinique. Par ailleurs, ces patients doivent bénéficier des droits attachés à leur statut carcéral s'agissant notamment des droits relatifs aux relations avec l'extérieur.

## 9. CONCLUSION

Malgré des conditions d'hébergement mal adaptées au respect des droits des patients, l'établissement de Saint-Lô de la Fondation Bon Sauveur se caractérise par des pratiques médicales et soignantes bienveillantes qui privilégient l'individualisation de la prise en charge des patients et la recherche de leur autonomie. L'articulation étroite avec les urgences de l'hôpital général grâce à une équipe de liaison psychiatrique, la forte implication de la Fondation dans les instances locales de concertation et la bonne connaissance des partenaires locaux sont sans doute des facteurs explicatifs de la relative faible part des patients sans consentement parmi les personnes hospitalisées.

Par ailleurs, la réflexion institutionnelle de la Fondation sur la liberté d'aller et venir et la nécessité de limiter les isolements et les contentions donne à des équipes fortement renouvelées un cadre de référence pour leurs pratiques mais aussi des outils opérationnels pour les faire évoluer.

Dans ce contexte, la prise en charge des personnes détenues et la formation des soignants devront être améliorées. L'information des patients sans consentement sur leurs droits ainsi que les motivations des décisions d'hospitalisation gagneraient également à être précisées.

Le projet de rénovation du site de Saint-Lô pourrait permettre de déployer ces ambitions et ces évolutions dans un cadre adéquat.

16/18 quai de la Loire  
CS 70048  
75921 PARIS CEDEX 19  
[www.cglpl.fr](http://www.cglpl.fr)