



Rapport de visite
Etablissement public de santé mentale
Jean-Martin Charcot
Caudan (Morbihan)
2 au 4 juin 2009

Contrôleurs :

- Jean-François Berthier, chef de mission ;
- Bernard Bolze ;
- Olivier Obrecht ;
- José Razafindranaly.

En application de la loi du 30 octobre 2007 instituant le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, quatre contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier Jean-Martin Charcot du 2 au 4 juin 2009. Le chef d'établissement avait été informé de la visite préalablement le 28 mai par le Contrôleur général.

1. Les conditions de la visite

La visite s'est déroulée du mardi 2 juin à 14h30 jusqu'au jeudi 4 juin à 18h.

Dans tous les secteurs visités, les contrôleurs ont reçu un bon accueil et la direction de l'établissement s'est efforcée de faciliter la mission tout au long de son déroulement.

A leur arrivée, les contrôleurs ont participé à une réunion d'accueil associant le directeur de l'établissement, le président de la commission médicale d'établissement (CME), le directeur des soins, le directeur des ressources humaines et le médecin responsable du département d'information médicale (DIM).

Par la suite ils ont pu rencontrer :

- le procureur de la République près le tribunal de grande instance de Lorient ;
- le président de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP) ;
- des représentants des associations d'usagers : union départementale des associations familiales (UDAF) et union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM) dont, par ailleurs, le président de cette dernière pour le Morbihan a été contacté téléphoniquement) ;
- des représentants du comité hygiène sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ;
- des représentants des syndicats CGT, Sud-Santé et CFDT.

Des contacts téléphoniques ont également été pris avec la directrice de cabinet du préfet du Morbihan, le pôle santé de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS), ainsi qu'avec l'aumônier de l'établissement.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir avec des patients rencontrés au cours de leur visite ainsi qu'avec d'autres patients ayant émis le souhait de les rencontrer, à la suite de l'annonce faite avant leur arrivée de la venue des contrôleurs.

Tous les pavillons d'hospitalisation accueillant des malades hospitalisés sous contrainte et tous les lieux collectifs fréquentés par eux ont été visités au cours du contrôle.

A l'issue de la visite, un rapport de constat a été transmis au directeur de l'établissement le 28 août 2009. Celui-ci a fait connaître ses observations par courrier en date du 15 septembre. Le présent rapport de visite en tient compte.

2. Présentation générale de l'établissement

L'hôpital Jean-Martin Charcot est un établissement public spécialisé en santé mentale, sis sur le territoire de la commune de Caudan, dans le département du Morbihan, à huit kilomètres environ de la ville de Lorient.

Sa desserte par les transports en commun est limitée, avec une seule ligne d'autobus le reliant au centre ville de Caudan, distant de quatre kilomètres, cinq fois par jour : deux liaisons le matin, une en début d'après-midi et deux en fin d'après-midi. Les visiteurs de l'établissement expriment certaines doléances à ce sujet, en particulier auprès de la commission des relations avec les usagers (CRUQ). L'établissement a signalé avoir à plusieurs reprises tenté sans succès de faire avaliser par la CTRL (Compagnie des transports de la région de Lorient) une augmentation de la fréquence de desserte. Par ailleurs, l'absence de desserte de bus le dimanche et, en semaine, la dépose en soirée au centre ville de Caudan, à quatre kilomètres de l'hôpital, sont peu propices aux permissions de sortie pour les malades.

L'établissement a ouvert en 1971, sous la forme d'une construction neuve pavillonnaire dans un espace boisé de trente-sept hectares. Il assure une partie de la couverture psychiatrique du Morbihan, étant le siège de **trois secteurs** de psychiatrie générale (56 G 01, 56 G 02 et 56 G 03) ainsi que d'un intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile (56 I 01).

L'activité est structurée au sein de **trois pôles** de psychiatrie adulte, dénommés Guy Grosse, Pinel et Morvan, et d'un pôle de pédopsychiatrie. Un pavillon d'admission intersectoriel (PAIS), destiné à accueillir les malades hospitalisés pour la première fois, hormis en hospitalisation d'office (HO), est fonctionnellement rattaché au pôle Morvan.

Chaque pôle comporte deux pavillons d'admission et un pavillon dit de réadaptation pour les séjours prolongés. Il est à noter que les personnels de l'unité de santé mentale pénitentiaire (USMP) du centre pénitentiaire de Ploemeur (Morbihan) dépendent du pôle Pinel.

Les **activités** thérapeutiques se déroulent soit au sein des pôles, soit à l'extérieur de l'établissement par des sorties.

Des activités intersectorielles sont organisées dans un espace commun, dénommé cafétéria-centre social, au sein duquel trouvent place une salle de sport et une salle d'activités artistiques en plus d'un vaste lieu de convivialité organisé avec des tables, des chaises et des espaces salon. Lors de la visite, les contrôleurs ont pu constater la présence en nombre important de malades, accompagnés de familles et/ou de soignants dans cet espace collectif.

Les soins somatiques sont assurés par trois praticiens de médecine générale, attachés aux différents pôles. La permanence des soins est assurée par une garde médicale sur place la nuit, le week-end et les jours fériés ainsi que par une astreinte de psychiatre à domicile.

S'agissant de l'**activité**, l'hôpital a suivi en 2008 une file active d'environ 7 300 patients adultes et 2 400 enfants, dont un tiers étaient des nouveaux malades. Ces malades ont été pris en charge au sein des structures intrahospitalières de Caudan mais également par les dix-neuf structures extrahospitalières extérieures, dépendant de l'hôpital, implantées au sein des secteurs.

En 2008, 2 320 malades adultes et 69 enfants ont été hospitalisés à temps complet, pour une durée de séjour voisine de 30 jours dans les deux cas. Compte tenu des ré-hospitalisations de certains patients adultes, la durée moyenne d'hospitalisation est quant à elle de 44,4 jours, en augmentation depuis trois ans (40,4 jours en 2006 et 41,8 jours en 2007).

Le taux d'occupation des unités d'admission des différents pôles est élevé, supérieur à 90 %, sauf au PAIS où il est de 85 %, créant des tensions sur la gestion des admissions, avec de fréquents transferts de malades vers d'autres établissements (Quimperlé, Saint-Avé, voire Brest), en l'absence de lit disponible au départ, au sein de l'EPSM Charcot.

Concernant les **hospitalisations sous contrainte**, 356 malades ont été admis en 2008, soit 48 en hospitalisation d'office (HO), dont 17 détenus, et 308 en hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT). Ces chiffres sont en augmentation par rapport à l'année précédente : respectivement 304 au total, 44 HO (dont 10 détenus) et 260 HDT. La tendance se poursuit en 2009 pour les HO, avec 32 admissions du 1^{er} janvier au 31 mai, dont 10 détenus, mais pas pour les HDT, avec 103 admissions sur la même période.

L'établissement dispose par ailleurs d'un plateau technique central comprenant un équipement de radiologie, un fauteuil dentaire et un appareil d'électro-encéphalographie. Une pédicure intervient à la demande.

L'hôpital est siège d'une pharmacie interhospitalière, qui assure la prestation pharmaceutique et sert de relais pour la transmission des examens de biologie, en l'absence de laboratoire sur place.

Aucune structure médico-sociale n'est implantée sur le site de l'EPSM, mais une unité de soins de longue durée gériatrique extérieure est gérée par l'hôpital. Celle-ci a une orientation de psycho-gériatrie, d'après les indications données en réponse par le directeur.

L'établissement a indiqué ne pas être confronté à des vacances d'emploi de façon structurelle.

3. Hospitalisations sans consentement et exercice des droits

3.1 Modalités d'arrivée des patients

Pour les hospitalisés d'office (HO), l'établissement est appelé par la mairie concernée ou, éventuellement, par la police. En règle générale, c'est le personnel de l'établissement qui va chercher les malades en HO à l'endroit où ils se trouvent (commissariat ou gendarmerie) et les

achemine là où on leur trouve un lit ; ils sont plus rarement amenés par la police ou les pompiers. Les arrêtés sont préparés par la DDASS, par délégation, puis transmis à l'EPSM.

Les hospitalisés à la demande d'un tiers (HDT) arrivent par leurs propres moyens à l'accueil du centre hospitalier. Toutefois, en cas d'agitation, les ambulanciers préviennent les soignants et les déposent directement au niveau des bâtiments d'hospitalisation sans passage par le bureau des entrées. Il arrive que l'EPSM aille chercher certains patients en HDT déjà connus. L'établissement a passé en 2009 un marché de transports sanitaires avec une société d'ambulances.

Les demandes sont effectuées par les tiers dans les services de soins à l'aide de documents pré-imprimés ou aux urgences du centre hospitalier Bretagne-sud (CHBS) de Lorient, au sein duquel l'EPSM assure 24 heures sur 24 un accueil psychiatrique grâce à une unité délocalisée de l'EPSM sur place. Les tiers ne passent pas par le bureau des admissions de l'EPSM.

Les patients hospitalisés libres (HL) passent tous par le service des admissions à leur arrivée.

Après 22h, en l'absence de cadre de nuit, l'administrateur de garde est contacté pour toute admission d'un malade hospitalisé sous contrainte.

Depuis 2001, toutes les premières admissions en psychiatrie, en hospitalisation libre ou en HDT et concernant les personnes de 16 à 65 ans se font, pour l'ensemble des secteurs, au PAIS.

Le plus grand nombre des patients (près de 70 %) arrivent par les urgences médico-psychologiques du CHBS où ils ont été vus par un psychiatre et une infirmière dépendant de l'EPSM Charcot. Les autres sont adressés par leur médecin traitant munis d'un courrier.

A son **arrivée**, le patient est accueilli par un personnel infirmier. Celui-ci l'installe dans sa chambre, fait avec lui un tour de présentation du service et lui apporte des explications sur son fonctionnement. Le livret d'accueil de l'établissement lui est remis ainsi que la notice comportant les règles de vie de l'unité. Il sera vu un peu plus tard par un psychiatre du service ou par le médecin de garde après 18h.

Il est très rare que les patients arrivent au PAIS en état d'excitation ou d'agitation puisqu'ils ont, généralement, été vus aux urgences auparavant. Lorsque c'est le cas, la conduite à tenir est arrêtée par le médecin. Le recours aux moyens de contention est exceptionnel. Il fait l'objet d'une prescription médicale et une mesure de sédation lui est associée. Un seul cas d'utilisation des bracelets de contention a été mentionné lors de la visite des contrôleurs. Il concernait un adolescent « qui avait tout cassé ». Si l'agitation ne peut pas être maîtrisée, le patient serait mis en chambre d'isolement (CI) dans une autre unité.

3.2 Informations données aux malades arrivants et possibilités de recours

Tous les arrivants reçoivent le livret d'accueil de l'établissement au niveau de leur unité d'hospitalisation. Celui-ci contient notamment un chapitre « Vos droits et devoirs » qui mentionne les procédures de recours ouvertes aux malades hospitalisés en HO ou HDT ainsi que l'existence de la CRUQ.

L'hôpital ne dispose pas de règlement intérieur : il n'y en a jamais eu. Un projet est actuellement en cours de validation.

La proposition de désignation de la personne de confiance n'est pas forcément faite immédiatement. C'est l'infirmier qui s'en charge et qui procède aux explications nécessaires.

S'agissant des procédures de recours, le livret d'accueil fait état des différentes possibilités mais ne détaille explicitement que la voie de recours à la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP), en la privilégiant par la mention de son adresse détaillée (DDASS du Morbihan). Aucune autre coordonnée des institutions de recours n'est indiquée.

S'agissant de la CRUQ, ses missions sont citées, ainsi que la possibilité pour le malade de rencontrer un médiateur médecin et un médiateur non-médecin, mais aucune procédure pratique de saisine n'est mentionnée.

Les arrêtés d'HO sont remis en mains propres aux patients par un agent du service des admissions, qui se déplace dans les pavillons et notifie leurs droits aux malades à cette occasion. Les HDT quant à elles sont notifiées aux patients par les soignants des services. En cas de refus de signature du malade, deux personnes, en général des infirmiers, attestent de la notification.

L'analyse des treize dossiers administratifs correspondant à l'ensemble des malades en HO présents au moment du contrôle a permis de constater que, dans huit cas, les patients ont signé eux-mêmes la notification des droits qui leur a été présentée, dans trois cas, deux soignants ont attesté de la présentation des droits en présence d'un refus de signer et dans deux cas, pour des patients arrivés deux jours auparavant, le dossier ne comportait pas encore de mention de notification des droits.

Les documents de notification sont rédigés en termes juridiques et présentent au patient l'ensemble des voies de recours qui lui sont ouvertes à l'encontre de la décision d'hospitalisation ; ils sont peu accessibles à une personne n'ayant pas de culture juridique. Il a été déclaré aux contrôleurs que les malades qui souhaitent contester leur placement se voient expliquer les possibilités par les cadres de santé ou les médecins des services ; ils semblent alors orientés vers la CDHP à titre préférentiel.

L'établissement n'a pas fait du nombre des recours un indicateur suivi régulièrement. Ainsi, il n'a pas été possible de fournir aux contrôleurs ce nombre sur une période d'un an. Le bureau

des entrées reçoit les convocations éventuelles chez le juge des libertés et de la détention (JLD), les fait suivre aux services pour organiser les accompagnements au tribunal et les classe dans les dossiers des malades, ce que les contrôleurs ont pu vérifier. Aucune levée de contrainte obtenue par voie judiciaire ne semble survenue en 2008, d'après les informations qualitatives recueillies.

3.3 Les registres de la loi

Les registres sont tenus au bureau des admissions par les agents d'accueil.

Les HO et les HDT sont mentionnées dans un même registre, mais les hommes et les femmes font l'objet de registres distincts.

Ceux-ci sont visés en moyenne une fois par an par le procureur de la République et le président du tribunal de grande instance de Lorient (derniers visas en date du 13 mars 2008 et du 29 avril 2009), ainsi que deux fois par an par le président de la CDHP (28 mai 2008 et 15 octobre 2008). Il a été indiqué aux contrôleurs qu'aucun autre représentant des autorités habilitées ne vise ces registres.

L'examen des registres a permis de constater la bonne qualité d'ensemble de leur tenue. Une seule mention est fréquemment omise, à la rubrique « levée de l'hospitalisation » : celle-ci est inconstamment remplie, alors même que l'examen des certificats permet de constater une levée de la mesure ou une sortie d'hospitalisation.

Le 3 juin 2009, au moment du contrôle, treize malades présents étaient en HO et trente-neuf en HDT. Par ailleurs, un patient en HDT était en fugue et treize patients bénéficiaient de sorties d'essai. Au total, à cette date, soixante-six personnes étaient donc suivies par l'EPSM au titre d'une mesure de contrainte. Une HO relevait d'une mesure judiciaire (art. 122-1 du code pénal) ; aucune ne concernait une personne détenue (art. D.398 du code de procédure pénale).

Hors sorties d'essai, douze patients parmi les présents (dont quatre en HO) étaient hospitalisés depuis plus d'un an au moment du contrôle. Le plus ancien malade présent en continu dans l'établissement est entré en 2002 (certains sont entrés avant mais sont ressortis entretemps et revenus).

Aucune HO n'a été admise au titre de la notoriété publique. En revanche, une large part des HDT le sont au titre du « péril imminent », avec un seul certificat médical initial préalable à l'admission : 70 % en 2007 et 60 % en 2008. La tendance est orientée à la baisse en 2009, avec 52 % d'admissions à ce titre sur les cinq premiers mois (54 sur 103).

Par ailleurs, l'analyse des HDT depuis le début de l'année 2009 retrouve une proportion de 26 % qui correspondent à des transformations de régime d'hospitalisation, pour des malades entrés en HL (hospitalisation libre). L'établissement applique en effet strictement une règle interne qui veut que tout malade en HL qui doit être placé en isolement plus de douze heures ou qui doit être empêché de sortir de son pavillon pendant plus d'un ou deux jours voit son

hospitalisation transformée en HDT. Dans la quasi-totalité des cas, la transformation intervient dans la semaine suivant l'admission.

3.4 Information donnée aux familles et confidentialité de l'hospitalisation

Dans tous les services, les familles sont reçues à leur demande ; dans certaines unités, les soignants souhaitent même rencontrer systématiquement les visiteurs lors de leur venue.

En principe, aucune information n'est donnée par téléphone sur la présence ou la situation des malades. Il arrive cependant que les équipes donnent des renseignements par téléphone aux familles qu'elles connaissent bien, après une première visite de leurs proches.

L'hôpital assure la confidentialité de l'hospitalisation en ne délivrant les certificats de situation ou de présence qu'aux malades eux-mêmes, à l'exclusion de tout tiers, hormis pour les patients sous protection juridique.

3.5 Accès au dossier médical par le patient

La demande d'accès au dossier médical par le patient ou ses ayants-droit se fait au moyen d'un courrier adressé au directeur de l'établissement. La procédure est explicitée dans le livret d'accueil. Il est précisé qu'il peut s'agir d'une consultation sur place ou de l'envoi de copies payantes. Les tarifs pratiqués sont de 18 centimes la copie simple, 22 centimes la copie double.

En 2008, vingt-cinq demandes ont été recensées. Elles émanent dans treize cas des patients eux-mêmes et dans douze cas de leur famille (dont quatre demandes concernant des mineurs).

Les demandes sont transmises au médecin qui a soigné le patient, à charge pour lui de faire le tri préalable dans les documents, selon qu'ils sont communicables ou non, notamment ceux relatifs à des tiers.

A ce jour, il n'y a pas eu de contentieux lié à cette procédure. Il a été déclaré qu'il n'a jamais été fait usage pour les malades hospitalisés sans consentement de la possibilité offerte par la loi de proposer la consultation du dossier avec l'assistance d'un médecin au choix du patient. La CDHP n'a jamais été saisie à ce titre.

Dans quelques cas en pédo-psychiatrie, le médecin a refusé de communiquer le dossier d'un enfant, en particulier dans des situations où celui-ci s'avérait l'enjeu d'un divorce par exemple. De même, le refus d'un enfant de laisser communiquer son dossier à ses parents, ainsi que la possibilité lui en est donnée, est respecté par l'établissement. Aucun contentieux n'en est résulté.

3.6 La communication avec l'extérieur

3.6.1 Les visites

En l'absence de règlement intérieur, chaque service a organisé les visites en son sein, mais en règle générale elles sont libres, l'après-midi, à partir du moment où l'état du malade les rend possibles. La décision est prise par les médecins.

Les visiteurs rencontrent leurs proches dans les espaces communs des services ou se rendent avec eux à la cafétéria ou dans les jardins. En principe, il n'y a pas de visite dans les chambres des malades.

3.6.2 Le téléphone

L'accès au téléphone n'est pas homogène dans l'établissement, mais variable selon les services, en fonction des règles de vie édictées par les chefs de service. Les téléphones portables sont retirés aux malades et remis à des heures déterminées ou bien laissés sans contrôle.

Il n'y a pas de cabine téléphonique dans tous les pavillons, les malades devant se rendre à celles situées en différents points de l'établissement. Les malades ont la possibilité de se faire appeler dans les services, les soignants leur donnant alors un combiné mobile pour recevoir leur appel.

Il a été indiqué aux contrôleurs que les malades non autorisés à sortir et sans téléphone portable peuvent utiliser la ligne de l'hôpital pour appeler un proche.

3.6.3 Le courrier

Le courrier est libre à l'arrivée comme au départ, sans contrôle.

3.6.4 L'informatique et Internet

Il n'existe pas de possibilité pour les malades de se connecter à Internet.

3.7 L'information sur les visites des autorités

Les malades sont informés par voie d'affichage de la venue des membres des autorités, en particulier celle de la CDHP.

Ils ont alors la possibilité de s'inscrire auprès des soignants pour être reçus.

Les témoignages recueillis laissent apparaître que si l'information est donnée, elle est en revanche peu relayée au niveau des unités.

La visite du contrôle général a été annoncée aux patients selon les mêmes modalités.

3.8 Les permissions de sortie et sorties d'essai

Au moment du contrôle, treize malades bénéficiaient d'une sortie d'essai, dont cinq étaient en HO. La plus ancienne mesure continue date de juin 2006, soit trois ans au moment du contrôle. Deux mesures remontent à 2006 et deux à 2007.

De nombreuses permissions de sortie sont accordées, sur avis médical, aux malades en HO et HDT, afin notamment de se rendre à la cafétéria ou de participer à des activités organisées dans le cadre du centre social.

Il a été indiqué que ces permissions sont moins fréquentes depuis le début de l'année 2009, suite au rappel par la direction des procédures à respecter pour ces sorties, même internes à l'établissement. Selon une pratique ancienne, il était en effet admis que les malades hospitalisés sous contrainte stabilisés se voient accorder la possibilité de se rendre seuls aux activités internes, sans accompagnement de soignant. Des événements extérieurs à la région survenus fin 2008 ont, semble-t-il, conduit les autorités locales à rappeler de façon assez stricte les conditions réglementaires en matière de permissions de sortie, d'autant plus que l'établissement est situé dans un parc très ouvert, sans mur d'enceinte dans la majeure partie de sa périphérie.

Tous les soignants entendus par les contrôleurs ont déploré ce « raidissement », conduisant de fait à restreindre les sorties des malades, en particulier pour les patients en HO, du fait de la difficulté à assurer les accompagnements systématiques requis. L'incompréhension perçue est d'autant plus grande qu'aucun incident local grave n'a été à déplorer par le passé et que cette ouverture a toujours été un élément fort de la culture de l'établissement.

3.9 La commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP)

La CDHP effectue deux visites annuelles de l'établissement. Elle reçoit en moyenne trois à cinq patients à chaque passage. Elle n'a pas eu d'écho de maltraitance. La situation de tous les patients hospitalisés sous contrainte est examinée à chaque fois. Les registres lui semblent bien tenus.

Une visite de la CDHP était prévue le 3 juin 2009 ; elle a dû être annulée le jour même du fait de l'indisponibilité inopinée du psychiatre de la commission.

Aucun rapport d'activité n'a été établi en 2008, en l'absence de réunion plénière de la CDHP au cours de l'exercice, du fait, a-t-il été indiqué, d'absences prolongées de certains membres et d'un renouvellement partiel.

3.10 Le traitement des plaintes et des réclamations

Les plaintes des usagers (patients hospitalisés ou sortis, familles) sont reçues par courrier et sont traitées par la directrice adjointe, également présidente de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQ).

Toute saisine est transmise au cadre du pavillon concerné. Une réponse systématique par courrier est faite : elle précise au demandeur qu'il a la possibilité de rencontrer la présidente de la CRUQ, le médiateur médical ou le médiateur non médical. Pour les malades hospitalisés, l'information en retour est donnée en règle générale de vive voix.

En 2008, vingt courriers ont été reçus, dont l'un d'éloges (quatre depuis le début de l'année 2009). Les auteurs sont en majorité des patients (douze cas et deux courriers collectifs). Aucun rendez-vous n'a été sollicité auprès des médiateurs de l'établissement.

Les représentants des usagers au conseil d'administration tiennent une permanence d'accueil et d'écoute une fois par mois au sein d'une structure extrahospitalière de l'établissement, implantée à Lorient. Cette information est portée à la connaissance des malades dans le livret d'accueil. Très peu de patients l'utilisent, d'après les informations recueillies.

Les associations d'usagers locales et départementales sollicitées par les contrôleurs n'ont pas fait état de difficultés particulières en rapport avec le fonctionnement de l'EPSM de Caudan, hormis le problème de la desserte insuffisante par les transports en commun. Il a également été exprimé une demande de voir les familles davantage associées à la sortie des malades en HDT, celle-ci ayant parfois été levée sans que les familles ne soient préalablement avisées, ce qui a pu poser des difficultés à certaines d'entre elles.

4. Conditions d'hospitalisation

Seules les structures d'hospitalisation à temps complet hébergeant des malades sous contrainte sont considérées dans la suite du rapport. Sont d'abord envisagés les principaux éléments communs retrouvés, puis quelques constats complémentaires ou spécifiques par secteur.

4.1 Eléments communs à tous les secteurs

Les bâtiments d'hospitalisation datent du début des années soixante-dix. Le confort hôtelier de l'époque ne prévoyait ni cabinet de toilette ni douche, dans des chambres fréquemment à plusieurs lits. Un programme progressif d'aménagement tente d'améliorer les standards d'hébergement par la création de coins toilette avec lavabo et/ou WC, parfois douche. Une hétérogénéité importante des conditions matérielles d'hospitalisation demeure actuellement entre les bâtiments neufs ou rénovés, comme le PAIS ou la pédo-psychiatrie et d'autres secteurs, tels que les bâtiments du pôle Guy Grosse, qui attendent une reconstruction. Une grande partie des 217 lits est ainsi en chambres multiples, avec seulement 127 chambres à un lit (dont tous les lits de pédo-psychiatrie) et encore douze chambres à trois lits et trois chambres à quatre lits.

Tous les secteurs adultes disposent de trois pavillons d'hospitalisation, deux dits d'admission pour les séjours courts et les malades en HO et HDT et le dernier dit de réadaptation pour des

malades stabilisés, en attente d'une possibilité de sortie accompagnée ou aménagée dans des structures extérieures. Celui-ci héberge également des patients en HDT et en HO.

Aucun pavillon n'a le statut d'unité fermée. En revanche, ils peuvent tous être clos lorsqu'un malade en HO y est admis. Les malades en HL ont la possibilité d'en sortir en demandant l'ouverture de la porte.

Lors de la visite, les contrôleurs ont constaté que toutes les unités étaient fermées, y compris celle de pédo-psychiatrie, à l'exception de deux qui étaient ouvertes, dont l'une hébergeait un malade en HO stabilisé. Cette politique d'ouverture est revendiquée par le secteur concerné, considérant d'une part que les murs et les portes fermées ne doivent pas se substituer à la surveillance humaine et d'autre part que l'érection de barrières ne fait que renforcer la tentation de fugue pour de nombreux malades.

Les chambres sont ouvertes dans la plupart des secteurs et les malades peuvent y accéder librement, en dehors d'une période quotidienne réservée au ménage, qui permet également d'aérer largement. Les fenêtres peuvent s'ouvrir, à l'exception de celles des chambres d'isolement, mais sont munies soit de limiteurs d'ouverture, soit d'un mécanisme oscillo-battant qui interdit le franchissement.

Les malades conservent leurs **effets** personnels et ne sont en pyjama que dans des circonstances individualisées, au cas par cas. Il n'existe pas de règle générale en la matière dans les différents services. Les contrôleurs ont constaté que très peu de patients étaient en pyjama, pas nécessairement ceux entrés le plus récemment en HO ou HDT de surcroît. Toutes les chambres (hors isolement) sont équipées d'un placard ou d'une armoire individuelle – qui ne ferment pas à clé –, qui permet aux patients d'y ranger leurs affaires. Chaque lit est doté d'une table de chevet.

Les **repas** sont pris en commun dans une salle à manger, qui peut être séparée de la zone de vie dans certains cas. Il n'existe pas de choix de menu par les malades, seul un questionnaire des goûts de la personne en début de séjour permet l'éviction de certains aliments. Il a été indiqué qu'un projet de cuisine centrale en préparation devrait permettre une évolution sur ce point.

Tous les secteurs, à l'exception d'un pavillon, pratiquent les repas thérapeutiques, pris en commun entre les soignants et les patients. Cette pratique, généralisée depuis l'origine de l'établissement, est fondée sur le volontariat des soignants ; il a été indiqué aux contrôleurs qu'une évolution était en cours actuellement et que la formation actuelle des infirmiers dans le cadre d'un diplôme unique ne favorisait pas spontanément cette approche des patients chez les plus jeunes, sans un tutorat adapté. Les contrôleurs ont pu ainsi constater dans un pavillon que lors du repas les soignants déjeunaient certes au milieu des malades, mais à une table séparée.

Toutes les unités ont un espace commun avec un poste de télévision, servant de lieu de vie le jour, avec dans certains pavillons un second lieu plus calme, en général obtenu par

transformation d'un ancien fumoir, susceptible d'être utilisé par des patients souhaitant s'isoler du groupe. Dans tous les secteurs, hormis en pédo-psychiatrie, les contrôleurs ont constaté un désœuvrement des malades, fréquemment regroupés dans l'espace commun, assis dans le patio extérieur fermé ou seuls dans leurs chambres. Des malades entendus se sont plaints de ne pas pouvoir être seuls et de se sentir très désœuvrés.

Dans toutes les unités, il a été indiqué que des **activités** étaient organisées par les soignants sur place ; à aucun moment de la visite les contrôleurs n'en ont vu se dérouler. Dans quelques bâtiments, le planning des activités était affiché.

Un **patio clos** existe dans tous les pavillons d'admission ainsi qu'en pédo-psychiatrie. Il permet aux patients de sortir à l'air libre, notamment pour fumer. Ses heures d'ouverture sont variables selon les services, avec un accès libre ou bien des créneaux horaires fixes et affichés. D'autres espaces extérieurs existent également, entourés de simples clôtures ; ils sont ouverts lorsque des soignants sont disponibles pour y assurer une présence.

Pour tout déplacement à l'extérieur du service, les malades en HO ou HDT doivent être accompagnés d'un soignant, ce qui peut différer ou limiter leurs activités, d'après les témoignages recueillis. Outre la cafétéria, les patients peuvent participer au sport animé par un infirmier ou à des activités culturelles (art plastique, dessin, peinture, avec intervention de deux artistes). Ces activités sont pour l'ensemble des secteurs. Il y a aussi quelques animations ponctuelles : Fête de la musique, ou journée sans tabac, le 3 juin, lors de laquelle les contrôleurs ont pu constater que de nombreuses animations étaient organisées dans l'établissement avec les malades, y compris certains hospitalisés en HO et HDT. Des malades ont signalé que les activités sont « moins nombreuses que par le passé » et que les activités sportives collectives organisées sur le terrain de sport ont quasiment disparu.

Des **réunions** de synthèse hebdomadaires des soignants pour évoquer le cas des patients ont lieu dans tous les secteurs. Chaque patient a un médecin référent de sa prise en charge. Il n'existe pas d'infirmier référent, l'organisation du travail des soignants en roulement rendant quasiment impossible sa mise en place.

Il existe des réunions soignants-soignés, systématiques ou ponctuelles selon les unités. La règle pour s'adresser aux patients est le vouvoiement avec usage éventuel du prénom pour certains malades très connus. Les contrôleurs ont partout constaté un respect dans les relations entre les soignants et les soignés, avec pratique du tutoiement pour certains enfants en pédo-psychiatrie, et parfois ailleurs, mais sans aucune remarque ou doléance reçue à ce sujet.

Un **aumônier** intervient régulièrement dans les différents services de l'établissement, au sein duquel il réside, sa porte étant ouverte à de nombreux patients qui viennent spontanément le rencontrer. Un office religieux a lieu le dimanche matin, également ouvert aux habitants du voisinage, qui représentent « environ la moitié des fidèles ». Les malades hospitalisés sans

consentement peuvent y être accompagnés, mais il a été rapporté aux contrôleurs que certains regrettaient de ne pas pouvoir y assister, faute de personnels en nombre suffisant le dimanche pour les accompagner.

4.2 Eléments complémentaires par secteur

4.2.1 Le secteur 56 G 01 : pôle Guy Grosse

Deux unités du secteur (34B et 33B) sont actuellement fermées, car elles ne correspondent plus aux normes de sécurité. Elles sont installées provisoirement dans deux pavillons excentrés. Un seul pavillon est actuellement en fonctionnement dans le secteur initial, ceci dans l'attente de l'ouverture de nouveaux bâtiments dans deux ans.

Le service a souvent recours aux autres unités, voire à d'autres établissements, en raison du manque de lits, surtout depuis 2008.

- Unité d'hospitalisation temps plein 34 A

Sa porte est ouverte. A la date du contrôle, vingt-trois patients y séjournent, dont un en HO et deux en HDT, avec la présence de trois soignants.

Sur deux niveaux, il dispose de vingt-cinq lits répartis en six chambres doubles et treize chambres individuelles. Les fenêtres sont équipées de dispositif de blocage et les volets sont ouverts par les soignants.

Il dispose des locaux suivants :

- deux salles de télévision ;
- une salle d'attente située à l'entrée qui sert aux visites des familles ;
- un bureau d'accueil pour les entretiens ;
- un grand bureau pour l'équipe soignante ;

Le règlement de vie de l'unité est affiché et remis aux patients à leur arrivée.

Certains patients sont en pyjama. Ceux qui le souhaitent vont fumer dehors.

Le patio est accessible de 6h à 23h.

Les visites ne sont pas autorisées dans les chambres et les familles sont systématiquement reçues par les soignants.

Les patients peuvent être appelés au téléphone. Dans ce cas, les soignants leur passent un combiné le temps de la communication. Ceux qui possèdent un téléphone portable peuvent, sur autorisation médicale, l'utiliser à certaines heures.

Les chambres sont accessibles. Elles ne sont fermées que le temps du nettoyage ou des permissions d'une journée.

Un patient rencontré en pyjama, en HDT, a des temps de chambre (une heure par matinée) sur prescription.

Une **chambre dite semi-protégée** a été visitée ; son équipement s'apparente nettement à une chambre d'isolement. Elle mesure 3,20 m sur 2,80 m soit une surface de 8,96 m². Son plafond et ses murs sont peints en beige clair et son sol est recouvert d'un revêtement synthétique. Sa fenêtre dont l'ouverture est condamnée dispose d'une partie vitrée de 1,14 m sur 44 cm. Elle est équipée d'un lit métallique scellé et d'un WC à l'anglaise situé en face de la porte d'entrée, n'autorisant aucune intimité au patient. Un radiateur est recouvert d'une grille. L'éclairage est commandé de l'extérieur. Elle dispose d'une bouche d'aération et d'un détecteur incendie. Sa porte est équipée d'un œilleton. La chambre est propre et claire.

La majorité des patients doivent se partager les douches et les WC communs (à l'étage, les huit chambres sont dépourvues de sanitaires, au rez-de-chaussée, seules trois chambres ont des WC).

Les salles d'eau comprennent des équipements pour les personnes à mobilité réduite. Les sanitaires sont propres et possèdent des cabines individuelles pour les douches.

Les draps sont changés en tant que de besoin et au minimum chaque semaine.

- Unité d'hospitalisation temps plein 33 B

Au jour du contrôle, vingt-cinq patients y sont hébergés, dont un en HO et deux en HDT. La durée moyenne du séjour y est de vingt-trois jours.

Sur un seul niveau, le bâtiment renferme vingt-cinq lits répartis en quatre chambres individuelles (dont une semi-protégée), une chambre à deux lits, cinq chambres à trois lits, et une chambre à quatre lits.

Aucune chambre n'est dotée de WC, ni de douche. Une seule chambre est équipée d'un lavabo.

Quatre WC, quatre douches et une baignoire sont à disposition des patients. Les douches sont accessibles de 8h à la fin de la matinée. Ensuite elles peuvent être ouvertes sur demande.

L'unité possède les locaux suivants : une salle de visite, une salle de réfectoire avec un poste de télévision, une salle polyvalente avec un poste télévision, un jardin.

Les lundi après-midi sont organisées dans le pavillon des **activités** socio-thérapeutiques et culturelles (mandala – dessins à colorier –, jeux de société, sorties extérieures...). Les patients peuvent pratiquer le sport, le ping-pong et le jeu de boules. Ces activités thérapeutiques se font sur prescription ; elles sont volontaires et sous surveillance de soignants. Le reste de la semaine les malades peuvent participer à d'autres activités sportives, artistiques, sur prescription, au niveau du centre social de l'hôpital. Elles sont ouvertes aux patients en HO et en HDT, après autorisation.

Le pavillon est fermé mais les chambres sont d'accès libre sauf pendant le temps du ménage.

Le téléphone est régi selon le même principe qu'au pavillon 34 A.

L'accès au jardin est autorisé de 6h à minuit. Il est possible d'y fumer.

La **chambre semi-protégée** mesure 2,92 m sur 3,22 m et 2,73 m de hauteur soit une surface de 9,40 m² et un volume de 25,66 m³. Le plafond est recouvert de dalles blanches, les murs sont peints en beige et le sol protégé par du linoléum. La porte est équipée d'un œilleton. Elle est meublée d'un lit. Elle dispose d'un radiateur protégé par un coffre grillagé et d'une fenêtre à huisserie métallique avec des battants coulissants bloqués. Un volet extérieur se commande depuis le bureau de l'infirmier. Le patient placé en chambre semi-protégée bénéficie d'un protocole particulier en fonction de prescriptions précises, adaptées à chaque malade, revues quotidiennement.

- Unité d'hospitalisation temps plein 34B

Cette unité comprend vingt lits, sous la forme de quatre chambres individuelles, dont une chambre semi-protégée, une chambre à deux lits, deux chambres à trois lits et deux chambres à quatre lits. Aucune chambre ne dispose de sanitaires, hormis la chambre semi-protégée.

Ce pavillon fermé héberge des malades en **réadaptation**. Vingt patients étaient présents le jour de la visite, dont deux en HO et quatre en HDT. Les séjours sont beaucoup plus longs dans cette unité, avec une moyenne de trois à six admissions par an, compte tenu de la difficulté à mettre en œuvre des solutions d'hébergement adaptées pour ces patients chroniques.

Des **activités** thérapeutiques sont organisées sur place : ping-pong, basket-ball, soins esthétiques (mixtes). Une activité cinéma existe également, par la projection de DVD, en lien avec une médiathèque de la ville voisine de Quéven.

Un **règlement de vie** de l'unité, intitulé « lettre aux hospitalisés », est remis aux arrivants. Il précise notamment les règles en matière d'usage du tabac, que les malades gèrent eux-mêmes, et du téléphone portable, qui est laissé aux malades dans cette unité, sous réserve qu'ils s'en servent à l'extérieur. Il n'existe pas de *point phone* dans le pavillon, mais les patients peuvent se faire appeler *via* le numéro du bâtiment ou se rendre à une cabine extérieure.

4.2.2 Le secteur de psychiatrie adulte 56 G 02 : pôle Pinel

La clinique Pinel dispose de deux pavillons d'admission (un d'adultes, un en gérontopsychiatrie) et d'un pavillon de réadaptation. Les pavillons sont fermés mais chaque malade sait s'il peut sortir.

Les malades en HO et en HDT peuvent participer aux activités en atelier s'ils en sont capables. Quand ils sortent accompagnés, l'administration n'en est pas informée.

Les repas thérapeutiques sont toujours de mise sur la base du volontariat.

- Unité d'hospitalisation temps plein 14 A

Sur vingt-et-un patients, cinq sont placés en HDT et deux en HO.

Les patients portent leurs vêtements personnels. Toutefois ceux qui viennent d'arriver sont en pyjama. La durée moyenne de séjour est de vingt-cinq jours.

Les vingt-et-un lits du pavillon se répartissent sur deux niveaux en treize chambres à un lit, une chambre à deux lits et deux chambres à trois lits. Deux salles de bain et deux WC sont installés à chaque étage ; les chambres ne sont pas toutes dotées d'un cabinet de toilette.

Il existe une chambre d'isolement et une chambre semi-protégée.

On accède à la **chambre d'isolement** par un sas dont la seconde porte est équipée d'une vitre. Le plafond est peint en blanc, les murs sont peints en jaune et le sol carrelé. Le local dispose d'un bloc WC doté de papier hygiénique. Une fenêtre à l'ouverture condamnée est protégée par un volet et une grille. Le volet peut se pousser de l'extérieur, la grille peut s'actionner électriquement depuis le sas.

Un matelas individuel est posé à même le sol. Il n'y a aucun autre mobilier.

Les dimensions de la chambre d'isolement sont de 3,03 m sur 2,66 m et 2,59 m de haut soit une surface de 8,05 m² et un volume de 20,87 m³.

La **chambre semi-protégée** est une chambre qui se ferme avec des aménagements pour le retour progressif dans le service. Sur le modèle des chambres ordinaires, elle dispose également d'un petit sas équipé d'un lavabo et d'un WC.

- Unité d'hospitalisation temps plein 14 B

Huit chambres individuelles, quatre chambres doubles et deux chambres triples sont réparties sur deux niveaux, pour un total de vingt-deux lits. Les chambres ne disposent pas de salles de bain ni de sanitaire, ces équipements étant collectifs. A l'étage, les salles de bains sont accessibles matin et soir. Au rez-de-chaussée, elles sont ouvertes le matin et peuvent l'être l'après-midi sur demande. Les chambres sont ouvertes en permanence le weekend et les jours fériés. En dehors de ces périodes, elles sont fermées de 10h à 13h et de 15h30 à 20h30.

Au jour du contrôle, vingt-et-un patients étaient présents. Un patient était en HO, trois, en HDT.

Les repas se prennent dans une salle à manger. Les malades disposent d'une salle de réunion. Les visites peuvent se faire dans la salle de réunion. Ils disposent aussi d'un jardin propre au pavillon et d'un patio commun avec le pavillon voisin. La fréquentation du jardin se fait, au moment du contrôle, en présence d'une infirmière, du fait de l'état des patients. En raison du partage avec le pavillon voisin, l'utilisation du patio est soumise à de stricts horaires en alternance.

Les patients peuvent posséder un poste de radio dans leurs chambres mais pas de téléviseur. Le pavillon possède deux salles de télévision. Il est permis aux patients d'y rester jusqu'à la fin du premier film. Les téléviseurs reçoivent les cinq chaînes traditionnelles. Tous les jours, le journal est mis à la disposition des patients. Ceux-ci peuvent pratiquer le ping-pong.

Cette unité est un pavillon relais qui reçoit des patients qui ont un projet qui demande du temps.

Les patients peuvent participer à des **activités** sportives au sein de l'établissement ainsi qu'à des sorties accompagnées à l'extérieur, collectives ou individuelles : promenade au bord de la mer, achat de vêtements, recherche d'un appartement...de quelques heures ou de quarante huit heures, tout ceci en fonction des prescriptions médicales. Peu de problèmes surgissent lors de ces visites car le risque est évalué.

Une **chambre semi-protégée** a été visitée par les contrôleurs. On y accède par une porte percée d'un œilleton. Elle est meublée d'un lit individuel.

L'éclairage est commandé de l'extérieur ; une grille de ventilation et un détecteur de fumée sont installés au plafond.

La chambre bénéficie d'un WC entièrement fermé avec une cuvette à l'anglaise et une chasse d'eau. Le patient peut actionner lui-même l'éclairage des toilettes.

Elle est dotée également d'un petit cabinet de toilette équipé d'un radiateur complètement protégé et d'un lavabo avec mitigeur.

Ce cabinet de toilette est séparé de la chambre proprement dite par une cloison équipée d'une imposte en plexiglas et d'une porte. Celle-ci est fermée à clé et ne peut être ouverte que par un infirmier. Le cabinet de toilette dispose d'une fenêtre dont un montant peut s'ouvrir avec un carré dont ne dispose pas le patient. Elle est protégée par un volet coulissant. Le cabinet de toilette est doté d'une pendule visible de la chambre à travers l'imposte.

Sont placés dans cette chambre, sur prescription médicale, des patients agités ou ayant des tendances suicidaires.

- Unité d'hospitalisation temps plein 12A

D'une capacité de quinze lits, répartie en onze chambres individuelles et deux chambres doubles, ce pavillon de plain-pied, est fermé ; il est en principe réservé aux admissions gériatriques du secteur. Parmi ces chambres, l'une est dite de surveillance, à proximité immédiate du bureau infirmier, réservée aux malades très désorientés ou déments. Quatre chambres sont dotées de salles de bain ; les autres patients accèdent à trois salles d'eau communes.

Toutes les chambres étaient occupées le jour du contrôle, notamment par un malade en HO (arrivé le jour même par transfert interne) et un en HDT.

Un patio clos est ouvert en journée. Il est aménagé sans aspérités au sol, adapté à des personnes ayant un équilibre précaire. Une cour fermée est accessible à la demande lorsque des soignants peuvent y assurer une présence.

L'unité dispose d'une salle rafraîchie, qui est utilisée pour certaines activités collectives et est équipée d'un second téléviseur, en sus de celui de la salle commune.

4.2.3 Le secteur 56 G 03 : pôle Morvan

Le pôle Morvan est composé de structures sectorielles et de structures intersectorielles.

Les structures d'hospitalisation à temps complet du pôle sont représentées par les trois unités 22 A, 23 A et 22 B.

- Unité d'hospitalisation temps plein 22 A

Le bâtiment 22 A est une unité d'admission sectorielle de vingt-et-une places dédiées à des personnes dont l'âge ne dépasse pas 65 ans. Les séjours, dans cette unité, sont courts et un relais est vite organisé par les autres unités pour prendre en charge les patients, pour de plus longues durées. La durée moyenne de séjour en 2008 a été de 9,2 jours (10,4 en 2007).

Les vingt-et-un patients de l'unité sont susceptibles d'occuper :

- dix-huit chambres individuelles équipées d'un bloc sanitaire thermoformé comprenant un lavabo, un WC et une douche ;
- deux chambres à deux lits. L'une est équipée d'un bloc sanitaire thermoformé semblable à celui des chambres individuelles. L'autre est destinée à recevoir éventuellement une personne à mobilité réduite. Son bloc sanitaire est adapté en conséquence pour permettre de laisser passer un fauteuil roulant.

L'unité comprend aussi deux WC et une douche à usage collectif.

Elle comporte plusieurs pièces susceptibles d'accueillir les visiteurs, une grande salle commune où les patients peuvent prendre leur repas ou bien regarder la télévision et que jouxte une petite salle d'activités qui correspond à l'ancien fumoir et où il est envisagé d'installer également un poste de télévision.

Les repas ne sont pas pris en compagnie des infirmiers. Ceux-ci restent dans le séjour à proximité des patients. Il y a quelques années, patients et infirmiers prenaient leurs repas ensemble. Ce changement de pratique n'a pas fait l'objet d'une évaluation.

Dès son admission dans l'unité, le patient est accompagné pour élaborer son projet de soin avec le médecin et l'équipe soignante. Il peut faire l'objet d'un temps d'observation, qui sera de l'ordre de 24 heures. En attendant la visite avec le médecin, il sera mis en pyjama et ne sera pas autorisé à sortir dans le parc.

Téléphone

Les patients peuvent, sur prescription médicale, recevoir entre 14h30 et 20h30 des appels téléphoniques qui leur sont passés par le personnel soignant sur le poste mural. Ils peuvent aussi appeler dans les mêmes conditions. A son arrivée, le patient doit en principe remettre son téléphone portable au bureau des infirmiers. Il peut le récupérer avant de sortir dans le parc. Pour sortir dans le parc, les personnes en HO doivent être accompagnées par un soignant.

La gestion de l'utilisation des téléphones portables constitue un sujet de préoccupation pour le personnel soignant. En 2008, une expérience d'usage libre du téléphone a été tentée pendant quelques semaines par l'équipe soignante de l'unité. Elle n'a pas fait l'objet d'un compte rendu ou d'une évaluation écrite, ni d'une communication auprès des instances de l'établissement, mais elle a montré la complexité du sujet : interférence possible des émissions avec les équipements de l'établissement, possibilité de recourir à l'appareil d'un autre patient, possibilité de dissimulation (il n'y a pas de fouille des patients). Les nouvelles fonctionnalités techniques de ces équipements contribuent à diversifier considérablement leurs possibilités d'utilisation, et à augmenter les risques éventuels de dérives (diffusion sur internet de photos ou de vidéo attentatoires à la dignité...). Une réunion de l'équipe soignante a conduit à mettre un terme à cette expérience.

L'équipe soignante se réunit une fois par mois.

L'équipe soignante comprend trois psychiatres. Chaque patient a son psychiatre référent.

Les patients peuvent au sein de l'unité accéder à diverses **activités** encadrées ou non selon les cas : groupe de parole, dessin avec accompagnement musical ou non, tennis de table ou pétanque dans la cour de l'unité. Sur prescription médicale, ils peuvent également pratiquer des activités organisées par le centre social : sport, vélo tout terrain, relaxation, modelage. Avec les patients d'autres unités ils peuvent participer à des sorties (visite du parc d'art contemporain, marché d'Hennebont,...).

L'unité dispose d'une **chambre d'isolement**. Cette chambre d'isolement a été réaménagée et rénovée en 2004. Selon les interlocuteurs rencontrés, cette chambre fait l'objet de dénomination diverses : « chambre protégée », « chambre d'isolement », « chambre d'isolement thérapeutique ». Lors de la visite, cette chambre était inoccupée.

L'accès à la chambre d'isolement se fait par un couloir qui lui est spécifiquement dédié et auquel on accède par le couloir principal de desserte des chambres de l'unité en passant par une porte comportant un judas. Ce couloir dédié à la chambre d'isolement et qui a la même longueur que la largeur de la chambre (3 m), aboutit par une porte à un jardin intérieur de forme carrée et d'une superficie de 100 m² environ (10 m sur 10 m) qui comporte des plates-bandes de fleurs et trois arbres et dans lequel le patient peut être accompagné par les soignants. L'accès à la chambre d'isolement se fait à partir de ce couloir spécifique de desserte au mur duquel se trouvent un interphone et un combiné téléphonique. L'interphone permet de communiquer avec le patient de l'extérieur de la chambre, et le combiné téléphonique permet de passer au patient des communications en provenance de l'extérieur de l'établissement. Dans ce cas, l'infirmier déverrouille la porte de la chambre pour permettre au patient de prendre la communication et se retire dans le couloir de l'unité en laissant le patient téléphoner. La porte de communication entre la chambre et son couloir spécifique d'accès est fermée à clé et comporte un hublot rond de 35 cm de diamètre dans la partie supérieure. La chambre, de forme carrée, est climatisée. Elle a une dimension de 3 m sur 3 m. Elle est très claire et reçoit la lumière du jour par une grande ouverture carrée créée dans le plafond, qui débouche sur le toit du bâtiment et par laquelle le patient peut voir le ciel lorsqu'il est couché. Les murs de la chambre sont de couleur ivoire et ne comportent aucune

trace de dégradation ou de salissure. Le sol est recouvert d'un revêtement caoutchouté de couleur ivoire. Un matelas de dimension standard et d'une vingtaine de centimètres d'épaisseur est posé à même le sol. C'est le seul objet qui se trouve dans la pièce. Ce matelas est situé face à la porte d'accès de la chambre. Il comporte draps et couverture mais il n'a ni traversin ni oreiller. Lorsqu'on s'assied dessus, il est suffisamment épais pour qu'on ne sente pas le sol. Du lit, il est possible de voir à travers le hublot de la porte une grosse horloge murale accrochée au mur du couloir d'accès à la chambre. Deux hauts parleurs muraux permettent de diffuser la radio ou de la musique à partir d'une chaîne hi-fi située en dehors de la chambre. Les morceaux de musique préférés du patient peuvent y être diffusés. La chambre est équipée d'un WC mural en inox qui se trouve dans un angle mort non visible de la porte. La chasse d'eau peut aussi être commandée de l'extérieur par un bouton-poussoir qui se trouve dans le couloir d'accès spécifique à la chambre. Dans le coin diagonal opposé à la porte se trouve une porte, munie d'un hublot rond, qui donne accès à la salle d'eau voisine de la chambre. Cette porte peut être fermée à clé. La salle d'eau a une surface de 3 m² (1,2 m de large et 2,5 m de profondeur). Elle comporte une douche et un lavabo qui est dépourvu de miroir. Une porte d'accès pleine débouchant sur le couloir de l'unité se trouve dans la salle d'eau. Elle permettrait éventuellement en cas d'urgence ou de nécessité à deux équipes d'intervenir, l'une passant par l'entrée de la chambre, l'autre par la salle d'eau.

Le placement d'un patient en chambre d'isolement se fait sur prescription médicale. Le local est fermé et les soignants passent périodiquement voir le patient. De manière générale, celui-ci n'est pas contenu. Le recours à la contention est exceptionnel : une à deux fois par an. Le patient prend sa douche seul, tandis que le soignant reste dans la chambre.

Une « fiche de prescription de mise en chambre d'isolement » était remplie et utilisée par le médecin et les infirmiers jusqu'à la mise en œuvre en juin 2009 d'une nouvelle procédure informatisée. Renseigné tous les jours, ce document était placé dans le dossier médical du patient.

Un cahier de format A4 fait office de **registre** pour les mesures de placement en chambre d'isolement. Il comporte six colonnes tirées à la main :

- 1- la date ;
- 2- l'unité de rattachement du patient ;
- 3- les nom et prénom du patient ;
- 4- le type de placement : HO ou HDT ou HO « prison » ;
- 5- les observations : mise en chambre, maintien, sortie ;
- 6- la signature du médecin.

Un examen de ce document ne fait apparaître aucun manque dans les colonnes et les lignes.

Du 16 janvier 2008 au 31 décembre 2008, il fait apparaître 262 enregistrements, soit un taux d'occupation de la chambre de 74,85 %. Les unités d'admission qui sont le plus fréquemment mentionnées sont le 14A, le 33B, le 34A.

Le protocole « chambre d'isolement » a été fourni par l'établissement.

- Unité d'hospitalisation temps plein 23A

Cette unité a une double fonction d'accueil des patients de plus de 65 ans d'une part, et de prolongation de prises en charge de patients qui ont été hospitalisés au 22A et pour lesquels il apparaît que l'hospitalisation à temps plein de plus longue durée doit être poursuivie, d'autre part. La durée moyenne de séjour a été de 45,3 jours en 2008 (32,3 jours en 2007)

L'unité permet d'accueillir vingt-cinq patients dans dix-sept chambres individuelles et quatre chambres doubles situées au rez-de-chaussée et à l'étage du pavillon. Chaque chambre dispose d'un lavabo. Au moment de la visite, tous les lits étaient occupés. Trois patients étaient âgés de plus de 65 ans. Aucune patient n'était en HO mais cinq patients étaient en HDT.

L'unité comporte quatre salles collectives de douche : deux salles pour hommes et deux salles pour femmes, soit huit douches au total pour les vingt-cinq patients. Elle dispose également d'une pièce équipée d'une baignoire.

Le rez-de-chaussée comprend :

- trois petites pièces d'accueil où les visiteurs peuvent se retirer pour discuter avec les patients ;
- une grande salle commune équipée d'un poste de télévision et de fauteuils qui donne sur un jardin par une porte ouverte le matin et l'après midi ;
- une salle de repos équipée d'un poste téléphonique mural isolé par une coque ;
- la salle à manger où sont disposées six tables pouvant recevoir chacune quatre personnes ;
- une salle, équipée d'une table de ping-pong, d'un vélo d'appartement, et d'un poste de télévision, en libre accès ;
- une pièce destinée aux activités esthétiques ;
- une salle d'art plastique.

Les **activités** qui sont proposées aux patients sont de divers types et font l'objet d'une programmation hebdomadaire :

- atelier de relaxation ;
- activité de maquillage (gommage de la peau, soin du visage,...). Quatre soignants ayant suivi une session de formation assurent l'animation de cette activité à laquelle participent de manière régulière trois à quatre personnes qui en ont fait la demande ;
- Sorties thérapeutiques : marché le jeudi matin, ou bien visites de musées, promenades avec pique-nique ou restaurant.

Certaines activités ont cessé en raison du départ des soignants qui en assuraient l'animation. C'est le cas d'une activité d'art floral qui était suivie par deux ou trois patients à chaque

séance. Elle consistait à aller chercher dans le jardin ou le parc de l'établissement des fleurs qu'il s'agissait ensuite de composer en bouquet. L'interruption de cette activité a suscité beaucoup de déception.

Une activité de punching-ball, suivie avec intérêt par plusieurs jeunes patients a également été interrompue.

- Unité d'hospitalisation temps plein 22 B

Le bâtiment 22 B est une unité de réadaptation psycho-sociale sectorielle de vingt places, faisant suite à un placement au 22 A ou au 23 A et dédiée à des personnes affectées de troubles importants mais dont la moitié dispose d'un projet de sortie. Leur destination peut être un appartement communautaire, une famille d'accueil, une famille gouvernante, un appartement relais, voire un appartement ordinaire. Un projet de sortie peut se compter en mois, voire en années pour certains patients en l'absence de structures d'accueil adaptées à leur état.

Au jour du passage des contrôleurs, toutes les chambres étaient occupées. Un patient se trouvait en HO et trois, en HDT. Le bâtiment fonctionne portes fermées.

Cinq places sont accessibles dans différents appartements communautaires pour des patients du 22 B.

Conditions d'hospitalisation dans l'unité.

L'état des locaux est impeccable : le pavillon vient d'être rénové : son ouverture remonte à avril 2008.

Les fenêtres sont dépourvues de barreaux et un mécanisme de butoir, actionné par le personnel, permet une ouverture partielle de la vitre. Elles sont dotées de rideaux en tulle léger.

Les chambres sont au nombre de dix-neuf dont l'une est double. L'usage dans le pavillon veut qu'elles ne soient pas accessibles en journée. Ce peut être cependant le cas sur prescription médicale. L'équipe justifie sa décision par le travail de réadaptation qui exige pour le patient de n'être pas couché dans son lit la journée, attitude que certains adopteraient spontanément.

Les patients sont réveillés entre 7h et 7h30. La fermeture des chambres est effective de 10h à 13h et de 15h à 20h30.

Une chambre ordinaire est équipée d'un lit au cadre de bois clair, d'une table et d'un siège assorti, d'une applique lumineuse sur le mur à la tête du lit et d'un bloc sanitaire complet (WC, lavabo, douche). Les murs sont habituellement nus sans qu'interdiction soit faite d'y apposer des images et autres documents comme le montrent certaines chambres. L'entretien des chambres est assuré quotidiennement par des agents mais les patients sont tenus de faire leur lit.

La chambre 19 est double et son équipement est adapté à l'accueil d'une personne à mobilité réduite. Elle est meublée comme habituellement mais aussi de deux lits que sépare une petite armoire.

Les patients font seuls leur toilette mais habituellement sur sollicitation et stimulation.

Les repas ont lieu à 8h30, 12h, 16h et 19h ; ils sont servis dans la salle à manger du pavillon. Il s'agit de repas thérapeutiques, pris en commun avec le personnel soignant sur la base du volontariat. Les patients sont tenus à tour de rôle de mettre le couvert et de débarrasser les tables.

Les patients disposent de leurs effets personnels et le port du pyjama est réservé à la chambre.

Les lieux collectifs sont nombreux au regard du nombre des résidents :

- une pièce de vie, spacieuse, est équipée de sièges et fauteuils et d'un poste de télévision ;
- une deuxième pièce de vie, appelée véranda, constituant une sorte d'appendice vitré qui jouxte la sortie sur le terrain clos de promenade. Elle est également équipée d'un téléviseur, d'un poste radiophonique, de sièges et d'une table ronde ;
- une salle d'activité, équipée de deux tables rondes, de sièges et d'une table de ping-pong ;
- un jardin privatif, accessible constamment pour tous les résidents permanents du pavillon. Un petit préau permet aux fumeurs d'y séjourner en cas d'intempéries. La majeure partie est gazonnée et arborée. Elle est séparée du vaste parc par un simple grillage.

Les possibilités de s'isoler du groupe apparaissent réelles, tant à l'extérieur pour les personnes en hospitalisation libre qu'à l'intérieur du pavillon pour toutes et notamment celles hospitalisées sous contrainte.

La communication avec les patients n'appelle pas de remarque particulière. Les patients sont communément appelés par leur prénom quand ils sont connus, de leur nom précédé de Madame ou Monsieur à leur arrivée. L'emploi du vouvoiement est de rigueur.

Les visites des familles ont lieu dans une salle affectée à cet effet, à l'entrée du pavillon. La pièce, équipée de cinq fauteuils et d'une table ronde est vaste et claire. Les visites se déroulent l'après-midi mais la porte n'est pas close et une certaine souplesse autorise éventuellement leur pratique le matin. L'intimité n'y est pas de mise ; l'accueil des familles dans les chambres n'est pas autorisé. La déambulation dans le parc est appréciée des visiteurs.

Ces visites sont néanmoins peu nombreuses et il est plus fréquent que les patients disposent d'une permission de sortie pour aller dans leur famille.

Un **point phone** est accessible dans un couloir, toute la journée sans restriction. Des cabines téléphoniques sont installées dans le parc, près de chaque PC. Il est admis que les patients puissent faire usage de leur **téléphone portable** qu'ils sont autorisés à conserver avec eux sur

demande. La situation est nouvelle et les équipes ne se sentent pas toujours formées pour répondre à certaines situations générées par un usage problématique.

Les **sorties** à l'extérieur de l'unité s'effectuent, pour les personnes hospitalisées sous contrainte, sous le contrôle des infirmiers qui les accompagnent désormais. Il en résulte une moindre capacité à déambuler dans le parc et, pour les personnels, une astreinte pas toujours compatible avec le fonctionnement du service. Les personnes en hospitalisation libre ne sont pas affectées par la fermeture des portes. Elles doivent cependant obtenir l'autorisation du médecin pour se rendre dans le parc.

En l'absence de bouton d'appel pour sortir (« dont il pourrait être fait un usage intempestif »), la personne hospitalisée librement doit faire appel à un soignant disponible pour accéder au parc.

L'unité ne dispose ni de chambre d'isolement ni de moyens de contention pour faire face aux comportements violents et à l'agitation. Le cas échéant, qui apparaît rare, il est fait usage ponctuellement de la chambre semi protégée du 22 A.

Les **activités** des patients sont déterminées à partir de leur état clinique, évalué lors d'une réunion de l'équipe le lundi. Le patient est alors associé au choix du programme qui lui est proposé et dont la vocation n'est pas occupationnelle. Voici quelles sont les activités :

- marché d'Hennebont le jeudi matin ;
- « Ergo-cuisine », une fois par semaine pour deux patients en compagnie de deux infirmiers. La séance a lieu dans l'un des appartements communautaires laissé vacant pour ce faire. L'activité comprend les courses, le budget, la préparation du repas, sa prise en commun, la remise en ordre des lieux. Sa fonction est de « trouver les capacités de maintenir des acquis » ;
- atelier mémoire, le mardi après midi, pour cinq à six patients accompagnés de deux infirmiers ;
- atelier pâtisserie, le mercredi après midi, si les effectifs le permettent, ce qui n'est pas toujours le cas. ;
- deux séjours thérapeutiques sont organisés dans l'année, un seul en 2009, en septembre, pour cause d'insuffisance des effectifs. Il réunit cinq à six patients et deux à trois infirmiers. Il se déroule habituellement dans la région, vers La Rochelle (Charente-Maritime), pour permettre un rapatriement rapide en cas de nécessité.
- des sorties ponctuelles sont organisées à la journée, souvent à thème, quand l'effectif le permet : les fraises à Plougastel en juin par exemple.
- un repas, organisé au restaurant, chaque année à Noël, réunit tout le service ;
- jardinage ;
- accompagnement individuel pour des achats en ville.

4.2.4 Le secteur Infanto-juvénile 56 I 01

L'unité d'hospitalisation pour enfants et adolescents (UHEA) s'adresse principalement à des adolescents mais aussi à des enfants présentant des pathologies aiguës nécessitant une prise en charge thérapeutique plus importante que celle qui est dispensée dans les dix centres médico-psychologiques sectorisés.

L'UHEA assure une hospitalisation à temps plein.

Elle permet d'accueillir huit patients en chambre individuelle. Dans la quasi-totalité des cas, l'hospitalisation a été préparée auparavant avec les parents pour que leur accord soit donné de manière éclairée. Il est exceptionnel qu'une ordonnance de placement provisoire (OPP) soit prise par un magistrat. Ce cas s'est produit une seule fois au cours de l'année passée et il concernait un jeune en fugue.

Le **maintien des liens avec les familles** est systématiquement recherché et organisé avant et après l'hospitalisation. C'est un principe central du projet de soin. Dans cet esprit, le rapport d'activité 2008 fait du travail avec les familles un des projets de développement du secteur infanto-juvénile.

L'équipe soignante s'efforce d'obtenir des parents qu'ils accompagnent leur enfant jusqu'à l'UHEA lorsque la mesure d'hospitalisation a été prise et programmée.

A leur **arrivée**, les patients sont accueillis et pris en charge par le médecin et un infirmier selon une procédure qui se déroule en trois temps et au cours de laquelle le livret d'accueil de l'établissement et les « règles de vie » du service sont communiqués au patient et à ses parents et signés par eux. La signature de ces règles de vie par le jeune patient contribue à l'impliquer et l'équipe soignante pourra en faire si besoin un élément de discussion utile avec lui durant le parcours de soin.

La **procédure d'accueil** du patient à son arrivée comporte tout d'abord un entretien avec les parents, puis un entretien avec l'enfant et, enfin, un entretien réunissant les parents et l'enfant. Cette procédure vise à désamorcer les tensions éventuelles et à créer les conditions qui permettront de susciter l'adhésion du patient à sa démarche de soins. Il a été dit, en effet, aux contrôleurs que dans une proportion importante des cas, les patients accueillis à l'UHEA ne voulaient pas venir en consultation.

Leur **durée de séjour** dans l'établissement y est variable. Elle peut être de quelques jours à quelques mois. Sa moyenne est d'une trentaine de jours. Il arrive en cours de prise en charge que l'équipe soignante propose aux parents de s'entretenir ou d'envisager une démarche de suivi avec une psychologue du service. Des entretiens périodiques ont lieu ensuite au cas par cas entre l'équipe soignante et les parents durant le séjour des enfants.

A partir du second weekend, ces derniers peuvent bénéficier de permission de sortie.

L'UHEA comprend un rez-de-chaussée et un étage. L'accès aux différentes pièces de l'étage est fermé à clé pour éviter les vols. Les huit chambres individuelles sont situées au rez-de-chaussée. Une de ces chambres était inutilisable au moment de la visite des contrôleurs. Elle avait été détériorée par le patient précédent.

Les patients accèdent à l'étage accompagnés. On y trouve quatre pièces :

- une salle d'art thérapie ouverte à la fin de 2008. Elle accueille à chaque séance deux à trois patients. L'animation est en général assurée par deux infirmiers mais parfois aussi par un seul. Les travaux sont gardés pour être examinés en réunion de synthèse hebdomadaire ;
- une salle audiovisuelle pouvant accueillir trois enfants pendant des séances de 30 à 45 minutes, équipée d'un poste télévision avec une console de jeu et d'un ordinateur ;
- une salle réservée aux arts plastiques et où les activités se déroulent à la demande ;
- le bureau de l'éducatrice.

Les **activités** qui s'y déroulent ne sont pas programmées de manière fixe. C'est aussi le cas du jardinage qui entre dans le cadre de l'ergothérapie et qui se déroule dans la petite parcelle de potager qui se trouve dans le prolongement de la salle commune de l'unité ou bien dans le grand jardin de l'établissement. Un soignant a souligné l'importance de cette activité de jardinage qui permet aux patients, non seulement à travers le travail de la terre de prendre la mesure du temps qui s'écoule et de son caractère cyclique, mais aussi de comprendre que celui qui sèmera ne sera pas forcément celui qui récoltera, compte tenu de la brièveté relative de la durée de séjour des patients. Le même soignant a regretté les limites réglementaires d'hygiène qui ne permettent pas aux patients dans le cadre des activités d'ergo-cuisine de cuisiner les légumes cultivés au sein de l'établissement et de manger ce qu'ils auraient récolté après l'avoir semé et cultivé¹.

D'autres activités font l'objet d'une programmation régulière :

- du sport est programmé le lundi et le mardi ;
- une séance de piscine a lieu à l'extérieur le mercredi ;
- un atelier de théâtre a lieu une fois tous les quinze jours avec un comédien ;
- un atelier de menuiserie a lieu le jeudi ;
- une séance d'équitation est programmée le vendredi à l'extérieur de l'établissement ;
- le week-end, avec les patients qui ne sont pas en permission de sortie, le personnel soignant privilégie des activités qui ont lieu à l'extérieur (cinéma, balades, sorties au restaurant,...).

Le rez-de-chaussée comprend, outre les locaux destinés au personnel soignant, les huit chambres, une bibliothèque, une salle de bains comportant une baignoire, une grande salle de séjour/salle à manger et la cuisine.

Il n'existe pas de **chambre d'isolement** dans l'unité. Cette situation correspond à la philosophie du projet de soins du service ; elle est vécue sereinement par les membres de l'équipe soignante. Celle-ci estime d'ailleurs que l'existence d'une chambre d'isolement

¹ C'est aussi le cas avec les coquillages qui pourraient avoir été ramassés lors d'une promenade au bord de la mer, et qu'il serait interdit de faire cuire et de manger une fois de retour à l'UHEA.

pourrait avoir un effet pervers en incitant certains patients à adopter des comportements de provocation pour y être placés.

Depuis le 1^{er} janvier, le placement en chambre d'isolement a été nécessaire à huit reprises en raison de comportements violents de la part des patients impliqués. Plusieurs fois il s'est agi de la même personne. Le patient a été alors placé dans une chambre d'isolement du secteur adulte.

Les infirmiers ont suivi une **formation** ayant pour objet la gestion des situations de violence et les agressions physiques envers les soignants en institution. Intitulée « self-sauvegarde compatible » cette formation a été mise en œuvre par un organisme de formation extérieur. Elle comprenait deux modules de cinq jours.

Les **chambres** ne sont pas fermées à clé, même lorsque l'état d'un patient nécessite, d'après les infirmiers, de le maintenir dans sa chambre. Dans ce cas, une plaquette de bois de forme rectangulaire et comportant un trou dans sa partie supérieure est glissée sur la poignée de la porte à l'extérieur de la chambre. Si le patient sortait de sa chambre la plaquette tomberait alors en faisant un bruit suffisamment fort pour alerter les infirmiers et leur permettre d'intervenir éventuellement. On peut considérer que cette pratique, propre à l'établissement, découle clairement du concept d'établissement ouvert qui inspire l'organisation et le fonctionnement général.

Les chambres individuelles sont petites mais elles sont claires et bien équipées et aménagées. Elles comprennent une petite entrée comportant un placard, l'espace destiné au sommeil proprement dit qui fait environ 3 m sur 3 m, et une salle d'eau complète de 2 m sur 2 m comportant une douche, un lavabo et un WC. Les patients peuvent y apporter leur poste de radio personnel. Certaines stations ont la faveur des patients ce qui pose des problèmes de contrôle et de régulation au personnel soignant. C'est notamment le cas avec la station *Skyrock* qui programme en soirée une émission dont le contenu fait explicitement référence aux différentes modalités pratiques de la sexualité, et qui paraît faire l'objet de discussions intéressées et discrètes entre les patients.

La salle de séjour/salle à manger est claire. Elle donne sur un grand jardin où se trouve une petite parcelle cultivée dont les patients s'occupent occasionnellement et où sont plantés quelques pieds de tomates, des courgettes et des plantes aromatiques (ciboulette, thym, persil). Le vendredi, il arrive que la saveur de certains plats du déjeuner soit rehaussée avec certaines herbes du jardin (ciboulette et/ou persil pour des salades de pomme de terre ou de tomates par exemple).

Elle comprend un coin détente – où se trouvent un poste de télévision et un baby-foot utilisé par l'équipe soignante pour « réguler des conflits » –, ainsi qu'un coin repos équipé de quatre tables rondes de 1,20 m de diamètre pouvant accueillir chacune quatre convives. La cuisine avoisine la salle de séjour/salle à manger.

Les repas ont lieu vers 12h30-13h pour le déjeuner et vers 19h pour le dîner. Ils sont systématiquement pris en commun entre les infirmiers et les enfants sauf incident. Il arrive

que des temps communs entre le personnel soignant et les enfants aient lieu en fin d'après-midi pour préparer la soirée.

Une **réunion de synthèse** d'une durée de trois à quatre heures a lieu chaque semaine. Regroupant une dizaine d'interlocuteurs (le médecin-chef, la psychologue, le cadre de santé, l'éducatrice, les infirmiers et les partenaires extérieurs éventuels), cette réunion permet de faire le point individuellement sur chaque enfant.

4.2.5 Le pavillon d'admission intersectoriel (PAIS)

Le PAIS qui fait partie de la clinique Morvan accueille les patients de 16 à 65 ans, en service libre, ou hospitalisés à la demande d'un tiers, pour une première prise en charge hospitalière en psychiatrie : il n'y a pas de réhospitalisation au PAIS. Cette unité fonctionnelle de quinze lits a pour vocation d'assurer toutes les premières hospitalisations en psychiatrie, ce qui implique des séjours de courte durée.

L'unité s'inscrit dans la logique du secteur. Le travail soignant s'appuie sur des partenaires, qu'il s'agisse des autres unités d'hospitalisation du secteur, des centres médico-psychologiques, des hôpitaux de jour ou des différents acteurs du champ médical et social.

L'unité est localisée au Pavillon 55. Dans le rapport d'activités 2008, le médecin responsable du pôle « Morvan » indique que « le PAIS ne peut proposer de conditions de confort exigées par les normes actuelles. L'édification d'un nouveau bâtiment est à l'étude...En 2008, le fonctionnement a été altéré du fait de sur-occupation des lits d'hospitalisation temps plein. Le PAIS a été amené à assurer des ré-hospitalisations de patients, à prolonger des séjours du fait de l'incapacité des unités d'aval à accueillir les patients. La file active a augmenté de 11 %, le nombre de journées réalisées de 2,6 %, le taux d'occupation est excessif à 85 %, ce qui dans la pratique, se traduit par une offre de soins insuffisante et l'incapacité d'accueillir toutes les premières admissions de l'hôpital. Une très large proportion des patients est adressée par l'unité médico-psychologique du C.H.B.S. et les sorties se font très majoritairement vers le domicile du patient et les mutations vers une autre unité fonctionnelle de l'hôpital restent rares. »

L'ensemble des locaux est situé en rez-de-chaussée. Ils ont fait l'objet de travaux de rénovation fin 2008. A proximité immédiate de l'entrée, se trouve, outre les locaux professionnels destinés à l'équipe soignante, une salle où les visiteurs peuvent, entre 13h et 19h, rencontrer les patients.

La salle commune comprend un espace détente équipé de canapés et de fauteuils, un coin télévision où se trouvent aussi des journaux, enfin un espace repas. Celui-ci comprend cinq tables de quatre personnes. Un tableau blanc mural mentionne le menu. La salle commune donne accès par une porte vitrée à un grand espace à l'air libre ceint d'un grillage. Du gravier recouvre une partie du sol de cet espace auquel les patients ont accès et où sont installés quelques fauteuils.

Le PAIS comprend neuf **chambres** pour une capacité de quinze patients : quatre chambres à deux lits (deux sont équipées d'une douche et d'un WC, les deux autres ne disposent pas d'équipement sanitaire), quatre chambres à un lit (deux sont équipées d'un lavabo, les deux autres n'ont aucun équipement) et une chambre à trois lits...Les fenêtres des chambres sont coulissantes et équipées d'un dispositif qui limite leur ouverture à une dizaine de centimètres. L'accès aux chambres est libre. Elles comportent un dispositif d'appel visuel et sonore relié au bureau des infirmiers. Un témoin de présence de l'infirmier et un témoin d'incendie se trouvent sur le mur extérieur des chambres.

La chambre à trois lits est d'une dimension de 6 m sur 5,5 m soit une surface de 33 m². Ses occupants disposent d'une salle d'eau d'une dimension de 2 m sur 1,8 m et comportant une douche, un lavabo et un WC.

Une des chambres est une **chambre dite « semi-protégée »**. Elle est destinée aux patients à risque, c'est à dire, d'après ce qui a été dit aux contrôleurs, surtout aux patients suicidaires. Cette chambre n'existait pas au moment où le projet de soins du service a été adopté. Elle constitue une sorte de lieu intermédiaire entre la chambre ordinaire et la chambre d'isolement. La décision d'y placer un patient est prise par le médecin en liaison avec les soignants. Les permissions de quitter la chambre sont définies par le médecin (notamment pour les repas). Le patient reçoit la visite du médecin tous les jours et conserve sa chambre. Les soignants passent régulièrement. Il a été dit aux contrôleurs qu'il n'y avait pas de protocole concernant son utilisation, qu'il y était recouru au cas par cas à l'issue d'une évaluation en commun et qu'elle était aussi utilisée comme une chambre ordinaire. Elle est considérée comme un outil de travail pratique dans la gamme des soins. Lorsque la chambre est utilisée comme chambre semi-protégée, il en est fait mention dans l'application informatisée CORTEXTE.

La porte de la chambre est fermée à clef lorsqu'un patient y est placé à ce titre. Elle comporte un judas. Les volets et la lumière sont commandés de l'extérieur à l'aide d'une clé utilisée par le personnel soignant. Les prises électriques sont situées en hauteur. D'une dimension de 3 m sur 3,5 m, elle est équipée d'un lit et d'une commode. Le projet de création d'une deuxième chambre d'isolement² dans le pôle devrait conduire à sa suppression.

En 2008, les personnels rencontrés ont mentionné quatre évènements indésirables (dont une agression)

Les patients font leur toilette dans une salle d'eau commune équipée de quatre lavabos opposés deux à deux et de trois douches. La fenêtre de cette salle d'eau est large de 2,5 m environ, et comporte deux parties. La partie droite d'une largeur de 2 m environ est fixe. La partie gauche (une cinquantaine de centimètres de large) est coulissante. Une butée d'arrêt ne permet pas de l'ouvrir sur plus d'une dizaine de centimètres. D'après les infirmiers, cette salle est glaciale l'hiver en dépit des radiateurs.

Une salle de bains dispose d'une baignoire à hauteur variable et de trois WC séparés.

² Il a été indiqué aux contrôleurs que les chambres d'isolement seraient appelées des « chambres thérapeutiques ».

Au total, le service compte cinq douches, dix lavabos et cinq WC pour quinze patients.

Au moment de la visite, deux patients étaient hospitalisés en HDT. L'un était dans le service depuis une semaine, l'autre depuis le 25 mai. Aucun patient n'était placé en HO.

La durée maximale de séjour au PAIS est de deux semaines. Si l'équipe soignante estime que cette durée va être plus longue, le patient sera orienté vers son secteur d'origine. Le séjour a pour objet de définir l'orientation la plus appropriée au patient dans le cadre de son projet de sortie : psychiatrie de ville, centre médico-psychologique du secteur ou hôpital de jour.

A son **arrivée**, le patient est accueilli par un infirmier qui l'installe dans sa chambre et fait avec lui un tour de présentation du service. Le livret d'accueil de l'établissement lui est remis ainsi qu'un exemplaire des règles de vie de l'unité. Il sera vu un peu plus tard par un psychiatre du service. Le régime des **visites** et des **communications téléphoniques** fera l'objet d'un entretien entre le médecin, un infirmier de l'équipe et le patient. Celui-ci peut utiliser une des cabines téléphoniques à cartes de l'établissement. Il peut également demander à un infirmier une communication qui lui sera passée sur un combiné mural. S'il a un téléphone portable, il pourra le conserver, mais il lui sera demandé de l'utiliser uniquement entre 16h et 19h. Lorsque la famille téléphone, la communication est passée au patient s'il le souhaite.

Le courrier arrive au secrétariat et il est remis par l'équipe soignante.

L'utilisation d'équipement **informatique** personnel fait l'objet d'une discussion avec le médecin pour tenir compte des risques éventuel d'addiction.

Il y a quelques temps, une harpiste renommée qui était hospitalisée avait demandé à pouvoir utiliser son instrument. Cette demande avait été acceptée, et la patiente avait fait un concert à la cafétéria.

Des **activités** thérapeutiques de groupe sont proposées aux patients au cours des entretiens qu'ils ont avec l'équipe soignante. Il s'agit d'activités sportives ou artistiques qui sont mises en œuvre avec le centre social.

D'après les déclarations des personnes rencontrées, l'insuffisance des activités est cependant mentionnée sur les questionnaires de satisfaction remplis par les patients à leur sortie de l'établissement.

Les patients ont un médecin référent. Ils sont pris en charge par l'un ou l'autre des deux médecins de l'unité. En revanche, il n'existe pas d'infirmier-référent, même s'il y a une tendance de la part des patients à aller naturellement vers l'infirmier qui les a accueillis. Les infirmiers considèrent que cela n'hypothèque pas la prise en charge.

L'organisation de la continuité et des transmissions des informations quotidiennes reposent sur les échanges oraux entre les équipes au moment de la prise de service, et sur l'enregistrement et la consultation des données de la base informatisée CORTEXTE.

4.3 Sur-occupation et transferts

L'occupation importante des lits conduit régulièrement à hospitaliser des malades en HO ou HDT dans d'autres établissements, en particulier les hôpitaux de Saint-Avé (Morbihan), Quimperlé(Finistère) et Bohars (Brest, Finistère). La situation est particulièrement difficile pour les malades requérant un isolement, spécialement les détenus, l'EPSM Charcot n'ayant actuellement que deux chambres opérationnelles. Des problèmes peuvent alors survenir, en cas de conduite aux centres hospitaliers de Quimperlé et de Brest, situés dans un autre département, dont les pratiques administratives ne sont pas uniformisées avec celles de la préfecture du Morbihan.

Ce sont en moyenne trois à cinq patients par semaine qui font l'objet de telles admissions initiales dans d'autres lieux que leur secteur d'origine. Les malades hospitalisés à l'extérieur faute de lits sont repris dès que possible. C'est alors le plus souvent l'EPSM qui assure le transfert.

De même, des transferts internes existent entre les pôles, en cas de sur-occupation de l'un des services, selon le même principe de retour dans le service d'origine dès que possible. Dans ces cas, les malades sont pris en charge par l'équipe infirmière du service d'accueil, mais suivis par le médecin du service dont ils relèvent (par exemple, un malade du pôle Pinel hospitalisé au départ dans le pôle Morvan est suivi par un médecin du pôle Pinel qui se déplace).

5. Soins somatiques

Les besoins en soins somatiques sont assurés par trois praticiens de médecine générale à temps plein, fonctionnellement rattachés au pôle Pinel. Ils assurent un passage quotidien dans tous les services et sont en charge de la poursuite des traitements autres que psychiatriques des patients, y compris la contraception chez les femmes.

Tous les entrants sont vus en consultation de médecine générale et peuvent ensuite voir le généraliste à la demande. En 2008, 4 544 consultations ont été réalisées.

Deux kinésithérapeutes à mi-temps interviennent également à la demande des services. Leur activité essentielle est cependant dédiée au pôle gériatrique de l'établissement.

Quelques examens peuvent être pratiqués au niveau du plateau technique, à la demande : radiographies simples, actes dentaires, réalisation d'électro-encéphalogrammes.

La **permanence des soins** est assurée de jour par ces praticiens grâce à un « bip », et la nuit, le weekend et les jours fériés par une garde sur place prise par deux des trois praticiens de médecine générale et plusieurs assistants en poste dans l'établissement. Il existe également une astreinte de psychiatre à domicile.

Il est noté que l'électroconvulsivothérapie (ECT) n'est plus disponible à l'EPSM Charcot depuis l'arrêt de cette technique dans la seule clinique du Morbihan qui la pratiquait (elle requiert

une anesthésie). Plusieurs médecins ont regretté cet abandon d'une technique souvent décriée mais dont les résultats peuvent changer la vie de certains malades gravement dépressifs et résistants aux traitements.

6. Recours à l'isolement et à la contention

L'hôpital dispose actuellement de deux chambres d'isolement, dénommées chambres protégées ; trois chambres existent mais l'une d'elles n'est plus en service depuis 2008, du fait d'une opération de travaux en cours. Aucune n'était occupée au moment de la visite.

Cette capacité a été jugée insuffisante par les tutelles de l'établissement qui lui ont demandé de créer de nouvelles chambres d'isolement ; un programme de création de quatre chambres est en cours, afin de porter la capacité d'isolement à six places. Les contrôleurs ont relevé que cette décision est très difficilement comprise par les équipes soignantes, qui considèrent que l'isolement est un pis-aller lorsqu'aucune autre possibilité n'est efficace, et que créer de nouvelles chambres fait courir le risque de banaliser et donc d'augmenter le recours à cette forme de prise en charge.

La mise en chambre d'isolement se fait selon un **protocole** commun à l'ensemble de l'établissement, fondé sur les recommandations professionnelles en vigueur, avec une prescription médicale initiale, renouvelée quotidiennement en cas de prolongation au-delà de 24 heures, et une surveillance régulière par les infirmières, au minimum toutes les quatre heures. Les données d'observation sont notées dans le dossier médical informatisé CORTEXTE. Les malades placés en chambre protégée le sont à l'endroit où une chambre est disponible et pas nécessairement de ce fait dans la chambre du service où ils sont hébergés.

Le service de pédopsychiatrie recourt aux chambres des services adultes en cas de besoin.

L'EPSM a mis en place plusieurs systèmes de **traçabilité** des passages en isolement et démarré en 2008 une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) sur ce thème. Au niveau de chaque chambre d'isolement, un cahier est tenu, mentionnant l'identité des patients admis avec au minimum les jours et heures d'admission et de sortie. Les indications portées ne sont pas standardisées entre les trois services (deux actuellement, du fait des travaux en cours dans le pôle G. Grosse). Le DIM (département d'information médicale) de son côté suit les mouvements intra et interservices des patients et peut de ce fait également repérer les passages en isolement.

Les contrôleurs ont pu constater que les données ne sont pas homogènes en fonction des sources : unités d'hospitalisation des patients, données déclarées au niveau des chambres d'isolement et données transmises au bureau des entrées. La concordance est un objectif actuel poursuivi par le DIM.

Les données transmises permettent néanmoins d'estimer que, pendant le premier trimestre de l'année 2009, ce sont vingt-sept à trente-trois admissions, selon les sources, qui ont eu lieu en chambre d'isolement, pour un total de vingt-et-un à vingt-trois malades, dont cinq détenus et deux enfants. La durée moyenne de maintien en isolement est de 2,7 jours (1,9 jour si l'on

exclut deux patients difficiles qui ont totalisé à eux seuls 45 % des journées d'isolement, soit vingt-trois jours en plusieurs passages).

Une autre modalité de mise à l'écart temporaire des patients existe, sous la forme de chambres dites semi-protégées, déjà décrites, en principe équipées comme des chambres ordinaires, mais susceptibles d'être fermées à clé et dont les patients ne sont pas autorisés à sortir pendant des temps plus ou moins longs de la journée. Tous les services en disposent d'au moins une. L'admission dans ce régime d'hospitalisation se fait sur prescription médicale, périodiquement réévaluée, mais sans traçabilité au niveau des services, ni réelle protocolisation.

La **contention** physique des malades paraît quant à elle exceptionnelle dans l'établissement, plusieurs interlocuteurs de la mission l'ayant même déclarée « bannie par principe à Charcot ». En cas d'agitation avec violence, la contention chimique est clairement privilégiée afin d'éviter au maximum de recourir à la maîtrise physique du patient dans la durée. Aucun protocole particulier n'existe dans l'établissement. Dans les rares cas où une contention est néanmoins appliquée, elle fait l'objet d'une prescription médicale et n'est réalisée qu'en chambre d'isolement.

Les contrôleurs ont pu constater que le souvenir des cas concernés reste vif dans l'esprit des équipes et souvent vécu comme un échec. Dans certaines unités, aucun malade n'a été attaché depuis plusieurs années.

7. Hospitalisation des détenus

L'hospitalisation des détenus en provenance du centre pénitentiaire de Ploemeur s'effectue systématiquement en chambre d'isolement, indépendamment de tout critère sectoriel.

Le nombre très limité de chambres d'isolement oblige parfois à des transferts initiaux de détenus dans d'autres établissements, avant de les transférer secondairement à l'hôpital Charcot.

Les contrôleurs ont pu constater que, bien que le corps médical estime dans sa majorité que l'enfermement systématique en chambre d'isolement d'un détenu soit abusif, la direction et souvent le corps infirmier estiment que les détenus sont dangereux et que ce serait prendre des risques que de les laisser au milieu des autres patients, qu'ils pourraient agresser, voler, en sus des risques accrus de fugue.

Le protocole de l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), qui demande en particulier la présence de cinq personnes pour réaliser tout acte avec un malade en isolement, apparaît à de nombreux soignants comme excessif dans le cas des détenus, qui sont maintenus isolés par statut et non pas par nécessité médicale. Son application stricte empêche ainsi le cas par cas qui devrait pourtant prévaloir en la matière. Il a été indiqué à la mission que certains détenus sont néanmoins accompagnés en dehors de la chambre pour aller fumer, voire pour se rendre à la salle à manger, en sus de l'accompagnement à la

douche, obligatoire compte tenu de la configuration des locaux de l'une des chambres d'isolement.

Aucune participation aux activités thérapeutiques en groupe n'est autorisée. Il a été déclaré aux contrôleurs que les détenus fumeurs sont en général autorisés à fumer dans la chambre. Aucune visite n'est possible. La sortie à l'extérieur à l'air libre est également impossible, sauf exception avec accompagnement. Les malades n'ont aucune distraction (ni radio, ni télévision). Quelques revues et livres peuvent leur être prêtés.

Les durées de séjour constatées pour les détenus sont incompatibles avec de réelles prises en charge médicales, au-delà de la simple urgence. Depuis le début de l'année 2009, treize détenus ont été adressés à l'établissement ; seuls six d'entre eux y ont été admis, pour des séjours d'un à quatre jours au maximum. En 2008, dix-sept détenus ont été admis et dix en 2007, pour des durées de séjour moyennes ne dépassant pas quatre jours.

Aucun détenu n'était présent à l'arrivée des contrôleurs ; le 2 juin, un détenu a été adressé à l'établissement : il a été récusé dès son arrivée, l'HO n'étant pas confirmée à l'admission.

Les responsables syndicaux de l'hôpital mentionnent le maintien quasi systématique des détenus en provenance du centre pénitentiaire de Ploemeur en chambre d'isolement. Ils considèrent que les détenus doivent être des patients comme les autres.

Ils jugent l'isolement défavorable aux liens nécessaires aux soins : les infirmiers n'entrent dans les chambres qu'à plusieurs, de deux à quatre fois par jour et le médecin une fois.

8. Rapport avec les personnels

La visite des contrôleurs avait été annoncée dans l'établissement. Un seul patient a exprimé le souhait de rencontrer les contrôleurs avant leur venue. Au cours de la visite il a toutefois été possible de s'entretenir avec quelques uns d'entre eux.

De ces entretiens et des observations effectuées sur place il est apparu que les relations entre les patients et les soignants se déroulaient de manière confiante et attentive.

Un responsable de service est néanmoins amené à écrire dans le rapport annuel 2008: « Des décisions graves vont devoir être prises, le service ne peut plus assurer ses missions... En 2008, l'actualité de la psychiatrie en générale [...] a été une demande croissante de soins, témoignage d'une souffrance de la société elle-même et des individus qui la composent. Nous avons tenté de répondre au mieux aux sollicitations des malades, mais une réelle insatisfaction réside dans les constats journaliers de notre incapacité à proposer des soins de qualité avec en conséquence : raccourcissement des durées d'hospitalisation, espacement des consultations, diminution des visites à domicile, négligence des difficultés sociales. Hélas, la qualité minimale de notre établissement qui est d'accueillir tout patient ayant besoin des soins hospitaliers spécifiques n'a pu être atteinte. La saturation des unités d'hospitalisation temps plein ne permet plus d'accorder à nos patients le respect minimal qu'ils méritent ».

9. Conditions de vie au travail

Le bilan social 2008 de l'établissement a été remis aux contrôleurs. On peut en tirer les quelques données suivantes.

A la date du 31 décembre 2008, le nombre total des personnels de la fonction publique hospitalière et les personnels médicaux s'élevait à 668,5 équivalents temps plein (ETP), dont 38,5 ETP médicaux, et représentait 693 personnes physiques. Aux 668,5 ETP précités il convient d'ajouter 105,10 ETP de contractuels, ce qui porte le total des ETP à 773,6 toutes catégories de personnel confondues.

Sur les 693 personnes physiques, la proportion de femmes s'élève à 69,7 %. Pour les 521 personnels soignants, éducatifs ou de rééducation, cette proportion atteint 76,4 %.

Moins de 8 % de ces 693 agents ont moins de deux ans d'ancienneté. Près de sept agents sur dix (69,3 %) ont une ancienneté de plus de cinq ans dans l'établissement.

La proportion d'agents ayant quitté l'établissement en 2008 était de 7,64 %. La proportion de nouveaux agents recrutés sur emplois permanents a été de 7,35 %.

Tous personnels confondus, l'âge moyen des hommes est de 47 ans, et l'âge moyen des femmes, de 44 ans.

La proportion de journées d'absence par rapport au nombre total de journées de présence au travail a été de 13,47 % pour l'ensemble des personnels. Elle a été de 16,01 % en ce qui concerne les personnels soignant, éducatif et de rééducation.

1877 journées ont été consacrées à la formation continue en 2008 (hors personnel médical), ce qui représente 2,83 jours par agent en moyenne, et 1,62 % du temps total travaillé.

En 2008 un contrat local d'amélioration des conditions de travail (CLACT) a été négocié et signé par les trois organisations syndicales représentatives.

Les contrôleurs ont successivement rencontré les responsables des trois syndicats présents dans l'établissement : CFDT, SUD et CGT.

Il ressort de ces entretiens que tous apprécient le cadre de travail des personnels et les protocoles et pratiques mis en œuvre tant par le corps médical que par la direction de l'établissement. La pyramide des âges propre à l'établissement devrait générer de très nombreux départs à la retraite dans un avenir proche (une cinquantaine par an). Ces responsables qualifient très positivement les nouveaux personnels infirmiers, désireux de se former et respectueux des personnes hospitalisées.

Les seules restrictions portent sur le développement programmé des chambres d'isolement, à la demande du préfet et suite à de graves incidents qui ont défrayé la chronique nationale. Elles passeraient de deux à sept, ce qui constituerait, selon eux, un appel d'air quant à leur utilisation. Cette forte pression politique sans concertation avec les personnels et les familles leur apparaît manquer de réflexion suffisante. Les représentants syndicaux ajoutent que l'enveloppe budgétaire mobilisée financerait la construction de ces chambres mais non le personnel appelé à intervenir.

Ils se sont positionnés clairement contre le passage à six voire sept chambres d'isolement dans la période à venir, considérant que la mobilisation engendrée aura des conséquences sur la disponibilité nécessaire pour les autres patients.

Ils préconisent enfin d'agir en amont, suggérant que le passage en chambre d'isolement soit toujours très court. Ce qui n'est pas toujours le cas.

Analyse des événements indésirables

Le nombre des déclarations d'événements indésirables pour les trois premiers mois de l'année 2009 est de quarante-deux et a concerné trente-neuf événements. Elles étaient 152 en 2008 et une extrapolation en donnerait 168 en 2009. Les cadres de santé sont à l'origine de vingt-sept déclarations (67 %) et les infirmiers de onze (26 %). Les autres émanent marginalement d'un cadre supérieur, de deux agents de service hospitaliers et d'un éducateur spécialisé.

L'unité d'hospitalisation pour enfants et adolescents concentre plus de 20 % des déclarations (huit), les autres unités en connaissant entre une à quatre.

Les agressions physiques et verbales sont au nombre de quinze (27,3 %), les violences entre patients au nombre de deux, comme les fugues. Il est fait mention deux fois d'un personnel isolé au sein d'un pavillon en raison d'un déplacement extérieur.

Alors qu'une agression à l'encontre d'un personnel était considérée, il y a quinze ans encore, comme une défaillance professionnelle de sa part, l'analyse renouvelée qui en est faite tend à mieux prendre en charge le suivi psychologique de la personne agressée et à limiter son traumatisme et son arrêt de travail.

Sur quatre-vingt-sept accidents du travail ayant eu lieu en 2008, trente-quatre ont eu lieu « du fait de malades agités », soit 39 % (34,66 % en 2007, et 28,57 % en 2006). Sur ces trente-quatre accidents, dix ont fait l'objet d'un arrêt de travail, soit 29,4 % (contre 30,76 % en 2007 et 20,8% en 2006).

CONCLUSION

A l'issue de la visite de l'EPSM Jean-Martin Charcot, les contrôleurs formulent les observations et préconisations qui suivent.

1. L'organisation d'une filière d'admission conduisant à hospitaliser les malades admis pour la première fois en psychiatrie, hors HO, dans une unité dédiée (PAIS), peut apparaître intéressante au regard de la prise en compte de l'angoisse qu'engendre un tel événement pour les personnes. Il conviendrait cependant d'en assurer l'évaluation, tant en termes de meilleure acceptation des soins qu'en termes de résultats de soins, dans la mesure où toute nouvelle hospitalisation se déroule ensuite dans le cadre général des services (cf. § 2 et 4.2.5).

2. L'absence de règlement intérieur d'établissement, en cours de rédaction d'après les informations données, devrait être corrigée rapidement. Celle-ci a pour conséquence des disparités de fonctionnement au niveau des services, difficilement compréhensibles pour les malades, quant aux règles en vigueur en matière d'utilisation du téléphone, de sorties, de visites... (cf. § 3.2).
3. Faire expliquer ses droits de recours à un patient uniquement par un soignant peut interroger, d'autant plus que les formulaires utilisés pour la traçabilité de cette notification sont rédigés en termes juridiques précis, mais ne font l'objet d'aucune notice d'accompagnement directement compréhensible par le malade (cf. § 3.2).
4. S'agissant des procédures de recours, le livret d'accueil fait état des différentes possibilités mais ne détaille explicitement que la voie de recours à la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP), en la privilégiant par la mention de son adresse. Aucune autre coordonnée des institutions de recours n'est indiquée ; il conviendrait de les mentionner. De même, s'agissant de la CRUQ, une procédure pratique de saisine devrait être expliquée, au-delà de la seule mention de la possibilité pour le malade de rencontrer un médiateur médecin et un médiateur non-médecin (cf. § 3.2).
5. La mise à disposition du téléphone aux patients au sein de toutes les unités, y compris gratuitement lorsque l'intérêt thérapeutique le requiert, est à saluer comme mesure de facilitation des liens extérieurs ; il est toutefois souhaitable que les règles d'utilisation soient homogènes entre les unités. Il conviendrait également que chaque unité d'hospitalisation soit équipée d'un poste téléphonique à la disposition des malades (cf. § 3.6.2).
6. Les activités extérieures aux services d'hospitalisation et requérant un accompagnement paraissent difficilement accessibles aux malades hospitalisés en HO et HDT ; de moins en moins de malades sont à même d'y participer. L'évolution récente constatée aboutissant à ne plus autoriser aucun malade hospitalisé sous contrainte à sortir de son unité sans accompagnement, y compris pour se rendre à une activité intérieure à l'EPSM, est anormale, dans la mesure où les malades hospitalisés sous contrainte le sont pour des durées parfois longues et doivent être en mesure de prendre part aussi régulièrement à des activités en dehors de leur bâtiment d'hébergement, à chaque fois que leur état de santé le permet. L'hospitalisation sans consentement ne peut être confondue avec l'interdiction de toute liberté d'aller et venir (cf. art. L.3211-3 du code de la santé publique) (cf. § 4.1).
7. L'utilisation de la procédure de sortie d'essai est pour certains malades d'une durée sans rapport avec une réelle période de transition à la sortie d'une HO ou d'une HDT. Même si l'absence réglementaire d'obligation de soins ambulatoires conduit à utiliser cette procédure à cette fin pour certains malades, il conviendrait que l'établissement

mette en place une revue systématique périodique des patients concernés (cf. 3.8).

8. Les mesures d'isolement des malades dans les services paraissent prises conformément aux recommandations de bonnes pratiques en vigueur. Il faut souligner le recours exceptionnel à la contention physique ainsi que le souci de l'établissement de mettre en place une traçabilité des placements en chambre d'isolement et la mise en route d'une démarche d'évaluation des pratiques sur cette thématique. Cependant, le recours à une contention médicamenteuse en cas d'urgence ou d'agitation ne fait l'objet d'aucun suivi particulier à l'échelle des services ; il est souhaitable d'intégrer cette dimension à l'évaluation citée. De même, les modalités d'utilisation des chambres « semi-protégées » doivent être analysées et encadrées (cf. § 6).
9. S'agissant de l'hospitalisation des détenus, le contrôle général a noté que l'hôpital, par ses choix organisationnels, accueille les détenus hospitalisés en les maintenant enfermés en chambre d'isolement pendant toute la durée de leur hospitalisation. Cette pratique de nature sécuritaire n'est pas toujours justifiée sur le plan médical. Elle remet en cause l'égalité de tous les malades face à la nécessité de soins, les malades en HO par ailleurs détenus ne pouvant de fait participer à aucune activité thérapeutique collective pendant toute la durée de leur hospitalisation, ni à l'intérieur de leur service d'hospitalisation, ni *a fortiori* à l'extérieur, y compris avec un accompagnement de soignant. De surcroît, aucune organisation n'est en place pour permettre aux détenus de recevoir les visites des personnes par ailleurs titulaires d'un permis de visite en détention, ni de téléphoner lorsqu'ils sont condamnés (et de ce fait autorisés à le faire). Une réflexion sur ce sujet doit être menée par l'EPSM (cf. § 7).

Sommaire

Rapport de visite	1
Etablissement public de santé mentale Jean-Martin Charcot	1
Caudan (Morbihan).....	1
1. Les conditions de la visite.....	2
2. Présentation générale de l'établissement	3
3. Hospitalisations sans consentement et exercice des droits	4
4. Conditions d'hospitalisation	11
4.1 Eléments communs à tous les secteurs	11
4.2 Eléments complémentaires par secteur.....	14
4.2.1 Le secteur 56 G 01 : pôle Guy Grosse.....	14
4.2.2 Le secteur de psychiatrie adulte 56 G 02 : pôle Pinel	16
4.2.3 Le secteur 56 G 03 : pôle Morvan	19

4.2.4 Le secteur Infanto-juvénile 56 I 01.....	26
4.2.5 Le pavillon d'admission intersectoriel (PAIS).....	29
4.3 Sur-occupation et transferts	32
5. Soins somatiques.....	32
6. Recours à l'isolement et à la contention	33
7. Hospitalisation des détenus.....	34
8. Rapport avec les personnels.....	35
9. Conditions de vie au travail	36
CONCLUSION	37