

# Contrôleur général des LIEUX de PRIVATION de *Liberté*

---

## Rapport de visite :

13 au 17 janvier 2020 – Première visite  
Etablissement public de santé  
mentale Etienne Gourmelen  
Quimper  
*(Finistère)*



## SYNTHESE

Huit contrôleurs ont effectué une visite de l'établissement public de santé mentale (EPSM) Etienne Gourmelen, situé à Quimper (Finistère), du 13 au 17 janvier 2020. Il s'agissait de la première visite de cet établissement. A l'issue un rapport provisoire été adressé au directeur de l'EPSM, à la délégation départementale de l'ARS Bretagne et aux chefs de juridiction du tribunal judiciaire de Quimper. En retour la présidente de cette juridiction et le juge des libertés et de la détention ont souligné l'excellence de leurs relations avec l'établissement tandis que la direction de l'EPSM a fait valoir plusieurs observations intégrées au présent rapport définitif.

L'EPSM Etienne Gourmelen dont les premiers services ont été ouverts au XIX<sup>ème</sup> siècle, est installé à proximité du centre-ville, sur un éperon rocheux. La structure est entièrement ouverte. Des constructions récentes ont remplacé les anciennes, classées et pour partie en cours de cession au moment du contrôle.

Établissement de référence pour le territoire du Finistère Sud / Sud-Ouest, dit de Cornouaille, l'EPSM couvre trois secteurs de psychiatrie pour adultes et deux secteurs de psychiatrie pour enfants, soit une population de plus de 283 000 habitants. Il compte six unités d'admission de psychiatrie générale consacrées aux patients adultes, représentant 110 lits regroupés en trois pôles, une unité intersectorielle accueillant les sujets âgés – comprenant notamment seize lits d'hospitalisation complète et cinquante-six lits de longue durée – et un pôle de psychiatrie infanto-juvénile de quatorze places.

La file active des patients adultes et mineurs pris en charge par l'établissement est stable sur deux ans mais le nombre des hospitalisations complètes est en baisse de près de 5 % en 2019. Parmi ces hospitalisations, la part des mesures de soins sans consentement est également en diminution sur deux ans, mais la proportion des admissions fondées sur un seul certificat médical est élevée puisqu'elle représente plus de 50 % du total de ces mesures en 2019.

**Les conditions matérielles de la prise en charge des patients en soins contraints sont globalement satisfaisantes, à l'exception de celles prévalant à l'unité médico-psychologique installée au sein du centre hospitalier de Quimper.**

Sur le site de l'EPSM E. Gourmelen, des améliorations matérielles gagneraient cependant à être mises en place, notamment s'agissant des espaces d'isolement et de contention. Au service des urgences du centre hospitalier de Quimper, au moment de la visite des contrôleurs, plusieurs patients étaient installés dans une salle d'attente ou même sur des brancards dans un couloir. Le projet commun de l'EPSM et du centre hospitalier de créer trois lits d'hospitalisation psychiatrique de courte durée mérite ainsi attention.

**L'organisation générale de la prise en charge médicale est efficace malgré des approches thérapeutiques différentes et deux points de fragilité.**

D'une part, les médecins urgentistes interviennent en première intention en cas d'agitation et mettent parfois en œuvre des contentions sans mention dans un quelconque registre.

D'autre part, rien ne palliait, au moment de la visite, la vacance de deux postes de médecins généralistes de l'EPSM.

Par ailleurs, si la pluralité des politiques médicales mises en œuvre au sein des unités d'admission n'est pas exclusive d'offres de soins individualisées, qui tendent à limiter la durée des séjours, ces approches induisent en pratique des traitements différenciés des patients, particulièrement sur les restrictions à leurs droits et libertés. Ainsi, en fonction du secteur dont le patient relève,

et donc du pôle dans lequel il sera pris en charge, l'hospitalisation en unité fermée ou ouverte diffèrera sensiblement ; son téléphone portable lui sera retiré ou non ; il sera filmé en continu s'il est placé à l'isolement, ou non. Enfin il bénéficiera dans un pôle seulement d'une offre riche et diversifiée d'ateliers thérapeutiques.

**S'agissant des droits et libertés des patients, malgré la réflexion et les actions d'ores et déjà engagées par la direction de l'établissement des axes d'amélioration sont identifiables.**

En premier lieu, les unités visitées sont pour l'essentiel fermées et leur ouverture constitue l'exception ; les patients en soins sans consentement sont prioritairement orientés vers des unités fermées, ou qui le sont du fait de leur prise en charge – ce, alors qu'aucun texte n'impose que les patients dont l'hospitalisation est contrainte soient enfermés. Si la réflexion relative à la liberté d'aller et venir des patients semble effective au sein des instances de l'établissement, plusieurs psychiatres y étant notamment favorables, elle paraît se heurter à de nombreuses résistances.

En second lieu, diverses limites aux droits des patients doivent être levées, qu'il s'agisse de la motivation des décisions du directeur, du recueil des observations du patient lors de la réunion du collège des professionnels de santé ou de la confidentialité de l'hospitalisation.

En outre, l'information donnée par les médecins et les équipes soignantes aux patients en soins sans consentement doit être améliorée, tant lors de l'admission de ces derniers en hospitalisation qu'au décours de leur parcours de soins.

Enfin, les conditions matérielles de l'accueil des familles doivent être améliorées.

**L'établissement est enfin engagé dans une démarche encourageante, qu'il doit poursuivre et approfondir, s'agissant des pratiques d'isolement et de contention mais il doit être mis fin sans délai à certaines de ces pratiques dégradantes et portant atteinte à la dignité des patients.**

Si diverses instances – dont notamment, depuis 2017, un comité de pilotage « droits des patients » et une évaluation des pratiques professionnelles consacrée aux pratiques d'isolement – mènent des réflexions à cet égard, la pratique de l'isolement concerne tout l'établissement et les statistiques communiquées révèlent un recours à la contention plus généralisé que les différents groupes de travail et instances traitant du sujet ne le laissaient supposer.

En outre, il est fréquemment recouru à des mesures d'isolement en espaces non dédiés, le cas échéant au moyen de décisions « si besoin » s'agissant, notamment, des patients âgés.

Du point de vue opérationnel, l'EPSM ne compte « que » quatre chambres d'isolement. Cependant, aucun de ces espaces n'est équipé de bouton d'appel et deux d'entre eux sont dotés de systèmes de vidéosurveillance qui s'avèrent attentatoires à la dignité. En effet, comme l'accès aux sanitaires peut y être ponctuellement fermé, le patient n'a d'autre choix qu'un urinal sous l'œil de la caméra.

Dans ses observations relatives au rapport provisoire de visite qui lui a été communiqué, la direction de l'établissement ne conteste pour l'essentiel pas le bien-fondé des constats opérés par les contrôleurs et des recommandations émises. Si elle souligne avoir déjà pris en compte certaines d'entre-elles, elle n'apporte pas pour les autres de perspective d'amélioration.

## SYNTHESE DES OBSERVATIONS

### BONNES PRATIQUES

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

#### **BONNE PRATIQUE 1 ..... 32**

L'information préalable donnée, par voie postale, aux patients astreints à un programme de soins ambulatoires relativement à la visite dans l'établissement de la commission départementale des soins psychiatriques participe de l'exercice de leurs droits.

#### **BONNE PRATIQUE 2 ..... 81**

Au sein de l'unité d'hospitalisation des mineurs de moins de 12 ans, le remplacement de l'ancienne chambre d'isolement par un espace d'apaisement adapté permet de mieux prévenir les éventuelles périodes d'agitation sans enfermer les enfants dans des espaces inconfortables et non sécurisants.

### RECOMMANDATIONS

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

#### **RECOMMANDATION 1 ..... 20**

La formation d'adaptation à l'emploi des nouveaux infirmiers doit mieux prendre en compte la spécificité des règles d'hospitalisation et d'information des patients ainsi que les restrictions de liberté. Celles touchant à la liberté d'aller et venir doivent faire l'objet d'une approche particulière sous l'angle des droits fondamentaux.

#### **RECOMMANDATION 2 ..... 24**

Les décisions du directeur portant admission en soins sans consentement et prolongation de tels soins doivent être motivés afin de permettre au patient de connaître, à leur seule lecture, les raisons à l'origine de la mesure. A défaut, les certificats médicaux qui fondent ces décisions doivent y être joints et portés à la connaissance du patient. Par ailleurs, cette notification doit intervenir dans les meilleurs délais après l'édition de ces décisions et au plus tard dès que l'état clinique du patient le permet. De plus, le recueil des éventuelles observations préalables du patient doit être tracé.

#### **RECOMMANDATION 3 ..... 31**

Le droit à la confidentialité de l'hospitalisation doit faire l'objet d'une procédure diffusée aux agents.

#### **RECOMMANDATION 4 ..... 34**

La mesure de la satisfaction des patients est insuffisamment portée dans les unités. En outre, le taux de retour doit être déterminé sur la base du nombre de séjours dans l'année et non pas sur celui du nombre de questionnaires distribués.

#### **RECOMMANDATION 5 ..... 36**

Conformément aux dispositions du code de la santé publique, le préfet du Finistère, le président du tribunal judiciaire de Brest et le maire de Quimper, ou leurs représentants, doivent visiter l'établissement chaque année et porter aux registres de la loi leur visa et leurs éventuelles observations.

**RECOMMANDATION 6 ..... 43**

Les réflexions menées par les instances de l'établissement relativement à l'ouverture des unités et à la liberté d'aller et de venir des patients doivent permettre la mise en œuvre à court terme d'un protocole harmonisé entre les unités qui fasse de la liberté le principe et de la restriction l'exception.

**RECOMMANDATION 7 ..... 45**

Toutes les unités de l'établissement doivent adopter comme règle générale l'autorisation pour les patients de conserver leur téléphone mobile, y compris ceux en soins sans consentement. Seule une prescription médicale peut priver un patient de son téléphone et ce pour une durée précisément limitée. L'installation des téléphones accessibles aux patients dans les unités doit assurer la confidentialité des conversations.

**RECOMMANDATION 8 ..... 46**

Les visites des familles et des proches doivent pouvoir se dérouler dans la chambre du patient. La pratique consistant à organiser dans une même pièce plusieurs visites concomitantes pour des patients différents doit être proscrite.

**RECOMMANDATION 9 ..... 48**

L'établissement doit développer une réflexion institutionnelle relative à la sexualité des patients et assurer la formation du personnel à ce sujet. Un espace de dialogue pourrait également être utilement mis en place à cet égard entre le personnel soignant et les patients. Enfin, les avis émis par le comité d'éthique, tant sur ce sujet que sur les autres, doivent être suivis d'effet.

**RECOMMANDATION 10 ..... 50**

Les chambres doivent être équipées de moyens d'appel en état de fonctionnement.

**RECOMMANDATION 11 ..... 52**

Tout patient doit pouvoir disposer d'une chambre individuelle et de sanitaires privés.

**RECOMMANDATION 12 ..... 57**

Les conditions matérielles d'accueil au sein de l'unité médico-psychologique doivent être améliorées en vue d'offrir une prise en charge adaptée.

**RECOMMANDATION 13 ..... 58**

La convention établie entre le service d'accueil des urgences du centre hospitalier intercommunal de Cornouailles et l'EPSM doit être complétée par un avenant précisant les modalités de prise en charge des états d'agitation des patients relevant de soins psychiatriques. Par ailleurs, les mesures de contention doivent être répertoriées dans un registre prévu à cet effet. La pose de contentions sur des patients relevant de la psychiatrie aux urgences du centre hospitalier doivent être décidées par un médecin psychiatre.

**RECOMMANDATION 14 ..... 66**

Indépendamment du secteur dont ils relèvent et, par suite, du pôle dans lequel ils sont pris en charge, les patients de l'établissement doivent se voir proposer de manière équitable une offre fournie d'activités thérapeutiques et de réhabilitation psychosociale, notamment en étant effectivement mis en mesure d'accéder à l'offre foisonnante des Ateliers thérapeutiques.

**RECOMMANDATION 15 ..... 67**

Il convient de pourvoir dans les meilleurs délais les deux postes vacants de médecins généralistes, la situation actuelle ne pouvant perdurer.

**RECOMMANDATION 16 ..... 70**

Les chambres d'isolement doivent être dotées d'un dispositif d'appel et les patients qui y sont enfermés doivent y bénéficier d'un repère spatio-temporel visible constamment, d'aménagements leur permettant de se nourrir dignement et d'un accès à l'air libre.

**RECOMMANDATION 17 ..... 71**

Les dispositifs de vidéosurveillance dont sont équipées plusieurs chambres d'isolement portent atteinte à l'intimité et à la dignité des patients enfermés dans ces espaces et doivent de ce fait être déposés sans délai.

**RECOMMANDATION 18 ..... 73**

Bien que régulièrement tracés, l'isolement et la contention en espace non dédié doivent être proscrits.

**RECOMMANDATION 19 ..... 74**

Toute décision de placement en isolement ou de prolongation d'un tel placement doit émaner ou être rapidement validée par un psychiatre après examen du patient.

**RECOMMANDATION 20 ..... 74**

Les patients placés en chambre d'isolement doivent systématiquement bénéficier d'un examen somatique.

**RECOMMANDATION 21 ..... 76**

Une réflexion institutionnelle portant sur les pratiques relatives à l'isolement et à la contention doit encore s'approfondir afin d'identifier d'autres alternatives à ces mesures et de concrétiser le projet d'aménagement de chambres d'apaisement. Elle doit associer l'ensemble des soignants.

**RECOMMANDATION 22 ..... 79**

Les données du registre d'isolement et de contention doivent faire l'objet d'une analyse et d'une réflexion institutionnelle en vue de réduire le recours à ces mesures.

**RECOMMANDATION 23 ..... 83**

Le placement en chambre d'isolement de patients mineurs, notamment de 16 ans, ne peut être qu'exceptionnel ; l'établissement gagnerait à engager sur cette pratique une réflexion critique prenant notamment en compte l'évolution survenue dans l'unité de prise en charge des mineurs de douze ans.

**RECOMMANDATION 24 ..... 90**

Les éventuelles décisions de mise en isolement ou d'utilisation des moyens de contention doivent, y compris lorsqu'elles sont prises dans le cadre d'une prise en charge de géronto-psychiatrie, être conformes aux prescriptions du code de la santé publique et aux recommandations du CGLPL et de la Haute autorité de santé. Les décisions « si besoin » de contention et d'isolement doivent en particulier être proscrites.

**RECOMMANDATIONS PRISES EN COMPTE**

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

**RECO PRISE EN COMPTE 1 ..... 29**

Les affiches apposées à la demande de la direction ne doivent plus faire mention des restrictions au vote des majeurs sous tutelle et doivent rappeler la possibilité pour eux de demander leur inscription sur les listes électorales.

**RECO PRISE EN COMPTE 2..... 38**

Le collège des professionnels de santé doit, conformément aux dispositions de l'article L. 3212-7 du code de la santé publique, obligatoirement entendre le patient et recueillir son avis avant de prendre sa décision.

**RECO PRISE EN COMPTE 3..... 76**

L'établissement doit organiser des formations complémentaires d'adaptation à l'emploi et aux techniques de désescalade afin que tous les moyens appropriés alternatifs soient tentés avant d'avoir recours aux mesures d'isolement et de contention.

**PROPOSITIONS**

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

**PROPOSITION 1..... 26**

L'établissement qui dispose d'une ingénierie suffisante pour conduire des programmes de réduction des risques doit élargir le champ de ses travaux aux violences dont les patients sont victimes.

**PROPOSITION 2..... 28**

Le comité d'éthique de l'établissement gagnerait à s'ouvrir à des participations extérieures et à de nouvelles compétences pour mieux garantir la pluridisciplinarité du traitement des questions éthiques.

**PROPOSITION 3..... 28**

Dans le respect de l'article L. 1111-6 du code de la santé publique, la personne de confiance désignée par le patient doit être informée de sa désignation et des conséquences en découlant et invitée à confirmer son accord sur celle-ci.

**PROPOSITION 4..... 41**

Des travaux d'amélioration et de création de voies piétonnières doivent être réalisés sans délai afin d'offrir aux patients un lieu de promenade et de circulation sécurisé.

**PROPOSITION 5..... 85**

Tous les membres du personnel de l'unité de psychiatrie du patient âgé doivent être formés aux règles d'admission en soins psychiatriques sans consentement et aux droits garantis aux patients dans ce cadre.

**PROPOSITION 6..... 89**

Les activités thérapeutiques proposées aux patients âgés doivent être plus nombreuses en semaine.

## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE .....</b>	<b>2</b>
<b>SYNTHESE DES OBSERVATIONS .....</b>	<b>4</b>
<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>8</b>
<b>RAPPORT .....</b>	<b>11</b>
<b>1. CONDITIONS DE LA VISITE .....</b>	<b>11</b>
<b>2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT .....</b>	<b>13</b>
2.1 L'établissement occupe une place centrale dans l'offre départementale de santé mentale grâce à un réseau ambulatoire et des partenariats développés .....	13
2.2 Le budget traduit une volonté de maintien de capacités de soins de qualité mais l'optimisation des recettes peut pénaliser le patient hospitalisé sous contrainte .....	17
2.3 Les effectifs de l'établissement permettent une prise en charge de qualité mais la formation du personnel aux droits fondamentaux des patients est incomplète .....	18
2.4 Le nombre des hospitalisations décroît mais la proportion de celles sans consentement augmente, notamment sur le fondement d'un seul certificat médical.....	21
<b>3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS .....</b>	<b>23</b>
3.1 Le livret d'accueil informe tous les patients des modalités de leur séjour et un document spécifique est notifié, parfois tardivement, aux patients en soins sans consentement .....	23
3.2 Les événements indésirables font l'objet de mesures correctives à l'exception des violences sur les patients.....	24
3.3 le comité d'éthique est peu sollicité .....	27
3.4 La personne de confiance est une ressource peu utilisée .....	28
3.5 A l'exception de ceux placés sous tutelle, les patients sont correctement informés de leur droit de vote et sont mis en mesure de l'exercer.....	29
3.6 L'accès au culte est facilité mais une seule religion est représentée .....	29
3.7 La protection juridique des majeurs est assurée pour les patients en ayant besoin .....	30
3.8 La confidentialité de l'hospitalisation n'est pas organisée .....	30
<b>4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS .....</b>	<b>32</b>
4.1 La commission départementale des soins psychiatriques exerce pleinement son rôle de contrôle.....	32
4.2 La commission des usagers veille au respect des droits des patients et l'association des familles à la prise en charge participe de l'adhésion aux soins .....	33



4.3	Le questionnaire de satisfaction ne fait pas l'objet d'une attention suffisante de la part des unités de soins.....	34
4.4	La bonne tenue des registres de la loi facilite le contrôle des hospitalisations sans consentement tandis que les contrôles extérieurs sont réduits au minimum ..	35
4.5	Les sorties de courte durée sont facilement accordées avec pour objectif de préparer la levée de la mesure ou le passage en programme de soins.....	36
4.6	Le juge des libertés et de la détention exerce sa mission dans des conditions matérielles et relationnelles qui n'appellent pas d'observation .....	38
<b>5.</b>	<b>LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....</b>	<b>41</b>
5.1	L'établissement est très ouvert alors que les unités sont très fermées .....	41
5.2	Dans la vie quotidienne au sein des unités de soins, la règle est la liberté .....	43
5.3	La liberté de communiquer avec l'extérieur est partielle et variable .....	45
5.4	Le thème de la sexualité ne fait pas l'objet d'une réflexion collective .....	47
<b>6.</b>	<b>LES CONDITIONS DE VIE .....</b>	<b>49</b>
6.1	Le domaine est vaste et bien entretenu, mais les conditions d'hébergement sont disparates.....	49
6.2	Les conditions d'hygiène n'appellent pas d'observation.....	53
6.3	La gestion des biens des patients est souple et leur permet de faire face à leurs besoins .....	54
6.4	Les patients sont satisfaits de la qualité des repas.....	54
<b>7.</b>	<b>L'ACCES AUX SOINS.....</b>	<b>56</b>
7.1	Les conditions d'accueil en urgence ne permettent ni d'offrir une prise en charge optimale aux patients ni de limiter les hospitalisations non justifiées .....	56
7.2	La prise en charge psychiatrique repose sur des projets de soins individualisés visant à limiter la durée des hospitalisations mais fait une place inégale à la réhabilitation psychosociale et aux activités thérapeutiques.....	59
7.3	En dépit d'un nombre insuffisant de médecins généralistes, la prise en charge somatique est assurée .....	66
8.1	L'isolement est opéré en chambre spécifique et en chambre standard.....	69
8.2	L'isolement en chambre ordinaire est fréquent.....	72
8.3	L'établissement affiche l'ambition d'une politique de moindre recours à l'isolement et à la contention sans toutefois de formation suffisante des équipes soignantes .....	73
8.4	L'exploitation du registre de l'isolement et de la contention dévoile des pratiques en contradiction avec la volonté affichée de l'établissement d'avoir un moindre recours à ces mesures .....	77
<b>9.</b>	<b>LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES .....</b>	<b>80</b>
9.1	La prise en charge de pédopsychiatrie est attentive mais le placement d'adolescents en chambre d'isolement pose question .....	80

9.2 Les patients âgés bénéficient de peu d'activités thérapeutiques et se voient imposer des mesures d'isolement et de contention non conformes .....	83
<b>10. CONCLUSION.....</b>	<b>91</b>

# Rapport

Contrôleurs :

- Mathieu Boidé, chef de mission ;
- Chantal Baysse ;
- Jean-François Carrillo ;
- Marie-Agnès Credoz ;
- François Koch ;
- Agnès Lafay ;
- Michel Thiriet ;
- Bonnie Tickridge.

## 1. CONDITIONS DE LA VISITE

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), huit contrôleurs ont effectué une visite de l'établissement public de santé mentale (EPSM) Etienne Gourmelen, situé à Quimper (Finistère), du 13 au 17 janvier 2020.

Les contrôleurs sont arrivés dans l'établissement le 13 janvier à 13h45 et ont été accueillis par le directeur et ses adjoints. Une réunion de présentation s'est ensuite tenue en présence de ces derniers, du président et de la vice-présidente de la commission médicale d'établissement (CME), des médecins chefs de pôle, du directeur des soins et des cadres supérieurs de santé.

La visite avait été annoncée quelques jours plus tôt à la direction de l'établissement, au directeur de cabinet du préfet du Finistère, au délégué territorial de l'agence régionale de santé (ARS) Bretagne, à la présidente du tribunal judiciaire de Quimper et au procureur de la République près cette juridiction.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, comme ils le souhaitaient et en toute confidentialité, tant avec des patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site hospitalier et dans l'unité médico-psychologique qui est adossée au service d'accueil des urgences du centre hospitalier intercommunal de Cornouaille, situé à Quimper, où une visite a également été organisée.

Les documents sollicités par les contrôleurs leur ont été communiqués et une salle de travail équipée d'un poste informatique et d'une imprimante a été mise à leur disposition.

Ils ont été sollicités par deux des organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, dont ils ont rencontré les délégués.

Une réunion de restitution s'est tenue le 17 janvier à 12h30 en présence d'une centaine de personnes, la direction de l'établissement y ayant convié l'ensemble du personnel.

Un rapport provisoire de visite a été adressé, le 30 juin 2020, au directeur de l'EPSM, à la délégation départementale de l'ARS Bretagne et aux chefs du tribunal judiciaire de Quimper.

Par un courrier du 23 juillet suivant la présidente de cette juridiction a informé la Contrôleure générale qu'elle n'a pas eu à connaître de plaintes concernant le fonctionnement de l'établissement, avec la direction duquel les relations ont toujours été constructives. Une note, annexée à ce courrier, du juge des libertés et de la détention intervenant dans l'établissement souligne également la qualité de ces relations.

La direction de l'EPSM a quant à elle présenté ses observations le 14 août 2020 ; quand elles n'ont pas consisté à rectifier des erreurs factuelles, celles-ci sont intégrées au présent rapport en caractères de couleur verte – tout comme, le cas échéant, les éventuels commentaires du CGLPL s'y rapportant.

## 2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

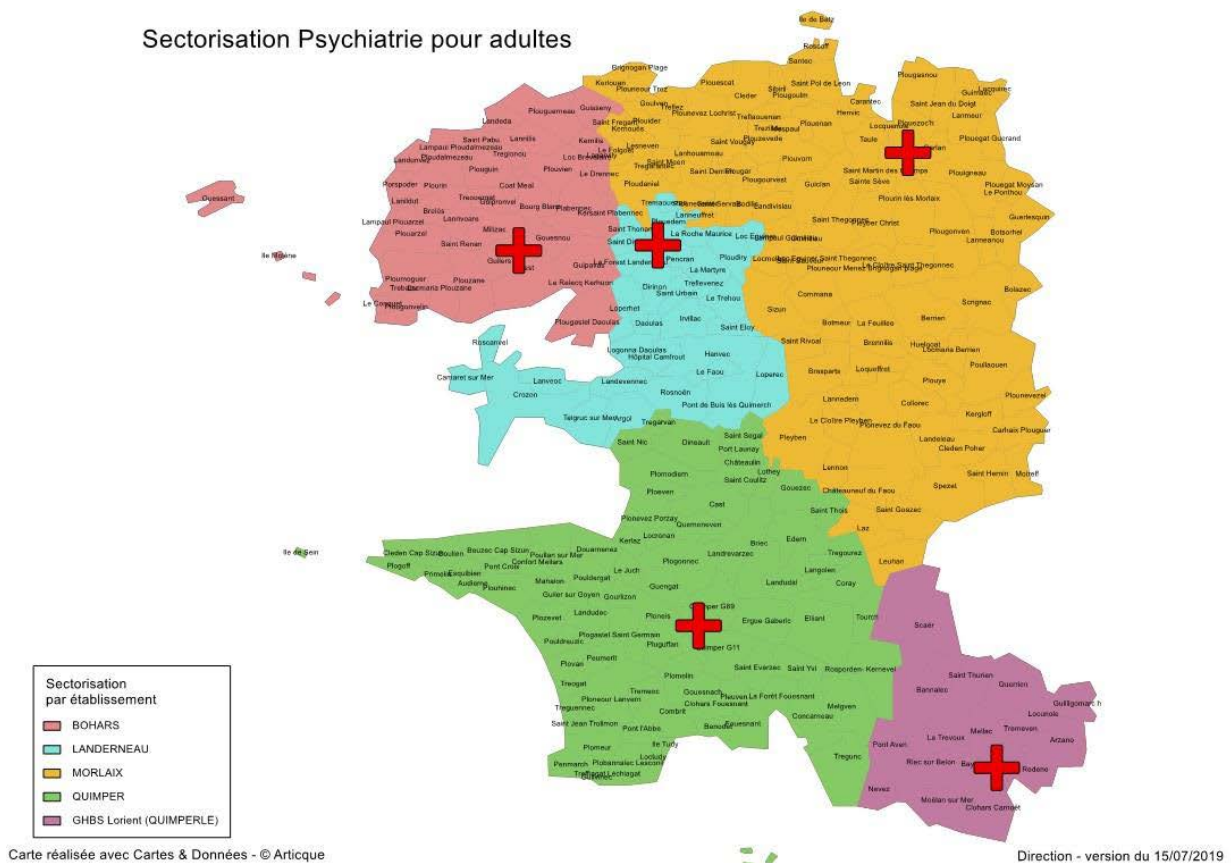
### 2.1 L'ETABLISSEMENT OCCUPE UNE PLACE CENTRALE DANS L'OFFRE DEPARTEMENTALE DE SANTE MENTALE GRACE A UN RESEAU AMBULATOIRE ET DES PARTENARIATS DEVELOPPES

#### 2.1.1 L'établissement dans son environnement

L'installation d'un premier établissement de santé mentale à Quimper date de 1824 : il s'agissait d'une annexe à l'hospice civil, alors réservée aux individus de sexe masculin. Les femmes étaient soignées dans un quartier de l'hospice de Morlaix. L'asile du Finistère de Quimper, ensuite dit Saint-Anasthase, devient l'hôpital psychiatrique Etienne Gourmelen en 1959.

Dans les années 1980, le principe de sectorisation psychiatrique conduit au développement de son offre ambulatoire et à une organisation départementale des soins de santé mentale partagée avec quatre autres établissements situés à Brest, Morlaix, Landerneau et Quimperlé.

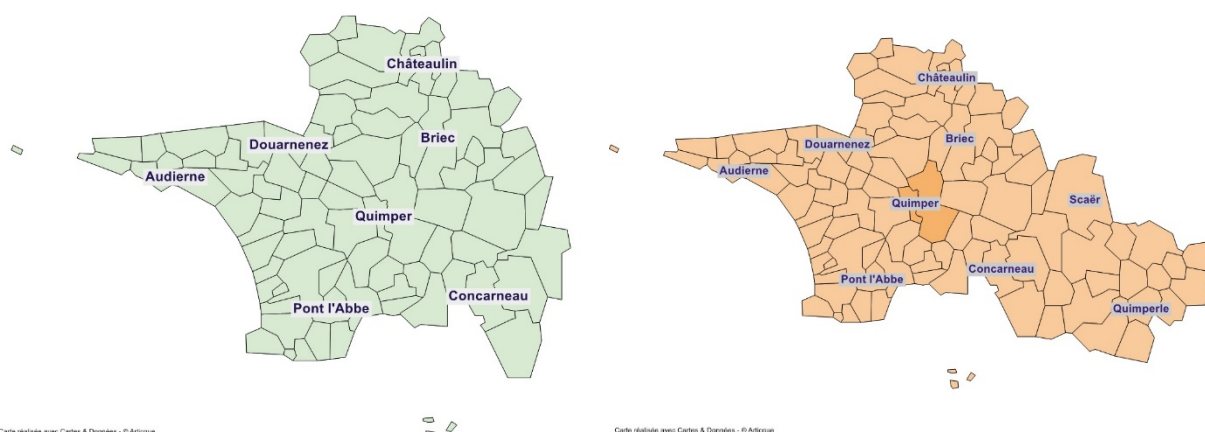
Afin, notamment, de souligner la priorité donnée à la prise en charge extérieure au site hospitalier, l'hôpital psychiatrique devient établissement public de santé mentale (EPSM) Etienne Gourmelen en 2008.



### Sectorisation psychiatrique du département du Finistère – source : EPSM Gourmelen

#### 2.1.2 Organisation de l'établissement

Établissement de référence pour le territoire du Finistère Sud / Sud-Ouest, dit de Cornouaille, l'EPSM couvre trois secteurs de psychiatrie pour adultes et deux secteurs de psychiatrie pour enfants, soit une population de plus de 283 000 habitants.



*Secteurs de compétence de l'établissement (source : EPSM Gourmelen) :*  
*à g., psychiatrie adulte ; à d., psychiatrie pour enfants et adolescents*

La prise en charge des urgences est réalisée à partir d'une unité médico-psychologique située au service des urgences du centre hospitalier intercommunal de Cornouaille (CHIC ; voir *infra*, § 7.1). Outre ses unités d'hospitalisation complète situées à Quimper – dont six sont consacrées à la psychiatrie adulte et réunies dans un bâtiment unique, dit Clinique 10, édifié en 2008 – l'établissement propose quarante-trois lieux d'accueil et de prise en charge pour adultes, enfants et adolescents, répartis dans plusieurs communes du ressort : Audierne, Briec, Châteaulin, Concarneau, Douarnenez, Plouhinec, Pont-l'Abbé, Poullan-sur-Mer, Quimper, Quimperlé, Scaër. L'EPSM dispose également d'un service d'hospitalisation et de consultations pour les personnes en situation d'addiction et intervient auprès du centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) de Quimper. Il participe en outre au fonctionnement de l'équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) qui intervient dans les différents établissements de l'Union Hospitalière de Cornouaille<sup>1</sup>, devenue groupement hospitalier de territoire, dont il est membre.

De plus, l'établissement a développé un dispositif de prise en charge psychiatrique du sujet âgé qui intègre un lieu de consultations, une unité d'hospitalisation (l'unité de psychiatrie du sujet âgé, UPSA) et quatre hôpitaux de jour spécialisés.

Par ailleurs, il dispose à Quimper d'une unité de soins de longue durée (USLD) et propose un dispositif de prise en charge des troubles du spectre autistique pour adultes (pôle Borromée) comportant une unité de soins au long cours et des unités spécialisées : unité d'hospitalisation, hôpital de jour, centre médico-psychologique) – auxquelles s'ajoute un service d'éducation spécialisée de soins à domicile (SESSAD) pour jeunes autistes. Il propose également deux structures médico-sociales (une maison d'accueil spécialisée et un foyer d'accueil médicalisé) et développe des partenariats avec le secteur associatif, les collectivités territoriales et les autres établissements sanitaires, notamment dans le cadre de l'Union hospitalière de Cornouaille.

<sup>1</sup> L'Union hospitalière de Cornouaille s'est créée le 30 novembre 2009 sous l'égide de l'ARS Bretagne entre le centre hospitalier intercommunal de Cornouaille - Quimper (CHIC), le centre hospitalier de Douarnenez, l'EPSM E. Gourmelen, membres, l'Hôtel-Dieu de Pont-l'Abbé - Hospitalité Saint-Thomas de Villeneuve, le Centre Jean Tanguy de Saint-Yvy, l'UGECAM Bretagne-Pays de la Loire et la Fondation Masse-Trévidy, partenaires, ainsi que le CHRU de Brest, associé. Elle est devenue groupement hospitalier de territoire (GHT) le 1<sup>er</sup> juillet 2016. Source : <http://www.ch-cornouaille.fr/presentation-du-chic/organisation-de-letablissement/union-hospitaliere-de-cornouaille>

A Quimper, le site hospitalier occupe une superficie d'une trentaine d'hectares situés sur un éperon rocheux positionné à proximité immédiate du centre-ville. La partie historique du site, construite au 19<sup>ème</sup> siècle, est inscrite à l'inventaire des monuments historiques et offre aux visiteurs une vue sur la cathédrale Saint-Corentin. Au jour de la visite des contrôleurs, les bâtiments édifiés sur cette partie du site sont désaffectés à la suite du déménagement, fin 2019, des derniers services administratifs de l'établissement qui y étaient installés ; un projet de cession de 9 hectares relevant de cette partie historique est en cours. S'il aboutit, un droit de passage sera préservé sur la parcelle concernée afin qu'usagers et membres du personnel du site hospitalier puissent toujours cheminer entre le centre-ville et les services de l'établissement.



*Vue aérienne du site hospitalier (source : EPSM Gourmelen) : au premier plan, partie historique dont la cession partielle est projetée*

Les six unités d'hospitalisation adulte regroupées au sein de la Clinique 10 sont réparties en trois pôles, correspondant chacun à l'un des secteurs de compétence de l'établissement. Deux de ces pôles ont mis en place une sous-sectorisation, conduisant à rattacher chacune de leurs unités à un CMP ; le dernier répond à une organisation différente, orientant les patients de son secteur dans une unité théoriquement ouverte ou une autre par principe fermée, où sont prioritairement accueillis les patients en soins sans consentement (voir *infra*, § 5.1.2). Par ailleurs, chacun des pôles s'inscrit dans un courant particulier de la psychiatrie (voir *infra*, § 7.2), dont il résulte notamment une organisation propre (les pôles 1 et 2 disposent chacun de quarante lits alors que le pôle 3, qui s'inscrit dans le courant de thérapie institutionnelle, en compte trente à effectifs

équivalents) et des modalités de prise en charge variables à certains égards. Selon les témoignages recueillis, cette logique polaire affirmée résulte d'un choix de l'établissement dont les limites potentielles, en termes de cloisonnement, voire de rivalité, ne sont pas ignorées. Afin de les limiter, des évaluations des pratiques professionnelles ont été mises en place au cours des dernières années et une réflexion est en cours pour l'instauration de revues des pratiques. En outre, tous les pôles sont représentés au sein des instances de l'établissement (comité médical, collège médical, réunion des chefs de pôle, comités de pilotage) et participent ainsi aux réflexions institutionnelles relatives tant à la prise en charge clinique qu'à des sujets transversaux.

### 2.1.3 Objectifs de l'établissement

Dans le cadre de l'actualisation du projet d'établissement, l'EPSM a associé, courant 2019, des professionnels qui lui sont extérieurs aux travaux de groupe engagés par le directoire. L'objectif de cette réflexion est de maintenir, dans un contexte budgétaire tendu (voir *infra*, § 2.2), une offre de soins tournée vers l'extérieur, en cohérence avec le projet de soins partagé de l'Union hospitalière de Cornouaille pour la même période.

Par ailleurs, divers projets sont poursuivis tant dans le cadre de l'élaboration du projet territorial de santé mentale (incluant la question des délais d'obtention d'un rendez-vous de consultation) qu'à celui, plus local, de l'amélioration de la prise en charge en urgence (voir *infra*, § 7.1) ou de l'activité de l'établissement (élargissement des horaires d'ouverture de la cafétéria, installation d'allumes-cigarettes, organisation de journées de réflexion sur le thème de la liberté d'aller et venir, de la prise en charge psychiatrique des migrants ou encore dans le cadre d'une journée Justice-Santé mentale).

Parmi les objectifs affichés de l'EPSM, figure la poursuite « *des efforts en matière de droits et d'accueil des patients* » qui représente un axe fort de l'établissement. A titre d'exemple, une charte des droits des patients a été validée par la CME au mois de juin 2017 – ce document pose « la liberté » comme principe. Un comité de pilotage (COFIL) « Droits des patients » réunit trois fois par an plusieurs membres de la direction de l'établissement, des médecins et membres du personnel soignant ainsi que les représentants des usagers. Les thèmes abordés portent notamment sur les mesures d'isolement et de contention, l'aspect matériel de la prise en charge ou encore les questionnaires de satisfaction.

Dans ses observations du 14 août 2020, la direction de l'EPSM précise que « *l'établissement est également engagé dans la démarche « PTSM » et « CLS » afin de maintenir une offre de soins tournée vers l'extérieur ; que le COFIL « Droits des patients » est copiloté par un médecin représentant la CME et un membre de l'équipe de direction ; et que le fonctionnement régulier de la CDI participe également aux « efforts en matière de droits et d'accueil des patients ».* »

Par ailleurs, et de façon générale, la direction fait valoir que « *le rapport mentionne peu (...) les actions engagées pour renforcer la réflexion et les actions au bénéfice des droits des patients, alors même qu'il s'agit d'un axe fort de l'EPSM : distribution à l'ensemble des salariés (juillet 2019), de façon individualisée, de l'ouvrage Psychiatrie : l'hospitalisation sous contrainte, de A. Hazan et S. Hatry ; organisation d'une journée "droits des patients - liberté d'aller et de venir en psychiatrie (journée du 6 mars 2020 annulée pour cause de crise sanitaire) ; organisation du colloque justice -santé mentale (prévu en juin 2020 mais annulé pour cause de crise sanitaire) ; organisation des journées "Borromée" (tous les 2 ans) sur la spécificité de la prise en charge des patients souffrants de troubles du spectre autistique ; journées sur la prise en charge des personnes en situation de précarité en lien notamment avec le développement de l'interprétariat professionnel (qui a permis*



*à l'établissement d'avoir le label national "droits des usagers de la santé" en 2019 ; temps d'information et d'échanges organisés pour les magistrats, autorités de police et de gendarmerie, avocats... sur les mesures de soins sans consentement (réunions de 2 à 3 h) ; après-midi de réflexion clinique associant les professionnels de l'établissement (notamment les psychologues) sur le travail avec les familles en psychiatrie (mars 2019). »*

## **2.2 LE BUDGET TRADUIT UNE VOLONTE DE MAINTIEN DE CAPACITES DE SOINS DE QUALITE MAIS L'OPTIMISATION DES RECETTES PEUT PENALISER LE PATIENT HOSPITALISE SOUS CONTRAINTE**

Le budget de l'établissement est construit à partir de cinq activités tarifées et financées distinctement : la psychiatrie, sous dotation annuelle de fonctionnement (DAF), y pèse pour 89 %, l'unité de soins de longue durée (USLD) et trois activités sociales et médico-sociales pour le reste. Les choix budgétaires touchant aux alternatives à l'hospitalisation à temps complet sont alignés avec la stratégie de l'établissement définie par son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (psychiatrie de liaison, hospitalisation de jour, équipes mobiles, etc.).

Le compte de résultat prévisionnel consolidé est voisin de 65 millions d'euros, hors produits exceptionnels de cession d'actifs. L'état prévisionnel des recettes et des dépenses pour 2020 a été présenté sur des hypothèses prudentes et réalistes d'évolution des recettes (+ 0,5 %) et des charges (+ 1 %), d'autant qu'au moment de son élaboration et tout particulièrement en début d'année d'exercice budgétaire, le contexte du financement de l'hôpital public, particulièrement de la psychiatrie, connaît des annonces de soutien non stabilisées.

Le dernier plan global de financement pluriannuel a été approuvé mais avec réserve en raison d'une dégradation des ratios financiers résultant d'investissements affichés importants pour les prochaines années (9 millions entre 2020 et 2024) et d'un déficit structurel durablement installé de l'ordre de 700 000 euros par an.

Dans ce schéma de trajectoire financière fragile et où la DAF progresse peu, l'établissement a fait le choix du plein emploi médical et de la protection des emplois « à la prise à charge » pour répondre à une dynamique d'activité mesurable au travers la progression significative de la file active et des actes ambulatoires (+ 30 % au cours des sept dernières années).

Les marges de manœuvre sont cependant restreintes par un schéma immobilier contraint (relocalisation de structures extérieures sur le site principal) et par une valorisation patrimoniale maintenant limitée (locaux restants très vétustes), sauf à réinterroger certaines implantations ambulatoires sans nuire à l'accessibilité aux soins de secteur de façon à se placer dans une position favorable dans le cadre de la modulation régionale de la DAF.

L'établissement a défini un plan d'optimisation des recettes subsidiaires dans le cadre de ses coopérations et plus étonnamment en direction des patients au travers la facturation des chambres particulières. Ce dernier choix interroge s'il conduit à un reste à charge effectif pour le patient dont on connaît la fragilité et l'incapacité parfois à consentir au moment de l'admission et à la quasi-absence de choix réel du fait du caractère exclusif des chambres individuelles. La présentation de l'option « chambre individuelle » dans le livret « *informations sur le coût des prestations* » comme un critère de confort personnel est excessif et devrait résulter d'une offre de base notamment pour des malades souffrant de pathologies psychiatriques. *La direction de l'EPSM précise que le coût des chambres individuelles n'est pas assumé par le patient mais que leur facturation est « adressée aux organismes complémentaires dans la limite d'un plafond sans facturation directe aux patients. »*

## 2.3 LES EFFECTIFS DE L'ETABLISSEMENT PERMETTENT UNE PRISE EN CHARGE DE QUALITE MAIS LA FORMATION DU PERSONNEL AUX DROITS FONDAMENTAUX DES PATIENTS EST INCOMPLETE

### 2.3.1 Les ressources humaines

L'examen du bilan social pour l'année 2018 indique que l'établissement comptait 956,84 de personnel non médical en équivalents temps plein (ETP) rémunérés moyens et 45,95 ETP de personnel médical.

Les emplois non médicaux connaissent une baisse continue qui s'est accélérée en 2018 (- 3 %). Cette tendance, si elle s'est jusqu'alors plutôt concentrée sur le personnel hors soins, concerne aujourd'hui l'ensemble des fonctions.

Les emplois médicaux sont stables et la totalité des postes pourvus hormis 1,5 temps de médecine générale. Les postes sont tous pourvus par des médecins de plein exercice ce qui est un atout en termes d'organisation médicale de la continuité et de la permanence des soins et de sécurité juridique, en matière d'hospitalisation sans consentement.

Le projet social 2017-2020 a fait de l'attractivité un de ses axes stratégiques qui réussit notamment à l'adresse des médecins ou futurs médecins (internes). L'établissement a su renouveler l'effectif médical en proposant des projets professionnels convaincants par le biais de développement d'activités nouvelles comme par exemple la stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS) ou au travers des organisations nouvelles en ambulatoire. C'est un peu moins vrai pour le personnel soignant puisqu'il apparaît quelques difficultés à pourvoir durablement les postes infirmiers ou la totalité des postes (sept non pourvus en novembre 2019), difficultés aggravées par une certaine « labilité » dans les parcours d'emploi et par une situation conjoncturelle très particulière liée en 2019 à un fort taux de non-validation du diplôme d'Etat d'infirmier.

La problématique réside davantage dans la capacité de l'établissement à conserver les candidats infirmiers sélectionnés que dans un manque d'intérêt pour la psychiatrie puisque, sur la seule année 2018, la direction des ressources humaines (DRH) a reçu 155 candidatures infirmières et recrutés 32 infirmiers. Cette difficulté pourrait être « acutisée » en regard de la pyramide des âges. Le *turn-over* est cependant pour le moment maîtrisé.

Les indicateurs relatifs à l'absentéisme sont satisfaisants. Si le taux d'absentéisme reste traditionnellement très faible chez les médecins, il baisse de façon constante chaque année pour l'ensemble du personnel (médical 2,36 % et non médical 6,97 %). Le nombre de jours d'absence est globalement en forte baisse en 2018 en raison d'une année particulière du fait d'une division par deux du nombre d'absences pour congés maternité et paternité.

L'établissement mène une politique active de développement de la qualité de vie au travail, de prévention et de réduction des risques, de maintien dans l'emploi et de prise en compte du handicap (avec un taux de travailleurs handicapés significatif de 8,75 %). Il le fait au travers un dialogue social constructif en mobilisant les différents leviers à sa disposition comme la formation d'adaptation à l'emploi, l'accompagnement et le maintien dans l'emploi des personnes en difficultés de santé (études ergonomiques, aménagements de postes) et la santé au travail.

Dans ses observations du 14 août 2020, la direction de l'établissement ajoute que « en 2020, la durée des contrats pour les IDE est de 6 mois afin de fidéliser les professionnels. »

### 2.3.2 La gestion des compétences

Un des enjeux essentiels porte sur la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences infirmières. L'emploi infirmier est à la fois celui le plus concerné en termes de recrutements et celui le plus présent dans les effectifs soignants du fait de l'absence d'emplois aides-soignants (hormis au pôle de psychiatrie du sujet âgé et au pôle 5 sur le versant médico-social de l'offre).

Depuis 2019, un ambitieux programme de formation des infirmiers nouvellement recrutés est installé. Il porte sur un cycle de formation obligatoire de 16 jours dans les deux ans suivants l'entrée dans l'établissement dont la mise en place doit être soulignée de façon très positive. Si le programme balaie largement le champ des pathologies, celui des outils du soin en psychiatrie, la prévention et la prise en charge des situations de violence, il ne consacre qu'une demi-journée aux droits des patients et deux heures sur leurs éventuelles restrictions. Le personnel est également insuffisamment formé aux alternatives à l'isolement et à la contention (voir *infra*, § 8.3).

Quand bien même la question des droits des patients est bien au cœur des préoccupations de l'établissement au travers une réflexion institutionnelle (cf. COPIL Droits des patients, journée-conférence sur la liberté de d'aller et venir en psychiatrie, formation pour un groupe sur le droit et l'information des patients), les apports juridiques et techniques en la matière mériteraient d'être renforcés de façon à pouvoir d'emblée s'adresser à un nombre plus important d'agents.

Le levier de la formation est bien mobilisé malgré un budget quasi stable durant les cinq dernières années. On note une baisse conjoncturelle du nombre de départs en formation en 2018 par rapport à 2017, année atypique porteuse d'une formation de masse à la sécurité incendie.

L'encadrement soignant, abordé en tant que collectif spécifique, fait l'objet d'une attention particulière de façon à lui permettre de mieux accompagner les équipes dans les transformations.

La formation médicale est encouragée ; 75 % des médecins ont suivi une formation en 2019. La prévention du suicide est un des thèmes fréquemment demandés dans l'ensemble de la gamme des actions individuelles. Les médecins ont également la possibilité de participer à certaines actions transverses et pluridisciplinaires ouvertes au plan de formation du personnel non médical.

### 2.3.3 L'organisation générale du travail

Les effectifs soignants sont correctement dimensionnés. Le calcul des effectifs prend en compte l'absentéisme de courte durée (inférieur à trois mois). Les agents peuvent bénéficier d'un repos un week-end sur deux. Chaque unité de vingt lits (et celles de quinze lits) compte : trois infirmiers le matin, trois l'après-midi, un à la journée et deux la nuit en semaine (week-end : 3/3/2). Le temps de travail hebdomadaire est calculé sur une base de 37h30.

Il existe peu d'horaires dérogatoires sauf à l'unité médico-psychologique basée aux urgences du CHIC (horaires de 12 heures).

Sur le plan médical, les médecins exercent à la fois en intra et en extra hospitalier comme dans la plupart des établissements publics de santé mentale. La permanence des soins de psychiatrie générale est assurée par une astreinte opérationnelle ce qui sous-entend que les médecins se déplacent fréquemment (aux urgences et sur le site de l'EPSM). Cette astreinte senior est doublée le dimanche matin et complétée par une ligne de garde de médecine générale ou d'interne qui fonctionne avec un nombre limité d'effecteurs et ce sont les mêmes qui interviennent tant aux urgences psychiatriques que sur le site principal.

## RECOMMANDATION 1

La formation d'adaptation à l'emploi des nouveaux infirmiers doit mieux prendre en compte la spécificité des règles d'hospitalisation et d'information des patients ainsi que les restrictions de liberté. Celles touchant à la liberté d'aller et venir doivent faire l'objet d'une approche particulière sous l'angle des droits fondamentaux.

*Dans ses observations du 14 août 2020, la direction de l'établissement précise que « la formation "actualisation des connaissances en psychiatrie", obligatoire pour tout professionnel entrant dans l'établissement dans les deux premières années de présence dans l'établissement, réalisée par des formateurs internes, consacre une demi-journée sur les droits de patients (législation/droits de patients/mesures de placement/ mesures de protection). »*

### 2.3.4 La supervision des pratiques professionnelles

Le budget hospitalier de l'établissement consacre 47 000 euros par an au financement de la supervision des pratiques auquel s'ajoute certains financements spécifiques. Pour 2018, la dépense pour les supervisions s'est élevée à 55 903 euros. Ce budget est distinct de celui de la formation.

Toutes les unités n'utilisent pas cet outil d'analyse collective des pratiques. Il l'est notamment à l'unité de psychiatrie du sujet âgé (à raison d'une fois tous les deux mois), où il est ouvert à l'ensemble des professionnels avec un psychologue extérieur, à l'unité Huella (avec un psychologue extérieur à raison de cinq fois par an), à l'unité Armor (tous les deux mois avec le concours d'un psychanalyste parisien pour l'ensemble de l'équipe médicale et soignante).

*Dans ses observations du 14 août 2020, la direction de l'EPSM fait valoir que « l'outil de la supervision est utilisé de manière quasiment généralisée sur les unités de soins de l'EPSM. En 2019, cinquante unités ont bénéficié de supervisions, ouvertes à l'ensemble des agents des unités concernées. Ainsi 674 soignants ont eu accès à ces supervisions. En 2019, seules sept unités n'ont pas bénéficié de supervisions mais 4 d'entre elles en bénéficient de nouveau en 2020 (il n'y a que trois unités dans l'établissement qui n'utilisaient pas cet outil au cours des dernières années : deux hôpitaux de jour et l'unité d'appui et de régulation (UAR) qui n'est pas une unité de soins directs aux patients). La suspension des supervisions sur une année est un choix de service, soit parce que le service souhaite s'orienter vers le choix d'un autre superviseur, soit parce qu'un travail autour du projet de service (réécriture du projet, formation action de service, réorganisation), génère une autre priorité. Au total, le taux de couverture est en matière de supervision est donc de presque 95 % des unités. Il nous semble que cette pratique, ancrée dans le fonctionnement des unités et soutenue par l'établissement, est à ranger dans les points forts de l'établissement. »* Un relevé des unités ayant bénéficié d'une supervision en 2019 et du nombre de participants est joint à ces observations. Il est en outre précisé que : « dans le cadre du groupe de travail « travail en équipe », une réflexion est en cours sur les modalités de coordination des équipes pluriprofessionnelles. Cette réflexion intègre la question de la supervision comme outil nécessaire à un travail critique sur les pratiques quotidiennes. »

## 2.4 LE NOMBRE DES HOSPITALISATIONS DECROIT MAIS LA PROPORTION DE CELLES SANS CONSENTEMENT AUGMENTE, NOTAMMENT SUR LE FONDEMENT D'UN SEUL CERTIFICAT MEDICAL

Selon les informations communiquées aux contrôleurs, l'épidémiologie locale est marquée par la prévalence suicidaire (taux de 194 hospitalisations pour 100 000 habitants, l'un des plus élevés de Bretagne alors que cette région est l'une des plus concernée de France) et des addictions, notamment à l'alcool. Le taux de mortalité liée à la santé mentale est localement l'un des cinq plus élevés de France.

Au bénéfice de son maillage territorial et ambulatoire, l'EPSM E. Gourmelen accueille plus de 80 % de sa patientèle, tous pôles d'activités confondus, en dehors du site hospitalier.

La file active totale de l'établissement a atteint 12 002 patients en 2018, dont 1 483 étaient des enfants ou des adolescents. Au cours de cette même année, 1 717 adultes et 110 enfants et adolescents ont fait l'objet d'une hospitalisation complète.

Les chiffres communiqués pour l'année 2019, non définitifs à la date de la visite des contrôleurs, font apparaître une stabilité de la file active des adultes et mineurs (avec 11 965 patients, dont 1 495 enfants et adolescents) mais une baisse de près de 5 % du nombre des hospitalisations complètes (1 633 personnes adultes, 98 enfants et adolescents).

La durée moyenne d'hospitalisation (c'est-à-dire le ratio nombres de journées d'hospitalisation à temps plein/file active à temps plein) constatée dans les trois pôles de psychiatrie adulte atteint 28,1 jours en 2018 et 29,2 jours en 2019. Pour les enfants et les adolescents, elle est stable à 35,5 jours durant ces deux années.

Selon les données communiquées aux contrôleurs, les mesures d'hospitalisations en soins sans consentement (SSC) ont atteint un total de 428 en 2018 (soit 24,9 % des hospitalisations adultes de cette année), dont 47 sur décisions d'un représentant de l'Etat (soit 11 % du total des hospitalisations en SSC). Le nombre d'admission au titre d'un péril imminent (SPI) était, la même année, de 101 (représentant 23,5 % du total des hospitalisations en SSC) ; celui des demandes d'un tiers en situation d'urgence (SDTU), pour lesquelles un seul certificat médical est également suffisant, atteint 96 (soit 22,4 % du total).

Les renseignements transmis au titre de l'année 2019, non définitifs à la date de la visite, font quant à eux apparaître 379 patients hospitalisés sans consentement (soit 33,4 % de la file active hospitalisée à plein temps dans les unités de la Clinique 10 au cours de cette année, qui s'élève à 1 134 personnes). Sur ce total, 38 personnes (soit 10 %) ont été admises sur décisions d'un représentant de l'Etat et 341 patients ont été hospitalisés à la demande d'un tiers, dont 96 en urgence représentant 25,3 %. Le nombre d'admissions au titre d'un péril imminent atteint 94, soit 24,8 %.

L'activité de l'établissement sur deux ans fait donc ressortir une baisse de 11,4 %, en valeur absolue, du nombre des hospitalisations en soins sans consentement ; mais la proportion de ce mode de prise en charge est en réalité en augmentation sur un an de plus de 8 %.

En outre, parmi ces hospitalisations, la part de celles ordonnées sur le fondement d'un seul certificat médical est également en augmentation de près de 4 % pour dépasser, en 2019, le seuil symbolique des 50 % du total avec 200 des 379 personnes concernées.

Par ailleurs, l'établissement n'accueille pas de personne détenue orientée en psychiatrie ; et son taux d'occupation global atteint les 93 %. Au cours de l'année 2018, un total de 30 jours de sur occupation, soit 8 % du temps d'hospitalisation annuel, a été recensé. Afin de faire face à de

telles situations, un protocole de gestion de ces périodes de sur occupation a été mis en place. Validé en dernier lieu par les instances de l'établissement le 2 septembre 2019, cette procédure prévoit deux solutions pour faire face à une situation de sur occupation :

- d'abord, l'ouverture de trois lits supplémentaires dans la clinique 10 : il s'agit de transformer des chambres simples, situées dans les unités Huella, Argoat et La Ramende et adaptées pour les personnes à mobilité réduite (donc plus spacieuses), en chambres doubles par l'installation dans chacune d'un lit supplémentaire ;
- ensuite et si besoin, l'hébergement de patients dans les « chambres miroirs » de ceux qui sont placés en isolement, lorsqu'il est prévisible que cette mesure dure dans le temps.

Ces choix, qualifiés d'insatisfaisants, sont assumés par l'établissement dont la direction souligne qu'ils lui permettent de ne plus transférer de patients vers d'autres établissements, parfois éloignés de Quimper. Les situations de suroccupation sont néanmoins qualifiées de problématiques et n'ont pas vocation à être tolérées sur le long terme ; lorsqu'elles surviennent, une « cellule de crise » est au plus vite organisée dans l'établissement afin de voir quelles levées d'hospitalisation peuvent être organisées pour revenir à un taux d'occupation normal.

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

#### 3.1 LE LIVRET D'ACCUEIL INFORME TOUS LES PATIENTS DES MODALITES DE LEUR SEJOUR ET UN DOCUMENT SPECIFIQUE EST NOTIFIE, PARFOIS TARDIVEMENT, AUX PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT

##### 3.1.1 Information générale

L'établissement dispose d'un règlement intérieur dont la dernière mise à jour date de décembre 2016 ; une modification partielle de juin 2019 prévoyant une remise des briquets et allumettes au personnel soignant n'est pas appliquée dans les unités car les allumes-cigarettes prévus dans les espaces autorisés pour fumer ne sont pas encore en place au moment du contrôle.

Ce règlement est très complet et précise notamment les dispositions légales concernant les soins psychiatriques sans consentement ; les unités n'en possèdent pas un exemplaire mais peuvent s'en procurer un sur demande des patients.

Un livret d'accueil est remis au patient lors de son arrivée, soit en main propre par l'infirmier qui le prend en charge, soit par dépôt dans la chambre par les agents des services hospitaliers, en même temps que des renseignements sur la commission des usagers (CDU) et le questionnaire de sortie. Ce livret est clair et complet et donne les informations nécessaires sur les services à disposition des patients durant leur hospitalisation, les repas, les horaires de visite, les interdictions diverses, l'équipe soignante, les sorties.

Chaque unité dispose de règles de vie spécifiques qui sont affichées dans l'unité ; selon les informations recueillies, ces règles sont exposées oralement par les soignants à l'admission des patients puis régulièrement reprises et discutées avec eux.

Les unités disposent enfin de plusieurs brochures explicatives synthétiques relatives à la CDU, les soins psychiatriques sans consentement, l'accès du patient à son dossier, la personne de confiance ou encore la maison des usagers, qui sont à la disposition des patients et de leurs visiteurs, dans le salon des familles, dans la bibliothèque de l'unité ou devant le secrétariat.

##### 3.1.2 Information spécifique des patients en soins sans consentement

L'article L. 3211-3 du code de la santé publique prévoit que chaque personne faisant l'objet de soins psychiatriques contraints doit être informée, dans la mesure où son état le permet, du projet de recours aux soins sans consentement la concernant puis de la décision d'admission et de chacune des décisions maintenant l'hospitalisation ainsi que des raisons qui les motivent.

A cette fin, un document d'informations est remis, contre émargement, au patient admis en soins sans consentement (SSC) dans l'établissement lors de la notification de la décision d'admission (qu'elle émane du représentant de l'Etat ou du directeur de l'établissement) ; complet et très compréhensible, ce document décline l'ensemble des droits énoncés par cet article L. 3211-3.

Cependant, il est apparu aux contrôleurs, d'une part, que la décision d'admission et les éventuelles décisions ultérieures de prolongation des SSC ne sont, en elles-mêmes, pas motivées en fait, c'est-à-dire au regard des nécessités médicales qui les justifient, et que le certificat médical sur lequel elles se fondent n'est pas remis au patient en même temps que ces décisions, mais immédiatement classé à son dossier. D'autre part, ces décisions sont parfois notifiées tardivement, dans un délai pouvant atteindre 48 heures.

Le personnel soignant, bien que regrettant n'avoir qu'une connaissance imparfaite du droit des patients a, certes, précisé aux contrôleurs s'efforcer de prendre le temps d'expliquer « *au mieux* » au patient la particularité de son statut juridique, bien que ce dernier ne s'y intéresse guère. Et les médecins rencontrés ont également déclaré donner des explications les plus claires possibles au patient lors de la rédaction des certificats médicaux, tout en admettant ne tracer que de manière très lacunaire le recueil des observations éventuelles de celui-ci – de telle sorte qu'à l'examen des dossiers et des registres, les contrôleurs n'ont pas trouvé trace d'observations qui auraient permis de s'assurer de la complète information du patient sur son statut, ses droits et ses dires relatifs à la mesure de SSC.

## RECOMMANDATION 2

Les décisions du directeur portant admission en soins sans consentement et prolongation de tels soins doivent être motivés afin de permettre au patient de connaître, à leur seule lecture, les raisons à l'origine de la mesure. A défaut, les certificats médicaux qui fondent ces décisions doivent y être joints et portés à la connaissance du patient. Par ailleurs, cette notification doit intervenir dans les meilleurs délais après l'édition de ces décisions et au plus tard dès que l'état clinique du patient le permet. De plus, le recueil des éventuelles observations préalables du patient doit être tracé.

Par ailleurs, les contrôleurs ont constaté qu'au moment de leur visite, les admissions en soins sans consentement sur décision du directeur réalisées à partir du vendredi 17h et jusqu'au lundi 9h n'étaient formalisées que dans la journée du lundi, le cadre de direction d'astreinte ne se déplaçant pas pour établir et signer la décision d'admission. Cette illégalité a été portée à la connaissance de la direction de l'établissement qui a immédiatement modifié l'organisation de cette astreinte afin d'assurer l'édition, la signature et la notification de ces décisions d'admission en SSC le week-end en temps réel.

### 3.2 LES EVENEMENTS INDESIRABLES FONT L'OBJET DE MESURES CORRECTIVES A L'EXCEPTION DES VIOLENCES SUR LES PATIENTS

L'établissement peut s'appuyer sur un système d'assurance qualité organisé et complet. Il est défini au niveau stratégique, au niveau opérationnel et par processus.

En 2017, à la suite de la dernière visite de certification (novembre 2016) ayant conduit à plusieurs recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) portant notamment sur le management de la qualité et la gestion des risques, son pilotage a été réorganisé au travers de l'installation de la commission de gestion des risques liés aux soins (COGERAS, septembre 2017) et du comité de coordination du dispositif de prévention et de prise en charge des violences (juin 2018) dont le rôle dans l'analyse et la prévention des phénomènes est essentiel.

Le COGERAS se réunit tous les trimestres pour assurer le suivi des actions d'amélioration et passe en revue les retours d'expérience relatifs aux événements indésirables graves (REX EIG) réalisés très régulièrement (quarante et un en 2018). Le comité de prévention de la violence se réunit deux fois par an et produit un rapport annuel documenté.

La cinétique déclarative des événements indésirables est encouragée : mention du dispositif au règlement Intérieur, existence d'une charte de déclaration promouvant la culture de l'apprentissage par l'erreur, d'une note de service rappelant le caractère obligatoire de la déclaration, définition d'une procédure de signalement et de traitement des fiches de



déclaration des événements indésirables dans l'intranet de l'établissement et d'une procédure pour les EIG à l'échelle du GHT de Cornouaille.

S'agissant des événements indésirables, le nombre de déclarations durant les quatre dernières années est le suivant :

	2018	2017	2016	2015
Administratif, financier, assurance	16	11	10	
Circuit du médicament	23	37	25	33
Logistique hôtelier et technique	54	102	129	140
Patient *	248	373	311	259
Risques professionnels	247	257	273	269
sécurité des biens et des personnes	30	46	51	22
Système d'information	14	19	24	13
Vigilance sanitaire	2	15	11	3
Autre	0	0	0	88
<b>Total</b>	<b>634</b>	<b>860</b>	<b>834</b>	<b>827</b>

\* Y compris fugues, sortie sans autorisation, venues spontanées de patients à la clinique 10

#### *Déclarations d'événements indésirables (source : EPSM E. Gourmelen)*

Si le nombre de ces déclarations est en très légère progression chaque année, l'année 2018 est atypique en ce qu'elle ne comptabilise plus les chutes (mentionnées depuis dans le dossier-patient informatique) et qu'une autre partie de la baisse résulterait d'un retraitement différent des déclarations.

L'item « patient » dans ce bilan est beaucoup trop global pour un tirer un quelconque enseignement. Le concernant, les contrôleurs ont, à leur demande, pu obtenir des données plus précises pour 2019, en matière de :

- violences à la personne : quatorze EI déclarés en 2019 concernent des violences interpersonnelles entre patients (aucun mettant en cause un agent et ceci depuis 2012) ;
- atteinte aux droits : treize EI dont une mise en chambre d'isolement sur décision médicale sans prescription écrite, un hébergement d'un patient en soins libres en chambre d'isolement faute de chambre ordinaire disponible, une absence d'évaluation médicale d'une mise en isolement et un matériel de contention défectueux ;
- risque suicidaire : un EI relatif à un passage à l'acte sur précédent phlébotomique ;
- fugues ou de sorties sans autorisation : cinquante-quatre EI dont vingt-sept concernant des patients en soins libres ;
- matériel d'urgence de prise en charge : un matériel de réanimation cardio-respiratoire défectueux ayant conduit à une prise en charge SMUR et trois EIG relatif à des instruments défectueux, dont deux survenus en chambre d'isolement.

La prévention de la violence des patients à l'égard du personnel hospitalier est une préoccupation majeure dans la politique de gestion des risques de l'établissement. On dénombre, en 2018, 112 situations interpersonnelles de ce type déclarées. Au cours des quatre dernières années, le nombre de déclarations a doublé et reste très concentré sur le pôle 5 (47 % des déclarations dont 33 % pour la seule unité Canopée). Le personnel est accompagné au travers des formations nombreuses et variées, si besoin par un psychologue en cas de choc post-traumatique, pour

porter plainte, par un travail d'enquête-questionnaire recensant leurs attentes en matière de suite à donner. Un plan d'actions « n +1 » est défini ; il est centré sur les risques professionnels.

On pourrait attendre le même niveau de mobilisation concernant les violences dont sont victimes les patients. Le nombre d'actes de violence entre patients résultant de déclarations faites par le personnel (quatorze en 2019) n'est pas insignifiant. Le thème de la violence entre patients, qui devait être ouvert par la commission médicale d'établissement (CME), ne l'a pas été. L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) sur les violences entre patients n'a pas été retenue par le comité de coordination de la prévention de la violence. Les médecins font parfois des certificats médicaux pour coups et blessures, mais il n'est pas possible de les dénombrer et les quelques certificats rédigés n'aboutissent pas à des dépôts de plaintes de la part des patients. Si le patient est informé de ses droits par l'assistante sociale du pôle dans ces circonstances, la plupart du temps, il ne souhaite pas porter plainte. De même, aucun fait de violence n'a fait l'objet de transmission au parquet par l'institution depuis plusieurs années au titre de l'article 40 du code de procédure pénale. Il existe cependant depuis juillet 2018 une procédure de conduite à tenir en cas de suspicion d'agression sexuelle sur un patient ou un résident.

S'agissant de la prise en charge du risque suicidaire, le projet médical aborde ce risque particulièrement prégnant dans la population bretonne par le biais de l'accessibilité aux soins non programmés et de l'activité de pédopsychiatrie de liaison. Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, orienté sur les pratiques professionnelles, comporte cet objectif au travers le développement des compétences et l'utilisation des outils d'aide au repérage de la crise suicidaire (existence de la grille Risque – Urgence – Dangersité, toutefois peu ou pas utilisée).

Durant l'hospitalisation, les suicides sont extrêmement rares (aucun entre 2014 et 2016, un en 2017, aucun en 2018). Les fiches EIG relèvent une seule tentative de suicide en 2019.

Depuis peu, une nouvelle orientation a complété la politique de prévention du suicide grâce à un médecin formé en suicidologie qui anime un groupe de recherche et de prévention. Elle s'appuie sur une EPP et sur la mise en place d'un accompagnement de formations en trois niveaux (formation pluridisciplinaire de sensibilisation, formation régionale à l'intervention de crise, formation à la crise suicidaire sous l'angle clinique) beaucoup moins orientées « outils » qu'auparavant.

Ce risque évalué conduit à des mesures de restriction qui sont « négociées » avec le patient en soins libres et capable de consentir ou mises en œuvre dans l'intérêt de celui-ci en hospitalisation sans consentement (ex : ouverture ou fermeture de l'unité, accès ou pas à la salle de bains, porte de la chambre ouverte ou pas, fermeture du placard, pyjama, retrait des lacets, de la ceinture, etc.).

#### PROPOSITION 1

L'établissement qui dispose d'une ingénierie suffisante pour conduire des programmes de réduction des risques doit élargir le champ de ses travaux aux violences dont les patients sont victimes.

Dans ses observations du 14 août 2020, la direction de l'EPSM fait valoir que « différents signalements ont été adressés par l'établissement au procureur au titre de l'article 40 du CPP : en mars 2017 concernant une patiente, en novembre 2017 concernant un trafic de produits stupéfiants au sein d'une unité, en août 2018, concernant une tentative d'agression sexuelle par

*un patient à l'encontre de sa famille. » Elle ajoute que « la CDU du 13 février 2020 a retenu la conduite d'une EPP « violence portant atteinte au patient » au vu de l'analyse des FSEI. Ce travail sera initié en 2020. » Le procès-verbal de cette réunion est produit. Le CGLPL prend acte de cette information.*

### 3.3 LE COMITE D'ETHIQUE EST PEU SOLLICITE

L'établissement s'est doté depuis 2012 d'un comité d'éthique.

Sur un plan stratégique, la réflexion éthique et les questions de pratiques qui s'y rattachent figurent au projet médical 2017-2020 au travers le sujet de la liberté d'aller et venir. Une journée de réflexion sur ce sujet lui sera d'ailleurs consacrée le 30 mars 2020.

De façon ciblée, l'éthique est également abordée dans le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques concernant la prise en charge médico-soignante des personnes en situation de précarité en particulier des migrants. Le pôle de psychiatrie du sujet âgé disposait d'une cellule éthique polaire depuis 2013 et qui s'est mise en veille en 2019 en lien avec la réactivation du comité d'éthique d'établissement.

Ce questionnement de l'action de soin sous l'angle des valeurs, certes bien perçu par les contrôleurs à l'occasion de leurs échanges avec les membres du personnel de l'établissement, gagnerait à s'inscrire parmi les axes stratégiques de l'établissement.

Sur le plan institutionnel, le comité d'éthique est mentionné au règlement intérieur de l'établissement et s'est doté tout récemment d'un règlement de fonctionnement qui prévoit une composition de dix-huit personnes (en pratique tous issus de l'établissement), trois réunions minimales par an, son champ de compétence et les modalités de saisine. Il figure dans la vaste arborescence des instances liées au programme pluriannuel global d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Sa présidence est confiée à un médecin psychiatre qui est également le coordonnateur de la gestion des risques liés aux soins.

Au plan de l'activité, l'examen des trois derniers rapports annuels de ce comité fait apparaître une saisine en 2017 (du directeur sur le cas d'un patient sans domicile nécessitant des soins somatiques), une saisine en 2018 (d'un praticien quant à l'accès à la sexualité d'un patient jugé irresponsable pénalement) et une saisine en 2019 (de la commission des droits des usagers sur le refus d'accès des familles à la chambre de leur proche hospitalisé).

L'activité sur saisine du comité d'éthique est donc très faible. Les équipes ne semblent pas s'approprier cette instance, sans qu'un motif unique ne paraisse expliquer à lui seul ce constat.

Aussi le comité s'est-il autosaisi, lors de sa réunion du 8 novembre 2019, d'un sujet sur la place du mineur en psychiatrie générale : « *Il est proposé faute de sollicitation dans l'instant de définir une thématique et inviter les cadres afin d'adresser au comité des questionnements s'y rapportant.* ».

En regard des atteintes ou des risques d'atteintes aux droits fondamentaux des personnes hospitalisés en psychiatrie, le comité d'éthique doit participer davantage à l'émergence d'une démarche collective de questionnements, inscrite comme référence fondamentale de la structure, en s'associant une composition plurielle, ouverte aux apports extérieurs pour quitter un certain *entre-soi* de façon à produire une réflexion mieux distanciée des situations problématiques.

## PROPOSITION 2

Le comité d'éthique de l'établissement gagnerait à s'ouvrir à des participations extérieures et à de nouvelles compétences pour mieux garantir la pluridisciplinarité du traitement des questions éthiques.

Dans ses observations du 14 août 2020, la direction de l'EPSM souligne que « *La dernière composition du comité éthique de 2018 ne mentionne plus de magistrat ou philosophe. Néanmoins, au vu des sujets, des « personnalités » sont invitées. En 2018, la directrice adjointe de la maison d'arrêt de Brest et une magistrate ont participé à la réflexion sur l'exercice de la sexualité pour des patients hospitalisés sous contrainte.* » En outre, elle précise que « *l'établissement adhère depuis 2012 au Réseau de réflexion éthique en santé de Bretagne Occidentale (RRESBO) qui a évolué en 2017 afin de constituer le Réseau de Réflexion Ethique en Santé de Bretagne (RRESB).* » Le CGLPL prend acte de ces éléments, qui n'invalident cependant pas ses observations.

### 3.4 LA PERSONNE DE CONFIANCE EST UNE RESSOURCE PEU UTILISEE

Le règlement intérieur et le livret d'accueil mentionnent la possibilité pour le patient de désigner une personne de confiance lors de chaque admission et pour la durée du séjour et précisent son rôle ; le soignant qui reçoit le patient à l'arrivée dans l'unité lui demande s'il souhaite en désigner une et lui remet un formulaire expliquant les modalités de sa désignation et ses missions.

Le nombre des patients ayant usé de cette faculté au jour de la visite est variable selon les unités : treize sur dix-huit à Argoat, douze sur dix-sept à Armor, quinze sur vingt à Huella, un sur vingt à Izella, trois sur quatorze à La Ramende, trois sur quatorze à Heol et quatre sur seize à l'UPSA.

La personne de confiance n'est informée du choix du patient ni par les infirmiers ni par le bureau des entrées, sauf dans les unités Huella et Izella où elle peut être sollicitée si le patient n'est pas en mesure de donner son consentement (cas d'une personne en SDTU qui a subi une séance de sismothérapie). Des propos recueillis par les contrôleurs, il ressort que certains membres du personnel confondent personne de confiance et membre de la famille. En tout état de cause, il n'existe aucun protocole définissant, pour le personnel, les modalités de mise en œuvre de la désignation de la personne de confiance et les soignants sont peu sensibilisés à son rôle de sorte qu'elle n'est qu'exceptionnellement contactée.

## PROPOSITION 3

Dans le respect de l'article L. 1111-6 du code de la santé publique, la personne de confiance désignée par le patient doit être informée de sa désignation et des conséquences en découlant et invitée à confirmer son accord sur celle-ci.

Dans ses observations du 14 août 2020, la direction de l'EPSM précise que « *le formulaire de désignation présent dans le DPI prévoit l'information de la personne de confiance et l'apposition de sa signature.* » Un formulaire permettant notamment désignation d'une personne de confiance, présenté comme étant « *accessible dans le logiciel "dossier patient" Cariatides* » est joint ; ce document comporte un cadre réservé à la personne ainsi désignée, qui doit y apposer sa signature afin de certifier qu'elle a été informée de cette désignation. Le CGLPL en prend acte, mais maintient ses observations relatives aux pratiques constatées par les contrôleurs.

### 3.5 A L'EXCEPTION DE CEUX PLACES SOUS TUTELLE, LES PATIENTS SONT CORRECTEMENT INFORMES DE LEUR DROIT DE VOTE ET SONT MIS EN MESURE DE L'EXERCER

Le livret d'accueil mentionne la possibilité durant l'hospitalisation de voter par procuration en se renseignant auprès du cadre de santé ou de bénéficiaire d'une permission de sortie. Dans les unités les cadres de santé organisent avant les élections des réunions d'information avec les patients.

Pour les élections européennes, le directeur a établi le 22 mai 2019 deux notes de service : l'une, à l'attention des patients, a été affichée dans les unités et rappelait la possibilité de se déplacer ou de voter par procuration et l'autre, à l'attention des soignants, prévoyait la transmission de la liste des personnes désirant voter par procuration au secrétariat du service des relations avec les usagers. Ces notes soulignaient cependant que l'exercice du droit de vote de ces patients était conditionné par l'autorisation pour ce faire du juge des tutelles, que celui-ci devait avoir donnée dans la décision de placement sous protection. Pourtant, la loi n° 2018-2022 de programmation et de réforme de la justice du 23 mars 2019 a restitué le droit de vote aux majeurs sous tutelle sans que l'autorisation expresse du juge des tutelles soit requise.

#### RECO PRISE EN COMPTE 1

Les affiches apposées à la demande de la direction ne doivent plus faire mention des restrictions au vote des majeurs sous tutelle et doivent rappeler la possibilité pour eux de demander leur inscription sur les listes électorales.

Dans ses observations du 14 août 2020, la direction de l'EPSM fait valoir que « *La note de service (pour les professionnels) et l'affiche (note de service pour les patients et résidents) ont été modifiées pour tenir compte de la modification législative dès la prise de connaissance* » du rapport provisoire de visite. Sont jointes à ces observations deux projets de notes de service destinés à être dorénavant utilisés dans le cadre de l'exercice du droit de vote.

### 3.6 L'ACCES AU CULTE EST FACILITE MAIS UNE SEULE RELIGION EST REPRESENTEE

Le règlement intérieur indique que les personnes hospitalisées ont la possibilité de participer à l'exercice de leur culte, qu'une permanence d'aumônerie catholique est disponible sur place et qu'elles peuvent faire appel à un ministre d'un autre culte par l'intermédiaire de l'aumônerie.

Par ailleurs, le livret d'accueil remis au patient mentionne qu'il peut pratiquer la religion de son choix et qu'une équipe de bénévoles accepte de se déplacer dans les unités pour l'orienter, le cas échéant, vers le service religieux de son choix ; il est précisé que, pour les personnes de religion catholique, une messe a lieu le dimanche matin à l'aumônerie de l'établissement ; en revanche, aucun affichage sur l'exercice du culte n'existe dans les unités.

La permanence de l'aumônerie se tient le mercredi de 9h30 à 11h30 et la messe du dimanche à 10h ; selon le rapport d'activité de l'année 2018 du service d'aumônerie, le nombre de bénévoles actifs est de dix-huit et 739 personnes ont assisté à la célébration de la messe durant l'année considérée, les bénévoles se déplaçant dans les unités pour aller chercher les patients si nécessaire ; 357 patients sont venus lors de la permanence ; des demandes ponctuelles ont été faites : deux visites de bénévoles ont eu lieu dans l'unité Argoat et à l'UPSA et le prêtre s'est déplacé dans les unités Heol et Argoat.

Il n'est pas fait mention d'autres religions que la religion catholique dans les documents fournis par l'établissement, mais les soignants ont indiqué ne recevoir aucune demande concernant un

autre culte, ce qui a été confirmé par une bénévole contactée téléphoniquement qui a précisé que les rapports tant avec l'établissement qu'avec les soignants étaient excellents.

Dans ses observations du 14 août 2020, la direction de l'EPSM informe que « *le livret d'accueil a été mis à jour et mentionne désormais les adresses et téléphones des autres cultes* » qu'elle communique (cultes musulman, bouddhique, hébraïque, orthodoxe et protestant). Une version actualisée au 5 août 2020 du livret d'accueil, reprenant ces informations, est jointe à ces observations. Il est cependant précisé que l'exercice de ces cultes est rare localement en l'absence de « *délégation sur Quimper (par ex. le rabbin le plus près est à Nantes)*. »

### 3.7 LA PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS EST ASSUREE POUR LES PATIENTS EN AYANT BESOIN

Il n'existe plus de service de préposés mandataires au sein de l'établissement et les mesures de protection juridique sont assurées par deux associations : l'Union départementale des associations familiales (UDAF) et l'Association tutélaire du Ponant (ATP) et par quelques mandataires privés ; les patients hospitalisés sont déjà fréquemment à leur arrivée sous tutelle ou curatelle.

Ce sont les assistantes de service social des unités qui repèrent les besoins de protection en étroite liaison avec les soignants et les médecins traitants ; présentes dans les réunions cliniques hebdomadaires, elles voient les patients si nécessaire dès leur arrivée et engagent le processus judiciaire de désignation à la demande des patients, de leur famille ou bien sur signalement au procureur de la République ; les délais entre le dépôt de la requête auprès du juge des tutelles et la mise en place de la mesure est de l'ordre de quatre mois.

Le financement du rapport d'expertise permettant la saisine du juge est assuré par les patients qui ont des ressources et en cas de difficulté financière, une demande est faite au conseil départemental ; il n'est jamais un obstacle à l'organisation d'une mesure de protection.

Les assistantes sociales et les soignants sont en contacts fréquents avec les mandataires judiciaires qui participent aux réunions de synthèse.

Les relations avec les mandataires sont globalement fluides, au moins téléphoniquement, même si certains soignants se plaignent du manque de réactivité de quelques-uns d'entre eux et de l'absence de visite dans les unités. D'autres soignants ont signalé aux contrôleurs que les mandataires se rendent disponibles pour apporter des vêtements ou de l'argent, ou encore pour faire intervenir une société de nettoyage au domicile du patient et participer au projet de sortie. En revanche, la présence des mandataires aux audiences du juge des libertés et de la détention est rare (voir *infra*, § 4.6.2).

Dans ses observations du 14 août 2020, la direction de l'établissement précise qu'il est « *extrêmement rare* » que les mandataires se déplacent pour apporter au patient protégé des vêtements ou de l'argent : « *Ils mandatent plutôt un prestataire.* »

### 3.8 LA CONFIDENTIALITE DE L'HOSPITALISATION N'EST PAS ORGANISEE

Pour la mise en œuvre de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique qui fixe le droit de tout patient à demander que l'anonymat de son hospitalisation soit préservé, le livret d'accueil de l'établissement mentionne la possibilité pour les personnes hospitalisées de signaler leur souhait au bureau des admissions lors de leur arrivée ou à tout moment au cours de leur hospitalisation. Toutefois, aucune information n'est donnée à cet égard par les soignants au moment de l'admission et l'établissement n'a pas mis en place de procédure permettant effectivement

d'assurer la confidentialité de l'hospitalisation. Selon les soignants, si un patient en fait la demande, ce qui est exceptionnel, le standard est avisé. Or, renseignement pris auprès de ce dernier et du bureau des entrées, aucune demande n'a jamais été faite à leur connaissance, et aucune procédure particulière n'est prévue pour l'hypothèse où un patient solliciterait l'exercice de ce droit. Tout au plus a-t-il été précisé qu'afin de ne pas porter préjudice au patient, par exemple à l'égard de son employeur, et à sa demande, un cachet du praticien ne portant pas la mention de l'établissement peut être utilisé (notamment sur les arrêts de travail).

### RECOMMANDATION 3

Le droit à la confidentialité de l'hospitalisation doit faire l'objet d'une procédure diffusée aux agents.

Dans ses observations du 14 août 2020, la direction fait valoir qu'une « *procédure sur la demande de confidentialité de l'hospitalisation d'un patient et sa mise en œuvre est en effet à mettre en place sur l'EPSM. Le DIM a prévu de contacter différents établissements afin de recueillir leur mise en œuvre. Il ne s'agit pas cependant d'anonymat autorisé par la loi que dans quelques cas prévus (accouchement sous X, toxicomanie, IVG des mineures, violences conjugales), la donnée anonyme désignant une information à laquelle il est impossible de relier une personne, de manière directe ou indirecte. Par ailleurs, le rappel de l'art L. 1110-4 du code de la santé publique a été transmis à l'ensemble des personnels de l'EPSM lors de la mise en place de la « procédure du contrôle des accès au Dossier Patient Informatisé » ; les définitions des notions de partage ou d'échange d'informations couvertes par le secret professionnel, de membre d'une équipe de soins, ainsi que les règles de partage et d'échange étant précisées dans le FOCUS ; document servant de compte rendu à la journée Confidentialité du 22/06/2018. » Ladite procédure, datée du 20 septembre 2018, et ce focus daté d'octobre 2016 sont joints à ces observations. S'il est pris acte de ces observations, le CGLPL maintient sa recommandation.*

## 4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

### 4.1 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES EXERCE PLEINEMENT SON ROLE DE CONTROLE

Au jour du contrôle, la commission était composée, conformément aux termes de l'article L. 3223-2 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi du 23 mars 2019<sup>2</sup> :

- d'un représentant de l'union nationale des familles et amis des personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM), président ;
- de deux médecins psychiatres ;
- d'un médecin généraliste ;
- d'une magistrate du tribunal judiciaire de Quimper ;
- d'une représentante des usagers.

Le siège de la commission est situé à Quimper, au lieu de la délégation départementale du Finistère dépendant de l'agence régionale de santé de Bretagne (ARS). Le secrétariat de la commission est assuré par un agent de cette délégation.

Compétente pour les cinq centres hospitaliers du département, la commission se réunit semestriellement, en janvier et en juin, au siège de la délégation et procède aux deux visites annuelles réglementaires dans chacun des établissements.

Il ressort des échanges intervenus avec deux représentants de la CDSP et les services concernés de l'ARS, comme de l'examen des trois derniers rapports d'activité de la commission et des comptes rendus des deux dernières réunions tenues à l'ESPM, que cette instance joue son rôle de contrôle et s'efforce de favoriser des modifications de pratiques dans l'intérêt des patients. Se préoccupant des patients en programme de soins, elle a demandé qu'ils soient informés de son passage dans les établissements.

#### BONNE PRATIQUE 1

L'information préalable donnée, par voie postale, aux patients astreints à un programme de soins ambulatoires relativement à la visite dans l'établissement de la commission départementale des soins psychiatriques participe de l'exercice de leurs droits.

Favorable à la mise en œuvre du registre d'isolement et de contention, la CDSP le contrôle avec rigueur. Elle a ainsi interrogé l'EPSPM sur les pratiques de mise en contention en dehors d'un espace d'isolement (voir *infra*, § 8.2).

Sa dernière venue à l'EPSPM, explicitement annoncée aux patients par affichage dans chacune des unités, date du 18 juin 2019 ; la prochaine est prévue le 28 janvier 2020.

Avant de se rendre à l'établissement, les membres de la CDSP avaient examiné les dossiers des patients hospitalisés sur décision du représentant de l'Etat et ceux sur décision du directeur de l'établissement au vu d'un péril imminent. Il n'y avait pas de patient hospitalisé depuis plus d'un an sur décision du directeur. Au cours de sa visite elle a procédé à six auditions. N'ayant décelé

<sup>2</sup> Loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice



aucune irrégularité ni aucun manquement grave aux droits et à la dignité des patients, elle n'a pas proposé de mainlevée ni alerté le JLD.

Par ailleurs, la CDPS sensibilise les médecins à l'importance de la motivation circonstanciée des certificats médicaux et examine le registre de la loi à chacune de ses visites, y apposant son visa sans mention particulière.

Il a été fait part aux contrôleurs des excellentes relations entretenues avec l'établissement.

#### 4.2 LA COMMISSION DES USAGERS VEILLE AU RESPECT DES DROITS DES PATIENTS ET L'ASSOCIATION DES FAMILLES A LA PRISE EN CHARGE PARTICIPE DE L'ADHESION AUX SOINS

La place des usagers se matérialise par une Maison des Usagers installée au cœur de l'hôpital dans des locaux neufs et agréables. Cet espace est utilisé sous la forme de permanences par les principales associations d'usagers (UNAFAM, UFC Que Choisir, le groupe d'entraide mutuelle « L'Envol », Alcool Assistance, l'association pour le droit de mourir dans la dignité, Vie Libre). Cette reconnaissance apporte une visibilité forte aux représentants des usagers.

La représentation des usagers est portée à la connaissance des patients dans le livret d'accueil par le biais d'une information générale sur la commission des droits des usagers (CDU) et par l'identification de la liste des associations intervenant dans le champ de la santé mentale. Un *flyer* spécial présente le rôle de la commission.

Si les *flyers* de présentation nominative de la CDU sont en principe consultables à l'entrée dans les unités, parfois dans le secrétariat, ils gagneraient à être plus proches des lieux de soins des patients et régulièrement complétés car manquants dans certaines unités.

L'activité de la CDU révèle une participation effective des usagers à la vie de l'établissement. Elle se réunit tous les trimestres. Les représentants des usagers y sont toujours présents comme la direction de l'établissement. La participation médico-soignante comme celle des médiateurs est beaucoup plus aléatoire.

En termes d'examen des plaintes et réclamations, les patients ou leur entourage peuvent exprimer leurs récriminations par écrit ou oralement auprès de la personne en charge du service des relations avec les usagers et, si besoin, être accompagnés dans leurs démarches par le personnel ou les représentants des usagers. En téléphonant à l'établissement, le standard sait indiquer la procédure de saisine. A noter que la tenue des permanences à la Maison des usagers n'a conduit à aucun dépôt de plainte en 2018.

En 2018, dernier bilan produit, trente-huit plaintes et réclamations, émanant pour moitié des patients et pour moitié des familles, et quatre éloges ont été enregistrés et traités par la personne en charge du service des relations avec les usagers. Ce nombre est stable depuis plusieurs années. Deux plaintes ont fait l'objet d'une orientation en seconde intention vers les médiateurs. A noter que les médiations, au demeurant peu nombreuses, ne sont pas reprises en CDU dont le rôle est pourtant de formuler des recommandations en vue d'apporter une solution au litige ou d'informer le plaignant des voies de conciliation ou de recours dont il dispose.

Le circuit de traitement est bien organisé : accusé réception puis réponse dans un délai maximum de dix-huit jours grâce à des unités plutôt réactives.

Au total, 63 % des plaintes et réclamations touchent aux aspects médicaux et paramédicaux de la prise en charge, notamment la qualité des soins et le mode d'hospitalisation. Il est regrettable que la classification des plaintes et des réclamations ne permette pas de mesurer correctement

les éventuelles atteintes aux droits fondamentaux en raison d'une approche très générique de la plainte et non pas de ses conséquences pour le patient.

Les représentants des usagers rapportent le plus souvent des défauts dans l'information des familles notamment durant les périodes d'hospitalisation de leurs proches, tout en reconnaissant la difficulté quelquefois à recueillir le consentement du patient pour ce faire.

Les visites des unités organisées chaque année avec les membres de la CDU offrent l'occasion d'améliorer les conditions de séjour des patients. Enfin, la CDU s'implique dans le programme d'animation de la semaine de la sécurité du patient.

En conclusion, l'élargissement du champ d'association de la CDU issu du décret n° 2016-726 du 1<sup>er</sup> juin 2016 est bien pris en compte hormis le projet des usagers qui n'a pas trouvé encore sa place dans le projet d'établissement 2017-2020.

#### 4.3 LE QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION NE FAIT PAS L'OBJET D'UNE ATTENTION SUFFISANTE DE LA PART DES UNITES DE SOINS

L'évaluation de la satisfaction des patients est un objectif opérationnel inscrit au projet qualité et gestion des risques 2017-2020. Cet objectif a été travaillé de concert avec la commission des droits des usagers en 2017 et en 2018 devant le constat d'un nombre extrêmement faible de retours des services. La procédure a été révisée afin que les questionnaires de satisfaction soient accessibles tout au long du séjour et non plus présentés au moment de l'admission du patient comme un support à renseigner à la sortie. Son existence est mentionnée dans le livret d'accueil et on peut le trouver dans les unités sur des présentoirs en libre accès. Dans sa forme, le questionnaire est simple d'usage et commun à toutes les unités d'hospitalisation.

L'établissement s'est fixé comme objectif de recueillir 30 % de questionnaires en intra hospitalier. Les résultats sont communiqués au comité de pilotage « droits des patients » et la commission des droits des usagers. Le dernier bilan connu porte sur l'année 2018, lors de laquelle 145 questionnaires ont été retournés à la direction de l'amélioration continue de la qualité (DACQ) ce qui correspond à un peu moins de 10 % de la file active des patients hospitalisés (pour une cible de 30 %). Les taux de retours sont très variables d'une unité à l'autre avec une unité qui représente à elle seule 57 % des questionnaires de l'année (Armor) et d'autres dans lesquelles aucun patient n'a répondu (Polynies, Ar Sterenn, UPSA). Sur le plan qualitatif, les meilleurs scores de satisfaction se concentrent sur l'accueil infirmier, la propreté des chambres et le fonctionnement de la cafétéria. Les critiques les plus fréquentes portent sur l'information sur les droits et les conditions de repos. L'examen des cinquante-quatre commentaires libres révèlent quelques atteintes aux droits des patients : droit au téléphone portable et droit au repos.

Manifestement les unités ne se sont pas emparées de la même manière de l'opportunité à évaluer la qualité de la prise en charge. Il y aurait lieu de retravailler le mode de recueil (interviews *flash* par des enquêteurs) et le moment.

#### RECOMMANDATION 4

La mesure de la satisfaction des patients est insuffisamment portée dans les unités. En outre, le taux de retour doit être déterminé sur la base du nombre de séjours dans l'année et non pas sur celui du nombre de questionnaires distribués.

#### 4.4 LA BONNE TENUE DES REGISTRES DE LA LOI FACILITE LE CONTROLE DES HOSPITALISATIONS SANS CONSENTEMENT TANDIS QUE LES CONTROLES EXTERIEURS SONT REDUITS AU MINIMUM

Ces registres, dits livres de la loi, sont renseignés et conservés au bureau des admissions où cinq agents polyvalents sont chargés de la gestion administrative de l'ensemble des patients admis à l'EPSM ; toutefois s'y ajoute une adjointe administrative employée à 0,8 ETP, dont l'une des tâches est de remplir les registres de la loi. L'ensemble de ce personnel travaille sous la responsabilité d'une attachée d'administration.

Les registres sont renseignés dans un délai concomitant à celui du dossier administratif et conformément aux prescriptions de l'article L. 3212-11 du code de la santé publique, à savoir dans les vingt-quatre heures des différentes décisions prises au cours du parcours de SSC.

D'un modèle standard, ces registres comportent 150 folios qui sont remplis par ordre chronologique d'admission ; ils sont distincts selon le statut d'hospitalisation et sont paraphés à l'ouverture par le maire de la commune. Les rubriques à renseigner sont remplies avec soin et les informations qui y figurent sont parfaitement lisibles et répondent à sept des neuf exigences déclinées par le code de la santé publique. En effet, les deux mentions suivantes sont totalement ou partiellement absentes du registre : les accusés de réception des droits énoncés à l'article L. 3211-3 du code de la santé publique (voir *supra*, § 3.1.2) et, parfois, les décisions de protection juridique des majeurs.

Les certificats médicaux et l'avis motivé au juge des libertés et de la détention (JLD, voir *infra*, § 4.6) sont collés dans les registres ; les contrôleurs ont ainsi pu observer que leur contenu est globalement suffisamment circonstancié pour justifier la nécessité de la mesure contraignante. Il n'a pas été constaté l'usage de certificat-type ou de copier-coller. En revanche, aucun report n'est effectué sur ces certificats des éventuels dires des patients recueillis avant leur édicition ; seule est mentionnée la formule « *le patient donne son accord pour le maintien de la mesure.* »

Les certificats concernant les programmes de soins sont dûment joints aux registres ; pour les patients en hospitalisation complète, alors que la loi ne l'impose pas, les autorisations de sorties de courte durée sont toutes notées.

Les arrêtés préfectoraux, établis selon un modèle national, font état des voies de recours judiciaire et administrative (devant la CDSP).

Si le dispositif des décisions du JLD est collé, la date de ce contrôle judiciaire n'est pas systématiquement reportée à la rubrique prévue à cet effet ; seule y figure la date de la levée quand elle est prononcée.

Au jour du contrôle, le dernier registre pour les patients hospitalisés sur décision du représentant de l'Etat avait été ouvert le 28 août 2019 ; il était rempli jusqu'au folio numéro 35 à la date du 7 janvier 2020.

Quatre registres, en moyenne, sont ouverts annuellement pour l'inscription des mesures d'hospitalisation sur décision du directeur ; celui en cours au moment de la visite avait été ouvert le 18 octobre 2019 et comptabilisait quatre-vingt-trois admissions à la date du 14 janvier 2020.

La consultation de ces registres, qui regroupent sans retard et de façon soignée l'ensemble des pièces relatives aux soins sans consentement, permet un contrôle immédiat et aisé sans nécessité d'aller chercher le dossier administratif du patient.

Le représentant du procureur de la République signe régulièrement le registre après sa visite annuelle à l'établissement, la dernière datant du 10 janvier 2020 au moment du contrôle et le

visa n'étant accompagné d'aucune observation. Il en est de même pour les membres de la CDSP – voir *supra*, § 4.5. En revanche, il n'a pas été constaté de contrôle des autres autorités visées par l'article L. 3222-4 du code de la santé.

### RECOMMANDATION 5

Conformément aux dispositions du code de la santé publique, le préfet du Finistère, le président du tribunal judiciaire de Brest et le maire de Quimper, ou leurs représentants, doivent visiter l'établissement chaque année et porter aux registres de la loi leur visa et leurs éventuelles observations.

## 4.5 LES SORTIES DE COURTE DUREE SONT FACILEMENT ACCORDEES AVEC POUR OBJECTIF DE PREPARER LA LEVEE DE LA MESURE OU LE PASSAGE EN PROGRAMME DE SOINS

### 4.5.1 Les sorties de courte durée

Il ressort des informations recueillies que la prise en charge du patient en SSC est orientée, dès que son état est stabilisé, vers sa réinsertion sociale. Hors l'enceinte de l'établissement, les sorties, accompagnées de moins de douze heures et non accompagnées jusqu'à quarante-huit heures, sont donc fréquemment accordées pour maintenir les liens familiaux et faire des démarches extérieures à caractère médico-social.

Au sein des unités autant qu'au bureau des admissions, une vigilance est en place pour que la demande d'autorisation des patients hospitalisés sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) soit transmise à l'ARS dans un délai jamais inférieur à quarante-huit heures avant la date prévue pour la sortie. Seul un refus du préfet, écrit mais non motivé et notifié au patient au plus tard douze heures avant la sortie, peut y faire obstacle.

Les psychiatres savent qu'ils doivent être précis dans l'exposé des motifs justifiant la sortie et des modalités de sa mise en œuvre.

Les documents communiqués par l'ARS indiquent que pour les trente-huit patients admis dans l'établissement en SDRE au cours de l'année 2019, le préfet ne s'est pas opposé à 236 demandes de sorties accompagnées de moins de douze heures, pas plus qu'à 218 demandes de sorties non accompagnées de quarante-huit heures ; il n'a émis de refus qu'à l'encontre de six demandes, les estimant prématurées compte tenu des antécédents du patient.

Concernant les sorties des patients en SSC sur décision du directeur, la demande est rédigée par le psychiatre et transmise au bureau des admissions pour accord tacite du directeur ; la sortie est tracée dans le logiciel Cariatides®. Compte tenu des délais généralement très courts, les tiers (famille, tiers demandeur de l'hospitalisation, tuteur éventuel notamment) sont informés par courrier électronique ou par téléphone. L'établissement n'a pu fournir de statistiques sur le nombre, en 2019, de sorties accordées aux patients ; elles seraient nombreuses, le directeur ne s'y opposant jamais selon les informations recueillies. Ainsi, au moment du contrôle, les dix-huit patients hospitalisés sur décision du directeur bénéficiaient tous et régulièrement de permissions de sorties, et aucune doléance n'a été rapportée à ce sujet aux contrôleurs.

### 4.5.2 Les programmes de soins

Les programmes de soins (PDS) sont menés en ambulatoire et les retours séquentiels à l'hôpital sont l'exception.

Le passage en PDS correspond donc à une réelle sortie d'hospitalisation du patient, certes toujours suivie et contrôlée, pour favoriser une reprise optimale de sa vie en société. L'effectivité du suivi des patients en PDS est bien réelle : au cours de l'année 2019, vingt-cinq réintégrations de patients en hospitalisation complète ont été faites. La plupart du temps, la durée de la nouvelle hospitalisation est restée inférieure à trois semaines.

Au jour du contrôle, cinquante et un patients bénéficiaient d'un PDS.

#### 4.5.3 La levée de la mesure d'hospitalisation en soins sans consentement

Les modalités de levée de la mesure d'hospitalisation diffèrent suivant le mode d'admission.

Pour les patients admis en SDDE, l'hospitalisation cesse par décision du directeur après que les psychiatres de l'établissement en charge du malade ont certifié que les conditions l'ayant motivée ne sont plus réunies. Un certain nombre de mesures sont d'ores et déjà levées avant le passage devant le JLD. En 2019 et jusqu'au jour du contrôle, alors que 341 patients ont été admis sur le fondement d'une décision du directeur, 334 avaient bénéficié d'une levée de la mesure.

La levée de la mesure d'hospitalisation des patients admis en SDRE nécessite l'accord du préfet après qu'il a été destinataire du certificat médical attestant de l'inutilité de la poursuivre. S'il n'est pas convaincu, le préfet en informe sans délai le directeur de l'établissement qui demande alors l'examen du patient par un deuxième psychiatre. Celui-ci rend, dans un délai maximum de soixante-douze heures, un avis sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation. Lorsque ce deuxième avis confirme le premier certificat, le préfet doit ordonner la levée de la mesure. Il a été rapporté aux contrôleurs que le préfet exige rarement un deuxième avis – lequel, d'ailleurs, serait toujours conforme au premier. Ainsi, en 2019, le préfet a sollicité six fois un deuxième avis avant de prendre son arrêté de mainlevée sur la quarantaine de demandes présentées.

#### 4.5.4 Le collège des professionnels

Le collège des professionnels de santé se réunit, après avoir été convoqué par le directeur. Le bureau des admissions veille scrupuleusement au respect des dates butoirs et à la convocation de ses membres.

Composé d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient, d'un autre psychiatre extérieur au suivi du patient et d'un représentant de l'équipe pluridisciplinaire de l'unité d'affectation ou du service assurant le suivi ambulatoire, ce collège est appelé à se réunir beaucoup plus pour les patients en programmes de soins (PDS) que pour ceux, très peu nombreux, en hospitalisation complète depuis plus d'un an.

Au cours de l'année 2019, le collège a examiné quarante-cinq situations de patients en SDDE, tous en programme de soins, et cinq concernant des personnes reconnues irresponsables pénalement, dont trois étaient en PDS.

Il a été difficile aux contrôleurs d'être assurés que ce collège fonctionne dans le total et strict respect des prescriptions de l'article L. 3212-7 du code de la santé publique, qui exigent le recueil de l'avis du patient. Des informations parfois floues, voire contradictoires, qui leur ont été communiquées, il ressort que ce collège se contenterait, au moins dans quelques cas, de travailler sur le dossier du patient sans juger utile de le recevoir pour l'entendre. Dans les vérifications effectuées par les contrôleurs qui se sont fait communiquer huit avis, la mention « *l'avis du patient a été recueilli* » était toujours présente.

## RECO PRISE EN COMPTE 2

Le collège des professionnels de santé doit, conformément aux dispositions de l'article L. 3212-7 du code de la santé publique, obligatoirement entendre le patient et recueillir son avis avant de prendre sa décision.

Dans ses observations du 14 août 2020, la direction de l'établissement fait valoir que : « Suite au passage du CGLPL, le collège des professionnels de santé entend et recueille désormais systématiquement l'avis du patient avant de prendre sa décision ; comme cela existait déjà sur certains pôles (ex : pôle d'activité n° 1) ».

### 4.6 LE JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION EXERCE SA MISSION DANS DES CONDITIONS MATERIELLES ET RELATIONNELLES QUI N'APPELLENT PAS D'OBSERVATION

Il a été dit aux contrôleurs qu'une convention avait été signée dès l'année 2013 entre les chefs de juridiction du tribunal judiciaire<sup>3</sup> de Quimper, la direction territoriale de l'agence régionale de santé et la direction de l'établissement afin que des locaux spécialement aménagés soient affectés à la tenue d'audiences du juge des libertés et de la détention (JLD) sur le site hospitalier. Bien que ce document n'ait pas été remis aux contrôleurs, il a pu être constaté qu'une pièce vaste et lumineuse, située au sein de la Clinique 10, près du bureau des admissions, est utilisée comme salle d'audience ; s'y ajoute une petite pièce voisine, réservée à l'entretien avec les avocats, et des sanitaires qui sont à la disposition des justiciables. Ces locaux sont équipés de mobilier moderne, en excellent état de maintenance et de propreté. L'audience du JLD se passe ainsi dans des conditions de confort favorisant un climat de sérénité nécessaire au bon déroulement des débats.

Des panneaux, situés à l'intérieur de l'enceinte de l'établissement, permettent de localiser facilement le bâtiment abritant la salle d'audience.

Les audiences se tiennent deux fois par semaine, le mardi et le vendredi. Elles débutent vers 9h30 et se terminent généralement en fin de matinée, les dossiers enrôlés étant peu nombreux, de l'ordre de trois à cinq par audience.

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

Les échanges entre l'agent du bureau des admissions et le greffe judiciaire du tribunal de Quimper sont organisés par une convention datée du 1<sup>er</sup> avril 2015. Ils se font par voie dématérialisée.

Conformément à la loi, la requête est transmise au greffe huit jours au maximum après la décision d'admission et quinze jours avant l'expiration du délai de six mois depuis la dernière décision de JLD – ces situations étant peu nombreuses (de l'ordre d'une vingtaine annuellement). Dans le cas où le patient bénéficie d'une mesure de protection, la requête doit mentionner l'identité du tuteur sous peine de nullité de la procédure en l'absence de sa convocation.

A cette requête sont joints :

- la décision d'admission avec accusé de réception de la notification ;
- les certificats médicaux de 24h et 72h ;

<sup>3</sup> A l'époque tribunal de grande instance.

- l'avis motivé ;
- la décision du maintien de l'hospitalisation après la période d'observation ;
- la précédente décision du JLD pour contrôle à six mois avec les certificats médicaux mensuels.

Concernant les SPDRE, une note du représentant de l'Etat accusant réception de la date d'audience et informant la juridiction de l'absence de représentant tout en motivant le maintien de la mesure doit également être adressée au greffe judiciaire.

Dès réception de la requête, le greffe informe le bâtonnier pour désignation d'un avocat systématiquement rémunéré au titre de l'aide juridictionnelle, à moins que le patient ne précise vouloir choisir son conseil (hypothèse rarissime).

La convocation à l'audience, adressée au patient, transite par le bureau des admissions avant d'être transmise à l'unité d'affectation du malade. Les contrôleurs n'ont pas eu l'occasion de constater quelles explications étaient données aux patients mais les différents échanges dans chaque unité ont fait ressortir que « l'agent notificateur » prenait le temps d'expliquer le sens de l'audience tout en rassurant l'intéressé sur les modalités de son déroulement.

#### 4.6.2 Le déroulement de l'audience

Les contrôleurs ont assisté à l'intégralité de l'audience du vendredi 16 janvier 2020.

Un vice-président du tribunal judiciaire de Quimper nommé juge des libertés et de la détention par décret, assisté d'une greffière, a présidé cette audience. Ni l'un ni l'autre n'avait revêtu leur habit professionnel ; la porte de la salle est restée ouverte tout le temps des débats. Trois dossiers étaient enrôlés à cette audience à laquelle a assisté la responsable du bureau des admissions, avec délégation de représenter le directeur de l'établissement.

Deux tuteurs étaient convoqués mais ils ne se sont pas présentés.

Les patients sont arrivés, en tenue de ville, accompagnés de leur soignant, en ordre séparé. Leur attente avant l'appel de leur cause et leur entrée dans la salle a donc été de très courte durée.

Comme depuis plusieurs semaines au moment de la visite, aucun des patients n'était assisté d'un avocat en raison d'un mouvement national de grève de la profession. Mais conformément à la jurisprudence de la cour de cassation, cette situation a été considérée sans incidence sur la régularité de la procédure.

Pour chaque affaire, le magistrat a expliqué le rôle du JLD, la publicité de l'audience et la possibilité de demander qu'elle se tienne à huis-clos. Il a ensuite résumé les éléments du dossier et procédé à un recueil d'informations en cherchant à faciliter la parole du patient. Les trois patients se sont exprimés ; deux souhaitaient la levée de la mesure.

Les décisions ont été rendues après que le JLD a pris le temps de la réflexion et dicté chacune des ordonnances à sa greffière. Les décisions (de maintien) ont été annoncées et notifiées individuellement, le juge ayant soin d'expliquer ses motivations. Des propos d'encouragement ont été prononcés et les voies de recours précisées avec clarté et simplicité par la greffière lors de la notification. Le temps consacré à chaque affaire fut de l'ordre de la demi-heure.

#### 4.6.3 Les décisions rendues

Seules les rares décisions mises en délibéré sont transmises par le greffe judiciaire au bureau des admissions pour être ensuite notifiées aux patients dans leur unité.

Si les contrôleurs n'ont pas eu l'occasion de vérifier quelles explications étaient données avant la signature de l'accusé de réception de cette notification lorsque cette hypothèse survient, les échanges avec les patients ont fait ressortir leur compréhension tant du sens de l'audience que de la décision.

Le contentieux généré dans l'établissement par le contrôle de l'hospitalisation sans consentement est stable depuis plusieurs années même si une légère diminution a été enregistrée en 2019 :

- en 2018, 284 décisions ont été rendues par le JLD, dont 208 concernaient un contrôle à douze jours, 37 un contrôle à douze jours après réintégration, 19 un contrôle à six mois et 20 un contrôle sur requête du patient ;
- en 2019, sur les 241 décisions prononcées, 181 sont intervenues à douze jours, 25 après réintégration, 24 à six mois et 11 à la suite d'une requête du patient.

Les refus du patient de se présenter à l'audience sont peu nombreux : quatorze en 2018 et quinze en 2019 ; quant aux médecins, ils se sont opposés dix fois en 2018 et treize fois en 2019 à la comparution du patient à l'audience.

Le juge a prononcé neuf mainlevées en 2018 et autant en 2019. En 2019, six recours ont été interjetés : cinq à l'initiative du patient et un à celle du préfet ; la cour d'appel de Rennes (Ille-et-Vilaine) a rendu six arrêts confirmatifs.



## 5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

### 5.1 L'ETABLISSEMENT EST TRES OUVERT ALORS QUE LES UNITES SONT TRES FERMEES

#### 5.1.1 La circulation extérieure et la sécurité du site

L'EPSM de Quimper jouit d'une emprise particulièrement vaste avec une surface de 45 hectares, avant la cession de 9 hectares qui est programmée en juillet 2020.

Très verdoyant, arboré et vallonné, le site de l'établissement devrait constituer un espace idéal pour les promenades des patients, accompagnés ou pas de visiteurs ou de soignants. En réalité, quasiment rien n'est prévu pour les piétons, les voies de circulation étant essentiellement affectées aux véhicules automobiles. La circulation pédestre n'est donc pas sans risque, d'autant plus que la limitation de vitesse à 30 km/h est loin d'être respectée.

L'établissement a la volonté d'inverser la tendance en rendant le piéton prioritaire. Le plan de circulation sera modifié avec des voies automobiles mises en sens unique afin de réaliser des chemins piétonniers. Mais la fin de chantier n'est programmée qu'en 2022, les années 2020 et 2021 devant être consacrées à la prise de décision et à l'élaboration du projet.

#### PROPOSITION 4

Des travaux d'amélioration et de création de voies piétonnières doivent être réalisés sans délai afin d'offrir aux patients un lieu de promenade et de circulation sécurisé.

Par ailleurs, le site de l'EPSM constitue un grand espace non clos, sans barrière ni badge d'accès, ce qui constitue un avantage sensible pour les patients autorisés à en sortir, car cela leur permet aisément d'aller vers le centre-ville de Quimper situé à quelques minutes à pied de l'établissement. L'ouverture offre aussi la possibilité à des promeneurs d'y entrer afin d'admirer notamment les dizaines de palmiers.

Cette porosité du site a aussi son revers en termes de sécurité. L'EPSM reçoit régulièrement de l'ARS des notes rappelant la nécessité de maintenir la vigilance vis-à-vis de la menace terroriste. Chaque nuit, une société de sécurité effectue deux rondes. Les agents découvrent parfois une tente, un camping-car ou un squat abritant drogue ou objets volés. Très régulièrement, la brigade des stupéfiants de la police nationale fait une recherche sur le site avec des chiens afin de tenter de débusquer des planques.

Aucune fouille ne peut être réalisée dans la chambre d'un patient sans son accord. Les substances éventuellement récupérées à cette occasion sont, comme celles retirées lors de l'admission du patient, transférées à la direction du patrimoine et des moyens logistiques de l'EPSM. Avec une difficulté : ces substances s'accumulent puisque l'établissement n'a pas le droit de les détruire et que, depuis 2018, la police refuse de s'en charger faute d'autorisation du procureur de la République. Il semble que pour donner son feu vert, le parquet souhaite connaître préalablement l'identité des détenteurs des stupéfiants alors que l'EPSM ne conserve pas ces informations nominatives.

Au moment de la visite, les modalités d'intervention des forces de l'ordre sur l'enceinte hospitalière font l'objet d'échanges entre la direction de l'établissement et le commissariat de police de Quimper ; un projet de convention est rédigé et soumis à la validation des instances de l'EPSM. Malgré la très faible récurrence de telles interventions (aucune en 2019 ; deux en 2018

faisant suite à des mises en danger résultant de l'utilisation d'armes par des patients), une telle formalisation était nécessaire.

Dans ses observations du 14 août 2020, la direction de l'établissement précise, d'une part, que « un premier élément de sécurisation a pu être mis en œuvre dans le cadre de la cession du patrimoine avec la fermeture, en février 2020 à la circulation automobile, de l'allée de Kerfily permettant aux patients de l'emprunter sans danger pour des allers et venues vers le centre-ville. » D'autre part, elle souligne que, « dans la partie rénovée du site (C10, Kervaliou,) existent déjà des cheminements piétonniers qu'il convient de compléter pour passer des zones d'hospitalisation vers le centre-ville. » Enfin, elle ajoute que « Dans le cadre du marché « Etude de définition et de programmation pour la ré-urbanisation du site principal de l'EPSM Gourmelen suite à la cession de la partie Ouest de son site » lancé le 1<sup>er</sup> juillet 2020, il est indiqué au niveau du CCTP que l'EPSM souhaite un travail approfondi sur la mise en place de voies piétonnes : "Voies piétonnes : A ce jour, il n'existe pas de voies réservées aux piétons. Or, compte tenu de la pathologie des patients et de la vitesse excessive de certains véhicules, une des attentes du projet est de permettre aux patients, ainsi qu'à tous les professionnels de pouvoir se déplacer en toute sécurité dans l'enceinte et notamment de pouvoir traverser l'ensemble du site pour rejoindre le centre-ville via l'allée de Kerfily" » Le CGLPL prend acte de ces éléments.

#### 5.1.2 La circulation dans et depuis les unités

Au sein des unités de la Clinique 10, l'accès aux chambres est libre et facilité par la pose, courant 2019, de « serrures débrayables » (voir *infra*, § 5.2). Par ailleurs les patients peuvent accéder à des terrasses, des cours ou des jardins intérieurs : ces espaces extérieurs sont ouverts, selon les unités, de 7h à 23h ou, dans l'une d'elles, seulement de 8h à 20h. Dans cette dernière (Argoat), l'accès à une terrasse peut cependant être autorisé après 20h pour fumer ; à l'inverse, dans tous les services, l'accès au jardin peut être ponctuellement fermé, soit pour des raisons climatiques soit au regard de l'état clinique d'un patient.

S'agissant de la circulation vers l'extérieur, les six unités d'hospitalisation pour adultes sont, au premier jour du contrôle, présentées comme étant : ouverte pour l'unité Huella du pôle 1, fermée pour l'unité Izella du même pôle et « fermables » (ou « ouvrables », selon les interlocuteurs) pour les autres unités – Argoat et Armor du pôle 2 ; Héol et La Ramende du pôle 3.

En pratique, cependant, l'ensemble de ces unités est essentiellement fermé malgré la volonté d'ouverture affichée de certains médecins et soignants ; durant la visite, seule l'unité La Ramende est effectivement ouverte, uniquement de 9h à 12h et de 14h à 18h. L'ensemble des autres unités est fermé – le service Huella ayant fait ce choix le 13 décembre 2019 lors de la prise en charge d'une patiente mineure.

Des informations recueillies par les contrôleurs, il ressort qu'outre l'unité Izella, toujours fermée, les autres unités ont vocation à être ouvertes, en particulier au pôle 3, mais sont en réalité closes dès qu'un patient en soin sans consentement est admis, au minimum pour le temps de son observation et jusqu'à l'obtention d'une première autorisation de sortie non accompagnée (situation de l'unité La Ramende durant la visite) ; ou au regard d'une vulnérabilité particulière, résultant par exemple de la minorité d'un patient (unité Huella au jour du contrôle) pris en charge.

Ainsi, si la volonté d'ouverture des équipes médicales intervenant dans ces dernières unités est aussi manifeste qu'indiscutable, il résulte de l'ensemble des informations recueillies que toutes les unités de la Clinique 10 sont, en réalité, le plus souvent fermées.

Dans ce contexte, en dehors des temps de repas et de consultation médicale, les patients en soins libres peuvent théoriquement sortir de l'unité comme bon leur semble, en journée, pour se rendre dans le parc et à la cafétéria de l'établissement. Ils sont en revanche invités à prévenir les soignants s'ils souhaitent se rendre à l'extérieur du site hospitalier. Si l'état clinique d'un patient se détériore, il peut être ponctuellement interdit de sortir ; le sujet est alors discuté avec les soignants et le psychiatre. Les patients en soins sans consentement sont, par principe, interdits de sortie durant la phase de leur observation initiale ; puis ne sont autorisés à sortir des unités, y compris pour se rendre dans le parc ou à la cafétéria, que lorsqu'une autorisation de sortie non accompagnée leur a été accordée (sur ces autorisations, voir *supra*, § 4.5).

Ainsi, selon les données transmises aux contrôleurs, au premier jour de leur visite, trente et un patients, dont sept sont hospitalisés sans consentement, ne sont pas autorisés à sortir de leur unité de prise en charge ; et seuls trente et un autres patients, dont treize en soins libres, bénéficient d'autorisations de sortie non accompagnés.

Il ressort des témoignages recueillis que l'ouverture des unités est réfléchi par les instances de l'établissement et débattue, « parfois vivement », entre les représentants des différents pôles. Selon ces renseignements, les membres du corps médical entendent à la fois assurer la liberté d'aller et de venir des patients dont l'état le permet sans « ghettoïser » les autres mais ne parviennent pas à asseoir une position commune ferme sur le sujet ni, par suite, à travailler avec les équipes soignantes à l'élaboration de modalités concrètes, adaptées et uniformisées de mise en œuvre. Eu égard à leurs implications relatives aux droits des patients, ces réflexions doivent être menées à bien.

## RECOMMANDATION 6

Les réflexions menées par les instances de l'établissement relativement à l'ouverture des unités et à la liberté d'aller et de venir des patients doivent permettre la mise en œuvre à court terme d'un protocole harmonisé entre les unités qui fasse de la liberté le principe et de la restriction l'exception.

Dans ses observations du 14 août 2020, la direction de l'EPSM fait valoir que « les unités d'admissions Heol et la Ramende sont considérées comme des unités ouvrables. Par ailleurs, La Ramende a entamé une réflexion sur l'ouverture de l'unité depuis février 2016 avec des périodes d'ouvertures ponctuelles. Un témoignage de cette pratique d'ouverture devait se réaliser lors de la journée organisée par l'EPSM Gourmelen le 6 mars 2020 sur les droits des patients : "Liberté d'aller et venir : Quelles restrictions ? Quelles ouvertures ?" » Ces remarques n'étant cependant pas de nature à modifier les observations du CGLPL, il maintient sa recommandation.

## 5.2 DANS LA VIE QUOTIDIENNE AU SEIN DES UNITES DE SOINS, LA REGLE EST LA LIBERTE

### 5.2.1 L'accès aux chambres

En général, chaque patient a accès à sa chambre tout au long de la journée. Très exceptionnellement, un psychiatre peut décider, pour un patient jugé trop cloîtré, un temps d'interdiction de sa chambre sur plusieurs plages horaires pendant quelques jours. A l'inverse,

un patient qui ne cesse de déambuler dans les couloirs peut être enfermé dans sa chambre pour une courte durée si le psychiatre estime utile d'imposer un temps de repos (voir *infra*, § 8).

Cette liberté d'accès aux chambres est particulièrement appréciée depuis que les patients peuvent s'y enfermer grâce à des « serrures débrayables ». Ils ont ainsi la possibilité de ne plus être dérangés par d'autres patients, parfois intrusifs, ce qui leur garantit une vraie tranquillité, notamment la nuit.

### 5.2.2 L'accès au tabac

Pour l'essentiel, les patients peuvent conserver leur tabac. Avec de très rares exceptions lorsqu'une personne ne parvient manifestement pas à réguler sa consommation, ou lorsqu'elle viole l'interdiction de fumer dans sa chambre.

L'approvisionnement en tabac est effectué par les visiteurs, les soignants ou les patients eux-mêmes lorsqu'ils sont autorisés à sortir de leur unité.

Les allumettes et les briquets sont généralement laissés aux patients, sauf la nuit et dans certaines unités. Ils doivent à terme être retirés, pour des raisons de sécurité, conformément à une mise à jour faite au règlement intérieur de l'établissement courant 2019, qui prévoit l'installation d'allumes-cigarettes électroniques dans les espaces spécifiques.

Les espaces accessibles pour fumer sont, selon les unités, les jardins, terrasses et cours intérieures ou extérieures. Tous bénéficient d'aménagements (chaises, voire bancs et table ; cendriers). Les patients peuvent généralement s'y rendre librement de 7h à 23h (mais 8h-20h dans l'unité Argoat). Exceptionnellement, un infirmier peut donner l'accès pendant la nuit en cas de crise d'angoisse. Des patients non-fumeurs aimeraient disposer à l'air libre d'espaces interdits à l'usage du tabac.



*Zone abritée réservée aux fumeurs dans l'Unité Héol*

### 5.2.3 L'usage du pyjama

Le port du pyjama n'est imposé systématiquement qu'en chambre d'isolement. Il peut être prescrit à l'arrivée en cas de crise ou s'il y a risque de fugue ; ou encore si le patient manque de vêtements. Dans une unité, les soignants font mettre en pyjama un patient qui refuse de vider ses poches afin de pouvoir le fouiller, ce qui est attentatoire à ses droits.

### 5.3 LA LIBERTE DE COMMUNIQUER AVEC L'EXTERIEUR EST PARTIELLE ET VARIABLE

#### 5.3.1 L'usage du téléphone

Le livret d'accueil de l'établissement indique seulement : « *L'utilisation de votre téléphone portable pourrait être limitée sur indication médicale.* » La règle devrait donc être la liberté sauf exception. Au lieu de cela, selon les unités, le téléphone des patients leur est laissé en partie ou pas du tout. Lorsqu'ils se trouvent dans une unité où ils peuvent le conserver, il y a parfois des restrictions sur prescription médicale. Une interdiction peut en effet être décidée en début de séjour afin de permettre, expliquent les soignants, une distanciation avec la famille ou l'entourage. Lorsque les patients n'ont pas accès à leurs chargeurs, pour des raisons de sécurité, ils sont invités à remettre leur téléphone en soirée pour recharger la batterie durant la nuit.

Dans certaines unités, le téléphone doit systématiquement être remis le soir, à 20h30 dans une unité, voire vers 22 ou 23h dans d'autres. Même si l'usage excessif d'un *smartphone* peut altérer la qualité du sommeil, cela ne justifie pas de priver une partie des patients d'un contact en soirée avec leurs proches.

Dans une unité, il est totalement interdit de conserver son *smartphone* : le patient ne peut y accéder que sur décision médicale. Un médecin soutient que cela permet d'évaluer et d'améliorer la tolérance à la frustration. Les patients qui ne possèdent pas de téléphone mobile peuvent utiliser celui de l'unité, rarement dans des conditions permettant le respect de la confidentialité des appels, mais cette possibilité est souvent limitée à un appel par jour. Ce qui s'avère fréquemment insuffisant. La limitation est moins forte pour recevoir des appels.

L'EPSM de Quimper n'est pas en mesure de fournir d'information sur le nombre de patients qui subissent une restriction de l'usage de leur téléphone.

#### RECOMMANDATION 7

Toutes les unités de l'établissement doivent adopter comme règle générale l'autorisation pour les patients de conserver leur téléphone mobile, y compris ceux en soins sans consentement. Seule une prescription médicale peut priver un patient de son téléphone et ce pour une durée précisément limitée. L'installation des téléphones accessibles aux patients dans les unités doit assurer la confidentialité des conversations.

Dans ses observations du 14 août 2020, la direction de l'établissement précise que « *le Règlement intérieur de l'EPSM acte que : « Les patients utilisant le téléphone acquittent les taxes correspondantes. / Ils peuvent recevoir des communications téléphoniques dans la mesure où celles-ci ne gênent pas le fonctionnement des services et ne sont pas prosrites par le médecin du service pour raisons médicales. / Sauf avis médical contraire, l'utilisation de téléphone portable est autorisée dans l'établissement. Ces appareils sont utilisés sous la responsabilité des patients. Il est rappelé en particulier qu'il est strictement interdit de filmer ou de photographier d'autres patients sous peine de confiscation de l'appareil et des poursuites prévues à l'articles 226-1 et suivants du Code Pénal.* » » Le CGLPL prend acte de cette précision mais elle ne modifie en rien les constats opérés par les contrôleurs des pratiques en cours dans l'établissement au moment de leur visite.

### 5.3.2 L'accès à la télévision et au réseau internet

Chaque unité dispose d'un poste de télévision dans une salle collective, et en état de marche. En revanche, les patients ont l'interdiction d'en posséder une dans leur chambre.

Dans certaines unités, les ordinateurs portables ou les tablettes avec accès 3G ou 4G sont autorisés, mais les patients qui en détiennent sont rarissimes. Dans d'autres unités, l'accès à internet est interdit en chambre et limité à un ordinateur dans une salle collective d'activités.

Aucune unité n'est dotée d'un réseau *wifi*. Un tel réseau est en revanche librement accessible à la cafétéria, où deux postes informatiques sont également mis à la disposition des patients (voir *infra*, § 7.2.3).

### 5.3.3 Les visites

Aucune unité n'accepte qu'un patient puisse recevoir des visites dans sa chambre. Il s'agirait de préserver la confidentialité sur la présence des autres patients, chaque unité correspondant à un territoire restreint du Finistère Sud. L'argument est contestable puisque les visites sont organisées dans des « salons d'accueil » situés en dehors des unités, où plusieurs familles peuvent se retrouver au même moment au cours de l'après-midi. De plus, lorsqu'il s'agit de visites à des patients en soins sans consentement non autorisés à sortir seuls de l'unité, le salon d'accueil doit être isolé des couloirs qui permettent de sortir du bâtiment.

Les familles et les proches des patients ne bénéficient pas d'une réelle information sur les raisons de l'interdiction des visites dans les chambres, qu'ils ressentent plutôt mal, ayant le sentiment que l'établissement veut cacher aux visiteurs le lieu où sont prodigués les soins.

Le refus d'accès aux chambres pour les visiteurs renforce le caractère très fermé des unités, sentiment partagé tant par des patients que par leurs familles.



*Salon des familles à proximité de l'unité Huella*

## RECOMMANDATION 8

Les visites des familles et des proches doivent pouvoir se dérouler dans la chambre du patient. La pratique consistant à organiser dans une même pièce plusieurs visites concomitantes pour des patients différents doit être proscrite.

Dans ses observations du 14 août 2020, la direction de l'EPSM précise que « à l'UPSA (unité de psychiatrie du sujet âgé), les visites peuvent avoir lieu dans les chambres. Pour autant, pour des raisons thérapeutiques, nous favorisons les liens familiaux dans un espace « salon » propice à la

*socialisation et à la reprise d'autonomie plutôt que dans la chambre où le patient peut recevoir sa famille en étant alité dans une position de « malade en perte d'autonomie ». » En outre, elle souligne que « 2 unités (Armor, Izella) ont aménagé des "Espaces familles" à l'intérieur de l'unité permettant les visites des familles sans devoir utiliser les chambres. » Enfin, elle ajoute que « Cette recommandation des visites des familles en chambre peut être contradictoire avec la recommandation n°8 relative « au droit à la confidentialité de l'hospitalisation ».*

Le CGLPL prend acte de ces éléments, qui ne modifient toutefois pas ses observations – dont la probabilité qu'elles soient contradictoires avec celles précédemment formulées relativement à la confidentialité de l'hospitalisation demeure faible, comparativement au risque de divulgation téléphonique de celle-ci.

#### 5.4 LE THEME DE LA SEXUALITE NE FAIT PAS L'OBJET D'UNE REFLEXION COLLECTIVE

Cette thématique ne constitue pas un tabou mais est abordée essentiellement dans les unités sous l'angle de la protection des personnes vulnérables ; la vigilance des soignants sur ce point est mise en avant, leur objectif étant de permettre une sortie la plus rapide de l'unité et la sexualité n'apparaissant pas comme un thème prioritaire.

Le sujet n'est pas évoqué lors de l'entretien d'admission avec le psychiatre et il n'existe pas d'information systématique sur les maladies sexuellement transmissibles et sur la contraception. Aucun préservatif n'est disponible dans les unités ; un distributeur payant existait près de la cafétéria mais il est hors service au moment de la visite ; il a été indiqué aux contrôleurs que des préservatifs étaient disponibles à l'accueil de la cafétéria mais, lorsqu'ils en ont fait la demande, il leur a été précisé qu'il n'y en avait plus depuis quelque temps mais qu'une démarche allait être faite auprès de l'association Aides.

En cas de sollicitation sur ces points, le patient est orienté vers le médecin généraliste.

Les visites ne sont pas autorisées dans les chambres et les patients ne peuvent aller dans les chambres des autres.

Le comité d'éthique n'a été saisi qu'une fois, par un praticien hospitalier, d'une situation portant sur l'accès à la sexualité d'un patient placé en soin sans consentement par le représentant de l'Etat, hospitalisé depuis de nombreuses années, poursuivi pour des faits d'agression sexuelle et déclaré irresponsable ; cette personne fréquentait une jeune femme rencontrée sur le site de l'établissement et les visites autorisées dans le salon de famille ont été provisoirement suspendues après « *plusieurs débordements à caractère sexuel* ». Le comité d'éthique, estimant que la question posée portait sur la possibilité pour les patients d'exercer leurs droits fondamentaux au niveau de la vie affective familiale et sexuelle a émis le 6 septembre 2018 l'avis suivant : « *Pour les patients hospitalisés au long cours et en soins sans consentement, sur avis médical, le comité d'éthique propose la création d'un espace approprié à l'exercice de ces droits fondamentaux au sein de l'hôpital, dont les modalités seront à élaborer (lieu, critères d'accès...)* ». Aucune perspective de mise en œuvre effective de cet avis n'a été signalée aux contrôleurs.

### RECOMMANDATION 9

L'établissement doit développer une réflexion institutionnelle relative à la sexualité des patients et assurer la formation du personnel à ce sujet. Un espace de dialogue pourrait également être utilement mis en place à cet égard entre le personnel soignant et les patients. Enfin, les avis émis par le comité d'éthique, tant sur ce sujet que sur les autres, doivent être suivis d'effet.



## 6. LES CONDITIONS DE VIE

### 6.1 LE DOMAINE EST VASTE ET BIEN ENTRETENU, MAIS LES CONDITIONS D'HEBERGEMENT SONT DISPARATES

Une grande partie du domaine est arborée et bien entretenue. Les patients pourraient y circuler aisément si des trottoirs et des zones piétonnes étaient aménagées et les conditions de sécurité respectées (voir *supra*, § 5.1.1).

Les unités sont éloignées des bâtiments administratifs et séparées par une zone dite « tampon » regroupant les bâtiments techniques et logistiques. En face du bâtiment administratif principal se trouve l'institut de formation en soins infirmiers.

Deux bâtiments affectés à la pédopsychiatrie sont installés côte à côte dont l'un de construction récente. Le bâtiment hébergeant les personnes âgées hospitalisées dans l'unité de gériopsychiatrie est plus éloigné. Les unités d'admission des trois pôles de psychiatrie adulte (correspondant à trois secteurs) sont installées dans la clinique 10, bâtiment qui héberge également le bureau des entrées et l'unité d'appui et de régulation (UAR).

#### 6.1.1 La clinique 10

La clinique 10 a été construite sur un terrain en pente, en paliers épousant le dénivelé du terrain ; l'accès au bâtiment se fait par le niveau qui constitue le « rez-de-chaussée haut ».

Dans le hall d'entrée, un plan détaillé décrit la localisation des trois pôles ainsi que des unités les composant. Dans le couloir central, des affiches positionnées en hauteur indiquent la direction de chacune d'entre elles. Chacun des trois pôles, installé sur deux niveaux, dispose de deux unités d'admission accessibles entre elles par des escaliers et un ascenseur.



L'entrée de chaque pôle, ouverte, dessert une salle d'attente pouvant servir de salon pour les visites des familles, le secrétariat, les bureaux du chef de pôle, des médecins de l'unité et du

psychologue ainsi qu'une salle de réunion. Les locaux sont propres, bien entretenus et lumineux. Des tableaux sont accrochés dans les couloirs et les pièces communes.

### 6.1.2 Les points communs à toutes les unités de la Clinique 10

Toutes les chambres de la clinique 10 sont pourvues de serrures débrayables depuis l'été 2019, constituant une amélioration sensible de la sécurité et de l'intimité des patients. En revanche, ces chambres ne sont pas équipées de système d'appel. Seule une unité disposerait de sonnettes d'appel mobiles que les soignants mettraient à disposition des patients alités. Dans une autre unité, l'unique dispositif mobile est ancien et obsolète.

#### RECOMMANDATION 10

Les chambres doivent être équipées de moyens d'appel en état de fonctionnement.

Dans ses observations du 14 août 2020, la direction de l'établissement précise que « *la conception de la C10 s'est faite sans appel malade généralisé à l'ensemble des chambres. Un équipement filaire standard ne peut donc être installé en l'état. Dans les chambres d'isolement équipées initialement, les appels malades ont été progressivement détruits par les patients obligeant à retirer les coffrets électriques pour des raisons de sécurité.* »

Il est pris acte de ces informations qui ne modifient cependant pas le bien-fondé de la recommandation émise, au regard notamment de l'existence d'équipements portatifs d'appel utilisables en particulier dans les chambres d'isolement.

En majorité individuelles, les chambres sont meublées de façon sommaire (petite table, chaise, table de chevet, placard fermant à clef) et ne portent pas de marques de personnalisation.



*Chambre individuelle*

Leur fenêtre s'entrouvre sur quelques centimètres. Les placards aménagés par moitié d'étagères et de penderie peuvent être fermés à clef.

Les sanitaires comprennent une douche, un lavabo surmonté d'un miroir, une petite poubelle et un WC. Au mur, sont encastrés une patère, le bouton poussoir de chasse d'eau, un distributeur de papier hygiénique ainsi qu'une barre d'appui.

Des sanitaires sont répartis sur chaque niveau d'hébergement et une salle de bains commune, équipée d'une grande baignoire pour la balnéothérapie, est aménagée dans chaque unité.

Les pièces communes comptent une salle à manger, un salon ou deux de télévision, une salle d'activités comportant une petite bibliothèque. Les unités disposent de terrasses tenant lieu de fumoirs et d'un jardinet.

Du fait de la déclivité du terrain, les jardins des unités situés au rez-de-chaussée haut surplombent horizontalement celui des unités du rez-de-chaussée bas. Un projet de réaménagement des espaces extérieurs est en cours afin que les soignants de chacune des unités aient une vue facilitée sur les patients s'y trouvant.



*Salle commune*



*Accès au jardin*



*Terrasse*

Les locaux réservés aux soignants sont regroupés classiquement autour du bureau des infirmiers (la pharmacie, le poste de soins, le bureau médical).

L'office et les locaux réservés au linge (propre et sale) sont localisés à proximité les uns des autres pour faciliter le travail des agents des services hospitaliers.

#### *a) Les principales différences entre les unités*

Une grande hétérogénéité est observée entre les unités tenant à la fois aux choix des chefs de pôle lors de la construction de la clinique 10 et aux orientations des projets médicaux actuels.

En premier lieu, seules trois des unités pour patients adultes disposent de chambres d'isolement, à raison d'une unité par pôle (voir *infra*, § 8.1).

En outre, toutes les unités sont fermées à l'exception, théoriquement, de l'unité Huella qui accueille essentiellement des patients en soins libres. Elle était toutefois fermée depuis un mois lors de la visite des contrôleurs (voir *supra*, § 5.1.2). **Dans ses observations du 14 août 2020, la direction de l'établissement précise que cette unité est « ouverte sans discontinuité depuis mars. »**

En deuxième lieu, si les surfaces sont identiques, certaines unités ne connaissent que des chambres individuelles, d'autres renferment également des chambres doubles ; c'est le cas du pôle 2. Le nombre de lits ainsi amplifié modifie, outre le nombre de patients accueillis et leur prise en charge, leur confort, la circulation à l'intérieur des unités et la possibilité de réaliser des activités.

La capacité d'accueil des unités ainsi que leurs caractéristiques propres sont les suivantes :

- l'unité Huella du pôle 1 dispose de vingt lits répartis uniquement en chambres individuelles. Cette unité accueille prioritairement des patients admis en soins libres – ce

qui permet son ouverture – tandis que l'autre unité du pôle – Izella, prend en charge les patients admis en soins sans consentement et dispose d'une chambre d'isolement ;

- les unités Héol et La Ramende du pôle 3 disposent chacune de quinze chambres individuelles ; seule Héol est aménagée d'une chambre d'isolement ;
- les unités Armor et Argoat du pôle 2 sont dotées de vingt lits chacune, répartis en quatorze chambres individuelles et trois chambres doubles ; la première est pourvue d'une chambre d'isolement.



*Une chambre double (unité Armor, pôle 2)*

Comme indiqué *supra*, il s'agit du seul pôle qui dispose de chambres à deux lits en raison du choix fait par le chef de pôle présent au moment de la conception du bâtiment.

Les chambres doubles, d'une surface de 16 m<sup>2</sup>, sont équipées d'une salle d'eau identique à celle des chambres individuelles avec un seul lavabo.

#### RECOMMANDATION 11

Tout patient doit pouvoir disposer d'une chambre individuelle et de sanitaires privés.

Dans ses observations du 14 août 2020, la direction fait valoir que « *techniquement, il est parfaitement envisageable de transformer les chambres doubles et chambres individuelles par retrait des équipements correspondant au second lit. Toutefois, ceci postule une réduction capacitaire non négligeable à mettre en parallèle d'une suroccupation régulière de cette clinique.* »

La particularité du pôle 2 se manifeste aussi par la présence d'un oculus sur quatre des portes de chambres dans le fond du service, où le responsable souhaitait créer une zone réservée aux personnes en soins sans consentement équipée d'une porte aux fins de surveillance et de fermeture de ces dernières. Le projet a été abandonné mais les oculi demeurent. Du couloir, on peut voir aisément une partie de la chambre réduisant l'intimité de ses occupants.

## 6.2 LES CONDITIONS D'HYGIENE N'APPELLENT PAS D'OBSERVATION

Les patients disposent dans chaque chambre d'une salle d'eau avec douche, lavabo surmonté d'un miroir, WC et patères ; chaque unité est pourvue d'une salle de bains avec baignoire essentiellement utilisée pour la balnéothérapie.

Si les patients sont invités dans le livret d'accueil à prévoir du linge en quantité suffisante ainsi qu'un nécessaire de toilette, des kits d'hygiène sont fournis aux personnes indigentes et un petit vestiaire d'urgence présent dans toutes les unités permet de pallier le manque de linge à l'arrivée.

Les draps et les serviettes sont changés au moins toutes les semaines et plus souvent en cas de nécessité.



*Salle de douche*



*Salle de balnéothérapie*

Les locaux sont propres ; le ménage est assuré par les agents des services hospitaliers (ASH) qui nettoient tous les jours les chambres, les salles de bains et les espaces communs.

L'unité centrale de nettoyage (UCN) vient deux fois par semaine pour laver les couloirs à la machine, une fois par semaine la salle à manger, et une fois tous les deux mois le sol des chambres. Les ASH nettoient à fond les chambres après chaque départ.

En principe les familles assurent le nettoyage du linge, mais en cas d'impossibilité une machine à laver et un sèche-linge sont disponibles à côté de la cafétéria mais sont peu utilisés car les patients ne peuvent y aller seuls et il a été indiqué aux contrôleurs que dans ce cas c'était aux infirmiers d'assurer le lavage ; les patients peuvent faire appel à un prestataire extérieur, moyennant rémunération, qui vient chercher le linge une fois par semaine à la porte de l'unité et le rapporte la semaine suivante.

Un salon de coiffure gratuit est à la disposition des patients dans l'établissement et le livret d'accueil précise que les patients ne pouvant se déplacer peuvent bénéficier du service des coiffeurs dans l'unité où ils sont hospitalisés.

### 6.3 LA GESTION DES BIENS DES PATIENTS EST SOUPLE ET LEUR PERMET DE FAIRE FACE A LEURS BESOINS

Les procédures d'inventaire des biens à l'arrivée et au départ des patients sont homogènes selon les unités : inventaire contradictoire complet et signé à l'arrivée, tout au long de la prise en charge si nécessaire et au départ par le patient ou éventuellement par deux infirmiers si le patient n'est pas en capacité de le faire, retrait systématique des objets coupants ou considérés comme dangereux qui sont placés dans des casiers identifiés dans le bureau des soignants (ciseaux, couteaux, miroirs, bouteilles de parfum) et selon la clinique, du chargeur du téléphone ou de la ceinture. Il est conseillé aux patients de ne conserver que des petites sommes sur eux et de déposer les objets précieux ou les sommes importantes dans le coffre de la comptabilité situé à la Clinique 10 ; au-delà de trente jours les biens confiés sont déposés, par le régisseur des dépôts de valeurs, au centre des finances publiques de Quimper avec avis au patient de ce dépôt, précisant les modalités de retrait auprès de ce centre.

Les patients disposent dans leur chambre d'un placard à clés qu'ils conservent sur eux et dont les infirmiers ont un double. Lorsque la clé est perdue, le service de maintenance est sollicité pour la remplacer. Sur la base des principes de liberté et de responsabilité, les patients ont donc la possibilité de conserver avec eux leurs objets personnels, des petites sommes et leur carte bancaire.

L'établissement possède une « banque des patients » dont l'existence est mentionnée dans le livret d'accueil qui est ouverte tous les lundis, mercredis et vendredis matin à la Maison des usagers ; une somme mensuelle maximum de 300 euros peut y être créditée, permettant de faire face aux achats d'hygiène et de cigarettes ; elle est versée par les mandataires judiciaires, les familles ou directement par virement émanant d'une banque ; les patients viennent chercher régulièrement des sommes de l'ordre de 20 à 30 euros selon les consignes données par les mandataires ; quand les patients ne sont pas autorisés à sortir, les infirmiers viennent à leur place sans mandat du patient mais les prélèvements sont tracés dans le logiciel Cariatides ; les contrôleurs ont assisté à une distribution d'argent qui donne lieu à des échanges cordiaux entre les patients et la préposée affectée à ce service.

Les soignants font valoir que les bons d'achat donnés par les mandataires ne sont pas acceptés dans tous les magasins de la ville ce qui peut poser des problèmes d'approvisionnement pour l'achat de vêtement ou de cigarettes.

### 6.4 LES PATIENTS SONT SATISFAITS DE LA QUALITE DES REPAS

Les repas sont préparés dans le cadre d'un groupement d'intérêt public nommé *Vitalys*, prestataire de service, en liaison froide dans une cuisine centrale. Une salariée de l'EPSM reçoit dans la cuisine-relais de l'établissement les plats en barquettes de huit à dix parts, vérifie s'ils correspondent à la commande et les met dans la chambre froide ; ils sont ensuite disposés dans les chariots « chaud-froid » et apportés dans les unités où ils sont réchauffés dans l'office jouxtant la salle à manger ; les livraisons ont lieu tous les jours sauf le dimanche.

Chaque unité commande journalièrement sur le logiciel Datameal® le nombre de repas nécessaires ; les régimes alimentaires spécifiques déclarés à l'arrivée du patient ou ultérieurement sont pris en compte par le prestataire ; ils comprennent des menus végétariens, sans porc, hypocaloriques et pour les diabétiques qui sont servis en barquettes.

Les repas sont pris dans la salle à manger de chaque unité en présence d'une infirmière et d'une AHS sauf en cas de prescription médicale indiquant qu'ils doivent être pris dans la chambre.



*Office et salle à manger de l'unité Argoat*

Les patients ne peuvent se placer à leur convenance dans les unités Huella, Armor et Argoat afin « d'éviter les conflits », mais ils peuvent demander à changer de place. En revanche, le placement est libre dans les unités UPSA, Héol et Izella.

Les menus sont affichés dans la salle à manger.

Le petit déjeuner, servi à partir de 8h, comprend café, cacao, thé ou tisane ainsi qu'une tartine de pain, du beurre et de la confiture. Le déjeuner est servi entre 12h et 12h45, une collation à 16h, le dîner entre 18h45 et 19h30 et une tisane est offerte dans la soirée.

Les familles ne peuvent pas venir prendre un repas avec les patients.

Les patients interrogés ne se sont plaints ni de la qualité ni de la quantité des repas, sauf une personne de l'unité Argoat qui a précisé que les médicaments donnés lui ouvraient l'appétit et que les portions étaient en conséquence insuffisantes.

Tous les deux mois, le prestataire envoie un cuisinier dans les unités pour effectuer un repas particulier (notamment des crêpes).

L'entrée de denrées périssables est autorisée si les produits sont consommés immédiatement ; les patients peuvent avoir des denrées non périssables qu'ils entreposent dans le placard de leur chambre fermé à clés ; ils peuvent grignoter dans leurs chambres.

## 7. L'ACCES AUX SOINS

### 7.1 LES CONDITIONS D'ACCUEIL EN URGENCE NE PERMETTENT NI D'OFFRIR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE AUX PATIENTS NI DE LIMITER LES HOSPITALISATIONS NON JUSTIFIEES

L'unité médico-psychologique (UMP) a été créée en octobre 1989. Elle est adossée au service d'accueil des urgences (SAU) du centre hospitalier intercommunal de Cornouailles (CHIC) de Quimper. Elle couvre géographiquement les trois secteurs de psychiatrie adulte de l'EPSM de Quimper et elle est rattachée au pôle 3. Une convention de fonctionnement liant les deux services a été établie et réactualisée en 2007.

La mission principale de l'UMP est l'accueil, l'évaluation et l'orientation des patients qui se présentent librement au SAU ou bien qui sont adressés par les centres médico-psychologiques voire d'autres professionnels extérieurs à l'établissement (médecins libéraux...). L'équipe de l'UMP est également en lien étroit avec les services des urgences de Douarnenez et de Pont-l'Abbé qui ne comptent pas de psychiatre sur place.

A l'origine, l'UMP disposait de trois lits pour accueillir leurs patients mais en raison de l'augmentation de l'activité globale des urgences, ces lits ont été réaffectés au SAU. Par ailleurs, l'unité d'accueil et d'admission implantée au sein de l'EPSM a été fermée en 2015. L'activité de l'UMP a donc considérablement augmenté puisque les personnes qui étaient auparavant accueillies en première intention au sein de l'établissement sont maintenant prises en charge à l'UMP. La première année de son ouverture, l'équipe de l'UMP a accueilli environ 600 personnes par an. Aujourd'hui, l'activité compte 3 100 passages par an et la file active des patients représente 2 300 personnes. Le nombre de patients transférés à l'EPSM, après un passage à l'UMP, représente environ 50 % de la totalité des hospitalisations (980 patients en 2018). Pour autant, l'unité n'a pas récupéré ses trois lits. Un projet visant à recouvrir une capacité de trois lits et augmenter l'effectif de personnel a été validé par l'ARS Bretagne. Il a également été reconnu au niveau du projet médical partagé du GHT de l'Union hospitalière de Cornouaille ainsi qu'au niveau du projet régional de santé (PRS). Cependant, l'EPSM n'a pas obtenu de financements supplémentaires. Des discussions, portant sur ce point, sont en cours avec le CHIC. *Dans ses observations du 14 août 2020, la direction de l'EPSM souligne que « l'augmentation de l'activité de l'UMP en 2015 a été accompagnée par un renforcement des moyens humains (dont 1,65 poste infirmier et attribution de mensualités IDE sur la période estivale). »*

#### 7.1.1 Les moyens

L'équipe de l'UMP compte 1,8 ETP de psychiatre permettant d'assurer une présence médicale quotidienne en journée et le samedi matin. Les nuits et le reste des week-ends sont couverts par des astreintes médicales. Deux infirmiers sont présents en journée, ils interviennent en horaire décalé. Les mardi et vendredi, un infirmier de liaison vient compléter l'équipe. Un seul paramédical est présent durant la nuit.

L'UMP dispose de deux bureaux de consultation polyvalents et d'un bureau de travail. Dès lors qu'un patient nécessite d'être gardé en observation, il est installé dans l'un des quatorze boxes du SAU. Une salle d'attente, réservée en priorité à l'UMP, située à proximité des bureaux de consultation polyvalents est destinée aux personnes qui relèvent d'une simple consultation. Il est mis également à disposition une salle de crise destinée aux patients agités relevant des urgences somatiques ou psychiatriques. Lors de la visite des contrôleurs, il n'a pas été possible de visiter la salle de crise ni la salle d'attente, elles étaient toutes deux occupées. La salle d'attente avait



été transformée en box ; une patiente en attente d'un transfert à l'EPSM était installée sur un brancard. Elle y avait passé la nuit faute de box disponible. De même, trois autres patients également en attente d'un transfert à l'EPSM étaient installés dans le couloir. Il convient de préciser qu'une partie du SAU était en travaux lors de la visite. Cependant, il a été indiqué aux contrôleurs que les boxes étaient occupés en priorité par des patients relevant des urgences somatiques. Ainsi, l'équipe ne dispose pas de moyens suffisants pour accueillir et prendre en charge les patients et les garder pour un temps d'observation allant jusqu'à 72h. Ce temps d'observation est pourtant essentiel pour établir une relation thérapeutique et rechercher l'adhésion aux soins en vue de limiter des hospitalisations injustifiées.

### RECOMMANDATION 12

Les conditions matérielles d'accueil au sein de l'unité médico-psychologique doivent être améliorées en vue d'offrir une prise en charge adaptée.

*Dans ses observations, la direction de l'établissement rappelle que « l'équipe soignante de l'UMP est en immersion dans le service des urgences du CH de Cornouaille. Les conditions d'accueil sont difficiles pour toutes les catégories de patients (pas que pour les patients de psychiatrie). »*

#### 7.1.2 L'accueil et la prise en charge

Les personnes qui se présentent au SAU sont accueillies en premier lieu par l'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) puis elles sont prises en charge par le médecin urgentiste. Ce dernier procède à un examen clinique en vue d'éliminer toute urgence somatique. Selon les propos recueillis, les examens cliniques tout comme les bilans sanguins sont parfois incomplets ; les médecins urgentistes ne prendraient pas toujours le temps nécessaire avec les patients relevant d'une prise en charge psychiatrique.

L'infirmier de l'UMP intervient en seconde intention pour évaluer l'état clinique du patient et établir un recueil de données. Si le patient est suicidaire ou s'il présente un état délirant aigu, il est adressé au médecin psychiatre. Dès lors qu'une hospitalisation est envisagée, les soignants recherchent un tiers, l'admission à la demande d'un tiers étant le mode d'hospitalisation le plus fréquent (voir *supra*, § 2.4). A cet égard, tout est mis en œuvre pour identifier un tiers. Si le patient s'oppose à l'hospitalisation, il a été précisé qu'il appartenait au médecin psychiatre de rechercher le consentement aux soins auprès du patient.

Comme indiqué précédemment, les médecins urgentistes interviennent en première intention y compris sur la gestion des états d'agitation. Pour ce faire, ils mettent en œuvre un protocole, propre au SAU et qui selon les propos recueillis n'aurait pas été validé par les médecins psychiatres. Il a pour effet de sédaté de façon massive les patients. Pour certains, ces derniers se réveillent complètement désorientés dans une unité qui leur est inconnue et sans avoir aucun souvenir de leur admission. Enfin, le recours à la contention serait fréquent sans pour autant que les contrôleurs aient pu obtenir des données chiffrées s'y rapportant, ces mesures n'étant pas répertoriées dans un registre. Ces pratiques auraient déjà fait l'objet de discussions entre les médecins urgentistes et les psychiatres mais des divergences demeurent.

### RECOMMANDATION 13

La convention établie entre le service d'accueil des urgences du centre hospitalier intercommunal de Cornouailles et l'EPSM doit être complétée par un avenant précisant les modalités de prise en charge des états d'agitation des patients relevant de soins psychiatriques. Par ailleurs, les mesures de contention doivent être répertoriées dans un registre prévu à cet effet. La pose de contentions sur des patients relevant de la psychiatrie aux urgences du centre hospitalier doivent être décidées par un médecin psychiatre.

Dans ses observations du 14 août 2020, la direction de l'EPSM fait valoir les points suivants :

- « *le protocole [mis en œuvre au SAU pour la gestion des états d'agitation] est un protocole institutionnel établi de manière pluridisciplinaire et en lien avec les équipes de l'UMP. Il est régulièrement enregistré dans la base de gestion documentaire de l'établissement. L'objectif est de sécuriser à la fois le patient auto ou hétéro agressif de lui-même, de sécuriser les autres patients ainsi que les professionnels. Il fait l'objet systématiquement d'une prescription médicale dans le dossier médical. Il y a donc une traçabilité systématique. La notion de sédation massive n'est pas recevable car le protocole spécifie bien qu'il s'agit d'une titration médicamenteuse. La contention ne s'entend qu'avec une sédation.* » ;

- « *par ailleurs l'absence de psychiatre H24 et donc le délai d'intervention de ce dernier notamment la nuit et le WE pose le problème de la gestion de l'attente de cet avis en sécurité pour tous. Dès lors, c'est l'urgentiste qui décide et prescrit les contentions dans le cadre de la prise en charge par les Urgences. Mais le psychiatre peut aussi les prescrire. L'alternative est quant à elle médico-légale lorsque le patient fugue de l'établissement.* » ;

- « *il existe une convention qui pose les principes de la prise en charge des patients à l'UMP (cf. convention signée le 1er août 2007 entre l'EPSM et le CH de Cornouaille) et définit notamment les modalités de recours à un avis psychiatrique (cf. article 7 de la convention). Par ailleurs, l'organisation de la prise en charge des patients au sein du SAU et notamment le circuit patient est référencé dans le règlement intérieur du service. L'équipe de l'UMP a également à sa disposition un règlement intérieur. Néanmoins, la rédaction d'un avenant à cette convention peut être envisagée afin d'actualiser les différentes modalités de prise en charge des patients en lien avec le nouveau DPI et le nouveau circuit des urgences (fin 2020-2021).* » La convention citée du 1er août 2007 est jointe à ces observations ;

- la compétence médicale pour la pose des contentions et la mention d'une telle mesure dans un registre spécifique « *s'imposent aux EPSM et services de psychiatrie. En revanche, elles ne sont pas applicables aux services d'urgences générales et MCO. En référence à la convention actuelle, les patients pris en charge par l'UMP restent sous la responsabilité médicale et administrative du CH de Cornouaille (cf. article 12 de la convention signée le 1er août 2007) : si l'UMP fonctionne avec des moyens de la psychiatrie, elle ne constitue pas un service d'hospitalisation de psychiatrie. Néanmoins, il est précisé : que le registre sera mis en œuvre sous forme d'une liste de travail dans le nouveau logiciel HM (Dossier médical des Urgences) [et] que le protocole de contention-sédation actuellement mis en œuvre est un protocole institutionnel issu des recommandations nationales qui s'applique pour tous les patients du CHIC et pas seulement aux patients pris en charge par les Urgences. La dernière phrase de la recommandation nécessite de distinguer clairement les prises en charge aux urgences par les urgentistes et les prises en charge en post-urgence par les psychiatres. Cela repose la question d'un fonctionnement en immersion de l'UMP et celle des gardes des psychiatres.* »

Le CGLPL prend acte de ces éléments d'informations mais maintient ses observations et sa recommandation. D'une part, l'organisation des services hospitaliers doit être adaptée aux exigences légales pour ce qui concerne l'édition des décisions d'isolement et de contention. D'autre part, et s'agissant de la mise en place du registre prévu par l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique au SAU du CHIC, il y a lieu de rappeler que la conférence de consensus établie par la Haute autorité de santé, la Fédération hospitalière de France et l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé en 2004 a adopté une recommandation relative à « la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité », qui indique notamment que « *Toute décision de confinement doit faire l'objet d'un protocole précis, être motivée, portée au dossier de la personne, écrit sur un registre consultable par les autorités de contrôle et faire l'objet d'une information rapide à l'entourage.* » Ainsi, les restrictions de circulation, dont la contention et l'isolement aux urgences, doivent faire l'objet d'un protocole spécifique et être tracées dans un registre.

## 7.2 LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE REPOSE SUR DES PROJETS DE SOINS INDIVIDUALISES VISANT A LIMITER LA DUREE DES HOSPITALISATIONS MAIS FAIT UNE PLACE INEGALE A LA REHABILITATION PSYCHOSOCIALE ET AUX ACTIVITES THERAPEUTIQUES

L'établissement a élaboré une politique de soins commune mais les approches thérapeutiques (approche psychanalytique, thérapie comportementale, psychothérapie institutionnelle, etc.) varient d'un pôle à l'autre. Si les soins psychiatriques proposés aux patients reposent cependant sur une prise en charge individualisée dont l'objectif est de limiter la durée d'hospitalisation, il résulte notamment de cette diversité d'approches une offre inégale d'activités thérapeutiques et à de réhabilitation psychosociale.

### 7.2.1 L'accueil et la prise en charge à l'arrivée dans l'unité d'hospitalisation adulte

La moitié des patients transite par le SAU du CHIC avant d'être admis en unité d'hospitalisation. Ils sont acheminés à l'EPSM en ambulance et certains font l'objet d'une contention. De l'avis des professionnels de santé, la mise sous contention est fréquente et elle n'apparaît pas toujours justifiée, auquel cas elle est levée par le praticien hospitalier de l'unité. De même, certains patients se voient administrer un traitement sédatif puissant en vue d'apaiser leur état d'agitation (voir *supra*, § 7.1.2).

Le patient est accueilli par deux infirmiers. Son état clinique conditionne les modalités d'accueil et de prise en charge. Si ce dernier est peu agité, les soignants lui font visiter le service et lui expliquent le fonctionnement du service, sinon ils l'installent directement dans sa chambre. L'infirmier conduit un entretien d'accueil en vue d'établir un recueil de données, il l'invite à mettre des mots sur son état clinique (« *que connaît-il de la psychiatrie, comment perçoit-il sa pathologie* » ?). Le déroulement de l'entretien est fonction de ce que le patient souhaite partager. Dans les 24 heures, il est reçu par le psychiatre du service et il est examiné par le médecin généraliste. Les patients admis en soins sans consentement sont informés par le médecin psychiatre des raisons qui ont motivé une telle mesure. Au cours de cet entretien, le praticien hospitalier explique l'objectif des certificats des 24h et des 72h ainsi que les contraintes inhérentes au statut d'admission en soins sans consentement (liberté d'aller et venir limitée, restrictions dans les communications avec l'extérieur). Cependant, il ne recueille pas par écrit les observations du patient.

Lors de la première consultation ou durant les jours qui suivent l'admission, le médecin psychiatre établit un projet de soins individualisé qui définit le mode de prise en charge (entretiens infirmiers, suivi par le psychologue, inscription à des activités) et les éventuelles sources de stimulation devant être évitée. Selon la pathologie et la personnalité du patient, le projet de soins peut être rédigé conjointement avec ce dernier qui va être invité à l'émarger notamment lorsqu'il apparaît essentiel de poser un cadre formel.

La période d'observation ne fait pas l'objet d'un protocole spécifique, cependant des restrictions peuvent être imposées. Ainsi, les patients pour lesquels il existe un risque de passage à l'acte suicidaire se voient interdire l'accès aux sanitaires de leur chambre en raison de la présence du tuyau de douche.

Les patients ne sont pas soumis au port du pyjama à l'exception de ceux placés en isolement. A l'unité Heol, les patients présentant un risque élevé de passage à l'acte suicidaire se voient retirer leur ceinture de pantalon et peuvent être amenés à revêtir un bas de pyjama.

*Dans ses observations du 14 août 2020, la direction de l'EPSM précise que les « modalités d'accueil [sont] un peu différentes à l'UPSA : la plupart des entrées sont programmées et souvent accompagnées par la présence d'un proche, le patient est accueilli [par] deux soignants IDE ou aide soignants, le projet de soin individualisé est pensé, élaboré et écrit en réflexion pluri professionnelle, les entretiens soignants peuvent aussi être réalisés par des aides-soignants en fonction de la clinique, du lien thérapeutique, du sujet évoqué... » Ces éléments se rapportent cependant aux développements relatifs à l'UPSA qui figurent infra, § 9.2.*

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

Une présence médicale quotidienne est assurée dans les unités y compris à l'unité Izella bien que le praticien hospitalier, secondé par un interne, officie seul. La présence de plusieurs médecins dans les unités offre la possibilité aux patients qui le souhaitent de changer de praticien lorsque la relation thérapeutique est rompue. Ces demandes sont peu fréquentes. L'accès au dossier médical est possible sur demande écrite, un formulaire a été réalisé à cet effet. Selon le contenu du dossier et l'état clinique du patient, ce dernier peut être invité à le consulter en présence de son médecin.

Grâce à une présence médicale quotidienne, les patients bénéficient d'un suivi médical régulier et les projets de soins sont régulièrement réajustés. La fréquence des entretiens médicaux dépend de la clinique. Cependant les patients sont vus *a minima* une à deux fois par semaine. La consultation se déroule en présence d'un infirmier. Toutefois si le patient en exprime le souhait il peut bénéficier d'un temps seul à seul avec son praticien afin de pouvoir aborder des questions d'ordre intime. A l'issue de ces entretiens, les restrictions sont réajustées.

Une initiative intéressante, instaurée à l'unité Huella, a retenu l'attention des contrôleurs. Le praticien hospitalier effectue chaque jeudi matin, en présence de l'interne et d'un infirmier, un tour de visite médicale dans chaque chambre. Ce dispositif est intéressant car il repositionne le patient dans sa relation avec son médecin ; il n'est pas tenu de se rendre dans le bureau du psychiatre, ce dernier venant à lui. *Dans ses observations du 14 août 2020, la direction de l'EPSM ajoute : « A noter également à l'UPSA (unité de psychiatrie du sujet âgé) : visite médicale dans la chambre de chaque patient, organisée un matin par semaine (le mercredi) avec présence du psychiatre, gériatre, interne, IDE et cadre du service, afin de faire un point clinique avec le patient, dans sa chambre, avec l'ensemble des acteurs de ses soins. » Ces éléments se rapportent cependant aux développements relatifs à l'UPSA qui figurent infra, § 9.2.*

Outre les entretiens médicaux, les psychologues interviennent dans le cadre de séances individuelles sur indications du psychiatre ou à la demande des patients. A l'unité Argoat, le médecin psychiatre propose à certains patients, pour lesquels il existe une indication thérapeutique, des séances hebdomadaires d'autohypnose. Une infirmière de cette même unité a bénéficié d'une formation lui permettant de conduire également des séances.

Les infirmiers mènent des entretiens de façon ponctuelle, pour apaiser un état d'anxiété, ou de façon systématique lorsqu'un objectif précis a été défini avec le patient. Il n'a pas été instauré un système d'infirmier référent mais les patients, dans leur ensemble, font l'objet d'une attention particulière de la part du personnel paramédical qui fait preuve de disponibilité à leur égard.

Des réunions soignants/soignés, animées par une psychologue et le cadre de santé ou un infirmier, ont lieu une fois par semaine dans les unités Armor, La Ramende et Heol. A l'unité Huella, ces réunions ont été abandonnées compte tenu des durées très courtes de séjour des patients. Le cadre de santé anime de façon ponctuelle une réunion, à la demande des patients, qui a pour objectif de répondre aux questions et doléances portant sur le fonctionnement de l'unité.

Plusieurs réunions institutionnelles se tiennent dans chaque unité. Outre les réunions de fonctionnement de service, il a été instauré un temps hebdomadaire d'échanges durant lequel les cas des patients sont passés en revue. Les entretiens familiaux et les sorties sont planifiés au cours de cette réunion. De même, les projets de soins sont réévalués. Il a également été mis en place des réunions pluridisciplinaires (appelées « réunions de coordination » ou « *staff* » selon les unités) associant psychologues, assistants de service social et personnel de santé de l'extra hospitalier. Des échanges ont lieu autour de l'évolution des patients suivis en CMP et pour lesquels une hospitalisation est envisagée. Les projets de sorties sont élaborés en amont, chacun étant associé à la réflexion.

A l'unité La Ramende, une réunion mensuelle « paroles croisées » autour d'une situation clinique, regroupe l'ensemble de l'équipe soignante.

De manière générale, dès que l'état clinique du patient s'améliore, le psychiatre accorde des temps de sortie dans le parc puis à l'extérieur de l'établissement. Les familles sont associées à la prise en charge, dès lors qu'elles sont bien évidemment disposées à s'investir et si cela ne s'avère pas être contre-thérapeutique pour le patient. Les entretiens familiaux sont présentés comme une pratique courante notamment dans le cadre de la préparation à la sortie pour les patients en SDT. A l'unité La Ramende, un premier rendez-vous leur est proposé dès l'admission du patient puis plusieurs entretiens familiaux sont planifiés tout au long de la prise en charge. Les familles peuvent être également orientées vers une thérapie familiale systémique (approche thérapeutique initiée par le pôle 3).

### 7.2.3 Les activités et les ateliers thérapeutiques

#### a) *Distraction et activités proposées par les unités d'admission*

Chacune des unités d'admission dispose d'au moins une salle de télévision et une à deux autres pièces quelques distractions : jeux de société, matériel de dessin et de coloriage y sont notamment disponibles. Un poste de radio ou un lecteur de disques, une bibliothèque incluant ouvrages et revues, une table de ping-pong ou de baby-foot voire un vélo d'appartement, en fonction des unités, sont également disponibles.

Des séances dites d'art-thérapie assurées par une intervenante extérieure sont notamment proposées dans deux des unités visitées. Dans une unité, un travail d'autohypnose est mis en œuvre chaque semaine par un médecin et une infirmière ; un ergothérapeute intervient par ailleurs de façon hebdomadaire dans les services, à l'exception des unités du pôle 1.

En outre, chaque unité dispose d'un équipement de balnéothérapie – mais l'utilisation de ces installations est globalement très faible, selon les propos recueillis. La transformation du local concerné a, de ce fait, été proposée par les agents de l'UPSA afin d'y proposer des soins esthétiques et de faciliter le travail du coiffeur qui intervient auprès de patients.

Pour le reste, l'offre d'activités est variable d'un pôle à l'autre – ce qui semble fonction non seulement du nombre de soignants rapporté au nombre de patients pris en charge mais surtout du projet médical mis en œuvre. Pourtant, même les interlocuteurs qui disent craindre qu'une offre développée d'activités ne « *génère de la chronicité* » constatent, pour la regretter, l'insuffisance de l'offre d'activités à visée de réhabilitation psychosociale dans leur unité d'affectation. Il est ainsi manifeste que ce sont les unités du pôle 3 qui proposent une offre plus riche d'activités, laquelle inclue notamment des ateliers hebdomadaires d'art-thérapie et de pâtisserie ainsi qu'une activité extérieure bihebdomadaire alliant excursion et repas thérapeutique (les courses, la préparation du repas et le déjeuner sont suivis d'une promenade ou d'une activité type exposition ou marché). Ajoutée aux « ateliers thérapeutiques » par ailleurs proposés par le pôle 3 (voir *infra*), l'offre d'activités des unités Héol et La Ramende couvre ainsi au moins six jours de la semaine, en intra ou en extra hospitalier.

Dans les unités des autres pôles, des ateliers « terre », « couleur » ou « cuisine » peuvent être organisés. Par ailleurs, le kinésithérapeute intervenant dans l'établissement propose chaque jour des activités sportives sur le site hospitalier : les patients de l'ensemble des unités peuvent y être orientés sur prescription médicale ; un tour de rotation est organisé. Des sorties au cinéma sont également possibles.

Cependant, toutes les activités organisées en dehors des unités sont fonction de la liberté laissée aux patients de sortir ou non de l'unité, voire du site hospitalier – ce qui peut s'avérer rédhibitoire pour les patients hospitalisés sans consentement (voir *supra*, § 5.1). Selon les informations recueillies, la majeure partie des patients bénéficie malgré tout d'au moins une activité par semaine ; dans les unités où l'offre est moins étoffée, il peut être recouru à d'autres services du pôle de rattachement : « *dès que les patients vont mieux on les tourne vers l'extra et le réseau lié au pôle pour mettre en place des activités et un parcours de soins* ».

En pratique, le nombre des patients hospitalisés dans les unités de la Clinique 10 bénéficiant d'activités autres qu'occupationnelles paraît aussi contenu que l'offre elle-même en dehors des unités du pôle 3. Ainsi, à titre d'exemple, durant la semaine du contrôle, seuls huit des vingt patients hospitalisés dans l'unité Armor participent à l'une au moins des activités qui y sont proposées – à savoir, au cours de la même semaine : 1h de sport le lundi matin, 1h30 d'atelier « terre » le mercredi matin et 1h d'atelier « couleur » le jeudi après-midi – outre une réunion soignants-soignés de 30 minutes le jeudi matin.

### b) Les ateliers thérapeutiques

Rattaché au pôle 3, l'hôpital de jour dit des ateliers thérapeutiques est animé par une équipe comprenant cinq infirmiers, un éducateur spécialisé et un agent des services hospitaliers sous l'égide d'un cadre socio-éducatif. En tant que de besoin, il recourt à d'autres agents du pôle, en particulier issus de l'hôpital de jour L'Adret. Un « *projet d'unité de soin* », daté du mois de

décembre 2019, a été remis aux contrôleurs avec la précision selon laquelle sa réécriture est un des objectifs du service pour 2020.

Pour servir de support organisationnel et financier aux différents services et activités proposés, une association a été créée en 2000 par la fusion d'associations préexistantes. Paritairement gérée par des patients et des membres de l'équipe soignante du pôle 3, l'association Silène propose en particulier, au titre des Ateliers thérapeutiques :

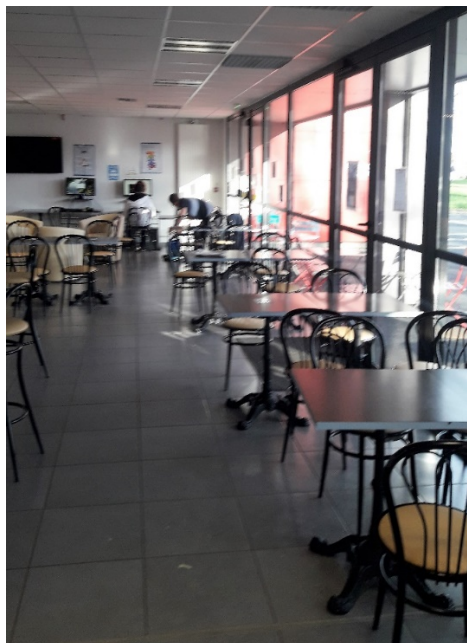
- le Silène café, cafétéria du site hospitalier où deux « patients stagiaires » exercent une activité défrayée à temps partiel aux côtés d'agents hospitaliers. Jusqu'alors ouvert de 10h à 16h en semaine (le mercredi de 14h à 16h), l'endroit propose une ouverture le dimanche à compter du 19 janvier 2020<sup>4</sup> ; une carte de boissons chaudes et froides ainsi qu'une petite restauration à bas prix y sont proposées et il est possible d'y acheter quelques produits alimentaires et des produits d'hygiène à des tarifs compétitifs ;
- des « chantiers thérapeutiques » d'entretien d'espaces verts : chaque semaine, trois groupes de cinq à six patients – théoriquement orientés par l'ensemble des pôles de l'EPSM mais, en pratique, essentiellement issus des services du pôle 3 – interviennent sur le territoire de la commune de Pluguffan en application d'une convention tripartite liant la mairie de cette localité, l'EPSM et l'association Silène. Ce travail n'est pas rémunéré et s'inscrit comme activité thérapeutique au bénéfice essentiel de patients suivis en CMP mais également pour certains patients hospitalisés sur le site intra hospitalier ;
- des ateliers « *vie quotidienne et sociale* » : mis en œuvre dans un local dont l'association dispose dans Quimper, il s'agit d'échanges lors desquels les participants déterminent un thème relatif à l'organisation de la vie quotidienne autonome, dont ils vont débattre avant de mettre en pratique leurs réflexions. Les thématiques sont fonction des demandes des patients ; il peut s'agir d'éviter les arnaques sur internet, de rechercher les meilleurs rapports qualité-prix lors des soldes, etc. ;
- la rédaction et la publication du journal *Sil'Info* : regroupant les textes et témoignages de patients ainsi que diverses informations relatives aux activités de l'association (comptes-rendus de voyages par exemple), ce journal au format A5 est diffusé trois à quatre fois par an et des réunions hebdomadaires sont organisées pour sa préparation ;
- la tenue d'une réunion hebdomadaire du « *Club Silène* » : ouvert à tous, adhérents de l'association ou non, ce club se propose d'être un lieu d'échange pour l'émergence d'idées et de projets communs ;
- une activité théâtrale avec la Compagnie de L'Incongru : rédaction d'un texte, création des décors et costumes, répétitions et représentation (une à deux réunions de travail hebdomadaires).

L'association assure en outre l'entretien de son site internet et la gestion d'un blog et propose des ateliers ponctuels, par exemple un salon d'esthétique intitulé « *Réapprendre à prendre soin de moi* », qui est proposé deux à trois fois par an par une esthéticienne.

---

<sup>4</sup> Au moment du contrôle, cet élargissement des jours d'ouverture doit être assuré à moyens constants, par mutualisation des temps de travail des Infirmiers de l'hôpital de jour L'Adret et des Ateliers thérapeutiques ainsi que, pour le nettoyage des locaux, avec les des ASH intervenant dans les services intra hospitaliers du pôle 3. Diverses doléances soulignant, en particulier, l'ouverture de la cafétéria à l'ensemble des patients de l'EPSM, ont été faites aux contrôleurs à cet égard, tant par les agents qu'ils ont rencontrés que par les organisations syndicales qui les ont sollicités.

Sur le site hospitalier, l'association et le Silène café occupent des locaux situés à distance limitée des unités de soins de la Clinique 10. Comprenant la majeure partie du rez-de-chaussée d'un bâtiment de construction récente, ils sont spacieux et lumineux. Modulables pour l'essentiel, ils permettent d'adjoindre à la cafétéria un « *espace médiathèque* » où est proposé un fonds de dépôt mis à disposition par la médiathèque de Quimper (livres, bandes dessinées, musiques et films sélectionnés par des soignants et des patients) et renouvelé deux à trois fois par an.



*Silène café : à g., salle de cafétéria et postes informatiques ; à d., espace médiathèque.*

Des concerts sont organisés plusieurs fois par an, mettant en vedette des artistes ou des membres du personnel et s'appuyant, le cas échéant, sur un partenariat liant l'association et le Théâtre de Cornouaille dans le cadre du dispositif Culture et santé. Diverses expositions (de photographies, peintures ou dessins dont les auteurs peuvent être des soignants, des artistes locaux ou des patients) sont installées dans ces locaux.

C'est en ces lieux que se tiennent les réunions, répétitions et séances de travail résultant des activités énumérées ci-dessus ; ainsi que les événements divers susceptibles d'être organisés par l'association : galette des rois ou karaoké, par exemple.

Une terrasse, partiellement couverte, permet aux usagers de s'installer à l'air libre. Un piano, des jeux de société, une table de billard et un baby-foot sont librement accessibles ; ainsi que deux ordinateurs connectés à internet et un réseau *wifi* – le code d'accès est affiché de manière visible.

Les membres de l'équipe pluridisciplinaire des Ateliers thérapeutiques participent à l'ensemble des réunions cliniques et institutionnelles du pôle 3 et l'association Silène entretient divers partenariats – dont par exemple une relation avec une association quimpéroise qui propose des formations en informatique dans un centre social local, accessibles aux patients de l'EPSM. Au jour du contrôle, un partenariat la lie à une portraitiste et la mairie de Quimper, qui doit aboutir à l'exposition dans la ville de portraits de patients de l'établissement.

L'association Silène est par ailleurs proche du groupe d'entraide mutuelle (GEM) L'Envol et adhère à la fédération Santé Mentale France. A ce titre, elle participe à l'organisation de rencontres locales ou organise des séjours avec des patients dans les villes hôtes de ces



rencontres. Un voyage de cinq jours a ainsi été organisé à Lyon (Rhône) au mois de novembre 2019.

Le financement de l'association résulte de donations et de legs, de familles ou des associations qu'elle a absorbées ; aucune subvention ne lui est versée par l'EPSM<sup>5</sup>. L'adhésion d'un montant de 5 euros est destinée à financer les activités proposées, qu'elles soient fixes (parution du *Sil'Info* par exemple) ou plus ponctuelles (achat de casques pour une sortie à vélo par exemple). L'association finance par ailleurs la Maison communautaire qui est gérée par le CMP du pôle 3 : il s'agit d'une maison de ville de trois chambres avec le projet de logements associatifs mis à disposition (par un système de baux glissants) de patients de l'EPSM revenus à l'autonomie mais auprès desquels un infirmier du CMP est susceptible d'intervenir en cas de besoin à titre de renfort ; un dîner est par ailleurs organisé en commun chaque semaine pour étayage.

Selon les documents communiqués, la file active des Ateliers thérapeutiques a officiellement atteint quatre-vingt-sept patients en 2019 (de trente-trois à cinquante et une personnes par mois ; ce total est en baisse de dix patients sur un an) dont certains étaient astreints à des soins sans consentement : parmi les 1 339 jours réalisés aux ateliers, 76 l'ont été au titre de soins à la demande d'un tiers et 23 au titre de soins sur décision du représentant de l'Etat. S'agissant de l'association Silène, une file active de 85 patients est relevée pour l'année 2019 (pour 100 personnes en 2018). L'activité de la cafétéria est quant à elle évaluée à une soixantaine de clients par jour<sup>6</sup>.

Ainsi qu'il a été dit précédemment, les activités proposées au sein des unités de la Clinique 10, en particulier en dehors du pôle 3, sont en nombre jugé insuffisant par les patients rencontrés ; or, cette situation n'est pas palliée par les Ateliers thérapeutiques qui bénéficient majoritairement aux patients du pôle 3, et qui supposent de sortir des unités de soins. Les patients rencontrés dans la cafétéria, notamment au détour des événements et activités qui y ont été organisés durant la visite, font eux aussi le constat de l'insuffisance des activités proposées en unités et soulignent : « *On voudrait faire le lien mais on n'a pas le droit d'entrer dans les unités.* » Cette situation fait écho tant aux différentes « philosophies du soin » prévalant dans chacun des pôles de l'établissement qu'à la problématique touchant à la liberté d'aller et de venir des patients. En tout état de cause, ceux-ci gagneraient, quel que soit leur secteur de rattachement et, par suite, le pôle par lequel ils sont pris en charge, à pouvoir bénéficier d'une offre homogène et équitable d'activités et à être tous orientés vers l'offre foisonnante des Ateliers thérapeutiques.

---

<sup>5</sup> Dans ses observations du 14 août, la direction de l'EPSM précise que « *l'établissement met à disposition gracieusement les locaux, l'intervention des professionnels du pôle 3 dans le cadre des missions liées à la prise en charge des patients. Les demandes de subvention peuvent être formulées par l'association sur des projets précis (notamment dans le cadre de la participation aux actions des Semaines nationales d'Information sur la Santé Mentale).* »

<sup>6</sup> Sur la base de 115 à 132 transactions financières enregistrées quotidiennement entre mars et juillet 2019, et de 117 à 142 transactions quotidiennes entre août et décembre 2019 ; et partant du postulat qu'un même client est susceptible de faire deux transactions par jour.

**RECOMMANDATION 14**

Indépendamment du secteur dont ils relèvent et, par suite, du pôle dans lequel ils sont pris en charge, les patients de l'établissement doivent se voir proposer de manière équitable une offre fournie d'activités thérapeutiques et de réhabilitation psychosociale, notamment en étant effectivement mis en mesure d'accéder à l'offre foisonnante des Ateliers thérapeutiques.

**7.3 EN DEPIT D'UN NOMBRE INSUFFISANT DE MEDECINS GENERALISTES, LA PRISE EN CHARGE SOMATIQUE EST ASSUREE****7.3.1 La prise en charge somatique**

L'équipe de soins somatiques est composée de deux médecins généralistes pour 1,8 ETP alors qu'en théorie, il est prévu 3,6 ETP. Deux postes de praticiens hospitaliers sont actuellement vacants. Un médecin, en congés de maternité depuis octobre 2019, ne reprend son poste qu'en juin 2020. Le second est parti en retraite et n'a pas été remplacé. Un interne de médecine générale va rejoindre l'équipe en mai 2020. Les médecins ne sont rattachés à aucun pôle. Un projet de création d'une unité fonctionnelle de médecine somatique a été élaboré et soumis à la direction pour validation. La constitution de cette entité, qui serait alors reconnue par les pairs, permettrait, d'une part, d'associer pleinement les médecins généralistes aux différentes instances institutionnelles et, d'autre part, d'avoir une meilleure lisibilité sur le volume de l'activité qui, à ce jour, n'est pas chiffrée. Aucun bilan de l'activité somatique ne figure dans le rapport d'activité de l'établissement.

En dépit des deux postes vacants, les médecins généralistes offrent une prise en charge à l'ensemble des patients hospitalisés y compris ceux de pédopsychiatrie. Les praticiens hospitaliers consultent dans les services. Le projet de création d'une unité fonctionnelle prévoit l'implantation d'un cabinet médical, doté du matériel médical complet, au rez-de-chaussée de la clinique 10 qui regroupe les six unités d'admission. Ce dispositif permettrait aux patients, autorisés à sortir de leur unité d'hospitalisation, de se rendre de façon autonome chez le médecin et d'être ainsi acteurs de leur prise en charge.

Les deux praticiens hospitaliers examinent toutes les personnes entrantes qui ne sont pas passées par le service des urgences ou qui n'ont pas bénéficié d'un examen clinique et d'un bilan complet. Selon les propos de nombreux professionnels de santé, la qualité de l'examen clinique réalisé au SAU du CHIC dépend du médecin urgentiste en charge du patient. Ainsi, le patient peut être vu rapidement sans être réellement examiné. En revanche, il a été précisé que les patients transitant par le service des urgences de Douarnenez bénéficiaient de façon systématique d'un examen clinique et d'un bilan sanguin complet.

Outre l'examen clinique, les médecins généralistes prescrivent un bilan biologique d'admission complet, un électrocardiogramme (ECG) et proposent, le cas échéant, des tests de dépistage des infections sexuellement transmissibles pour les personnes présentant des comportements à risque. Les patients qui le nécessitent peuvent être adressés en consultation d'addictologie.

Une évaluation de la douleur est également réalisée. Au cours de cette première consultation, les médecins recherchent notamment chez les personnes vulnérables si ces dernières ont été victimes d'actes de violence. Concernant la prise en charge gynécologique, les praticiens hospitaliers ont depuis peu à leur disposition une table d'examen gynécologique (installée dans

l'unité de réhabilitation sociale) leur permettant d'effectuer un frottis cervical de dépistage et la pose d'implants contraceptifs pour les patientes qui en font la demande.

Les patients bénéficient d'un suivi régulier au cours de leur hospitalisation et ils sont vus dès qu'ils en expriment le besoin. Les deux praticiens hospitaliers se sont réparti les unités de la clinique 10 afin d'assurer un passage quotidien dans chaque unité. Concernant les autres services, les passages sont réalisés à raison de deux à trois fois par semaine. Il n'est pas assuré d'examen somatique systématique des patients placés à l'isolement (voir *infra*, § 8.3).

Si les patients bénéficient, ainsi, d'un suivi régulier en dépit des vacances des postes, les médecins généralistes ne sont toutefois plus en mesure de participer aux réunions se tenant dans les services ni de s'investir dans des groupes de travail portant sur des thématiques transversales. Par ailleurs, dès lors que l'un d'entre eux est en congés, le second est seul à exercer au sein de l'établissement. Cette situation, qui fragilise les praticiens hospitaliers, ne peut perdurer.

### RECOMMANDATION 15

Il convient de pourvoir dans les meilleurs délais les deux postes vacants de médecins généralistes, la situation actuelle ne pouvant perdurer.

Dans ses observations du 14 août 2020, la direction de l'établissement précise qu'une « demande d'agrément pour l'accueil d'un interne en médecine générale a été déposée à l'UFR de Brest. Si un accord est donné par l'UFR, le premier interne pourra être accueilli en novembre 2020. Tous les médecins de l'établissement, généralistes inclus sont actuellement rattachés à un pôle. En septembre 2020, suite aux avis favorables émis par les instances de juin 2020, avec la mise en place de l'unité fonctionnelle de médecine polyvalente, unité de médecine polyvalente à l'organisation renforcée, les médecins généralistes seront tous les 3 rattachés au même pôle, le pôle 1 ; le dispositif étant complété par l'intervention d'une infirmière. » Un projet de note de service portant réorganisation des soins somatiques sur l'EPSM, par la mise en œuvre d'une unité fonctionnelle de médecin polyvalente (UFMP), est joint à ces observations.

En dehors des heures de présence des deux praticiens hospitaliers, la permanence des soins est assurée la nuit, les week-ends et les jours fériés par les médecins généralistes, les gériatres, les médecins addictologues ainsi que les internes. Ainsi, concernant les mesures d'isolement et ou de contention, les médecins généralistes interviennent en première ligne et le psychiatre d'astreinte valide la décision par téléphone. Il a été précisé que ces derniers se déplaçaient rarement y compris en pédopsychiatrie. Cette pratique induit une confusion des genres et peut mettre à mal la relation de confiance que le généraliste a établie avec le patient qui ne comprend pas que la décision d'isolement émane du médecin généraliste et non du médecin psychiatre. Elle doit donc être revue (voir *infra*, § 8.3).

Dans ses observations, la direction de l'EPSM fait valoir que les médecins généralistes sont habilités à la prise en charge des urgences. Les états d'agitation, en psychiatrie comme dans les autres spécialités médicales, relèvent des situations d'urgence. A ce titre, tout praticien peut être amené à prendre des mesures en urgence. Il convient dans un second temps, de solliciter l'avis d'un psychiatre.

#### 7.3.2 Les consultations de spécialité et les hospitalisations

Concernant les consultations de spécialité, certaines interviennent *in situ*. Tel est le cas pour les consultations de cardiologie, de neurologie et de dermatologie. De même, un stomatologue se

déplace au sein de l'établissement. Ainsi, les patients qui nécessitent des soins dentaires sont vus dans la semaine. En outre, l'assistante dentaire a mis en place un atelier de sensibilisation sur l'hygiène dentaire.

Il convient également de souligner l'intervention d'un kinésithérapeute qui a initié un projet « sport et santé ». Les unités d'hospitalisation bénéficient chacune d'un créneau en semaine pour adresser leurs patients (voir *supra*, § 7.2) Cependant l'offre demeure encore insuffisante, la totalité des patients ne pouvant pas y avoir accès.

Les autres consultations de spécialité et les examens radiologiques se déroulent au CHIC. Les délais sont globalement raisonnables cependant il arrive que les praticiens hospitaliers se tournent vers d'autres établissements si les délais d'attente sont incompatibles avec l'état clinique du patient. Les hospitalisations se déroulent également au CHIC. L'équipe de liaison intervenant au SAU vient évaluer le patient hospitalisé et fait le lien avec les équipes de soins somatiques du service concerné.

## 8. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

### 8.1 L'ISOLEMENT EST OPERE EN CHAMBRE SPECIFIQUE ET EN CHAMBRE STANDARD

#### 8.1.1 Les chambres d'isolement

L'établissement compte quatre chambres d'isolement : une dans chaque pôle d'admission des adultes et une pour les adolescents (voir *infra*, § 9.1).

Les trois chambres d'isolement implantées dans les unités d'admission des patients adultes sont de conception architecturale identique. Elles sont de petite dimension, leur surface est d'environ 16 m<sup>2</sup>, salle d'eau comprise.

Toutes sont pourvues d'un sas, de deux accès, d'un lit fixé au sol, constituant l'unique meuble et positionné de manière à pouvoir circuler autour. Dans deux des chambres, la tête et le pied de lit sont relevables ; dans la troisième, seule la hauteur de la tête de lit est modifiable. Le chauffage est assuré par le sol et un dispositif de climatisation est activé en tant que de besoin. La salle d'eau comporte une douche, un WC et un lavabo.

L'une des chambres est sombre en raison de la fermeture permanente d'un côté du store, probablement cassé. En revanche, dans une autre la fenêtre laisse voir distinctement les soignants de l'unité située en face, impliquant la réciprocité.



*Chambre d'isolement « avec vue »*



*Chambre d'isolement occupée*

Les patients ne disposent pas de bouton d'appel, de la possibilité d'allumer ou éteindre la lumière et d'ouvrir les stores ; tous les interrupteurs sont concentrés dans le sas.

Il leur est pareillement impossible d'entrouvrir la fenêtre ; une trappe d'aération au niveau du sol est utilisée pour faire entrer l'air. Une horloge à affichage digital précise l'heure et la date mais n'est pas lumineuse la nuit.



*Horloge digitale*



*Trappe d'aération*

Il n'y a pas de table, ni de chaise ou d'un autre moyen de s'asseoir à côté du patient.

Les conditions dans lesquelles les patients prennent leurs repas sont peu respectueuses de leur dignité : sans table ni chaise, ils mangent au mieux sur une desserte médicale glissée sur leur lit en présence de deux soignants. Ils ne disposent que d'une cuillère en plastique pour tout couvert. Un patient en chambre d'isolement a révélé manger directement sur son lit, tandis qu'un autre sorti de chambre d'isolement et ayant été contenu a déclaré qu'il a été « nourri comme un bébé ».

*Dans ses observations du 14 août 2020, la direction de l'EPSM précise que « la présence de deux soignants [pour la prise des repas] n'est pas systématique. Cela dépend de l'évaluation médicale et fait l'objet de ce qui est précisé par écrit lors de toute mesure d'isolement par le psychiatre qui la décide ou la renouvelle. »*

#### **RECOMMANDATION 16**

Les chambres d'isolement doivent être dotées d'un dispositif d'appel et les patients qui y sont enfermés doivent y bénéficier d'un repère spatio-temporel visible constamment, d'aménagements leur permettant de se nourrir dignement et d'un accès à l'air libre.

*Dans ses observations, la direction fait valoir que « les chambres d'isolement ayant été équipées à l'origine d'appels-malade, une ré-installation de ce type d'équipement est envisageable d'un point de vue technique. Le remplacement des horloges par des équipements rétro-éclairés ne présente pas de difficulté. En revanche, la mise en place de mobilier supplémentaire dans les chambres d'isolement pose des questions techniques liées au système de chauffage par le sol et la présence de mobilier peut s'avérer problématique en termes de sécurité tant pour le personnel (difficulté à se mouvoir en cas d'épisode agressif) que les patients (risque d'auto-agressivité en utilisant les meubles présents). Il convient enfin de souligner que les chambres d'isolement sont situées dans des zones où un accès à une terrasse est possible pour permettre aux patients d'accéder à l'air libre. »*

En outre, deux chambres sur trois sont équipées d'un dispositif de vidéosurveillance par le biais d'une caméra installée au plafond de la chambre dont l'utilisation est systématique et continue dès qu'un patient y est enfermé.

Ces caméras auraient été implantées à la demande des chefs de pôle et, selon les informations recueillies par les contrôleurs auprès de l'un deux, sur pression des équipes et après un vote.

Les images sont reportées dans le bureau infirmier à la vue de tous les médecins, soignants et membres du personnel paramédical qui y transitent. Les équipes assurent avoir évité un suicide grâce à cet outil et n'en voient pas le caractère attentatoire à l'intimité du patient. Pourtant, et au surplus, il est fréquent que les sanitaires soient fermés et qu'un urinal et un bassin soient utilisés sous l'œil de la caméra. Ces mesures de sécurité et de surveillance ne respectent ni la dignité ni l'intimité des patients.

Dans ses observations, la direction de l'établissement fait valoir que « *Le terme "fréquent" [relatif à la fermeture des sanitaires] est discutable. L'évaluation réalisée au niveau des unités concernées amène à envisager que l'ouverture des sanitaires est majoritaire sur le nombre de journées d'isolement réalisées.* »



Caméra



Images reportées au bureau infirmier

### RECOMMANDATION 17

Les dispositifs de vidéosurveillance dont sont équipées plusieurs chambres d'isolement portent atteinte à l'intimité et à la dignité des patients enfermés dans ces espaces et doivent de ce fait être déposés sans délai.

#### 8.1.2 Les conditions de vie

Les patients avec lesquels les contrôleurs se sont entretenus, soit au cours d'un isolement séquentiel, soit après une période d'isolement, évoquent tous l'ennui de la situation : « *ne rien*

*faire, que penser et dormir* ». Ils déplorent l'impossibilité de sorties à l'air libre hormis sur la terrasse pour fumer lors de périodes d'isolement séquentiel. En dehors de ces périodes, des substituts nicotiniques, sous forme de patchs, peuvent être proposés.

Il n'est proposé ni poste de radio, ni journaux, ni livres. Les visites et les communications ne sont pas autorisées ; il a été indiqué aux contrôleurs que lorsque la mesure se prolonge au-delà de quelques jours, notamment dans l'attente d'une place en unité pour malades difficiles (UMD), si l'état clinique du patient le permet et s'il en est d'accord, une visite peut être autorisée.

La chambre d'hospitalisation du patient est en théorie conservée lors du placement de celui-ci en chambre d'isolement, cependant il arrive que sa chambre soit attribuée à un autre patient en attente de place (voir *supra*, § 2.4). En outre, des entrées directes s'effectuent en chambre d'isolement.

Au moment du contrôle, les trois chambres d'isolement étaient occupées, puis l'une s'est libérée durant la semaine. Les contrôleurs ont rencontré deux des trois patients concernés. L'un était en chambre d'isolement (isolement séquentiel) dans son unité d'origine lors de l'entretien, le deuxième patient est sorti de la chambre d'isolement pendant la visite, il avait été mis en isolement dès son admission sur décision des médecins urgentistes et la mesure avait été renouvelée à son arrivée dans l'établissement. La troisième personne était en chambre d'isolement hors de son unité, son état clinique n'a pas permis de la rencontrer. Les deux premiers n'ont pas été contenus, la troisième l'avait été au moment de la visite.

Le matériel de contention utilisé comprend deux sangles poignets, deux sangles chevilles, une sangle ventrale avec maintien, dix-sept fermetures et deux clés magnétiques pour l'ouverture (voir *infra*). La contention est toujours pratiquée sur ces « *cinq points* ».

## 8.2 L'ISOLEMENT EN CHAMBRE ORDINAIRE EST FREQUENT

Selon les propos rapportés aux contrôleurs, l'insuffisance des trois chambres d'isolement aménagées dans la Clinique 10 pour l'ensemble des six unités d'hospitalisation des patients adultes aurait pour conséquence de les rendre occupées en quasi-permanence et imposerait d'utiliser les chambres ordinaires des patients pour procéder à l'isolement de ceux d'entre eux qui le nécessiteraient. Ce type d'isolement en espace non dédié serait également pratiqué pour éviter des transferts d'unités au regard de leurs conséquences dans le parcours de soins des patients notamment en raison des changements de médecins et d'équipe soignante qu'ils induisent. Enfin, l'isolement en chambre ordinaire serait pratiqué en sortie de chambre d'isolement pour constituer un sas avant le retour à une prise en charge normale.

Ainsi, la mise en isolement en chambre ordinaire est fréquente y compris, dans l'une des unités disposant d'une chambre spécifique.

Dans un tel cas, le mobilier de la chambre est retiré, à l'exception du lit, et l'accès aux sanitaires est condamné : un urinal et un bassin sont fournis, équipements qui ne sont pas accessibles de manière autonome aux patients lorsqu'ils sont attachés. Une bouteille d'eau est mise à disposition du patient.

*Dans ses observations du 14 août 2020, la direction de l'établissement fait valoir que « les éléments décrits ne correspondent pas à une pratique systématique. Selon l'évaluation clinique, différentes mesures peuvent être prises comme le retrait du mobilier ou la fermeture des sanitaires. Il ne s'agit en aucun d'une démarche systématique. Il arrive en effet régulièrement qu'un patient isolé en chambre ordinaire puisse bénéficier de son mobilier et de l'accès à ses*



*sanitaires, notamment quand le but recherché correspond à une diminution des stimuli, but qui ne nécessite pas le retrait du mobilier ou la fermeture des sanitaires. » Le CGLPL prend acte de ces précisions, qui ne correspondent cependant aux témoignages recueillis par les contrôleurs.*

Dans l'unité recevant essentiellement des patients en soins libres, l'utilisation de la chambre du patient aux fins d'isolement est rare.

Comme en chambre d'isolement, les visites et les communications ne sont pas autorisées. La famille est seule informée de la mesure. La surveillance infirmière a lieu toutes les heures voire toutes les demi-heures. Les patients ne font pas l'objet d'un débriefing formel pour recueillir leur ressenti à l'issue de leur mesure.

### RECOMMANDATION 18

Bien que régulièrement tracés, l'isolement et la contention en espace non dédié doivent être proscrits.

Pour prévenir toute situation d'urgence, notamment les incendies, la liste des patients admis en chambre d'isolement ou isolés en chambre ordinaire est transmise quotidiennement au standard et à l'UAR dont les agents sont chargés, dans cette éventualité, d'en aviser les pompiers.

### 8.3 L'ETABLISSEMENT AFFICHE L'AMBITION D'UNE POLITIQUE DE MOINDRE RECOURS A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION SANS TOUTEFOIS DE FORMATION SUFFISANTE DES EQUIPES SOIGNANTES

*A priori*, le rapport entre le nombre de lits (117) et le nombre de chambres d'isolement (4) paraît être l'indication d'un moindre recours à l'isolement, cependant le taux d'occupation de ces chambres en module l'effectivité, d'autant qu'il est associé à un grand nombre d'isollements en chambre ordinaire. Du point de vue institutionnel, les procédures existent, qui s'appuient sur les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) et un registre d'isolement – dont le perfectionnement est encore en cours – a été mis en place par le biais du logiciel Cariatides®.

#### 8.3.1 Les modalités de décision et de surveillance

##### a) Les décisions de placement en chambre d'isolement

Les décisions de placement en chambre d'isolement sont théoriquement prises par le psychiatre référent du patient, à défaut par l'un des psychiatres présents dans l'unité. Le renouvellement de la mesure est effectué dans les 12 heures. Par la suite, lorsque les psychiatres sont présents dans l'établissement, ils se déplacent auprès des patients isolés toutes les 24 heures ; en leur absence les internes assurent les visites. Dans les unités d'admission, il n'a pas été fait état de prescriptions « si besoin » de mesures d'isolement et de contention, ni en chambre spécifique ni en chambre ordinaire.

La nuit et les après-midis du week-end, les décisions de placement ou de renouvellement en chambre d'isolement se font par concertation téléphonique entre le médecin généraliste ou l'interne de garde et le psychiatre d'astreinte. Ainsi, lorsque le personnel infirmier est amené à solliciter une mesure d'isolement, le praticien d'astreinte est appelé par l'interne de garde ou le généraliste. Il ne vient pas systématiquement pour valider la décision prise.

### RECOMMANDATION 19

Toute décision de placement en isolement ou de prolongation d'un tel placement doit émaner ou être rapidement validée par un psychiatre après examen du patient.

En outre, les personnes placées en chambre d'isolement ne bénéficient pas systématiquement d'un examen somatique par un médecin généraliste, sauf sur demande expresse du psychiatre.

### RECOMMANDATION 20

Les patients placés en chambre d'isolement doivent systématiquement bénéficier d'un examen somatique.

Dans ses observations du 14 août 2020, la direction fait valoir que « *la loi impose qu'une évaluation médicale soit assurée quotidiennement pour tout patient en chambre d'isolement. Au sein des unités concernées, cela est donc effectué par le psychiatre (qui est tout à fait compétent et habilité à rechercher d'éventuelles complications liées à cet isolement). En revanche, les praticiens somaticiens de l'établissement examinent systématiquement les patients (isolés ou non) dans les 24h dès lors qu'aucune trace d'un examen somatique préalable à leur admission n'apparaît dans le dossier médical. Ces praticiens interviennent également par la suite sans délai sur sollicitation de l'équipe soignante ou du patient concerné par une mesure d'isolement.* »

La mise en isolement des patients en soins libres a été constatée tant en chambre spécifique qu'en chambre normale. Pourtant, la circulaire n° 48 DGS/SP3 du 19 juillet 1993 portant rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux spécifie que les patients admis en soins libres ne peuvent, en aucun cas, être installés dans des services fermés à clé, ni *a fortiori*, dans des chambres fermées. Force est de constater que des patients admis en soins libres sont hébergés dans des unités fermées et sont parfois isolés et même contenus. Leur changement de statut intervient généralement si la période d'isolement est supérieure à 12 heures à l'exception de quelques situations que le registre fait apparaître.

Enfin, dans le cas où les chambres d'isolement sont déjà occupées, les psychiatres privilégient les patients nécessitant des mesures de contention et déplacent les patients qui n'en nécessitent pas en chambre standard.

#### *b) La surveillance des personnes en chambre d'isolement ou isolées en chambre standard*

Les fiches de surveillance du personnel soignant sont formatées pour être renseignées toutes les heures. Toutefois, le rythme de passage est prescrit par le médecin et peut être rapproché ou différé. Selon l'état clinique du patient, l'écart maximum pourrait être de deux heures. Dans le cadre de la prévention du suicide, tout patient placé en chambre fermée est systématiquement mis en pyjama de l'hôpital ; il a été indiqué aux contrôleurs qu'il n'y aurait pas de mise à nu de patients.

Enfin, comme indiqué *supra*, deux chambres d'isolement sur trois sont équipées d'un dispositif de vidéosurveillance par le biais d'une caméra installée au plafond de la chambre. Ces mesures de surveillance ne respectent ni la dignité ni l'intimité des personnes. Il est rappelé dans le compte-rendu du groupe d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) « isolement et contention » du 14 mai 2018 que le CGLPL « *est plutôt réticent à de telles pratiques car il ne*

*souhaite pas que l'utilisation de la vidéo dédouane le passage des IDE pour surveillance, mais aussi par rapport au respect de l'intimité de chacun ». Toutefois, il est noté à la suite que « la surveillance vidéo a été demandée par les équipes car c'est un outil de surveillance précieux qui permet de diminuer les risques de conduites suicidaires ».*

Les soignants, que ce dispositif rassure, effectuent cependant des visites auprès des patients isolés selon les prescriptions médicales.

### 8.3.2 La contention

Les comptes-rendus des EPP isolement et contention renseignent peu sur les protocoles et consignes d'utilisation de la contention. Le matériel y est surtout abordé. En février 2019, néanmoins, il est indiqué que des entraînements pour l'utilisation de la contention sont exercés dans certaines unités.

La surveillance clinique des patients soumis à la contention en chambre d'isolement ou en chambre standard est prescrite toutes les heures, voire toutes les 30 minutes, et renouvelée au besoin après 6 heures. Le matériel de contention est constitué de sangles en tissu blanc, munies d'écrous aimantés dites sangles de contention cinq points permettant d'attacher les poignets, les chevilles et la ceinture abdominale.

### 8.3.3 Une réflexion en cours sur l'isolement et la contention

L'établissement a mis en place des procédures et des instances de réflexion pour tenter de réduire le nombre de mesures d'isolement et de contention. La réflexion médico-soignante portant sur les droits des patients ainsi que l'isolement et la contention est particulièrement active.

Ainsi, en amont des différentes lois et de la parution des exigences de production d'un suivi institutionnel des mesures de contention et d'isolement, l'établissement a mis en place, depuis 2007, une EPP sur la thématique de l'isolement. L'origine de la démarche était de répondre à la diversité des pratiques médicales quant à l'utilisation des chambres d'isolement.

Le comité de pilotage « droits des patients » institué ultérieurement s'est emparé du sujet ainsi que l'avait fait le comité d'éthique l'année précédente.

Enfin, en lien avec le président de la CME, la direction de la qualité a souhaité mettre en place une démarche d'évaluation des pratiques liées à l'isolement et à la contention ; cette démarche a été réalisée avec l'appui du comité de pilotage « droits des patients » et de l'EPP « isolement et contention ». Les outils d'évaluation ont été élaborés avec le groupe régional « Démarche qualité gestion des risques en psychiatrie » du collectif de Coopération pour l'amélioration des pratiques professionnelles en santé (CAPPs) de Bretagne auquel participe la direction qualité de l'EPSM de Quimper.

Gérés par la commission de gestion des risques associés aux soins (COGERAS), qui appartient à la direction de la qualité), trois outils d'évaluation ont été mis en œuvre : l'évaluation de la conformité des chambres d'isolement ; l'évaluation de la traçabilité dans le dossier patient, *via* le tirage au sort de cinquante dossiers ; l'enquête auprès des professionnels, *via* un questionnaire. L'enquête a été réalisée d'octobre à décembre 2019, l'objectif étant, après analyse de celle-ci, de mettre en place un plan d'actions.

En janvier 2020, lors de la visite des contrôleurs, l'analyse des résultats était en cours. Ils seront communiqués aux instances et aux établissements psychiatriques bretons en vue de la mise en place d'un plan d'actions communes.

Un rapport annuel présenté à la CME rend compte de l'ensemble des travaux et décline, outre les statistiques sur l'année écoulée, les avancées des différentes instances réunies autour de ce thème. Ce travail s'inscrit dans la politique de l'établissement sur les droits du patient.

### RECOMMANDATION 21

Une réflexion institutionnelle portant sur les pratiques relatives à l'isolement et à la contention doit encore s'approfondir afin d'identifier d'autres alternatives à ces mesures et de concrétiser le projet d'aménagement de chambres d'apaisement. Elle doit associer l'ensemble des soignants.

Dans ses observations du 14 août 2020, la direction de l'EPSM mentionne : « *recommandation en cours de mise en œuvre : liens réalisés entre pôle 5 et CAPPs en vue d'organiser des formations sur les techniques de désescalade.* » Le CGLPL prend acte de cette information, qui ne répond cependant que partiellement à sa recommandation.

#### 8.3.4 Des formations à renforcer

S'il est prôné que l'isolement, et *a fortiori* la contention, sont des mesures de dernier recours, certains soignants disent être démunis face à des patients très agités ou agressifs, craignant leur auto- ou hétéro-agressivité, ce qui les conduit à abonder dans le sens des isolements sous vidéosurveillance et de les assortir éventuellement de contention.

Le manque de formation spécifique en psychiatrie pour les plus jeunes d'entre eux a été avancé par les cadres comme étant la source de ces appréhensions. Pourtant des formations portant sur la prévention de la violence sont dispensées tant à l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI) qu'au sein de l'établissement ; elles restent cependant facultatives telle que la formation OMEGA. Cette formation vise à développer des aptitudes adopter les modes d'intervention les plus adaptés en situation d'agressivité. Une formation spécifique sur l'admission en chambre d'isolement serait envisagée dans le courant de 2020 lors d'ateliers de simulation.

### RECO PRISE EN COMPTE 3

L'établissement doit organiser des formations complémentaires d'adaptation à l'emploi et aux techniques de désescalade afin que tous les moyens appropriés alternatifs soient tentés avant d'avoir recours aux mesures d'isolement et de contention.

Dans ses observations, la direction précise que, « *depuis plusieurs années, l'établissement inscrit dans son plan de formation des formations à la prévention de la violence. Depuis 2019, en plus de la formation « prévention de la violence » une formation OMEGA est organisée, avec trois groupes par an. Cette formation aborde les techniques d'intervention en cas de crise et de passage à l'acte, mais avant toute chose insiste sur les techniques de désescalade. Elle a été rendue obligatoire en 2019 pour les nouveaux arrivants dans les deux premières années suivant l'arrivée (16 jours de formation obligatoire).* » Un courrier du 16 janvier 2020 adressé au CGLPL, dans le suivi de la visite des contrôleurs, relativement à la formation médicale et non médicale proposée aux agents de l'établissement est joint à ces observations. Il est enfin précisé que des « *formations nouvelles [sont] inscrites sur la période 2019 – 2020 : Simulation en santé : « Accompagnement d'un patient en chambre de soins intensifs » : Capacité de 192 places réparties sur 4 sessions : 1<sup>ère</sup> session : 32 agents formés pour 48 places (taux de participation :*

66%); 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> sessions reprogrammées en raison du contexte pandémique : 2<sup>ème</sup> session : 6 et 7 octobre 2020, 3<sup>ème</sup> session : 18 et 19 novembre 2020, 4<sup>ème</sup> session : 16 et 17 décembre 2020. »

#### 8.4 L'EXPLOITATION DU REGISTRE DE L'ISOLEMENT ET DE LA CONTENTION DEVOILE DES PRATIQUES EN CONTRADICTION AVEC LA VOLONTE AFFICHEE DE L'ETABLISSEMENT D'AVOIR UN MOINDRE RECOURS A CES MESURES

En raison de changements de logiciels, de pratiques et de différents biais au cours de l'année 2018, durant laquelle quatre modes de recueil différents issus du « *DPI Cariatides*<sup>7</sup> » ont été utilisés, les données communiquées ne sont pas exploitables.

Au moment de la visite des contrôleurs, les décisions de placement en isolement et de contention sont tracées sur le logiciel Cariatides®. Toutes les données exigées par la réglementation y figurent : unité de mise en chambre d'isolement, espace dédié ou non, nom du médecin ayant décidé de la mesure, date et heure du début, durée, renouvellement et fin de la décision, nom des personnes ayant effectué la surveillance de la mesure, mode légal de soins au moment de la mise en isolement, date de la modification du mode légal s'agissant des personnes en soins libres. La traçabilité d'une mise en contention est également effective tant en espace dédié qu'en chambre ordinaire.

Le département d'information médicale (DIM) de l'établissement effectue deux fois par semaine des requêtes de contrôle directement sur le registre : un contrôle de clôture des isolements ainsi qu'un contrôle des contentions sans isolement associé. Des alertes sont par ailleurs activées de manière à repérer les problèmes d'enregistrement, de renouvellement ou de clôture des mesures.

Toutefois, malgré les différents niveaux de réflexion indiqués *supra*, les données du registre ne font pas l'objet d'une analyse fine – tout comme les pratiques d'isolement et de contention ne font pas l'objet d'une réflexion au sein des équipes soignantes. *A cet égard, la direction de l'établissement précise dans ses observations du 14 août 2020 : « Si la structuration et la formalisation des réflexions gagneraient à être renforcées, il ne peut pas être indiqué que ces pratiques ne font pas l'objet d'une réflexion au sein des équipes soignantes. »*

Le registre ne constitue ainsi pas encore l'« *outil d'auto-observation* » et de réflexion évoqué dans l'établissement, permettant la comparaison avec les données de l'ensemble des unités.

##### 8.4.1 Les données chiffrées de l'année 2019

Les données chiffrées par unité pour 2019 n'ont été fournies par le DIM que de manière brute, sans l'analyse sollicitée qui, selon la réponse adressée au CGLPL postérieurement à la visite, « sera présentée aux instances en juin ». *La direction précise, dans ses observations du 14 août 2020, que « le rapport d'analyse qualitatif des données quantitatives d'isolement et de contention 2019 est rédigé et sera présenté aux instances d'octobre 2020 ».*

Les éléments statistiques présentés *infra* ne concernent que les seules unités sectorielles pour adultes. Ils révèlent une pratique de la contention plus généralisée que les différents groupes de travail et instances traitant du sujet ne le laissent supposer. S'agissant des mesures d'isolement pour les patients en soins libres, un contrôle a été effectué afin de vérifier que le statut de

<sup>7</sup> Le dossier patient informatisé de psychiatrie du logiciel Cariatides®.

l'hospitalisation a bien été transformée ; c'est le cas pour tous les patients concernés dès lors que la durée de leur isolement a dépassé douze heures.

Des erreurs d'enregistrement ont été commises dans le registre d'isolement : pour des patients isolés dans des unités qui ne disposent pas de chambre d'isolement, certaines mesures prises en chambre ordinaire ont été enregistrées dans la rubrique des « espaces dédiés ».

Néanmoins, selon les informations transmises :

- au sein de l'unité Armor – qui dispose d'une chambre d'isolement, sur une file active de 233 patients, on note 33 mesures d'isolement en chambre dédiée pour une durée moyenne par mesure de 9,53 jours dont 14 ont été pratiquées avec contention pour une durée moyenne de 1, 12 jour ; 20 mesures d'isolement en chambre standard pour une durée moyenne de 8,27 jours et sur lesquelles 3 ont été pratiquées avec contention pour une durée moyenne de 1 jour. Au total, ont été pratiquées 53 mesures d'isolement et 17 de contentions ;

- l'unité Argoat ne dispose pas de chambre d'isolement. Sur une file active de 259 patients, on observe 21 mesures d'isolement notées en chambre dédiée pour une durée moyenne de 2,03 jours dont 3 ont été pratiquées avec une contention ; 26 mesures d'isolement en chambre ordinaire pour une durée moyenne de 4,59 jours et sur lesquelles 6 ont été pratiquées avec contention. Au total, ont été pratiquées 47 mesures d'isolement et 9 de contention ;

- l'unité Héol est aménagée d'une chambre d'isolement. Sur une file active de 255 patients, on note 50 mesures d'isolement en chambre dédiée pour une durée moyenne de 3,56 jours dont 22 ont été pratiquées avec une contention ; 22 mesures d'isolement en chambre ordinaire pour une durée moyenne de 4,78 jours et sur lesquelles 9 ont été pratiquées avec contention. Au total, 72 mesures d'isolement et 31 contentions ont été pratiquées ;

- au sein de l'unité La Ramende – qui n'est pas équipée de chambre d'isolement – sur une file active de 302 patients, 6 mesures d'isolement notées en espace dédié apparaissent pour une durée moyenne de 0,71 jour dont 1 mesure avec contention ; 9 mesures d'isolement ont été initiées en chambre ordinaire pour une durée moyenne de 1,63 jour dont 3 avec mesure de contention. Au total, 15 mesures d'isolement et 4 de contention ont été pratiquées ;

- l'unité Huella, qui ne dispose pas de chambre d'isolement, accueille essentiellement des patients en soins libres. Sur une file active de 340 patients, on a noté 1 mesure d'isolement en chambre dédiée pour une durée de 6 heures avec contention associée ; 9 mesures d'isolement en chambre ordinaire pour une durée moyenne de 2,56 jours et sur lesquelles 6 ont été pratiquées avec contention. Au total ont été pratiquées 10 mesures d'isolement et 7 mesures de contention ;

- au sein de l'unité Izella qui est aménagée d'une chambre d'isolement, sur une file active de 224 patients 47 mesures d'isolement ont été recensées en espace dédié pour une durée moyenne de 5,77 jours et associées à 16 mesures de contention ; 41 mesures d'isolement ont été observées en chambre standard pour une durée moyenne de 6,74 jours dont 11 ont été pratiquées avec contention. Au total, 88 mesures d'isolement et 28 de contention ont donc été pratiquées.

La durée moyenne d'isolement au sein des unités Armor et Izella est amplifiée par un nombre de jours important que totalisent deux patients admis au titre de l'irresponsabilité pénale. *Dans ses observations du 14 août 2020 l'établissement précise que « la durée moyenne d'isolement à Izella a été majorée durant les années 2018 et 2019 par l'accueil d'un patient particulier venant d'un*

*autre établissement où il était contentonné 20h/24H en raison de comportements particulièrement destructeurs. Des aménagements ont été réalisés dans notre établissement où il n'a été contenu que quelques heures depuis son admission en septembre 2017. Ce patient a depuis été transféré à la Canopée. »*

En conclusion, un nombre important de mesures d'isolement sont pratiquées dans la chambre dédiée dont dispose chaque pôle mais également en chambre ordinaire : 285 mesures d'isolement ont été recensées en 2019. Par ailleurs, 96 mesures de contention y ont été associées. Seule l'unité Huella qui accueille essentiellement des patients en soins libres échappe pour cette raison à cette généralité. L'unité Izella, avec 88 mesures d'isolement et 28 mesures de contention, apparaît comme étant celle qui pratique le plus l'isolement et la contention associée. C'est aussi l'unité où la durée des mesures est la plus importante. *A cet égard, la direction fait valoir que « Cette comparaison paraît inadaptée car l'unité Izella est différente des autres unités sous-sectorisées. L'unité Izella accueille l'ensemble des patients en soins sans consentement du pôle 1 dans le cadre d'une complémentarité entre les 2 unités du pôle (Huella et Izella). »* Cependant, le CGLPL rappelle que le statut d'admission en soins contraints ne suppose en rien l'hospitalisation en unité fermée ou une pratique systématiquement plus fréquente et plus longue des mesures d'isolement.

Comme indiqué *supra*, il est difficile d'établir des comparaisons entre les années puisque les statistiques de 2018 ne sont pas fiables. Toutefois, à partir des données stabilisées en fin d'année 2018, il semble que le recours à l'isolement soit en recrudescence, l'augmentation étant évaluée à 15 % en 2019.

*La direction de l'EPSM fait encore valoir dans ses observations que « de manière générale, la comparaison en termes d'isolement et de contention entre les 3 pôles adultes est relative. En effet, les Pôles 2 et 3 (sous-sectorisés) accueillent de manière indifférenciée les patients en SPL et les SSC ; tandis qu'au Pôle 1, les SSC sont « tous » adressés sur Izella (unité fermée). Par ailleurs, l'unité Huella est le service qui accueille le plus d'entrées de la clinique 10 et un grand nombre de patients hors pôle 1, ainsi, sur les dix mesures d'isolement décrites à Huella, sept concernent des patients hors pôle 1 hospitalisés à Huella faute de places sur leur secteur de référence. »*

La rareté des statistiques nationales ne permet pas d'établir une comparaison, cependant, en 2015, il y aurait eu en France 28 100 patients hospitalisés à temps plein placés en isolement, soit 8,3 % de la totalité des patients<sup>8</sup>. D'après les renseignements obtenus, dans les unités sectorielles, pour une file active globale de 1 613 personnes en 2019, 176 patients auraient fait l'objet d'au moins une mesure d'isolement, soit 10,9 %.

## RECOMMANDATION 22

Les données du registre d'isolement et de contention doivent faire l'objet d'une analyse et d'une réflexion institutionnelle en vue de réduire le recours à ces mesures.

*Dans ses observations du 14 août 2020, la direction de l'établissement fait valoir que « le DIM, par le contrôle des fermetures des prescriptions d'isolement/contention, contribue à la fiabilité du fichier d'export RIMP, l'analyse et la réflexion institutionnelle en vue de réduire le recours à ces mesures s'effectuant au niveau de l'EPP isolement/contention. » S'il est pris acte de ces*

<sup>8</sup> JO Sénat du 14/11/2019 - page 5705 Question écrite n° 13095

informations, le CGLPL maintient sa recommandation en l'absence de communication, pourtant sollicitée par les contrôleurs, d'un quelconque rapport exposant l'analyse institutionnelle des données chiffrées d'isolement et de contention.

## 9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

### 9.1 LA PRISE EN CHARGE DE PEDOPSYCHIATRIE EST ATTENTIVE MAIS LE PLACEMENT D'ADOLESCENTS EN CHAMBRE D'ISOLEMENT POSE QUESTION

Sous l'autorité d'une cheffe de pôle, pédopsychiatre, et d'un cadre supérieur de santé, le pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent s'adresse aux mineurs de 16 ans qui présentent des troubles psychologiques et des pathologies psychiatriques en leur proposant des prises en charge variées. Sur le site hospitalier, deux unités d'hospitalisation complète accueillent l'une, des enfants de 3 à 12 ans, l'autre des adolescents de 12 à 16 ans. Les mineurs de 16 à 18 ans sont quant à eux dirigés vers les unités d'adultes ; ainsi, au moment du contrôle, trois mineurs de 17 ans étaient répartis entre les unités Huella, Armor et Argoat.

#### 9.1.1 L'hospitalisation des mineurs de moins de douze ans

Réservée à des enfants dont la pathologie psychique impacte péjorativement la famille et la scolarité, l'hospitalisation d'enfants de moins de 12 ans est toujours programmée et s'inscrit dans un parcours de soins n'ayant pas trouvé de résolution en soins extra hospitaliers.

L'unité d'hospitalisation dispose de six lits dont deux peuvent être utilisés pour des hospitalisations séquentielles ; s'y ajoute une chambre réservée à l'hospitalisation de jour. L'effectif maximum des enfants hospitalisés est, le week-end, réduit à quatre afin tant de favoriser le maintien du lien familial que de gérer l'effectif des soignants.

Au moment du contrôle, deux jeunes enfants étaient pris en charge en hospitalisation séquentielle et deux autres en hospitalisation complète ; l'équipe pluridisciplinaire de l'unité était composée de trois psychiatres praticiens hospitaliers (pour 0,75 ETP), d'un médecin généraliste (0,20 ETP), de onze infirmiers (pour 10,20 ETP) dirigés par un cadre de santé, de trois éducateurs spécialisés (pour 2,70 ETP), de trois aides-soignants à temps plein, d'un psychologue et d'un ergothérapeute à temps très partiel. A cette équipe s'ajoutaient quatre agents des services hospitaliers.

L'unité est fermée ; les chambres individuelles, d'environ 12 m<sup>2</sup>, sont claires et agréablement meublées, avec un verrou de confort mais pas de bouton d'appel. Toutes bénéficient de sanitaires avec douches à l'italienne. Les salles d'activités sont nombreuses et équipées de jeux adaptés à l'âge des enfants.

Lors de l'hospitalisation, un projet thérapeutique personnalisé est mis en place qui tient compte des soins précédemment proposés, de la scolarité et de l'histoire familiale. Pendant la journée, le jeune patient est astreint à « *des temps en chambre* » dont la durée est déterminée par le médecin de l'unité ; pour le reste, l'enfant est pris en charge dans le cadre d'activités de groupe quand il n'est pas en entretien individuel avec le médecin ou les soignants.

La préparation à la sortie est très vite envisagée avec recherche d'un contact médical extérieur.

Un infirmier référent veille à la mise en œuvre du projet ; interlocuteur privilégié des familles et des divers partenaires, il est garant de l'histoire de l'enfant et assure la continuité des soins lors

de la sortie. Cependant ce référent n'est en aucun cas le soignant exclusif de l'enfant.



Jusqu'en 2019, l'unité disposait d'une chambre d'isolement. La volonté très affirmée de la cheffe de pôle, confortée par les recommandations de la Contrôleure générale des lieux de liberté, a permis – après travail et réflexion de l'équipe – la fermeture de cette chambre et la création d'un espace d'apaisement qui est fonctionnel depuis le mois de mars 2019.

Cet espace, spécialement aménagé, est destiné à permettre aux enfants qui présentent des signes avant-coureurs de perte de contrôle pouvant provoquer des comportements violents, de s'isoler pour retrouver le calme. L'utilisation de ce lieu est protocolisée ; le jeune patient n'y accède qu'accompagné d'un soignant ; l'espace est ouvert et l'enfant accepte volontairement de « s'y réfugier ».



*Espace d'apaisement de l'unité des mineurs de moins de 12 ans*

Les temps d'utilisation de cette pièce sont tracés sur un registre spécialement ouvert. Ainsi, au troisième trimestre 2019, quinze enfants y ont séjourné pour une durée jamais supérieure à trente minutes.

Selon les échanges avec les médecins et les soignants, l'espace d'apaisement est unanimement considéré comme un moyen adéquat de prévention des éventuelles périodes d'agitation et l'utilisation d'une chambre d'isolement est désormais inenvisageable.

## BONNE PRATIQUE 2

Au sein de l'unité d'hospitalisation des mineurs de moins de 12 ans, le remplacement de l'ancienne chambre d'isolement par un espace d'apaisement adapté permet de mieux prévenir les éventuelles périodes d'agitation sans enfermer les enfants dans des espaces inconfortables et non sécurisants.

### 9.1.2 L'hospitalisation des mineurs de 12 à 16 ans

L'unité réservée à l'hospitalisation des mineurs de 12 à 16 ans comprend sept chambres individuelles avec sanitaires, une salle à manger collective, deux bureaux d'entretien, une salle d'examen médical, une salle de sport, une salle de relaxation, une grande et belle pièce avec téléviseur et jeux. Ces locaux sont en excellent état de maintenance et d'équipement. Les espaces collectifs sont suffisants et appropriés pour organiser des activités, allant de la scolarité (avec accès à l'informatique) à l'expression corporelle et incluant notamment arts plastiques et cuisine.

Sept jeunes peuvent y être accueillis ; ils étaient six au moment du contrôle. L'unité compte en outre une place d'hôpital de jour et une chambre d'isolement, configurée à l'identique qu'en

unité adultes : un lit fixé au sol, dont le matelas est ignifugé, est le seul mobilier de cette pièce qui ne dispose ni de table, ni de chaise mais qui est dotée d'une caméra de vidéosurveillance – dispositif que l'établissement devrait proscrire (voir *supra*, § 8.1.1).

Deux médecins psychiatres (pour 0,65 ETP), un médecin généraliste (pour 0,20 ETP) et parfois un interne sont affectés à cette unité tandis qu'une équipe pluridisciplinaire d'infirmiers (treize pour 12,86 ETP) et d'éducateurs spécialisés (1,80 ETP), un psychologue (pour 0,24 ETP) et un ergothérapeute à temps très partiel accompagnent les jeunes tout au long de leur séjour.

Un cadre infirmier anime l'équipe et participe à l'élaboration du projet de soins avec l'ensemble des professionnels.

Si nécessaire, un psychologue intervient au cas par cas pour proposer un acte ou une évaluation individualisée.

L'unité est fermée ; le livret d'accueil et le règlement de l'unité sont remis à chaque jeune après explications lors de la préadmission. En effet, les admissions programmées sont largement privilégiées et un temps de rencontre préalable dit « *entretien d'admission* » est proposé pour présenter la structure, son fonctionnement et ses règles au jeune patient et à sa famille.

Les entrées en urgence sont exceptionnelles et ne s'imposent qu'en cas d'ordonnance de placement provisoire du juge des enfants. Une telle hypothèse ne s'est pas présentée au cours des trois dernières années, pas plus que des admissions sur décision du représentant de l'Etat.

Des objectifs individualisés sont définis dès l'admission et réévalués tout au cours du séjour, toujours en concertation avec la famille ou l'entourage, étant précisé qu'un projet vers l'extérieur est très vite envisagé après l'admission, dès que la « crise » l'ayant justifiée est apaisée.

Les contrôleurs ont constaté, au cours de leurs échanges avec les soignants et les jeunes hospitalisés au moment de leur visite, que l'écoute, la parole et la bienveillance étaient au centre du dispositif de soins.

La journée est rythmée par des moments de vie collective, des temps de repos individuels, des temps d'activités et des visites. Les entretiens médicaux sont réguliers (au minimum hebdomadaires) et se tiennent en présence d'un soignant. Des sorties progressives sont généralement très vite organisées pour restaurer des liens avec l'extérieur et réinvestir la scolarité et la famille.

Les cinq jeunes patients rencontrés, qui ont fait état de bonnes relations avec « *presque tous les soignants* » et ont unanimement qualifié leurs conditions d'hospitalisation de satisfaisantes.

Les membres de l'équipe pluridisciplinaire présents au moment du contrôle sont apparus fortement investis. Questionnés sur l'usage, sinon fréquent, en tous cas habituel, de la chambre d'isolement de l'unité (vingt-cinq décisions au cours des trois derniers mois concernant cinq adolescents), les médecins ont dit pratiquer ces mesures en dernier recours. Le projet médical de l'unité précise que la chambre d'isolement doit être utilisée, sur prescription médicale, pour un temps court et à des fins thérapeutiques. La décision d'isolement est ainsi censée être de durée limitée, avec réévaluation et surveillance constantes. Pourtant, entre le 1<sup>er</sup> octobre et le 31 décembre 2019, cinq des vingt-cinq mesures ont duré plus de 24 heures, la plus longue ayant atteint 56 heures. La durée moyenne d'isolement s'établit sur cette période à 12h45. S'agissant de patients mineurs, de telles mesures posent question.

Sous l'impulsion de la cheffe de pôle, les membres de l'équipe interrogés ont dit être prêts à réfléchir à d'autres possibilités de prise en charge des crises clastiques susceptibles de survenir

chez les jeunes patients qui leur sont confiés. A cet égard, l'expérience réussie de l'espace d'apaisement chez les mineurs de 12 ans constitue un exemple encourageant.

### RECOMMANDATION 23

Le placement en chambre d'isolement de patients mineurs, notamment de 16 ans, ne peut être qu'exceptionnel ; l'établissement gagnerait à engager sur cette pratique une réflexion critique prenant notamment en compte l'évolution survenue dans l'unité de prise en charge des mineurs de douze ans.

## 9.2 LES PATIENTS AGES BENEFICIENT DE PEU D'ACTIVITES THERAPEUTIQUES ET SE VOIENT IMPOSER DES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION NON CONFORMES

### 9.2.1 Présentation de l'offre gérontopsychiatrique

L'établissement présente une offre étoffée et spécialisée dans la prise en charge des personnes âgées souffrantes de troubles psychiatriques. Organisée au sein d'un pôle intersectoriel (pôle de psychiatrie du sujet âgé dit « pôle 4 »), elle comprend sur le site hospitalier une antenne de consultations médicales adossée à un hôpital de jour (L'Hermine) de dix places et à une unité d'hospitalisation à temps complet (unité de psychiatrie du sujet âgé – UPSA) de seize lits, mais également une unité de soins de longue durée (USLD/UHR Kerfily) à orientation psychiatrique de cinquante-six lits et une équipe mobile (EMPSA) qui rayonne sur l'ensemble du Sud-Ouest Finistère. En dehors de Quimper, le « pôle 4 » compte trois antennes de consultations avancées et trois hôpitaux de jour de dix places.

Le pôle s'est doté d'un projet médical couvrant la période 2017-2020. Il est bilanté et actualisé chaque année en conseil de pôle. A titre d'illustration, pour 2019, le pôle s'était donné comme objectif de travailler sur l'ouverture de deux lits supplémentaires avec un espace d'apaisement (non-mise en œuvre en attente de moyens). Le pôle est très attentif à ne pas devenir un lieu d'hospitalisation exutoire.

Le projet de soins du « pôle 4 » s'est fixé comme objectif opérationnel d'améliorer la prise en soin du sujet âgé en :

- définissant les métiers soignants nécessaires à la prise en charge/l'accompagnement en psychiatrie du sujet âgé ;
- développant les compétences des soignants pour la prise en charge/l'accompagnement en psychiatrie du sujet âgé (2018-2019) ;
- se positionnant comme ressource auprès des partenaires soignants du territoire de Cornouaille afin de mieux répondre aux besoins du sujet âgé souffrant de troubles psychiatriques.

Les objectifs 2018-2019 se sont traduits par la réalisation d'un nombre importants de formations. Des perspectives en 2020 sont annoncées en matière de coopération renforcée avec la médecine gériatrique du CHIC (attente forte des filières gériatriques Est/Ouest en Cornouaille) et de télé-médecine.

### 9.2.2 Fonctionnement de l'UPSA

Selon les données communiquées<sup>9</sup>, l'UPSA accueille en admission directe des patients en soins libres de plus de 70 ans (quelquefois âgés de plus de 60 ans, 11 % ont entre 60 et 69 ans) et, depuis deux ans en seconde intention par mutation de la Clinique 10, des patients âgés en soins sous contrainte.

L'accueil de patients sous contrainte est encore très marginal puisque le 13 janvier 2020, un seul patient relevait de ce mode de prise en charge (soins psychiatriques sur demande d'un tiers, SPDT) et qu'au titre de l'année 2019 ces séjours ont représenté 4,3 % du total des prises en charge à l'UPSA. Dans ses observations du 14 août 2020, la direction de l'établissement précise à cet égard que « le projet d'accueil de patients sous contrainte est lié à la présence de trois psychiatres au sein du pôle ce qui n'était pas le cas en janvier 2020 (attente de validation d'une qualification d'un médecin généraliste en psychiatrie), mais le sera d'ici la fin de l'année. Au 03/08/2020, le service accueillait trois patients en SPDT. »

Dans le cadre d'une hospitalisation essentiellement programmée (y compris de semaine), les indications sont des troubles psychiatriques avec ou sans troubles cognitifs. Des patients présentant des troubles démentiels sont également admis du fait de comorbidités psychiatriques ; ils représentent environ un tiers des patients pris en charge. Le projet médical prend en compte la possibilité d'accompagner des patients en fin de vie grâce au concours de l'équipe mobile de soins palliatifs du territoire (CHIC de Quimper) mais ne dispose pas de chambre équipée de fluides. Les patients résident avant leur admission pour moitié à domicile et pour moitié en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), très exceptionnellement à l'USLD Kerfily.

En 2019, on comptait 154 personnes âgées hospitalisées à temps complet à l'UPSA dont 50 par mutation (149 en 2018). Le taux d'hospitalisation de la file active était de 17 %.

L'UPSA compte seize lits en chambre individuelle avec un projet de passage à dix-huit lits + une chambre d'apaisement (sous réserve de dotation en personnel notamment en temps d'ergothérapeute). Le jour du contrôle, l'unité était occupée à 100 % (quinze patients en soins libres et un en SPDT).

La durée moyenne d'hospitalisation est de 36,8 jours en 2019 (38,09 en 2018) et, au jour du contrôle, huit patients étaient en attente de solutions d'aval en EHPAD, ce qui traduit une certaine embolisation du dispositif actuel, sans compter que les autres pôles prennent également en charge des personnes âgées de plus de 70 ans (taux d'hospitalisation à temps complet des plus de 70 ans dans les autres pôles : 8 % au pôle 1, 1,5 % au pôle 2 et 7 % au pôle 3).

L'équipe mobile permet, par ses modalités d'intervention (régulations-évaluations téléphoniques, visites à domicile et notamment en EHPAD), de contenir autant que faire se peut le flux entrant des patients vers l'UPSA.

L'UPSA est fermée ; selon sa charte de fonctionnement : « L'unité est fermée pour garantir la sécurité des personnes hospitalisées mais les portes peuvent être ouvertes à la demande auprès des personnels ». Le motif avancé tient au nombre important de patients désorientés.

Elle dispose de compétences diversifiées et adaptées aux besoins de la population prise en charge : 0,55 temps de psychiatre, 0,40 de gériatre, 0,80 temps d'interne, 1 cadre de santé, 9,1 temps d'infirmier (IDE), 7,8 temps d'aide-soignant (ASD) et d'aide médico-psychologique, 3,8

<sup>9</sup> Données d'activité RSAMP pour l'année 2019.

temps d'agent des services hospitaliers, 0,60 de secrétaire médicale et 0,40 de psychologue. A noter la part importante d'aides-soignants compte-tenu des besoins de patients âgés, qui tranche avec le reste des unités de psychiatrie composées essentiellement d'effectifs infirmiers. L'effectif « au lit du malade » est de trois soignants le matin, trois l'après-midi et deux la nuit (un binôme IDE-ASD). Sur le plan médical et paramédical, il n'y a pas de poste vacant mais l'unité connaît un *turn-over* important au niveau des IDE ce qui nuit au réinvestissement des formations suivies.

L'absentéisme du personnel non médical est faible (2,98 %) comparé à l'USLD, autre unité du pôle (en 2018, 5,8 % pour les infirmiers, 5,9 % pour les aides-soignants, 11,4 % pour les agents des services hospitaliers).

Des efforts sont faits en matière de formation : mise en place de formations, quatre après-midi par trimestre, par les ressources internes à l'unité sous forme de réunions de formation/information intra polaire (douleurs, crise suicidaire, hypnose, vieillissement, etc.) dont certaines thématiques sont ouvertes aux professionnels du reste de l'établissement, accès aux formations inscrites au plan de l'établissement : travail avec les familles, visites à domicile auprès des sujets âgés, techniques de relaxation, formations d'adaptation à l'emploi en psychiatrie accessibles en 2020 (dispositif tutorat/compagnonnage), mise à disposition de nombreux outils utiles à l'intégration des nouveaux agents : livret d'accueil des nouveaux professionnels, guide d'accompagnement des personnes en fin de vie, guide de bienveillance.

Compte-tenu de l'orientation prise d'accueillir à l'avenir davantage de patients en soins sans consentement, l'encadrement exprime un besoin de formation pour l'équipe. Dès à présent cette exigence devrait être satisfaite de façon à garantir pleinement les droits au premier patient.

Enfin s'agissant de la supervision des pratiques, elle est organisée à raison d'une séance assurée par un psychologue extérieur tous les deux mois et ouverte à l'ensemble des professionnels.

#### PROPOSITION 5

Tous les membres du personnel de l'unité de psychiatrie du patient âgé doivent être formés aux règles d'admission en soins psychiatriques sans consentement et aux droits garantis aux patients dans ce cadre.

Dans ses observations du 14 août 2020, la direction de l'établissement informe que, « dans le cadre de l'évolution du projet de l'unité, et à la demande de l'encadrement, une formation d'une heure sur les soins sans consentement a été effectuée en janvier 2017 à destination des praticiens et infirmiers de l'unité par le bureau des entrées (formation interne par le bureau des entrées). » Le CGLPL prend acte de cette information mais relève l'ancienneté et la brièveté de cette formation.

En matière de gestion des événements indésirables, on relève peu de choses : aucune fiche d'événements indésirables liés aux soins (FSEI) en rapport avec les droits des patients adressée en 2019 par l'unité UPSA, aucune FSEI en rapport avec de la violence interpersonnelle entre patients non plus, quatre faits de violence à l'encontre du personnel en 2018 signalés à l'observatoire de la violence (pas de chiffres pour 2019), aucune sortie sans autorisation déclarée. Dans les soins au quotidien, les actes de violence « non intentionnels » fréquents chez les personnes âgées ayant des troubles du comportement, sont loin d'être déclarés par les membres du personnel de l'unité. Quelques fiches sont rédigées lorsque le fait a des

conséquences physiques sur l'agent. Le passage à l'acte est dans un second temps médiatisé avec le patient si c'est utile.

Si elles existaient, des réunions soignants-soignés pourraient constituer un espace d'expression collective permettant de reprendre cette thématique dans un contexte managérial plutôt propice à l'échange autour des difficultés rencontrés.

### 9.2.3 Le respect des droits des patients

Le pôle prône depuis plusieurs années une philosophie du soin basée sur le respect et la dignité des personnes prises en charge, aidé en cela par une cellule éthique interne qui a fonctionné de 2013 à 2019. Elle se réunissait une fois par mois en s'appuyant sur une représentation pluridisciplinaire. Son activité a été mise en veille récemment à la suite de la réactivation du comité d'éthique de l'établissement.

Durant ces années, un certain nombre de thématiques en rapport avec les droits fondamentaux ont été traduites dans des documents de référence pour les professionnels du pôle : guide de bienveillance, guide d'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches (directives anticipées, personne de confiance), réflexions sur les alternatives à la contention et à l'isolement. Il en découle un réinvestissement dans le cadre d'un travail de longue haleine. A titre d'illustration, si les soignants peuvent expliquer le rôle de la personne de confiance, ils utilisent peu le formulaire de recueil des choix du patient qui doit permettre ensuite de tracer la désignation (ou le refus) dans le dossier patient informatique (cf. résultat de l'audit de janvier à mai 2019, dans 78 % des dossiers de l'UPSA on ne retrouve pas trace du formulaire). Le patient est sollicité, a-t-il été rapporté aux contrôleurs, en raison de sa capacité de compréhension. Sur les seize patients le jour du contrôle, quatre d'entre eux ont désigné une personne de confiance. S'agissant de la liberté d'aller et de venir, si la liberté est rappelée comme principe de base, les patients en soins libres ne peuvent en réalité quitter l'unité pour se rendre dans le parc ou à la cafétéria qu'à leur demande et, dans certains cas, des restrictions de sortie sont prescrites par le médecin en fonction de l'état de santé des personnes et proportionnées à cet état. Les personnes âgées sont le plus souvent accompagnées par les familles parce que très peu autonomes (patients handicapés en fauteuil roulant, patients très désorientés). En 2019, l'UPSA n'a déclaré aucune fugue.

Au sein de l'unité, s'agissant des chambres, l'accès y est permanent pour les patients. Les chambres sont équipées de verrous de confort. Les patients ont également un accès libre à une terrasse protégée des intempéries (sauf la nuit). C'est l'endroit où il leur est loisible de fumer. Aucun briquet n'est laissé à leur disposition. Le nombre de fumeurs est faible et ils seraient nombreux à arrêter de fumer durant l'hospitalisation.

L'équipe met un point d'honneur à habiller tous les patients et à leur faire porter des chaussures, si possible. Ceux qui sont « fatigués » peuvent rester allongés sur leur lit ou rester au fauteuil durant la journée mais sont également habillés.

Les liens familiaux et sociaux sont préservés. Les téléphones sont conservés par les patients qui en ont la faculté. A défaut, les personnes extérieures peuvent joindre leurs proches en appelant le numéro du service. Au moment de la visite des contrôleurs, l'unité a le projet de mettre en place une ligne réservée pour les patients. Par ailleurs, tous les patients sont autorisés à recevoir et transmettre des appels téléphoniques. Les conditions de visite sont également facilitées ; elles ont lieu en principe l'après-midi (14h30-18h30) mais le créneau est adaptable. Les visites se déroulent dans deux salons réservés (un à l'intérieur de l'unité, l'autre dans la véranda contiguë

à la terrasse, à l'entrée de l'unité), mais aussi dans les chambres (depuis peu). Les petits-enfants peuvent visiter leurs proches. Enfin, l'unité est abonnée à *Ouest-France* et il est possible de faire suivre son abonnement personnel à l'hôpital.

Les conditions de vie quotidienne sont respectueuses des personnes. Les locaux sont neufs et accessibles. La chambre individuelle est bien équipée, elle dispose d'un verrou de confort, de placards fermant à clef (clef confiée au patient si possible) et elle dotée d'une cabine de douche en très bon état et propre. Concernant les effets personnels, une vigilance particulière demeure concernant les rasoirs et les briquets qui peuvent être retirés.

Les locaux communs sont spacieux et lumineux. En revanche, il manque des décorations murales ce qui donne un aspect impersonnel à l'ensemble pour des patients qui séjournent parfois plus d'un mois ; à cet égard, la direction de l'établissement mentionne dans ses observations du 14 août que des « mesures correctives [doivent être] engagées en septembre 2020 ». Il est possible de passer de la musique dans les locaux. La salle à manger est équipée d'un poste de télévision.

Les journées sont rythmées autour de temps sociaux quotidiens : les patients sont levés à 7h15 et couchés vers 20h après le dîner. Une sieste est proposée vers 13h30. Pour ceux qui sont les plus autonomes, les deux premiers horaires ne sont pas impératifs. Tous les patients mangent en salle à manger hormis pour des raisons de santé. Ils peuvent choisir leur place à table (application du guide de bienveillance). Le petit-déjeuner est servi à 8h, le déjeuner à 12h et le dîner à 19h. Une collation est proposée à 16h. Les patients rencontrés se sont dit satisfaits de la qualité des repas. La nourriture éventuellement apportée par les familles ne peut être conservée en chambre ; elle est remise à l'équipe soignante pour des questions d'hygiène. Tous les deux mois, l'UPSA (comme le reste de l'hôpital) bénéficie d'un repas réalisé par la cuisine mobile (cuisinier se déplaçant dans l'unité). Le personnel anime dans l'unité un atelier « pâtisserie » dans le cadre des activités thérapeutiques.

#### 9.2.4 Caractéristiques de la prise en charge

Le projet de soins est établi préalablement à l'admission, l'unité pouvant travailler sur un mode programmé en s'appuyant sur ses dispositifs ambulatoires et son équipe mobile qui intervient en relais dans la programmation des admissions. Le projet est construit en réunion de synthèse pluridisciplinaire. On ne relève pas de difficulté pour changer de médecin référent mais cette situation est très rare.

Au sein de l'UPSA, une visite des locaux est faite avec le patient et sa famille avec possibilité de la réaliser avant l'admission. Des changements de chambre peuvent intervenir au cours du séjour pour des questions de surveillance rapprochée de la salle de soins. Durant le séjour, les patients peuvent bénéficier d'une permission de 48h pour quitter l'établissement, si leur état de santé le permet. Celles-ci participent à la préparation-évaluation de la sortie.

Sur le plan médical, le psychiatre et le gériatre, du fait de leur complémentarité, réactualisent systématiquement le traitement dans une approche dégressive des prescriptions. Il arrive que des traitements soient demandés alors que leur autorisation de mise sur le marché n'est pas encore délivrée, ce qui démarque l'unité des autres services et se traduit par des coûts de traitement plus élevés que l'établissement assume pour le moment. Il existe une conciliation pharmaceutique entre le traitement de ville et le traitement hospitalier. Les traitements sont préparés dans la salle de soins et dispensés au moment des repas en salle à manger. Le mode est similaire à ce que l'on trouve en EHPAD. La prise en charge somatique est facilitée par la présence

de temps de gériatre sein de l'unité. En revanche ; elle est plus compliquée lorsqu'il s'agit d'avoir accès aux plateaux techniques du CHIC (délais d'attente, avis neurologiques très longs conduisant à des négociations directes entre médecins).

Si des activités thérapeutiques sont intégrées au projet de prise en charge (ateliers bien-être/relaxation, jardinage, écoute musicale, ludothérapie, accompagnement de resocialisation, repas thérapeutiques, lien avec la cafétéria du site, etc.), elles ne sont pas assez mobilisées faute de temps en regard du profil des patients (50 % de troubles anxiodépressifs, 20 % de troubles psychotiques, 30 % de pathologies neurodégénératives). De plus, il n'y a pas véritablement de programmation malgré des locaux adaptés, disponibles et bien équipés : une salle de télévision, une salle à manger, une salle d'activités correctement dotée (ouvrages, revues, équipements, jeux de société) sans compter un local sous-utilisé (salle de bains de l'unité) dont l'équipe souhaite la transformation pour développer des soins d'esthétique et faciliter le travail du coiffeur.

L'offre réelle d'activité apparaît ainsi finalement insuffisante : la semaine du contrôle, le planning des activités proposés ne mentionnait qu'une activité « jeux » le dimanche.



*Planning des activités le jour du contrôle. Annoncés, des jeux de société pour dimanche*

Dans le projet de passage de seize à dix-huit lits, l'unité a demandé la création d'un temps d'ergothérapeute lequel aurait toute sa place. De même la piste d'une plus forte association des familles est à explorer car malgré la mise en place d'entretiens familiaux qui répondent à leurs besoins de soutien, les familles sont trop peu sollicitées et pourraient l'être davantage durant le séjour du patient.



## PROPOSITION 6

Les activités thérapeutiques proposées aux patients âgés doivent être plus nombreuses en semaine.

*Dans ses observations du 14 août 2020, la direction de l'établissement fait valoir que « le projet de l'unité pose la volonté d'un poste infirmier en journée du lundi au vendredi et le recrutement d'un mi-temps d'ergothérapeute, afin de proposer, selon un calendrier établi, une offre d'activités thérapeutiques. Le projet construit, ne bénéficie pas à ce jour de financement ou de piste de redéploiement interne afin de permettre la mise en œuvre du projet. Actuellement, le panel des activités existantes ne peut être « programmé » à la semaine mais est réalisé au quotidien en fonction des impératifs de l'unité. Par ailleurs, le service est une unité d'hospitalisation de court séjour ayant une vocation thérapeutique et non « occupationnelle ». Les familles sont associées dans les soins dans leur rôle de proche (quand cela est possible et bénéfique pour le patient) et ce dans une visée d'extériorité à l'hôpital. Les proches n'ont pas vocation à pallier [le] manque de moyen humain hospitalier et réaliser des activités occupationnelles au sein d'une unité d'hospitalisation de court séjour. Il ne s'agit pas d'un lieu de vie où l'implication et la place des proches est tout autre. En parallèle, un groupe d'aide aux aidants est animé depuis 3 ans par les 2 psychologues du pôle. »*

Enfin, depuis 2017, l'UPSA s'est emparée du sujet de l'isolement et de la contention à en menant un important travail sur les alternatives à la contention et l'isolement. Ce travail s'inscrit dans la politique de l'établissement sur les droits du patient amplifiée la même année au moment de la parution des exigences de production d'un suivi institutionnel des mesures de contention et d'isolement (circulaire de 2017). La charte de l'unité pose le principe d'application de ces mesures comme le dernier recours rendu nécessaire par l'état de santé de la personne, proportionné au risque encouru et adapté.

Deux motivations ont été identifiées :

- restriction de liberté dite « gériatrique » en lien avec des risques de chutes ;
- restriction de liberté dite « psychiatrique » en lien avec les risques de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif.

Il existe des prescriptions de contentions (au jour du contrôle : cinq contentions ventrales nocturnes avec porte fermée) et des prescriptions d'isolement en chambre fermée (au jour du contrôle : un patient sur seize pour 1h si besoin) alors que l'unité ne dispose pas de chambre d'isolement. La réalité de la durée des mesures d'isolement en chambre a été croisée avec le fichier de l'ensemble des mesures d'isolement et de contention réalisées du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2019 inclus : certaines peuvent atteindre plus de 24h pour les isolements gériatriques. Les prescriptions d'isolement « gériatriques » concernent pourtant des patients en soins libres en psychiatrie et posent véritablement question en ce qu'elles peuvent parfois être posées pour une semaine.

L'unité avance un projet de création d'un espace d'apaisement mais dont les contours n'ont pas encore été véritablement définis. Les réflexions du groupe sur les alternatives à la contention et l'isolement ont motivé la mise en place de la formation sur la relaxation réalisée en 2019 en lien avec les techniques de désescalade et d'apaisement des troubles anxiodépressifs. D'autres pistes sont évoquées comme la mise à disposition d'un matériel « chariot Alzheimer » multi-

activité à visée occupationnelle et apaisante. Ceci démontre que l'équipe de l'USPA est parfaitement consciente des difficultés rencontrées et de la nécessité de clarifier ses pratiques.

#### RECOMMANDATION 24

Les éventuelles décisions de mise en isolement ou d'utilisation des moyens de contention doivent, y compris lorsqu'elles sont prises dans le cadre d'une prise en charge de gériopsychiatrie, être conformes aux prescriptions du code de la santé publique et aux recommandations du CGLPL et de la Haute autorité de santé. Les décisions « si besoin » de contention et d'isolement doivent en particulier être proscrites.

*Dans ses observations, la direction souligne que « la problématique des prescriptions d'isolement et de la contention pour des patients présentant des maladies neurodégénératives irréversibles des fonctions cognitives et motrices mettant le sujet en danger dans son intégrité physique (chutes, déambulations incessantes faute d'inhibition, perturbation de l'horloge biologique avec défaut d'initiation du sommeil...) mériterait d'être traitée au niveau national. En effet, cette problématique se rencontre fréquemment en gériatrie, en neurologie, en EHPAD, en SSR ... Les réflexions ont été menées pour tenter de limiter au strict minimum ces mesures, mais cela dans le cadre restreint d'une structure de soins ou d'hébergement, ne permettant pas l'émergence d'un cadre de référence porté par une instance étatique (HAS ou autre). En effet, ce type de situation médicale n'est pas strictement superposable à celle des restrictions de libertés, d'isolement et contentions dans le cadre d'une pathologie psychiatrique acutisée. Elles font émerger des réflexions propres aux pathologies neurogériatriques où les troubles mnésiques, de compréhension, de logique limitent fortement les possibilités de levée des mises en danger. Malgré les différentes réflexions menées au sein du service aucune décision satisfaisante n'a pu émerger. Nous avons gardé en place « la moins insatisfaisant » pour le mieux-être des patients. Nous devons toujours être vigilant face aux privations de libertés [quelles qu'en soient] leurs raisons (même si la vie de la personne et d'autrui est en jeu). Une réflexion collégiale au niveau national pourrait nous aider à clarifier cette problématique. »*

## 10. CONCLUSION

Maillon essentiel de l'offre finistérienne de psychiatrie, l'EPSM Etienne Gourmelen propose une offre médicale variée, essentiellement tournée vers l'ambulatoire.

Richesse de l'établissement, la pluralité des théories du soin et des approches médicales proposées a cependant pour conséquence, pour les patients admis en hospitalisation complète, des prises en charges parfois inégales, voire inéquitables – *a fortiori* pour ceux admis en soins sans consentement (accès au téléphone ou offre d'activités variables, par exemple).

Par ailleurs, si les patients sont relativement libres à l'intérieur des unités, leur liberté d'aller et venir, singulièrement s'ils sont hospitalisés contre leur volonté, est particulièrement contrainte dès lors que les unités sont essentiellement fermées. Nombre des médecins et membres du personnel rencontrés ne dissimulent pas leur volonté d'ouverture de ces services, mais paraissent prendre acte des réticences des soignants, notamment motivées par l'ouverture sur la ville du site hospitalier. Si elles se sont engagées dans diverses réflexions relatives aux droits des patients, les instances de l'établissement doivent parvenir à en assurer une meilleure effectivité, rien n'exigeant, notamment, l'enfermement des patients de psychiatrie, même en soins contraints.

Enfin, si la bienveillance des équipes médicales et soignantes comme du personnel administratif n'est aucunement mise en doute, les réflexions, tant institutionnelles qu'au sein des équipes pluridisciplinaires, doivent également se poursuivre et aboutir sur le sujet de l'isolement et de la contention. D'une part, ces mesures ne sont pas encore limitées au seul « *ultime recours* » prévu par la loi ; d'autre part, elles concernent régulièrement des patients mineurs ; enfin, les chambres d'isolement sont dotées pour la plupart de dispositif de vidéosurveillance attentatoires à la dignité et à l'intimité des patients qui y sont enfermés. A cet égard, la création d'espaces d'apaisement n'est encore que timidement abordée ; elle mériterait d'être plus largement envisagée. En tout état de cause, l'EPSM doit renoncer aux pratiques – fréquentes – d'enfermement en espaces non dédiés.

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