



---

## Rapport de visite :

11 au 15 janvier 2021 – 2<sup>ème</sup> visite

Établissement public de santé  
mentale Charcot de Caudan

*(Morbihan)*



## SYNTHESE

Cinq contrôleurs ont effectué une visite annoncée de l'établissement public de santé mentale (EPSM) Charcot de Caudan (Morbihan) du 11 au 15 janvier 2021. Il s'agissait d'une deuxième visite après un précédent contrôle réalisé du 2 au 4 juin 2009.

Le rapport provisoire rédigé à l'issue de la visite a été adressé le 29 juin 2021 à la directrice du centre hospitalier, au préfet du Morbihan, au président du tribunal judiciaire de Lorient (Morbihan), au procureur de la République près ce même tribunal et à l'agence régionale de santé de Bretagne. Seule la directrice de l'établissement a émis des observations, par courrier en date du 28 juillet 2021, qui ont été intégrées dans le présent rapport définitif.

Cet établissement a des interventions très diversifiées « *qui vont de la consultation aux visites à domicile ou en institution à de l'hospitalisation complète ou partielle* ». En 2019, l'EPSM a pris en charge 10 792 patients dont 80 % ont été suivis en ambulatoire.

Le projet d'établissement 2019-2023 s'inscrit dans la continuité d'une importante réforme engagée en 2017 qui visait essentiellement à remplacer les pôles basés sur des zones géographiques par des pôles d'activités par missions. A la date de visite du CGLPL, l'activité de soins était organisée autour de quatre pôles :

- le pôle de psychiatrie pour enfants et adolescents (PPEA) ;
- le pôle secteur adulte urgence crise liaison (SAUCL) ;
- le pôle de réhabilitation psychosociale (PRPS) ;
- le pôle de psychiatrie du sujet âgé (PPSA).

Néanmoins, la prise en charge en hospitalisation complète des adultes âgés de 18 à 69 ans s'effectue sur deux pôles :

- le SAUCL qui, en intra hospitalier, comprend quatre unités d'accueil et de court séjour sectorisées : les unités Pascal et Pussin, l'unité 14A, l'unité 22A ;
- le PRPS constitué de trois unités d'hospitalisation à temps complet dont chacune a ses spécificités. La 14B prépare à l'entrée en structure médico-sociale ; la 22B accueille des patients dont la prise en charge est complexe ;

L'établissement dispose de 432 lits qui se répartissent comme suit :

- 246 lits, dont 188 lits de psychiatrie adulte, 8 lits de psychiatrie infanto-juvénile et 50 lits en unité de soins de longue durée ;
- 183 places en hospitalisation de jour, dont 68 en psychiatrie infanto-juvénile.

Lors du contrôle au 11 janvier 2021, 49 patients étaient hospitalisés en soins sans consentement (SSC) sur les 162.

La visite de 2021 a permis de constater qu'un certain nombre des recommandations émises en 2009 étaient encore d'actualité.

Les conditions d'hébergement sont disparates et ne sont pas respectueuses de la dignité des patients.

Les soins psychiatriques posent des difficultés ; dans certaines unités, le patient n'est pas associé aux décisions médicales le concernant et il n'est pas reçu en entretien par le médecin lors de l'élaboration du certificat mensuel de maintien en soins sans consentement.

Le déficit de médecins et le *turn over* de ces derniers pénalisent le suivi des patients tout comme les équipes de soignants. La prise en charge somatique n'est pas satisfaisante en raison de l'inadéquation des locaux et des difficultés que rencontrent les médecins somaticiens pour faire respecter par le personnel soignant les consignes de surveillance et de soins prescrits. L'exercice des droits des patients est perfectible, ainsi, la notification des décisions d'hospitalisations n'est pas effectuée dans les vingt-quatre heures qui suivent l'hospitalisation.

La liberté d'aller et venir connaît des restrictions non justifiées par l'état clinique du patient ; ainsi la prise en charge psychiatrique de la personne détenue se fait toujours en chambre d'isolement. Les mesures d'isolement et de contention sont mal tracées et ne sont pas décidées en dernier recours. De plus, l'établissement pratique également l'enfermement en chambre ordinaire de certains patients.

L'EPSM Charcot de Caudan a pris en compte peu de recommandations depuis le contrôle du CGLPL et malgré la bonne volonté des professionnels rencontrés sur place, un grand nombre de celles-ci est maintenu car il paraît nécessaire de contrôler la réalité de leur mise en œuvre.

## 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** ..... 27

L'arrêté du maire destiné à initier l'hospitalisation sur décision du représentant de l'Etat est porté à la connaissance du patient.

#### **BONNE PRATIQUE 2** ..... 35

Des usagers adhérents d'un groupe d'entraide mutuelle sont intégrés à la commission des usagers en tant que membres invités.

#### **BONNE PRATIQUE 3** ..... 41

Le juge des libertés et de la détention tient son audience dans l'unité dès lors que s'y trouve un patient détenu ou un patient soumis à une mesure d'isolement qui fait l'objet d'un certificat de non-audiençabilité.

#### **BONNE PRATIQUE 4** ..... 43

Le juge des libertés et de la détention, en prévoyant la mise en œuvre de son contrôle de l'isolement et de la contention à travers les documents qui lui sont soumis en application de l'article 84 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020, fait preuve de pédagogie tant à l'égard du personnel de l'établissement hospitalier que des patients.

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

La création d'un espace d'apaisement dans l'unité Sivadon, en accès libre pour les patients, en substitution au placement en chambre d'isolement, est un modèle dont pourraient s'inspirer les autres unités.

### RECOMMANDATIONS

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

#### **RECOMMANDATION 1** ..... 24

La notification des décisions d'hospitalisation en soins sans consentement doit être effectuée dans les vingt-quatre heures qui suivent l'admission.

#### **RECOMMANDATION 2** ..... 26

Dans le cadre du renouvellement des certificats de maintien de la mesure de soins sans consentement, un entretien médical doit systématiquement être conduit préalablement par le médecin certificateur.

#### **RECOMMANDATION 3** ..... 26

Le registre de la loi doit être renseigné dans le délai légal de 24 heures.

#### **RECOMMANDATION 4** ..... 29

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

- RECOMMANDATION 5** ..... 32  
Les mandataires doivent accompagner les protégés dans les actes de la vie courante, lorsqu'ils sont convoqués devant le juge des libertés ou encore lors de leur retour à domicile afin de favoriser le retour à la vie libre.
- RECOMMANDATION 6** ..... 39  
Le programme de soins défini à l'article L.3211-2-1 du code de la santé publique doit être octroyé pour une prise en charge en ambulatoire. Son utilisation dans le cadre de permissions de sortie est à proscrire dès lors que le patient est maintenu dans un régime d'hospitalisation complète.
- RECOMMANDATION 7** ..... 40  
Le collège des professionnels de santé doit recevoir le patient concerné.
- RECOMMANDATION 8** ..... 44  
Les restrictions relatives à la liberté d'aller et venir doivent être justifiées par l'état clinique des patients et non par le statut d'hospitalisation.
- RECOMMANDATION 9** ..... 45  
Des verrous de confort sécurisés permettant au patient de fermer la porte de sa chambre sans qu'un autre patient puisse ouvrir doivent être installés.
- RECOMMANDATION 10** ..... 45  
Toutes les chambres doivent être équipées d'un dispositif d'appel relié au bureau des soignants de l'unité concernée.
- RECOMMANDATION 11** ..... 48  
La mise en place d'un réseau Wifi est d'autant plus indispensable que la réception du réseau de communications électroniques actuelle est très mauvaise.
- RECOMMANDATION 12** ..... 49  
Le thème de la sexualité doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle sur les formations à proposer aux soignants, les manières d'aborder la question et l'éducation des patients.
- RECOMMANDATION 13** ..... 54  
Toutes les chambres des patients doivent être équipées d'une douche, d'un lavabo et un WC.
- RECOMMANDATION 14** ..... 56  
Les chambres doivent disposer d'un système de rangement permettant aux patients d'y conserver leurs biens dans des conditions garantissant leur protection.
- RECOMMANDATION 15** ..... 59  
Afin de favoriser l'alliance thérapeutique, un projet de soins personnalisé doit être élaboré et explicité à chaque patient.
- RECOMMANDATION 16** ..... 60  
Les certificats médicaux destinés à éclairer la décision du juge des libertés et de la détention, à apprécier la nécessité du maintien ou de la levée de la mesure de soins sans consentement ne peuvent être établis qu'après un examen médical effectif du patient par un psychiatre.
- RECOMMANDATION 17** ..... 62  
Des réunions soignants-soignés régulières doivent systématiquement être mises en place dans toutes les unités d'hospitalisation à temps plein.
- RECOMMANDATION 18** ..... 65  
L'établissement doit se doter de suffisamment de véhicules pour pouvoir accompagner les patients à leurs activités et sorties extérieures.

**RECOMMANDATION 19 ..... 69**

Afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées hospitalisées en psychiatrie, l'établissement doit se doter des compétences médicales nécessaires en gériatrie.

**RECOMMANDATION 20 ..... 69**

Il est indispensable de sensibiliser les médecins urgentistes et les services de médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique de l'hôpital du Scorff aux vulnérabilités spécifiques des patients souffrant de pathologies psychiatriques afin de leur éviter toute discrimination dans l'accès aux soins somatiques et pertes de chance qui pourraient en découler.

**RECOMMANDATION 21 ..... 70**

L'établissement devrait instaurer une démarche de conciliation médicamenteuse concernant tous les patients entrant en hospitalisation.

**RECOMMANDATION 22 ..... 71**

La distribution des médicaments doit se faire dans le strict respect de la confidentialité et permettre un échange avec le patient si celui-ci en éprouve le besoin.  
L'administration ou non des médicaments doit être enregistrée en temps réel sur le dossier informatisé du patient.

**RECOMMANDATION 23 ..... 72**

En vertu de l'article L.1111-4 du code de la santé publique, tout acte médical ou tout traitement doit requérir le consentement libre et éclairé du patient. Lorsqu'il se trouve hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L1111-6 du même code, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté. Le statut légal de placement en « soins sans consentement » n'emporte pas exception au respect de ces dispositions.

**RECOMMANDATION 24 ..... 77**

Les chambres d'isolement doivent toutes être équipées d'un dispositif d'appel et d'une horloge permettant de connaître le jour et l'heure également accessibles pendant les phases de contention, de la possibilité d'allumer ou d'éteindre sa lumière, d'actionner la chasse d'eau des WC, d'avoir accès en permanence à l'eau potable. La visibilité sur les WC doit être empêchée.

**RECOMMANDATION 25 ..... 78**

Les patients placés en chambre d'isolement doivent pouvoir dormir dans des draps. Le port du pyjama doit être individualisé en ce qu'il doit être possible de vêtir un pyjama personnel.

**RECOMMANDATION 26 ..... 78**

Le protocole de placement à l'isolement le plus strict, prévu dans les situations de risque auto agressif aigu, doit être l'exception et ne doit pas être appliqué indifféremment à tous les patients.

**RECOMMANDATION 27 ..... 79**

La responsabilité de la prise en charge des patients dans les chambres d'isolement doit revenir au personnel affecté à cette unité, de façon que la surveillance soit plus fréquente et plus humaine et que les décisions soient prises en temps réel en fonction de l'état du patient.

**RECOMMANDATION 28 ..... 80**

L'établissement doit revoir sa pratique de l'enfermement systématique en chambre ordinaire de certains patients. En effet, aucune restriction susceptible d'aggraver les sujétions inhérentes à l'enfermement ne peut être imposée aux personnes privées de liberté en l'absence d'un fondement légal et d'un cadre réglementaire en définissant les modalités de mise en œuvre.

- RECOMMANDATION 29 ..... 81**  
Les mesures de contention mises en œuvre doivent répondre à toutes les exigences légales de décision, de motivation, de traçabilité, de surveillance et ne constituer que des solutions de dernier recours.
- RECOMMANDATION 30 ..... 82**  
Les décisions d'isolement et de contention ne peuvent être prises qu'après une évaluation clinique effectivement réalisée par un médecin psychiatre et après la recherche d'alternatives à ces mesures.
- RECOMMANDATION 31 ..... 82**  
Toutes les mesures d'isolement ou de contention devant faire l'objet d'une traçabilité en temps réel dans le registre éponyme, les décisions « si besoin » sont exclues.
- RECOMMANDATION 32 ..... 83**  
Les patients placés en isolement et *a fortiori* ceux qui sont contentonnés doivent systématiquement bénéficier d'un examen somatique dans les meilleurs délais après le commencement de ces mesures puis au fur et à mesure de leur déroulement. La surveillance médicale doit être effectuée deux fois par vingt-quatre heures.
- RECOMMANDATION 33 ..... 85**  
L'ensemble des acteurs de l'établissement doit se saisir des outils dont il dispose (registre, évaluation des pratiques professionnelles, contrôle du juge, etc.) afin de faire concrètement de l'isolement et de la contention des mesures de dernier recours, conformément à la politique affichée.
- RECOMMANDATION 34 ..... 90**  
Le projet de service de l'unité d'hospitalisation des enfants et des adolescents doit être élaboré dans les meilleurs délais afin de fédérer l'ensemble de l'équipe soignante autour d'une politique de soins commune.
- RECOMMANDATION 35 ..... 92**  
L'installation de plaquettes sur les poignées de porte des chambres est un dispositif de surveillance qui ne dit pas son nom mais qui a pour effet de dissuader les enfants de faire appel aux soignants. Il convient d'y mettre fin et d'équiper les chambres de sonnette d'appel.
- RECOMMANDATION 36 ..... 92**  
La pratique qui consiste à imposer systématiquement à tous les enfants des temps en chambre porte fermée, à raison de trois fois par jour ne se justifie pas sur un plan thérapeutique. En outre, elle porte atteinte à la liberté d'aller et venir. Il convient d'y mettre fin.
- RECOMMANDATION 37 ..... 93**  
L'isolement d'un enfant ou d'un adolescent, même sur des durées courtes, doit être évité par tout moyen. En outre, cette mesure, lorsqu'elle a lieu, doit être retranscrite dans un registre spécifique.
- RECOMMANDATION 38 ..... 93**  
Les mineurs ne doivent pas être hospitalisés avec les adultes. Dans tous les cas, ils doivent bénéficier d'une prise en charge dispensée par des professionnels de santé formés spécifiquement à la pédopsychiatrie.
- RECOMMANDATION 39 ..... 94**  
Il doit être mis un terme à l'enfermement en chambre d'un mineur durant la nuit. Cette pratique porte gravement atteinte à sa liberté d'aller et venir.

**RECOMMANDATION 40 ..... 95**

L'accès aux soins pour les personnes détenues nécessitant une hospitalisation en urgence pour troubles psychiatriques doit être effectif sans délai au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagées (UHSA).

**RECOMMANDATION 41 ..... 95**

La mise sous contention systématique, pour des raisons sécuritaires, d'une personne détenue lors de son transport vers l'EPSM est attentatoire à sa dignité et ne se justifie pas. Il doit y être mis fin sans délai.

**RECOMMANDATION 42 ..... 96**

Le patient détenu ne doit pas être placé en chambre d'isolement de façon systématique et non justifiée autrement que par son état clinique. Sa prise en charge doit être individualisée et le respect de ses droits assuré dans les mêmes conditions qu'en établissement pénitentiaire, sauf restriction médicale prononcée par un médecin psychiatre. Ces modalités de prise en charge doivent faire l'objet d'un protocole cadre.

**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 ..... 21**

Toutes les équipes qui le souhaitent doivent pouvoir bénéficier d'une supervision par un intervenant extérieur à l'établissement afin de pouvoir interroger leurs pratiques professionnelles.

**RECO PRISE EN COMPTE 2 ..... 25**

Le patient doit être informé de l'identité du tiers qui a sollicité une décision d'hospitalisation en soins sans consentement auprès du directeur de l'établissement à travers la décision écrite d'admission prise par ce dernier.

**RECO PRISE EN COMPTE 3 ..... 26**

Les décisions du directeur et les arrêtés du préfet 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 justifient la décision du placement en soins sans consentement doivent être joints aux décisions administratives et portés à la connaissance du patient.

**RECO PRISE EN COMPTE 4 ..... 27**

Le document relatif aux règles de vie doit être spécifique à chaque unité et il doit être affiché dans les services d'hospitalisation.

**RECO PRISE EN COMPTE 5 ..... 32**

Il convient d'informer les patients dès leur admission, oralement et par le livret d'accueil, de la possibilité de conserver l'anonymat pendant toute la durée de leur hospitalisation.

**RECO PRISE EN COMPTE 6 ..... 33**

Les patients placés en soins sans consentement ou susceptibles de l'être doivent être informés de l'inscription de la mesure au fichier de traitement de données à caractère personnel HOPSYWEB relatif au suivi des personnes en soins psychiatriques.

**RECO PRISE EN COMPTE 7..... 42**

Une convention doit prévoir les circonstances et les modalités dans lesquelles le juge des libertés et de la détention tient son audience sur l'emprise de l'hôpital.

**RECO PRISE EN COMPTE 8..... 67**

Les médecins somaticiens doivent disposer de locaux de consultation équipés pour leur exercice et permettant le respect de la confidentialité des échanges et de l'intimité du patient.

**RECO PRISE EN COMPTE 9..... 68**

Le personnel soignant doit respecter les consignes de surveillance et de soins prescrites par les médecins somaticiens.

**RECO PRISE EN COMPTE 10..... 73**

L'évaluation de la douleur doit être systématiquement effectuée à l'arrivée des patients et pendant leur hospitalisation et être tracée dans leur dossier médical. Elle doit faire l'objet d'une évaluation des pratiques professionnelles.

## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE</b> .....	<b>2</b>
<b>SYNTHESE DES OBSERVATIONS</b> .....	<b>4</b>
<b>RAPPORT</b> .....	<b>12</b>
<b>1. CONDITIONS DE LA VISITE</b> .....	<b>13</b>
<b>2. OBSERVATIONS ISSUES DE LA VISITE PRECEDENTE</b> .....	<b>14</b>
<b>3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT</b> .....	<b>17</b>
3.1 L'établissement gère les conséquences de l'importante réforme organisationnelle engagée en 2017 .....	17
3.2 Le budget de l'établissement est déficitaire malgré une politique active de maîtrise des dépenses.....	18
3.3 L'établissement souffre d'une démographie médicale déficitaire malgré une politique proactive sur le sujet.....	19
3.4 Les patients en soins sans consentement représentent, de façon stable, un quart des patients hospitalisés .....	21
3.5 Le comité d'éthique existe mais mériterait d'être dynamisé .....	22
<b>4. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS</b> .....	<b>24</b>
4.1 Les délais de notification ne sont pas toujours respectés et les motifs d'admission ou de maintien en soins sans consentement ne sont pas systématiquement portés à la connaissance des patients .....	24
4.2 Les événement indésirables font l'objet d'un suivi attentif .....	28
4.3 Le processus de désignation de la personne de confiance est en place mais cette dernière n'est pas systématiquement informée de sa désignation.....	28
4.4 L'accès au vote est organisé .....	29
4.5 L'accès au culte fait coexister le respect de la charte de la laïcité dans les services publics et celui des croyances des patients mais uniquement pour les personnes de confession catholique .....	30
4.6 Le service social est attentif à la protection juridique des patients mais les mandataires juridiques sont perfectibles .....	30
4.7 Le secret professionnel et médical est respecté mais l'information sur l'anonymat possible pendant l'hospitalisation est insuffisamment dispensée .....	32
<b>5. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS</b> .....	<b>34</b>
5.1 La commission départementale des soins psychiatriques visite l'établissement au moins une fois par an.....	34
5.2 La commission des usagers associe directement des usagers de soins psychiatriques .....	34
5.3 Le registre de la loi ne permet le contrôle des mesures qu'avec un mois et demi de retard .....	37

5.4	Des programmes de soins sont décidés pour suspendre temporairement l'hospitalisation complète et le collège des professionnels n'entend pas le patient .....	37
<b>6.</b>	<b>LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES .....</b>	<b>44</b>
6.1	Même si la majorité des unités sont fermées, les restrictions sont rares, individualisées et font l'objet d'une décision médicale.....	44
6.2	Les restrictions de la vie quotidienne sont rares et individualisées.....	46
6.3	Les communications avec l'extérieur, en principe peu restreintes, sont réduites en raison de la pandémie, et contraintes par la mauvaise réception des réseaux électroniques .....	46
6.4	La vie sexuelle des patients n'est pas prise en compte institutionnellement....	48
<b>7.</b>	<b>LES CONDITIONS DE VIE .....</b>	<b>50</b>
7.1	Les conditions d'hébergement sont disparates.....	50
7.2	Certaines chambres ne disposent pas de cabinet de toilette.....	54
<b>8.</b>	<b>LES SOINS.....</b>	<b>58</b>
8.1	Les patients admis en hospitalisation complète à l'EPSM sont adressés soit par le service des urgences de l'hôpital du Scorff soit par des médecins de ville ou des centres médico-psychologiques .....	58
8.3	Les soins somatiques sont prodigués avec l'attention requise quel que soit le statut des patients mais dans de mauvaises conditions.....	66
<b>9.</b>	<b>L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION .....</b>	<b>74</b>
9.1	L'aménagement des chambres d'isolement est incomplet .....	74
9.2	Les mesures d'isolement et de contention, mal tracées, ne sont pas décidées en dernier recours.....	77
9.3	Le registre est exploité mais l'ensemble des acteurs ne met pas en œuvre la politique commune de limitation du recours à l'isolement et à la contention..	83
<b>10.</b>	<b>LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES .....</b>	<b>86</b>
10.1	L'unité d'hospitalisation pour enfants et adolescents dispense des soins individualisés associant les parents et les partenaires extérieurs mais la mise en œuvre de certaines pratiques ne se justifie pas sur un plan thérapeutique .....	86
10.2	Les soins apportés aux mineurs admis dans les unités d'hospitalisation des adultes ne répondent pas aux besoins spécifiques de cette population qui se voit imposer des restrictions non justifiées.....	93
10.3	La prise en charge des patients détenus porte atteinte à leur dignité et ne garantit pas le respect de leurs droits fondamentaux .....	94
10.4	Les procédures de conduite à tenir en cas de décès sont régulièrement réactualisées .....	97
<b>11.</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>98</b>

---

# Rapport

Contrôleurs :

- Maud Dayet, cheffe de mission ;
- Marie Pinot ;
- Bonnie Tickridge ;
- Cédric Villedieu de Torcy ;
- Fabienne Viton.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), cinq contrôleurs ont effectué une visite de l'établissement public de santé mentale Jean-Martin Charcot, à Caudan (Morbihan) du 11 au 15 janvier 2021.

Il s'agissait d'une deuxième visite, la première ayant eu lieu du 2 au 4 juin 2009.

Le rapport provisoire rédigé à l'issue de la visite a été adressé le 29 juin 2021 à la directrice du centre hospitalier, au préfet du Morbihan, au président du tribunal judiciaire de Lorient (Morbihan), au procureur de la République près ce même tribunal et à l'agence régionale de santé de Bretagne. Seule la directrice de l'établissement a émis des observations, par courrier en date du 28 juillet 2021, qui ont été intégrées dans le présent rapport définitif.

## 1. CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 11 janvier à 14h. Ils l'ont quitté le 15 janvier à 15h30. La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction.

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par la directrice. Une réunion de présentation a regroupé l'équipe de direction, plusieurs médecins (généralistes, psychiatres et le responsable de l'information médicale), le président de la commission médicale d'établissement, deux cadres supérieurs de santé et la responsable de la gestion administrative des hospitalisations sous contrainte.

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

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, tant avec des patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants.

Des contacts ont été établis avec la directrice de cabinet du préfet du Morbihan, le président du tribunal judiciaire (TJ) de Lorient (Morbihan) ainsi que le procureur de la République près ce même tribunal.

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

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

Une réunion de restitution a eu lieu, le 15 janvier, avec les personnes qui avaient participé à la réunion de présentation.

Le rapport provisoire rédigé à l'issue de la visite a été adressé le 29 juin 2021 à la directrice du centre hospitalier, au préfet du Morbihan, au président du tribunal judiciaire de Lorient, au procureur de la République près ce même tribunal et à l'agence régionale de santé de Bretagne. Seule la directrice de l'établissement a émis des observations, par courrier en date du 28 juillet 2021, qui ont été intégrées dans le présent rapport définitif.

## 2. OBSERVATIONS ISSUES DE LA VISITE PRECEDENTE

N°	RECOMMANDATION ANTERIEURE	ETAT EN 2021
1	<p><i>L'organisation d'une filière d'admission conduisant à hospitaliser les malades admis pour la première fois en psychiatrie, dans une unité dédiée (PAIS) peut apparaître intéressante au regard de la prise en compte de l'angoisse qu'engendre un tel événement pour les personnes. Il conviendrait cependant d'en assurer l'évaluation, tant en termes de meilleure acceptation de soins, dans la mesure où toute nouvelle hospitalisation se déroule ensuite dans le cadre général des services (cf. § 2 et 4.2.5).</i></p>	<p>En 2017, l'établissement a considérablement révisé son fonctionnement en cours en 2009. Un accueil est toujours prévu sur le pôle d'accueil d'urgence (SAUCL) avant de rejoindre une autre unité d'hospitalisation (cf. § 3.1). Une évaluation de l'ensemble de l'offre de soins de l'EPSM incluant les unités accueillant des soins sans consentement a été réalisée en 2020</p>
2	<p><i>L'absence de règlement intérieur d'établissement, en cours de rédaction d'après les informations données, devrait être corrigée rapidement. Celle-ci a pour conséquence des disparités de fonctionnement au niveau des services, difficilement compréhensibles pour les malades, quant aux règles en vigueur en matière de téléphone, de sorties, de visites etc. (cf. § 3.2).</i></p>	<p>Un règlement intérieur existe depuis 2012.</p>
3	<p><i>Faire expliquer ses droits de recours à un patient uniquement par un soignant peut interroger, d'autant plus que les formulaires utilisés pour la traçabilité de cette notification sont rédigés en termes juridiques précis, mais ne font l'objet d'aucune notice d'accompagnement directement compréhensible par le malade (cf. § 3.2).</i></p>	<p>Les formulaires ont été améliorés mais l'explication des droits de recours du patient est toujours faite par un soignant (cf. § 4.1.1).</p>
4	<p><i>S'agissant des procédures de recours, le livret d'accueil fait état des différentes possibilités mais ne détaille explicitement que la voie de recours à la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP), en la privilégiant par la mention de son adresse. Aucune autre coordonnée des institutions de recours n'est indiquée ; il conviendrait de les mentionner. De même, s'agissant de la CRUQ, une procédure pratique de saisine</i></p>	<p>Recommandation prise en compte. Il est explicité dans le livret d'accueil comment saisir la commission des usagers et la commission</p>

	<i>devrait être expliquée, au-delà de la seule mention de la possibilité pour le malade de rencontrer un médiateur médecin et un médiateur non-médecin (cf. § 3.2).</i>	départementale des soins psychiatriques.
5	<i>La mise à disposition du téléphone aux patients au sein de toutes les unités, y compris gratuitement lorsque l'intérêt thérapeutique le requiert, est à saluer comme mesure de facilitation des liens extérieurs ; il est toutefois souhaitable que les règles d'utilisation soient homogènes entre les unités. Il conviendrait également que chaque unité d'hospitalisation soit équipée d'un poste téléphonique à la disposition des malades (cf. § 3.6.2).</i>	Recommandation prise en compte. Les patients peuvent se servir librement de leur téléphone portable ou avoir accès à un téléphone fixe (cf. § 6.3).
6	<i>Les activités extérieures aux services d'hospitalisation et requérant un accompagnement paraissent difficilement accessibles aux malades hospitalisés en HO et HDT ; de moins en moins de malades sont à même d'y participer. L'évolution récente constatée aboutissant à ne plus autoriser aucun malade hospitalisé sous contrainte à sortir de son unité sans accompagnement, y compris pour se rendre à une activité intérieure à l'EPSM, est anormale dans la mesure où les malades hospitalisés sous contrainte le sont pour des durées parfois longues et doivent être en mesure de prendre part aussi régulièrement à des activités en dehors de leur bâtiment d'hébergement à chaque fois que leur état de santé le permet. L'hospitalisation sans consentement ne peut être confondue avec l'interdiction de toute liberté d'aller et venir (cf. art.L.3211-3 du code de la santé publique) (cf. § 4.1)</i>	Recommandation prise en compte. Les personnes en soins sans consentement peuvent se rendre aux activités thérapeutiques de l'espace Bonnafé (cf. 8.2.5.f).
7	<i>L'utilisation de la procédure de sortie d'essai est pour certains malades d'une durée sans rapport avec une réelle période de transition à la sortie d'une HO ou d'une HDT. Même si l'absence règlementaire d'obligations de soins ambulatoires conduit à utiliser cette procédure à cette fin pour certains malades, il conviendrait que l'établissement mette en place une revue systématique périodique des patients concernés (cf. § 3.8).</i>	Recommandation non prise en compte. Les programmes de soins sont utilisés pour permettre des sorties longues (au-delà de 48 heures) ce qui est illégal (cf. § 5.4).
8	<i>Les mesures d'isolement des malades dans les services paraissent prises conformément aux recommandations de bonnes pratiques en vigueur. Il faut souligner le recours à la contention physique ainsi que le souci de l'établissement de mettre en place une traçabilité des placements en chambre d'isolement et la mise en route d'une démarche d'évaluation des pratiques sur cette thématique. Cependant, le recours à une contention médicamenteuse en cas d'urgence ou d'agitation ne fait l'objet d'aucun suivi particulier à l'échelle des services ; il est souhaitable</i>	Les mesures d'isolement et de contention ne sont pas toujours utilisées en dernier recours (cf. § 9.2).

	<i>d'intégrer cette dimension à l'évaluation citée. De même, les modalités d'utilisation des chambres « semi-protégées » doivent être analysées et encadrées (cf. § 6).</i>	
9	<i>S'agissant de l'hospitalisation des détenus, le contrôle général a noté que l'hôpital, par ses choix organisationnels, accueille les détenus hospitalisés en les maintenant enfermés en chambre d'isolement pendant toute la durée de leur hospitalisation. Cette pratique de nature sécuritaire n'est pas toujours justifiée sur le plan médical. Elle remet en cause l'égalité de tous les malades face à la nécessité des soins, les malades en HO par ailleurs ne pouvant de fait participer à aucune activité thérapeutique collective pendant toute la durée de leur hospitalisation, ni à l'intérieur de leur service d'hospitalisation, ni a fortiori à l'extérieur y compris avec un accompagnement de soignant. De surcroît, aucune organisation n'est en place pour permettre aux détenus de recevoir les visites des personnes titulaires d'un permis de visite en détention, ni de téléphoner lorsqu'ils sont condamnés (et de ce fait autorisé à le faire). Une réflexion sur ce sujet doit être menée par l'EPSM (cf. § 7).</i>	Pratique inchangée (cf. § 10.3).

### 3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

#### 3.1 L'ETABLISSEMENT GERE LES CONSEQUENCES DE L'IMPORTANT REFORME ORGANISATIONNELLE ENGAGEE EN 2017

L'établissement public spécialisé en santé mentale (EPSM) Jean-Martin Charcot est situé sur la commune de Caudan à huit kilomètres de Lorient (Morbihan). L'établissement est accessible par un bus au départ de Lorient (sept passages dans la journée). Il fait partie du groupement hospitalier de territoire (GHT) Sud Bretagne (GHSB) et étend son action sur la partie Ouest du Morbihan. Ouvert en 1971, il s'agit d'une construction pavillonnaire, d'une quarantaine de bâtiments répartis sur 39 hectares.

L'établissement a, au fil du temps, diversifié ses interventions « *qui vont de la consultation aux visites à domicile ou en institution à de l'hospitalisation complète ou partielle* ». En 2019, l'EPSM a pris en charge 10 792 patients dont 80 % ont été suivis en ambulatoire.

Le projet d'établissement 2019-2023 s'inscrit dans la continuité de l'importante réforme engagée en 2017 qui visait essentiellement à remplacer les pôles basés sur des zones géographiques par des pôles d'activité par mission. A la date de visite du CGLPL, l'activité de soins est organisée autour de quatre pôles :

- le pôle de psychiatrie pour enfants et adolescents (PPEA) ;
- le pôle secteur adulte urgence crise liaison (SAUCL) ;
- le pôle de réhabilitation psychosociale (PRPS) ;
- le pôle de psychiatrie du sujet âgé (PPSA).

Néanmoins, la prise en charge en hospitalisation complète des adultes âgés de 18 à 69 ans s'effectue sur deux pôles :

- le SAUCL qui, en intra hospitalier, comprend quatre unités d'accueil et de court séjour sectorisées : les unités Pascal et Pussin, l'unité 14A, l'unité 22A ;
- le PRPS constitué de trois unités d'hospitalisation à temps complet dont chacune a ses spécificités. La 14B prépare à l'entrée en structure médico-sociale ; la 22B accueille des patients dont la prise en charge est complexe, présentant des résistances au traitement ou nécessitant un accompagnement long et soutenu (elle met l'accent sur les capacités préservées et compétences de la personne plutôt que sur sa maladie afin de permettre au patient de retrouver un certain niveau d'autonomie) ; l'unité Sivadon poursuit l'objectif de retour dans la communauté de vie ordinaire.

L'établissement dispose de 432 lits qui se répartissent comme suit :

- 246 lits, dont 188 lits de psychiatrie adulte, 8 lits de psychiatrie infanto-juvénile et 50 lits en unité de soins de longue durée ;
- 183 places en hospitalisation de jour, dont 68 en psychiatrie infanto-juvénile.

Les principaux enjeux du projet d'établissement sont :

- la qualité et la sécurité du parcours patient ;
- l'amélioration et la diversité de l'offre de soins ;
- le développement du partenariat territorial de proximité ;
- la modernisation du patrimoine hospitalier ;
- la qualité de vie au travail ;
- l'efficacité organisationnelle et de gestion.

A la suite de l'importante réorganisation de 2017, la seule unité ayant élaboré un projet de service mis en œuvre dans ses grandes lignes est l'unité Paul Sivadon. Ce projet, rédigé en février 2019 par le médecin psychiatre et le cadre de santé responsables de l'unité et avec le soutien du médecin chef de pôle et du cadre supérieur du pôle, est centré sur la réhabilitation psychosociale des patients. Il décline des modalités d'organisation du service et des soins afin d'atteindre au maximum les objectifs fixés, à savoir le retour des patients dans la société avec tous les accompagnements nécessaires si besoin.

En 2017, avec le concours de la directrice de soins, l'unité 22 B a également ébauché un projet de service mais qui n'a jamais été finalisé faute de médecin pour le soutenir.

### **3.2 LE BUDGET DE L'ÉTABLISSEMENT EST DEFICITAIRE MALGRE UNE POLITIQUE ACTIVE DE MAITRISE DES DEPENSES**

L'EPSM de Caudan devrait selon les éléments de la direction clôturer son exercice budgétaire 2020 avec un déficit de 497 475 euros qui se cumule aux déficits antérieurs (13 689 en 2015, 205 268 en 2016, 396 524 en 2017, 133 080 en 2018, 517 798 en 2019) soit un déficit cumulé 2 034 863 euros.

Cette situation s'explique par :

- la pénurie médicale que connaît l'établissement et la nécessité de recourir à des missions d'intérim médical ;
- le déficit de recettes dû à l'hospitalisation de patients au long cours qui ne peuvent rejoindre une structure médico-sociale adaptée faute de place (maison d'accueil spécialisée, foyer d'accueil médicalisé, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) or des pénalités financières sont appliqués à l'établissement lorsque ces derniers restent plus de 292 jours à l'hôpital ;
- la revalorisation des traitements du personnel ;
- la dotation annuelle de financement qui ne suffit plus à compenser l'évolution des dépenses.

La pandémie de Covid-19 ne pourra qu'aggraver la situation.

Il n'y a pas eu avec l'agence régionale de santé (ARS) de revue annuelle du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) depuis deux ans.

Pourtant l'établissement a une politique active de maîtrise des dépenses. Il a fermé le pavillon d'hospitalisation PAIS en 2017 en raison d'une problématique de sécurité liée à la couverture médicale (cf. § 3.3) ce qui lui a permis également de réaliser des économies.

Malgré sa situation financière déficitaire, l'hôpital dispose de perspectives intéressantes :

- la mise en place d'un hôpital de jour pour adolescents a été autorisée avec une enveloppe financière de 500 000 euros ;
- l'établissement a remporté un appel à projet à hauteur de 380 000 euros pour installer une équipe mobile de réhabilitation.

De plus, la structure a également le souhait de développer une structure médico-sociale pour accueillir certains patients qui ne trouvent pas de place d'accueil ailleurs.

En raison de la structure immobilière vieillissante de l'EPSM, la direction a également missionné un cabinet d'architecture afin de réaliser un schéma directeur immobilier. Cette étude du potentiel du patrimoine doit être présentée aux instances-commission médicale d'établissement

(CME), comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), conseil de surveillance – en avril 2021.

La situation financière fragile de l'EPSM de Caudan ne lui permet que de faire la maintenance et l'entretien courant immobilier.

### 3.3 L'ETABLISSEMENT SOUFFRE D'UNE DEMOGRAPHIE MEDICALE DEFICITAIRE MALGRE UNE POLITIQUE PROACTIVE SUR LE SUJET

Le personnel représente 80 % des dépenses de l'établissement. L'effectif global de l'EPSM est stable avec 832,95 équivalents temps plein rémunérés (ETPR) en 2019 (835,51 en 2018 et 853,86 en 2017). Le taux d'absentéisme du personnel non médical est stable 7,37 %. Le taux d'absentéisme médical est passé en 2018 et 2019 de 4,14 % à 5,81 %.

La difficulté essentielle est la démographie médicale déficitaire : il y aurait actuellement trente-cinq à quarante postes de psychiatre vacants en Bretagne. A l'EPSM, cette problématique est particulièrement marquée puisqu'un tiers des postes étaient vacants au moment du contrôle sans grande perspective de recrutement à hauteur des besoins. De plus, certains sont en disponibilité et d'autres s'approchent de la retraite (en 2020, quatre psychiatres avaient au moins 62 ans). Actuellement, l'EPSM compte pour l'ensemble de ses services intra et extra hospitaliers 15,2 ETPR de psychiatres qualifiés, 5,3 ETPR de psychiatres en cours de qualification et 6,1 ETPR de pédopsychiatres.

L'établissement multiplie les stratégies pour attirer les professionnels. Il propose malgré sa situation financière déficitaire :

- à des médecins en cours de formation (dits non qualifiés) de les recruter, de financer la fin de leurs études et un déroulement de carrière intéressant ;
- des facilités d'installation pour les nouveaux médecins (prêt d'un logement, d'un véhicule, proposition de places en crèche) ;
- la mise en place de différentes solutions ayant trait à la qualité de vie au travail ; ainsi, afin de lutter contre l'isolement des médecins, les réunions d'équipes sont encouragées ; un salon/espace de détente consacré aux médecins a été « relooké » afin qu'ils puissent se retrouver entre eux ; de même la demande des médecins d'avoir une supervision est actuellement à l'étude.

L'EPSM a investi les réseaux sociaux et utilise les services d'un cabinet de recrutement depuis novembre 2019. L'établissement rémunérerait, au moment du contrôle, quatre médecins par intérim.

La direction est très sensibilisée à ce problème, car moins il y a de médecins plus le travail est lourd pour les présents, plus les gardes se multiplient avec le risque de provoquer de nouveaux départs. Elle n'a d'autres choix que de faire appel à des médecins intérimaires qui, par essence, n'ont pas vocation à s'ancrer dans les projets de soins de l'établissement et à développer avec les équipes des modalités améliorant la prise en charge des malades. Ce déficit impacte évidemment le suivi des patients tout comme les équipes de soignants.

*A contrario*, il n'y a pas de pénurie de personnel infirmier. Pour ces agents la région demeure attractive. De plus, après dix-huit mois comme infirmier contractuel, souvent positionné sur un *pool* leur permettant de prendre part au fonctionnement de différentes unités, il leur est proposé de passer titulaire, de suivre des dispositifs de consolidations des savoirs et d'être accompagné par un tuteur durant un an.

Les infirmiers travaillent en « trois-huit » (par unité, ils sont trois à quatre le matin, trois l'après-midi et deux la nuit) ce qui représente un confort de gestion pour l'établissement (car ils peuvent être mobilisés sur des temps de journées ou de nuit et ce type d'organisation de service est moins coûteux en personnel que d'autres) et permet aux soignants de bien connaître les patients. Il n'y a pas de rupture entre la prise en charge de jour et de nuit.

Les infirmiers ne se plaignent pas de ce fonctionnement. Ils ont *a contrario* exprimé leur mécontentement concernant la prise en charge des chambres d'isolement qui est chronophage et réduit le temps qu'ils peuvent consacrer aux patients de leur unité (cf. § 9.2.1).

Pour les infirmiers, une réflexion sur leur mobilité professionnelle au sein de l'EPSM est en cours afin de lutter contre la sédentarité de certains sur leur poste.

unités / fonction en ETPR	Pascal	Pussin	14A	22A	Sivadon	14B	22B
adjoint administratif	1	0,8	0,5	0	0	0,2	0,2
secrétaire médicale	0	0	0	0,8	0,4	0	0
ASH <sup>1</sup>	4	4,8	4,8	4	3,8	3	4
aide-soignant	0	0	1	1	3	4	4
assistant social	0,5	0,5	0,5	0,5	0,3	0,5	0,3
cadre de santé	1	1	1	1	1	1	1
Cadre supérieur de santé	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
psychologue	0,	0,15	0,4	0,2	0,15	0	0,3
infirmiers	21,3	17,75	17,5	16,8	15,6	13,9	14

*Effectifs non médicaux en ETPR au 1/11/2020 (sources : direction et recueil dans les unités)*

Chaque unité est dirigée par un cadre de santé (un ETPR).

Les aides-soignants (AS) ont les mêmes horaires que les infirmiers.

Les ASH travaillent en deux-huit de 7h à 14h50 et de 12h30 à 20h30.

Les psychologues interviennent à temps très partiel dans chaque unité puisque l'on compte 1,3 ETPR pour 156 lits en hospitalisation complète adultes plus 2 lits supplémentaires.

Les assistants de service social (ASS) sont également répartis sur plusieurs unités.

Aux dires de la direction, les relations avec les syndicats sont bonnes. Après avoir été très compliquées durant plusieurs années à la suite de la décision d'un précédent directeur de diminuer le nombre de jours de réduction du temps de travail, elles sont aujourd'hui apaisées et les syndicats participent à divers groupes de travail.

<sup>1</sup> ASH : agent des services hospitaliers qualifié.

La direction de l'établissement a prévu de consacrer 445 000 euros en 2021 à la formation continue. Elle concerne toutes les catégories de salariés de l'hôpital sous forme de formations individuelles, qualifiantes ou non ainsi que des formations à destination des équipes. Néanmoins, les formations relatives aux droits fondamentaux ou à l'isolement et la contention pourraient encore être davantage développées.

Des séances de supervision ont été mises en place dans certaines unités. Dans l'unité Sivadon, six séances annuelles pour les soignants et ASH sont consacrées à l'analyse des pratiques individuelles et collectives. Elles se déroulent en dehors de l'unité et sont animées par une psychologue extérieure à l'établissement.

Dans l'unité 22A, les séances de supervision ont été réinstaurées à la demande des ASS et des infirmiers.

A Pascal, l'équipe soignante ne bénéficie pas de supervision « et n'en manifeste pas le besoin ».

### RECO PRISE EN COMPTE 1

Toutes les équipes qui le souhaitent doivent pouvoir bénéficier d'une supervision par un intervenant extérieur à l'établissement afin de pouvoir interroger leurs pratiques professionnelles.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice de l'EPSM explique que « *chaque année la direction sollicite les quatre cadres supérieurs de santé pour organiser les supervisions au sein des unités. La participation est basée sur le volontariat et certains services ne souhaitent pas s'engager dans une démarche de supervisions. En 2011, 199 séances de supervision seront organisées à la demande des services. L'enveloppe dédiée aux supervisions se monte chaque année à 35 000 euros. Les équipes et leur cadre ont le choix du superviseur.* »

### 3.4 LES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT REPRESENTENT, DE FAÇON STABLE, UN QUART DES PATIENTS HOSPITALISES

Lors du contrôle au 11 janvier 2021, 49 patients étaient hospitalisés en SSC sur les 162 hospitalisés. Ces derniers ont représenté plus d'un quart (25 %) de la file active des patients hospitalisés à temps plein en psychiatrie en 2019 (28 % en 2018). 366 admissions ou réintégrations en SSC ont été effectuées en 2019 dans les différentes unités de psychiatrie.

Parmi ces mesures, à peine 6 % sont des mesures sur décision du représentant de l'État (SDRE) en 2020 (vingt-trois décisions), en baisse par rapport aux années précédentes (trente-quatre en 2018, soit 9 % des mesures).

Les 291 admissions ou réintégrations prises sur décision du directeur de l'établissement (SDDE) en 2020 (292 en 2019) se répartissent comme suit :

- 214 ont été effectuées à la demande d'un tiers (SDT), soit 64 % des mesures, chiffre stable par rapport à 2019 (234 SDT avaient été enregistrés soit 64 % des mesures également) ;
- 77 admissions ou réintégrations prononcées en 2020 l'ont été dans le cadre de soins en péril imminent (SPI), soit 23 % des mesures ; en 2019, les SPI avaient représenté 58 mesures soit 16,2 %.

L'établissement ne connaît pas de problématique de suroccupation des lits.

Toutes ces unités accueillent des patients en soins sans consentement.

unités effectifs patients	22A	14A	Pussin	Pascal	14B	22B	Sivadon
SDRE	0	3	1	3	0	3	1
SDD	4	6	5	6	3	6	3
soins libres	16	5	16	11	14	12	19
nombre total de patients	20	14	22	20	17	18	23
Nombre de lits	21+ un lit supplémentaire	20	25+ un lit supplémentaire	25	21	20	24

*Effectif de patients hospitalisés au 11/01/2021 et nombre de lits par unité*

Au moment de la visite il n'était pas constaté de suroccupation.

Un dispositif de régulation et d'orientation (DRO) dont le fonctionnement est assuré par les cadres de santé répartit les patients lors de leur arrivée dans les différentes unités d'accueil en fonction du secteur dont ils relèvent mais aussi des places disponibles.

Le fonctionnement du DRO est assuré par trois cadres de santé en heures et jours ouvrés. En dehors, la régulation et l'orientation des patients sont assurés par le cadre de santé de permanence.

### 3.5 LE COMITE D'ETHIQUE EXISTE MAIS MERITERAIT D'ETRE DYNAMISE

Le comité d'éthique (CE) existe depuis 2013 au sein de l'établissement mais il n'a pas fonctionné de 2016 à 2018 pour être relancé à compter de cette date par l'équipe de direction. Ce comité est composé de soignants volontaires des quatre pôles afin que ces derniers soient tous représentés et de personnes ressources susceptibles d'apporter leur éclairage. Il se réunit de façon trimestrielle et chaque fois que nécessaire en fonction des saisines. Ses membres ont rapidement demandé en 2018 que le personnel de direction qui était présent s'abstienne de venir afin que la parole soit totalement libre. Jusqu'à la date du contrôle, ce comité, qui vise à faciliter le dialogue au sein de l'institution et à accompagner les professionnels et les patients confrontés à des situations qui mettent en jeu leur santé voire leur vie, avait été très peu saisi. Il l'a été quatre fois lors du deuxième semestre 2020. Le 12 janvier, lors de la visite des contrôleurs, le CE étudiait une saisine faite par un médecin concernant une mineure et la possibilité de lui délivrer un médicament utilisé généralement pour les adultes. Dans ce cas d'espèce, l'autorisation de mise sur le marché permettant de délivrer ce médicament à un mineur existait, il semble donc que le requérant demandait surtout au comité d'éthique si ce dernier cautionnait une telle prescription.

De même, la direction avait saisi le CE lors de la mise en œuvre de l'unité Covid afin de savoir s'il était recevable de contraindre des patients au confinement dans cette situation. Le CE avait d'ailleurs par mail du 7 avril 2020 interrogé le CGLPL concernant : « *la recevabilité de contraindre au confinement un patient non observant et d'autre part s'il était légitime de prononcer une hospitalisation sous contrainte lorsqu'un patient infecté (par la Covid-19) demandait sa sortie* » ?

Le CE dispose d'un budget de « 2 500 à 3 000 euros » lui permettant notamment d'inviter des intervenants ou de participer à des colloques ou des journées de formation. Un questionnaire a été préparé à l'attention des salariés de l'établissement afin de mieux connaître leurs attentes

par rapport à ce dernier. Le CE est dans l'attente de sa transmission par la direction à l'ensemble du personnel. La direction a indiqué ne pas avoir connaissance de cette demande et « se rapprochera du CE pour en favoriser la diffusion ».

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

### 4.1 LES DELAIS DE NOTIFICATION NE SONT PAS TOUJOURS RESPECTES ET LES MOTIFS D'ADMISSION OU DE MAINTIEN EN SOINS SANS CONSENTEMENT NE SONT PAS SYSTEMATIQUEMENT PORTES A LA CONNAISSANCE DES PATIENTS

#### 4.1.1 L'information sur le statut d'hospitalisation sans consentement et les droits du patient

Dans le cas particulier des personnes admises en soins sans consentement, le processus d'information relatif à leurs droits se déroule en plusieurs étapes. Les décisions signées du directeur d'établissement portant admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT) ou l'arrêté préfectoral décidant d'une admission sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) sont adressés par le bureau des admissions à l'unité d'admission concernée. Durant la nuit et les week-ends, il appartient à l'administrateur de garde d'effectuer les formalités de signature. Les droits et les voies de recours ainsi que les coordonnées des autorités à saisir, réactualisés récemment, figurent au dos de la décision du directeur d'établissement. Concernant les arrêtés préfectoraux et les arrêtés du maire, un imprimé est joint au document.

La notification des droits au patient, lorsque son état clinique le permet, est réalisée par le cadre de santé et/ou par le personnel infirmier. Avant la réforme de 2011, elle était effectuée par le personnel du bureau des admissions. Bien souvent les soignants attendent la fin d'après-midi, moment de la journée où ils peuvent prendre le temps pour fournir des explications supplémentaires et répondre aux questions éventuelles.

Si le patient n'est pas en mesure d'entendre et de comprendre les informations transmises par les soignants, la procédure est différée de plusieurs jours, elle devra être tracée et la notification reprise ultérieurement, il apparaît que certaines notifications sont effectuées plusieurs jours après l'admission alors même que l'état clinique du patient ne le justifie pas. Des cas de notification trop tardives sont encore soulevés, comme celle d'une décision du 1<sup>er</sup> janvier 2021 notifiée le 5 suivant, sans qu'aucune explication n'apparaisse dans le dossier du JLD qui souhaiterait que l'imprimé de notification comporte une case permettant aux soignants de constater l'impossibilité de notifier lors d'un premier acte de notification. Dans une autre unité d'admission, si un patient est admis le week-end, la notification des décisions est reportée au lundi. A cet égard, le JLD a rappelé que les décisions devaient être notifiées dans les 24 heures comme le prévoit la loi.

#### RECOMMANDATION 1

La notification des décisions d'hospitalisation en soins sans consentement doit être effectuée dans les vingt-quatre heures qui suivent l'admission.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice de l'EPSM explique que « *des rappels aux services sont faits régulièrement notamment à la demande du juge des libertés et de la détention (dernier rappel en juillet 2021).*

*La notification est adressée le week-end dès signature de l'administrateur de garde dans l'UF ou au cadre de permanence par le BDAS.»*

Certains professionnels de santé ont bénéficié d'une formation spécifique relative aux soins sans consentement de deux jours, dispensée par un juriste. « L'objectif de cette initiative de la

direction était de sécuriser les pratiques institutionnelles. Trois sessions ont permis à la totalité des administrateurs de garde, 90 % des cadres de santé et une dizaine de médecins d'y participer ». D'autres soignants, ont indiqué avoir pris l'initiative de réactualiser leurs connaissances. Bien souvent, les agents reprennent avec le patient le contenu du document détaillant les droits et les voies de recours. Pour les patients admis à la demande d'un tiers, l'identité de ce dernier ne leur est que très rarement communiquée. Ils en ont connaissance au moment de l'audience devant le JLD.

## RECO PRISE EN COMPTE 2

Le patient doit être informé de l'identité du tiers qui a sollicité une décision d'hospitalisation en soins sans consentement auprès du directeur de l'établissement à travers la décision écrite d'admission prise par ce dernier.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice de l'EPSM explique que « *l'identité du tiers est désormais intégrée aux décisions.* »

A l'issue de la notification des droits, le patient se voit remettre une copie de la décision ou de l'arrêté ainsi que le document relatif aux droits et aux voies de recours. Un document intitulé « *notification de la décision du directeur* », décliné en trois parties, est joint à la décision du directeur d'établissement. La première partie est réservée au patient qui doit émarger le document et cocher les différentes cases indiquant qu'il a été informé de la décision et des voies de recours. Lorsque ce dernier refuse de signer le document ou si son état clinique ne lui permet pas de le faire, la deuxième partie du document contient deux mentions prévues à cet effet. Deux soignants doivent en cocher une selon la situation rencontrée, puis signer le document. Le JLD déplore que l'imprimé ne précise pas les raisons pour lesquelles le patient s'est retrouvé dans l'impossibilité de signer. Il souhaiterait les voir figurer. La troisième partie porte sur les droits du patient, avec un rappel de la loi, concernant ses données personnelles.

Concernant les arrêtés d'ASDRE, ces éléments apparaissent sous un autre format au dos du document. Une partie est réservée au recueil des observations en cas de refus. Selon les propos recueillis, ces informations sont rarement retranscrites.

Il revient en principe au médecin psychiatre, de communiquer au patient les raisons pour lesquelles, il est admis en soins sans consentement. Un praticien hospitalier (PH), interrogé par les contrôleurs, a indiqué qu'il évaluait en premier lieu chez le patient le niveau de connaissance de sa pathologie et des symptômes associés. Selon lui, il est indispensable de faire preuve de pédagogie car si le patient ne connaît pas sa pathologie, il ne va pas comprendre l'objet et le sens de son admission en soins sans consentement. Ces échanges se déroulent lors de l'établissement des certificats de vingt-quatre et de soixante-douze heures, durant lequel le médecin fait connaître au patient son intention de maintenir la mesure. Le praticien lui rappelle qu'il est en droit de s'y opposer et de faire un recours. Quel que soit le statut d'admission, le certificat médical n'est pas communiqué au patient à l'exception de l'unité 22A. De même, les motifs d'admission ou de maintien ne sont jamais reportés sur la décision d'admission en soins sans consentement. Les PH ne recueillent pas non plus les observations du patient.

### RECO PRISE EN COMPTE 3

Les décisions du directeur et les arrêtés du préfet 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 justifient la décision du placement en soins sans consentement doivent être joints aux décisions administratives et portés à la connaissance du patient.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice de l'EPSM explique que « *les certificats médicaux sont dorénavant annexés aux décisions et arrêtés.* »

Dans le cadre du renouvellement mensuel du certificat de maintien de la mesure en soins sans consentement, les patients ne seraient pas systématiquement reçus en entretien par le psychiatre. Cela peut également se produire lors de l'élaboration du certificat de 72 heures notamment lorsque le document doit être rédigé au cours du week-end.

### RECOMMANDATION 2

Dans le cadre du renouvellement des certificats de maintien de la mesure de soins sans consentement, un entretien médical doit systématiquement être conduit préalablement par le médecin certificateur.

En l'absence de réponse sur ce point, cette recommandation est maintenue.

L'examen des registres fait notamment apparaître que :

- les décisions de SDDE sont dorénavant préparées par le bureau des entrées en temps réel et signées par le directeur ou son délégataire dans les heures qui suivent, y compris les fins de semaine ;
- la preuve de la notification des décisions n'est pas toujours collée dans le registre, en conséquence de quoi, contrairement aux obligations de l'article L.3212-11 du code de la santé publique (CSP), la date de prise de connaissance par le patient de la décision de SSC et de la liste de ses droits en application de l'article 3211-3 du CSP n'est pas toujours tracée ;

### RECOMMANDATION 3

Le registre de la loi doit être renseigné dans le délai légal de 24 heures.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice de l'EPSM explique qu'« *au moment de la visite qui faisait suite aux congés de Noël, il y avait effectivement un mois et demi de retard .De manière générale, le retard est au plus de trois semaines.*

*Une amélioration du délai sera recherchée notamment pour les patients en hospitalisation complète et au regard des effectifs disponibles pour le renseignement du registre.* »

*Ces éléments n'apportent pas une réponse satisfaisante à la recommandation émise par le CGLPL.*

- l'identité du tiers n'est jamais mentionnée dans les décisions de SSDE prises à la demande d'un tiers ;
- la formulation des décisions de SDDE (« *Considérant que [...] du certificat médical du Docteur [...] joint à la présente décision [...]* ») laisse croire que le patient prend connaissance des certificats médicaux le concernant alors que ce n'est jamais le cas, les

certificats n'étant jamais joints à la décision ; lesdits certificats sont par ailleurs horodatés ;

- l'imprimé qui facilite la rédaction des arrêtés municipaux d'hospitalisation provisoire en vue d'une décision de SDRE comporte une case de notification, l'arrêté étant ainsi porté à la connaissance du patient.

### Bonne pratique 1

L'arrêté du maire destiné à initier l'hospitalisation sur décision du représentant de l'Etat est porté à la connaissance du patient.

Il arrive encore, comme constaté en 2015, que l'examen du registre ne permette pas de connaître avec certitude la suite donnée à la « *décision mettant fin à une mesure de soins psychiatriques* », hospitalisation en soins libres (SL), programme de soins ou levée de l'hospitalisation conjointe à la levée de la mesure. Néanmoins, dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice de l'EPSM s'est engagée : « *à ce que le certificat soit modifié dans les meilleurs délais pour permettre cette information* ».

#### 4.1.2 Les informations de portée générale

Lors de leur admission, les patients ne se voient pas remettre systématiquement le livret d'accueil de l'établissement. Leur arrivée ne s'accompagne pas toujours d'explications à l'exception d'une unité d'admission mais le personnel ne remet en général le document qu'aux patients admis pour la première fois. Les éléments d'information relatifs aux droits des patients (expression du droit civique, pratique d'un culte de son choix, confidentialité de l'hospitalisation, accès et communication du dossier médical, directives anticipées, désignation d'une personne de confiance, plaintes et réclamations, protection des données à caractère personnel), aux admissions en soins sans consentement et les mesures de recours figurent dans le document.

L'ensemble de ces informations figure également sur le site Internet de l'établissement. Chaque unité dispose d'un panneau d'affichage dont le contenu et l'actualisation des informations varient selon les unités.

Un document intitulé « *règles de vie de l'unité* », élaboré pour chaque service en janvier 2019, énonce celles-ci. Il n'est pas affiché dans toutes les unités et il n'est pas remis systématiquement au patient lors de son admission. Le contenu du document porte principalement sur les modalités d'accueil, le dépôt des valeurs et des effets personnels, les horaires des repas, les règles de vie en commun, l'accès au téléphone et l'organisation des visites. Les interdits (punis par la loi) sont également mentionnés. Le contenu du document varie peu d'une unité à une autre à l'exception des horaires des repas et des visites. Il convient de préciser qu'il n'est pas fait mention de la fermeture permanente de certaines unités. De même, concernant les unités dont les portes restent ouvertes en journée, l'horaire de fermeture n'est pas précisé.

### RECO PRISE EN COMPTE 4

Le document relatif aux règles de vie doit être spécifique à chaque unité et il doit être affiché dans les services d'hospitalisation.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice de l'EPSM explique que « *la trame des règles de vie a été travaillée par un groupe de soignant (choix de l'EPSM) afin de définir des conditions d'accueil homogènes, en particulier pour les unités d'admission. Cette trame est complétée par chaque équipe en précisant les spécificités de leur unité et l'affichage est défini comme obligatoire. Les conditions de fermeture des unités dans la journée sont précisées dans les règles de vie (cf. note de service 2017.55 diffusée à toutes les équipes).*

*L'affichage de règles de vie a été reprographié en couleur et plastifié, et adressé aux cadres des différents services pour affichage à l'entrée de leurs unités. »*

#### **4.2 LES EVENEMENT INDESIRABLES FONT L'OBJET D'UN SUIVI ATTENTIF**

Le service de la qualité et de la gestion des risques est dirigé par un ingénieur qualité. Les événements indésirables (EI) peuvent être remontés soit par le logiciel soit par tout autre moyen. Ainsi, l'ingénieur qualité épiluche les feuilles de garde afin de rentrer les EI qui ne l'auraient pas été. Depuis 2016, la déclaration des EI a considérablement augmenté puisqu'elle est passée de 336 à 553. Sur 2019, le nombre d'événements indésirables signalés est de 46 par mois. Ces derniers peuvent être signalés par toutes les catégories de personnel mais 58 % des signalements sont effectués par les infirmiers diplômés d'Etat (IDE) qui sont également la catégorie de personnel la plus nombreuse dans la structure, puis par les agents des services hospitaliers (ASH).

Le plus grand nombre d'événements indésirables signalés en 2019 concerne :

- les agressions physiques ou verbales envers le personnel avec 107 EI ;
- les fugues : 59 EI.

Une réponse est faite sous un mois au déclarant en lui indiquant ce qui a pu être décidé ou mis en place.

L'établissement organise également des retours d'expériences concernant les incidents les plus graves tels que les suicides, les suspicions d'agressions sexuelles, les violences hospitalières ou les problématiques liées au circuit des médicaments. A la suite de quoi un plan d'action est engagé.

A l'issue des échanges avec les contrôleurs, il semble que les événements indésirables sous-déclarés touchent notamment la non-présence d'un médecin, le fait qu'un médecin ne soit pas joignable ou des délais anormalement longs dans des procédures de soins sans consentement entre la rédaction du certificat et la notification au patient.

#### **4.3 LE PROCESSUS DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE EST EN PLACE MAIS CETTE DERNIERE N'EST PAS SYSTEMATIQUEMENT INFORMEE DE SA DESIGNATION**

L'information et les modalités relatives à la désignation de la personne de confiance figurent dans le livret d'accueil à la rubrique « *vos devoirs* » ainsi que sur le site Internet de l'établissement. Le processus de désignation et le rôle de la personne de confiance sont clairement explicités. Il est en outre précisé que la personne de confiance peut accompagner le patient, avec son accord, dans toutes ses démarches et participer aux entretiens médicaux. Un film, sur ce thème, avait été diffusé à destination des patients il y a environ trois ans à la cafétéria. Des brochures avaient également été distribuées.

Dans la plupart des cas, la désignation d'une personne de confiance s'opère dès l'entretien d'arrivée durant lequel le patient se voit remettre un formulaire à remplir et à signer. Cet imprimé fait également mention de la personne à prévenir. Les infirmiers maîtrisent la notion de personne de confiance et font la distinction avec la personne à prévenir.

Dans la majorité des unités, à l'exception d'une, le processus de désignation est en place ; en témoignent, les données chiffrées transmises aux contrôleurs. Cependant, il apparaît que l'accord des personnes désignées n'est pas explicitement recherché alors que leurs coordonnées sont renseignées. De même, seules les personnes de confiance également membres des familles sont réellement associées aux soins. Elles le sont alors davantage au titre de leur lien de filiation que du dispositif de la personne de confiance.

#### RECOMMANDATION 4

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

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice de l'EPSM explique que « *le mode opératoire "volontés du patient" explicite la désignation de la personne de confiance. Après recueil auprès du patient et trace dans le dossier patient individualisé (DPI), le questionnaire volonté est édité. La signature du patient et de la personne de confiance sont prévues. Un scan du document signé est intégré dans le DPI.* »

Cette réponse incomplète ne permet pas de considérer cette recommandation comme prise en compte.

#### 4.4 L'ACCES AU VOTE EST ORGANISE

Les patients en soins libres sortent comme bon leur semble pour aller voter, sous réserve de bénéficier d'une autorisation de sortie si leur état de santé le permet. L'établissement ne s'occupe pas d'organiser les déplacements.

A chaque échéance électorale, une note d'information relative à la tenue des élections et au recensement des patients souhaitant exercer leur droit de vote est adressée aux patients, par la Direction des relations avec les usagers, qui coordonne la démarche auprès des unités d'hospitalisations et avec la gendarmerie.

A cette dernière, est joint l'imprimé *Cerfa*<sup>2</sup> réglementaire pour les votes par procuration. Il est demandé aux cadres de santé de recenser les patients qui veulent voter et de leur faire remplir l'imprimé. Les procurations des patients doivent être retournées au service des mandataires judiciaires au plus tard le mercredi précédent l'élection. Les gendarmes se déplacent à l'hôpital EPSM Charcot pour récupérer celles-ci auxquelles sont jointes un certificat médical justifiant l'impossibilité de se rendre au bureau de vote ainsi qu'une photocopie de la carte d'identité du patient.

Les gendarmes se chargent ensuite de la remise des procurations et documents annexes aux employés des mairies ou les expédient par voie postale lorsque la mairie est trop éloignée.

Aux élections municipales de 2020 aucun patient n'a voté au premier tour et un seul au second tour.

---

<sup>2</sup> Formulaire administratif réglementé.

#### **4.5 L'ACCES AU CULTE FAIT COEXISTER LE RESPECT DE LA CHARTE DE LA LAÏCITE DANS LES SERVICES PUBLICS ET CELUI DES CROYANCES DES PATIENTS MAIS UNIQUEMENT POUR LES PERSONNES DE CONFESSION CATHOLIQUE**

Le site Internet de l'EPSM précise que la liberté de culte est respectée dans l'établissement conformément à la « *charte de la laïcité dans les services publics* » affichée dans toutes les unités comme l'ont constaté les contrôleurs. Il est également mentionné que les cadres de santé des unités de soins peuvent communiquer aux patients les coordonnées des représentants de leur culte et le numéro de téléphone de l'aumônier intervenant à l'hôpital est affiché.

L'EPSM salarie une aumônière de confession catholique en contrat à durée déterminée employée à mi-temps pour une mission de trois ans renouvelables. Elle dispose d'un bureau de permanence ouvert aux patients le mardi et le jeudi de 10h à 12h et le vendredi après-midi de 13h30 à 16h sur rendez-vous, dans son bureau ou dans les unités. Elle anime aussi une célébration tous les vendredis à 17h dans la chapelle jouxtant l'entrée de l'EPSM Charcot, et une fois par mois, la messe est célébrée par le prêtre de Caudan.

Dans certaines unités, 12A, 14A et 14B, les permanences de l'aumônière sont affichées.

Cette aumônière joue un rôle d'intermédiaire entre les patients et les autorités religieuses (rabbin, imam) des autres confessions. Les demandes les plus fréquentes concernent l'islam et elle se tient en contact avec un imam. Elle dispose d'un Coran et de tapis de prière qui peuvent être remis aux patients qui le souhaitent. En pratique, les patients ne peuvent contacter directement un autre dignitaire religieux sauf s'ils ont ses coordonnées, ce qui n'est pas normal. Les coordonnées de l'ensemble des aumôniers devraient faire l'objet d'un affichage.

L'aumônière ne rentre dans les pavillons qu'à la demande des patients. Les visites des personnalités religieuses tout comme la pratique du culte en chambre s'avèrent problématiques dans les chambres doubles.

L'aumônière participe au comité d'éthique (cf. § 3.5). Enfin, il lui est arrivé de remplir des fiches d'EI à la suite de signalements réitérés et non pris en compte par le personnel de l'unité pour des patients mal vêtus (chaussures non lacées et éculées entraînant des chutes récurrentes), ou portant des masques très sales et non changés, ou bien se mettant en danger sur la route.

#### **4.6 LE SERVICE SOCIAL EST ATTENTIF A LA PROTECTION JURIDIQUE DES PATIENTS MAIS LES MANDATAIRES JURIDIQUES SONT PERFECTIBLES**

##### **4.6.1 L'organisation**

L'EPSM dispose de son propre service de mandataires judiciaires (MJ) pour l'ensemble des services intra et extra hospitaliers ainsi que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) appartenant au GHBS.

Il compte cinq agents pour quatre ETPR. Au moment de la visite, 177 personnes étaient prises en charge par ce service dont la moitié vivant en EHPAD, les trois quarts sous tutelle, les autres sous curatelle et environ 15 faisaient l'objet de soins sans consentement. Cette équipe travaille du lundi au vendredi et n'assure pas de permanence le week-end ce qui est regretté par certains soignants qui peuvent être confrontés à des situations requérant son intervention (exemple d'une patiente victime d'agression sexuelle prise en charge par l'IDE seule).

D'autres majeurs protégés relèvent de mandataires judiciaires associatifs (UDAF<sup>3</sup> 56, etc.) ou familiaux.

#### 4.6.2 Les services aux majeurs protégés

Les assistants de services sociaux (ASS) présents dans toutes les unités s'enquière de l'accès aux droits sociaux des patients dès leur arrivée. Le cas échéant, ils entament les démarches en vue de leur ouverture ou de leur rétablissement et ce, en lien avec les MJ et notamment ceux de l'EPSM.

Les ASS comme les soignants sont aussi régulièrement en lien avec les MJ concernant la gestion des biens, la vie quotidienne ou encore le suivi médico-social des personnes protégées. La qualité de ces échanges varie beaucoup selon les mandataires concernés.

Le service des majeurs protégés de l'EPSM se charge de toutes les démarches incombant aux mandataires judiciaires : contact avec les familles, lien avec les banques, établissement de l'inventaire des biens mobiliers et immobiliers et, en collaboration avec les ASS des unités, de la recherche de logements en lien avec l'association ASTRE si le patient nécessite un étayage, ou de places en EHPAD.

Actuellement tous les patients doivent disposer d'un compte en banque. Pour les majeurs protégés dépendant du service de l'EPSM, la procédure suivante est mise en place : tous les mois, pour chaque majeur protégé, le service des mandataires judiciaires effectue un virement du compte bancaire du majeur protégé de la somme dont il a besoin mensuellement, sur le compte de l'association ASTRE sise au sein de l'EPSM. Tous les mois, un membre de l'ASTRE retire de ce compte l'argent en espèces et le remet à la régie de l'EPSM. La régie remet chaque semaine, à chaque patient, le numéraire qu'il a demandé ou qu'il est autorisé à recevoir et qui a été débité de son compte. La régie ne délivre pas d'argent sans l'accord écrit des mandataires judiciaires. Chaque patient est informé de la somme dont il peut disposer. Pour les majeurs protégés ne pouvant régler eux-mêmes leurs achats, il existe des bons d'achats acceptés par plusieurs commerces dont les mandataires judiciaires ont la liste.

En cas de besoin ponctuel, les soignants ou les ASS envoient un mail au service des MJ et une autorisation exceptionnelle de retrait d'argent est délivrée par les MJ et la régie est informée.

Pour l'achat du tabac, une commande nominative est effectuée une fois par semaine par les soignants des unités. Ces commandes sont regroupées par le service des MJ puis transmises à un membre d'une association qui achète le tabac chez un buraliste et le livre dans les unités, les soignants se chargeant de sa remise à chaque patient. Les montants dépensés pour cet achat sont prélevés sur le compte bancaire de chaque patient.

Il arrive que les mandataires judiciaires participent aux réunions de synthèse notamment dans les unités 22B et Pussin.

Les mandataires institutionnels sont convoqués aux audiences par le JLD mais ne s'y rendent jamais.

Il a été fait état de mandataires qui ne viennent pas voir la personne hospitalisée, qui se montrent défavorables à un retour au domicile et ne l'accompagnent pas matériellement même lors d'une autorisation de sortie, qui s'opposent à la sortie d'hospitalisation, qui refusent que leur protégé choisisse librement son thérapeute, ou qu'il ait accès à un logement par crainte d'ennuis avec les

---

<sup>3</sup> UDAF : union départementale des associations familiales.

baillieurs sociaux, etc. Ces pratiques sont de nature à retarder la levée de la mesure et la sortie d'hospitalisation.

#### RECOMMANDATION 5

Les mandataires doivent accompagner les protégés dans les actes de la vie courante, lorsqu'ils sont convoqués devant le juge des libertés ou encore lors de leur retour à domicile afin de favoriser le retour à la vie libre.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice de l'EPSM explique qu'« *il a été demandé aux mandataires judiciaires de l'établissement de participer aux audiences du JLD.* »

#### 4.7 LE SECRET PROFESSIONNEL ET MEDICAL EST RESPECTE MAIS L'INFORMATION SUR L'ANONYMAT POSSIBLE PENDANT L'HOSPITALISATION EST INSUFFISAMMENT DISPENSEE

Le livret d'accueil de l'EPSM reproduit la charte de la personne hospitalisée qui mentionne dans son paragraphe 9 le respect de la confidentialité des informations personnelles administratives, médicales et sociales concernant les patients. Il fait état également de la réglementation appliquée par l'établissement relative à la protection des données à caractère personnel, conformément à l'article R 6113-7 du code de la santé publique (CSP), et précise que le patient peut demander l'accès à ces dernières et leurs rectifications par l'intermédiaire du praticien responsable des soins. Toutefois, il ne mentionne nulle part la possibilité pour un patient d'être hospitalisé sous le régime de l'anonymat. Dans les unités, les soignants connaissent cette disposition mais attendent que le patient la demande.

#### RECO PRISE EN COMPTE 5

Il convient d'informer les patients dès leur admission, oralement et par le livret d'accueil, de la possibilité de conserver l'anonymat pendant toute la durée de leur hospitalisation.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice de l'EPSM explique qu'« *une information sur le cadre légal des anonymisations a été intégrée au livret d'accueil* ».

Le dossier médical et soignant est informatisé et commun à toutes les unités néanmoins il existe une anonymisation partielle des dossiers pour éviter le regard d'autres professionnels non concernés par la prise en charge du patient.

Dans l'ensemble, les cadres et soignants se montrent extrêmement vigilants sur le respect du secret médical et professionnel. Lorsqu'un proche téléphone pour prendre des nouvelles, il est procédé à un interrogatoire permettant de l'identifier et aucune information à caractère médical n'est délivrée en l'absence de médecin, seulement des éléments très généraux, au risque de susciter l'irritation des familles qui aimeraient en savoir davantage, surtout lors des épisodes de confinement où toute visite est interdite.

Les patients placés en soins sans consentement ne sont informés ni de la transmission aux ARS de données à caractère personnel et médical les concernant et alimentant le fichier HOPSYWEB ni des conséquences éventuelles qu'elle entraîne.

## RECO PRISE EN COMPTE 6

Les patients placés en soins sans consentement ou susceptibles de l'être doivent être informés de l'inscription de la mesure au fichier de traitement de données à caractère personnel HOSPYWEB relatif au suivi des personnes en soins psychiatriques.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice de l'EPSM explique que « *l'information de l'inscription de la mesure au fichier de traitement de données à caractère personnel HOSPYWEB relatif au suivi des personnes en soins psychiatriques est effectuée- Cela est désormais intégré dans les décisions notifiées aux patients. »*

## 5. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

### 5.1 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES VISITE L'ETABLISSEMENT AU MOINS UNE FOIS PAR AN

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) du Morbihan se composait encore d'un magistrat en 2020. Un psychiatre de l'établissement en est membre mais se retire quand l'EPSM est à l'ordre du jour.

Elle visite l'établissement au moins une fois par an et vise à cette occasion les registres de la loi en cours ; le visa de deux membres de la CDSP a été constaté dans le registre n°46 concernant les femmes en SSC. Sa venue est annoncée par affichage dans les unités. Un temps d'échange avec la direction et la communauté médicale a lieu ; des entretiens avec les patients se déroulent dans les pavillons centraux ou les unités. La dernière visite date du 6 novembre 2020, les précédentes des 11 mars 2019, 16 février et 9 novembre 2018.

Dans le dernier compte-rendu établi, à la suite de la visite de 2019, elle regrettait la méthode du copier-coller dans les certificats médicaux mensuels qui n'avaient pas, pour certains, la fréquence idoine au mépris de l'article L.3212-7 du CSP, et des avis du collège des professionnels pris sans référence au dossier médical.

Ces éléments sont également conformes à ceux exprimés par le JLD et participent de l'action conjointe d'amélioration du fonctionnement de l'établissement.

### 5.2 LA COMMISSION DES USAGERS ASSOCIE DIRECTEMENT DES USAGERS DE SOINS PSYCHIATRIQUES

#### 5.2.1 La commission des usagers

La commission des usagers (CDU) se réunit régulièrement. La dernière CDU a eu lieu le 2 décembre 2020 et son compte-rendu a été transmis aux contrôleurs. La précédente avait eu lieu le 23 septembre 2020. L'ordre du jour de décembre était complet et riche. Les échanges ont été qualifiés d'« *ouverts, autour de toutes les thématiques* ». La réunion suivante était fixée en février 2020, les réunions de la CDU continuant à se tenir pendant la crise sanitaire, même si des aménagements de la présence des usagers sont organisés (sollicitations de l'avis des membres par téléphone par exemple).

La CDU est présidée par un représentant des usagers membre de l'UNAFAM<sup>4</sup> ; les contrôleurs ont pu s'entretenir avec lui. L'ANAPEI<sup>5</sup> est également représentée.

Surtout, la CDU associe directement des usagers : deux adhérents du groupe d'entraide mutuelle (GEM) L'escale en sont membres invités. Leur présence a pu être qualifiée d'« aidante » par des professionnels.

---

<sup>4</sup> UNAFAM : union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques.

<sup>5</sup> ANAPEI : association nationale des associations des amis et parents de personnes handicapées mentales.

## Bonne pratique 2

Des usagers adhérents d'un groupe d'entraide mutuelle sont intégrés à la commission des usagers en tant que membres invités.

Dès 2018, des démarches ont été faites auprès de l'ARS, sur demande du GEM et incitation du président de la CDU, pour que des adhérents soient représentants des usagers mais cela n'a pas été autorisé au motif que les statuts du GEM ne le permettent pas. Le CGLPL le regrette, ayant l'habitude de recommander la représentation des usagers la plus directe possible dans les CDU.

En janvier 2021, l'EPSM cherchait à remplacer le médiateur médical, le précédent médecin ayant arrêté son activité en raison de son âge. Un médecin extérieur à l'établissement était souhaité par tous, y compris la CME. Devant l'insuccès de la recherche, l'ARS venait d'être sollicitée pour en désigner un, en application de l'article R1112-82 du CSP.

Des affiches parfois trop anciennes informent de l'existence de la CDU dans les unités, ainsi il a été constaté un affichage relatif à feu la CRUQPC<sup>6</sup> dans l'unité Pascal. Sa composition n'est pas toujours accessible par affichage dans les unités alors que le livret d'accueil renvoie à un tel affichage. Ledit livret donne des coordonnées téléphoniques et postales du secrétariat de la direction chargée de la gestion administrative des usagers, ainsi que les coordonnées téléphoniques du bureau des relations avec les usagers pour pouvoir solliciter les représentants des usagers.

### 5.2.2 L'association des représentants des usagers au traitement des plaintes et réclamations

Il a été rapporté le cas de situations complexes mettant en conflit des familles et l'EPSM, alors que le besoin et la demande de suivi médical existent, dans lesquelles un représentant des usagers a été associé aux discussions avec les équipes hospitalières en vue de faciliter la continuité de la prise en charge. Ces interventions sont précieuses aux yeux de toutes les personnes rencontrées.

### 5.2.3 La maison des usagers

Une maison des usagers (MDU) est installée à l'arrière du bâtiment administratif de l'EPSM. Elle réunit des associations d'aide aux malades et à leurs familles. Elle est décrite dans le livret d'accueil de l'EPSM (soutien et entraide, information sur les droits, promotion de la santé) ; le logo de certains intervenants<sup>7</sup> est intégré à la présentation. Des affiches complètent l'information à l'entrée des unités, mais les contrôleurs ont de plus noté que dans l'unité 22B les associations étaient inconnues des soignants.

La MDU était fermée lors de la visite en raison des restrictions sanitaires, sans que cela suffise à justifier cette fermeture qui dure depuis plusieurs mois. Les intervenants ont en fait tendance à s'installer dans la cafétéria, lieu central, convivial et fréquenté, même si cela était suspendu du fait des restrictions sanitaires. Dans le rapport de la visite de 2009, les permanences associatives se tenaient dans une structure extra hospitalière, à Lorient, mais la faible fréquentation était déjà regrettée.

---

<sup>6</sup> CRUQPEC : commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, ancienne dénomination de la CDU.

<sup>7</sup> UNAFAM, Espoir-Amitié 56, Al Anon, Alcool assistance, L'escale (GEM).

Un comité de pilotage (copil) des usagers les réunit régulièrement.

La méconnaissance des associations susceptibles d'aider les patients et leur famille étant un constat généralisable, l'EPSM a organisé en 2019 un forum des associations – à la demande de ces dernières – pendant une après-midi au cours de laquelle des créneaux distincts permettaient aux soignants et aux patients de s'informer. Cela mériterait d'être renouvelé.

Un groupe d'entraide mutuelle (GEM) existe depuis 2005 au sein de la communauté d'agglomération du Pays de Lorient (Morbihan) : L'escale. Il réunit plus d'une centaine d'adhérents. Il a des actions partagées avec l'EPSM, les liens avec ce dernier étant facilités par la présence au conseil d'administration du GEM du président de la CDU.

Le GEM est associé à la CDU (cf. § 5.2.1).

Des membres de la commission droits et libertés qui se réunit au sein de l'EPSM souhaiteraient que des adhérents du GEM soient entendus sur certains sujets. Cette nécessité est apparue après avoir entendu de la bouche d'une patiente : « *Ça me rassure que ce soit fermé* », au sujet de la liberté d'aller et de venir.

#### 5.2.4 Les questionnaires de satisfaction

Un questionnaire de satisfaction existe, joint au livret d'accueil. Dans les faits, il n'est pas rempli. Les contrôleurs ont constaté que les patients ne sont pas particulièrement accompagnés pour le renseigner lorsque la fin de leur hospitalisation se prépare ; 92 % des patients qui le remplissent le renseignent d'eux-mêmes.

La direction exploite quand même les retours en soulignant les limites de cet exercice (183 retours en 2019, soit un taux de retour de 9,9 % pour l'ensemble de l'EPSM, qui se décline en 5,7 % au pôle SAUCL, 16,9 % au PRPS et 42,6 % au PPSA, avec des différences également fortes entre les unités de chaque pôle). Selon ces questionnaires, 91 % des patients sont globalement satisfaits de l'accueil et des soins, mais les activités, la restauration et l'insonorisation des chambres recueillent les opinions les plus critiques. Un bilan annuel détaillé des questionnaires de satisfaction est établi et communiqué assez largement.

Parallèlement, la direction multiplie les moyens de recueillir le degré de satisfaction des usagers, par le biais :

- des réclamations des familles, qui portent surtout sur la discontinuité médicale dans les centres médico-psychologiques (CMP), la disparition de l'unité de primo-accueil PAIS, mais aussi dans une moindre mesure la promiscuité dans les unités, l'isolement et les mesures de SSC ; la directrice adjointe en charge de la qualité et de la gestion des risques s'entretient avec elles aussi par téléphone ;
- des réclamations des patients, écrites ou orales, ces derniers étant fréquemment reçus dans son bureau par la directrice adjointe en charge de la qualité et de la gestion des risques ;
- d'enquêtes flash, comme celle ayant eu lieu en 2019 à l'unité de soins de longue durée (USLD) concernant la restauration ;
- de questionnaires de satisfaction plus ciblés, concernant l'ambulatoire par exemple.

Eu égard au faible retour des questionnaires de satisfaction, la direction de l'établissement entend multiplier les enquêtes ciblées.

### 5.3 LE REGISTRE DE LA LOI NE PERMET LE CONTROLE DES MESURES QU'AVEC UN MOIS ET DEMI DE RETARD

Les registres sont tenus par le bureau des entrées, qui fonctionne 24h/24 et 7j/7.

Le rapport de 2015 décrivait l'existence de deux registres – un pour les hommes, un pour les femmes – recensant les mesures de SDT et les mesures de SDRE simultanément. C'est toujours le cas en 2021.

Les contrôleurs ont consulté les registres numéros 72 et 73 concernant les hommes, numéros 46 et 47 concernant les femmes, s'agissant des derniers volumes remplis et des volumes en cours d'utilisation. Ils ont tous été ouverts par le maire de Caudan.

Le visa de deux membres de la CDSP est inscrit dans le registre 46 à la date de sa dernière venue, le 6 décembre 2020.

Aucun autre visa d'autorités n'était visible. En 2015, ceux du procureur de la République et du président du tribunal de grande instance du ressort étaient inscrits.

Chaque folio comporte l'ensemble des décisions, certificats et avis qui émaillent la prise en charge d'un patient, réduits de 75 %. Les parcours individuels sont très lisibles. Le contrôle des mesures peut s'exercer à travers les registres. Il apparaît toutefois que les actes les plus récents ne sont pas inscrits dans le registre :

- les documents relatifs au contrôle judiciaire des mesures ne sont volontairement pas collés avant le passage devant le JLD ; il en résulte systématiquement un retard d'environ une à deux semaines dans les enregistrements ;
- de manière plus générale, il y a un mois et demi de retard dans l'enregistrement des mesures : la dernière admission en SSC inscrite dans le registre 73 date du 17 novembre 2020, celle inscrite dans le registre 47 du 19 novembre 2020 (cf. recommandation 3).

Il arrive encore, comme constaté en 2015, que l'examen du registre ne permette pas de connaître avec certitude la suite donnée à la « *décision mettant fin à une mesure de soins psychiatriques* », hospitalisation en soins libres (SL), programme de soins ou levée de l'hospitalisation conjointe à la levée de la mesure.

### 5.4 DES PROGRAMMES DE SOINS SONT DECIDES POUR SUSPENDRE TEMPORAIREMENT L'HOSPITALISATION COMPLETE ET LE COLLEGE DES PROFESSIONNELS N'ENTEND PAS LE PATIENT

#### 5.4.1 Les autorisations de sortie, la levée de la mesure, les programmes de soins

##### a) Les autorisations de sortie

Dans toutes les unités, des autorisations de sortie de moins de douze heures accompagnées sont octroyées régulièrement pour des soins somatiques, des achats – notamment de tabac – ou la récupération d'effets chez le patient. Elles constituent une modalité de réadaptation à la vie sociale dans les unités du PRPS : démarches administratives, achats, visites de logements ou de structures d'accueil. Les sorties sont effectivement envisagées en fonction de l'état clinique et non pas du statut de l'hospitalisation. Une période d'observation d'une semaine prévaudrait dans les unités d'admission, mais des autorisations de sortie octroyées dans les jours qui suivent l'admission ont été relevées dans les registres de la loi.

Lors de la visite, en raison de la pandémie, toutes les sorties étaient restreintes « *au strict nécessaire et besoin médical* » et limitées en principe à une fois par semaine, avec une plus

grande libéralité pendant les fêtes de la fin d'année 2020 qui venaient de se dérouler. Un test de contagion à la Covid-19 est réalisé chaque semaine sur les patients qui sortent régulièrement.

Concernant les patients en SDRE, le préfet autorise leurs sorties non accompagnées sous la double réserve préalable d'une sortie de moins de 12 heures accompagnée puis d'une sortie de moins de 24 heures accompagnée. Sous réserve de cette progressivité dans la durée et dans l'accompagnement, le représentant de l'État s'oppose rarement à l'avis médical favorable motivé. Les restrictions sanitaires liées à la pandémie ont allégé cette politique préfectorale progressive afin de limiter les allers et venues entre le domicile et l'hôpital : la durée la plus utile peut directement être demandée, les motifs de sortie étant par ailleurs restreints.

Ainsi, à l'unité 22B du PRPS, seize patients sur dix-huit bénéficiaient de permissions de sortie, y compris des irresponsables pénaux.

Il n'existe pas de difficulté à identifier un accompagnant. Le cas échéant, des auxiliaires de vie sociale (AVS) font l'accompagnement.

De manière générale, pour les patients pouvant sortir seuls, l'éloignement de l'hôpital des centres urbains et l'insuffisance des moyens de transport compliquent la mise en œuvre de ces autorisations de sortie. Un transport par bus ou navette permet seulement de rejoindre directement Caudan et Hennebont (Morbihan).

#### *b) La levée de la mesure*

Le travail sur le projet de sortie est généralement largement engagé : les ASS impulsent des démarches, les patients sont associés au projet de sortie et des autorisations de sortie de courte durée leur permettent de visiter le lieu d'hébergement envisagé, des réunions de synthèse associent, le cas échéant, des structures extra hospitalières ou médico-sociales, médecins et cadres se réunissent au sujet des cas complexes, etc.

Cependant, selon les cadres de santé et les médecins, il existe trop peu d'offres d'aval. Le manque de logements, la faiblesse de l'étayage extérieur, seulement six appartements thérapeutiques en intra hospitalier et six en extra hospitalier, les plages d'ouverture restreintes des CMP (fermés après 17h ainsi que les samedis, dimanches et jours fériés), les délais importants pour les prises en charge médicale dans ces centres et les hospitalisations de jour (HJ) aux capacités insuffisantes et les visites à domicile parfois refusées par le CMP de Lorient sont autant de freins au retour à la vie en société. A titre d'exemple, au moment de la visite, sur les vingt-cinq patients suivis par un médecin, six n'avaient aucun logement sans compter tous ceux qui, pour des raisons médicales, devaient en changer. A Sivadon, 22B et 14B, douze personnes dans chacune de ces unités attendaient une place dans une structure relais telle qu'un EHPAD, une maison d'accueil spécialisée (MAS) ou un foyer d'accueil médicalisé (FAM).

Des situations de stagnation dans l'hospitalisation sont identifiées dans toutes les unités : rejet par toutes les structures, s'agissant de patients jeunes par exemple ou de patients avec des antécédents judiciaires (« *trop jeune pour ceci, pas adapté pour cela, trop lourd pour ceci, etc.* ») ; absence de projet pour un patient en SDRE dans le cadre d'une irresponsabilité pénale après une hospitalisation de vingt années ; etc. C'est le cas notamment des patients « inadéquats » c'est-à-dire ayant séjourné plus de 280 jours à l'hôpital. Il s'agit par exemple au sein de l'unité 22A, d'une mineure de plus de 16 ans, confiée à la sauvegarde de l'enfance, déscolarisée, ayant mis en échec tous les placements antérieurs, présente depuis un an et demi faute de structure adaptée pour l'accueillir, et d'un patient de moins de 60 ans, présent depuis deux ans, en attente d'une place dans l'unité 14B, trop jeune pour être accueilli en EHPAD ou USLD et sans ressources financières pour bénéficier d'une dérogation et être accepté avant l'âge requis dans un établissement privé.

A leur sortie de l'hôpital, certains patients de 22B manifestent une réticence à intégrer une structure d'accueil et préféreraient retrouver leur domicile. Le cadre de santé déplore qu'on ne leur laisse pas la possibilité de faire cette expérience ne serait-ce que pendant quelques jours afin qu'ils réalisent par eux-mêmes les difficultés que cela pose. Pour ce faire, il faudrait que les médecins acceptent une prise de risque mesurée.

Par ailleurs, l'inaction de certains mandataires judiciaires constitue une limite à la levée d'hospitalisation (cf. § 4.6.2).

La pénurie médicale retarde parfois la production du certificat médical de fin de mesure. Elle n'aide pas non plus à motiver les équipes autour du projet de sortie. Dans les unités, les temps hebdomadaires de réunion de synthèse sont partout identifiés, mais elle n'est pas toujours animée avec régularité par un médecin. La coordination de l'intra et de l'extra hospitalier en souffre également (cf. § 8.2).

Des médecins privilégieraient la mise en place d'un programme de soins (PDS) afin d'éviter toute prise de risque.

Il arrive enfin que le préfet demande un second avis médical avant de prendre la décision de levée de la mesure. Les médecins le rédigent, sachant que la pénurie médicale constatée ralentit aussi la procédure rédactionnelle de ce second avis.

### c) Les programmes de soins

Si aucun patient en PDS n'est hébergé plus de la moitié du temps à l'hôpital lors de la visite, il apparaît que la notion de PDS est fréquemment utilisée pour octroyer aux patients des sorties de plus de 48 heures. Plusieurs situations ont été relevées dans les registres de la loi mais aussi parmi les hospitalisations en cours, comme le cas d'une patiente ayant passé quinze jours par mois dans sa famille de juin à septembre 2020 tout en restant hospitalisée. Ailleurs, un PDS a été octroyé le 21 décembre 2020 pour se rendre au domicile du 31 décembre 2020 au 3 janvier 2021. A l'issue, le patient réintègre l'hôpital de lui-même, sans nouveau certificat médical attestant de la dégradation de son état et nouvelle décision d'hospitalisation en SSC, comme s'il s'était agi d'une autorisation de sortie de très longue durée. De manière générale, ces PDS sont octroyés pendant des périodes de vacances, en été ou en fin d'année.

## RECOMMANDATION 6

Le programme de soins défini à l'article L.3211-2-1 du code de la santé publique doit être octroyé pour une prise en charge en ambulatoire. Son utilisation dans le cadre de permissions de sortie est à proscrire dès lors que le patient est maintenu dans un régime d'hospitalisation complète.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice de l'EPSM explique qu'« une vigilance sur le contenu des programmes de soins sera réalisée. »

Ces éléments ne sont pas assez précis pour que la recommandation puisse être considérée comme prise en compte.

Aucune difficulté n'a été identifiée concernant l'octroi de PDS par le préfet dans le cas des SDRE. Dans une situation relevée dans le registre au dernier trimestre 2020, un seul certificat médical précis a été suivi le même jour d'une décision de placement en PDS exécutée le surlendemain.

#### 5.4.2 Le collège des professionnels

Le collège des professionnels de santé est composé du médecin référent, d'un autre médecin du pôle et du cadre de santé. Il se réunit systématiquement et prend connaissance du dossier, mais le patient n'est jamais convié. C'est seulement à l'issue de la réunion que le médecin référent s'entretient avec le patient hospitalisé, selon le témoignage recueilli dans une unité.

#### RECOMMANDATION 7

Le collège des professionnels de santé doit recevoir le patient concerné.

En l'absence de réponse sur ce point, cette recommandation est maintenue.

### 5.5 LA PRATIQUE JURIDICTIONNELLE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION REND LE RECOURS PLUS ACCESSIBLE A TOUS LES PATIENTS

En marge de la tenue de l'audience, la magistrate qui occupe la fonction de JLD depuis septembre 2019 initie des réunions avec la direction de l'EPSM et sa CME. La dernière avait eu lieu le 18 décembre 2020 dans la perspective de la mise en œuvre de l'article 84 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 ; elle s'est accompagnée d'une visite de l'établissement. Une autre réunion était espérée par tous.

#### 5.5.1 La convocation à l'audience

##### a) La convocation

Lors de la remise de la convocation à l'audience par un cadre ou un soignant de l'unité, des explications sont données au patient sur le rôle du JLD. Même s'ils n'ont pas été formés spécifiquement et même si ceux qui avaient déjà assistés à une audience sont rares, les professionnels rencontrés ne se sentaient pas en difficulté pour ce faire. Il peut par exemple être dit : « *Cela vous donne la possibilité de vous faire entendre et d'expliquer votre point de vue.* »

Dans plusieurs unités, il a été précisé qu'une copie de la convocation est systématiquement proposée au patient, qui bien souvent ne la prend pas.

Il est indiqué au patient qu'il se rendra seul à l'audience, mais il peut, comme cela a été expliqué aux contrôleurs, demander à être accompagné par un soignant.

##### b) L'audiençabilité

Les certificats médicaux de non-audiençabilité sont motivés précisément et sont actualisés. Ils sont émis dans des proportions raisonnables : 20 dispenses médicales d'audience en 2019 sur 251 mesures de SCC dont 229 donnant lieu à examen au fond (8,7 %) ; 34 dispenses en 2020 sur 319 mesures de SSC dont 288 donnant lieu à examen au fond (11,8 %).

Par ailleurs, 6 patients n'ont pas voulu se présenter à l'audience en 2019 (2,6 %) et 16 en 2020 (5,5 %).

Dans le cas d'un certificat non motivé ou lorsqu'un patient est absent de l'audience sans justification, la JLD prend l'initiative de se rendre dans l'unité pour le rencontrer. Il s'agit d'une pratique initiée par son prédécesseur et qui couvre aussi, le cas échéant, la situation de patients placés en isolement. Cela reste rare. Il a pu être recueilli le récit d'une telle audience qui s'est déroulée dans la chambre d'isolement d'une patiente, où avaient pénétré le juge, le greffier,

l'avocat ; la patiente ayant demandé qu'il y ait moins de monde, l'avocat s'est placé dans le couloir ; une décision a été prise au fond.

Cette pratique préexiste à l'énoncé législatif du contrôle du JLD sur les mesures d'isolement et de contention et est de nature à le faciliter.

Parallèlement, les patients détenus (qui ne font pas l'objet d'un certificat de non-audiençabilité mais qui ne sortent pas de l'unité, cf. § 10.3) sont entendus par le JLD accompagné de sa greffière dans un bureau de l'unité elle-même.

### Bonne pratique 3

Le juge des libertés et de la détention tient son audience dans l'unité dès lors que s'y trouve un patient détenu ou un patient soumis à une mesure d'isolement qui fait l'objet d'un certificat de non-audiençabilité.

## 5.5.2 La tenue de l'audience

### a) La salle d'audience

L'audience – à laquelle les contrôleurs ont assisté le jeudi 14 janvier 2021 au matin – se tient dans une salle de réunion, qui est indiquée par des panneaux signalétiques au sein de l'hôpital. Ce lieu ne présente aucun des attributs de la justice. Ce n'est que depuis 2016 qu'elle se tiendrait à Caudan ; auparavant, elle avait lieu au TJ de Lorient. Des tables sont accolées pour l'occasion les unes aux autres, le magistrat et sa greffière se tenant d'un côté, le patient et son avocat de l'autre, dans une configuration qui incite à la discussion. La porte de la salle, vitrée, qui donne directement sur l'extérieur, est ouverte – sauf en hiver à cause du froid. Un agent du bureau des entrées se tient à la disposition de la juridiction et fait entrer les patients à tour de rôle afin de préserver la confidentialité des situations individuelles telles qu'elles sont ensuite exposées par le magistrat et le justiciable.

Cet état des lieux convient à toutes les parties, même en l'absence de convention établie entre l'établissement et le TJ de Lorient, que le CGLPL invite pourtant à conclure.



*La salle de réunion configurée en salle d'audience*

## RECO PRISE EN COMPTE 7

Une convention doit prévoir les circonstances et les modalités dans lesquelles le juge des libertés et de la détention tient son audience sur l'emprise de l'hôpital.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice de l'EPSM explique qu'« *un projet de convention a été établi et adressé au tribunal judiciaire de Lorient* ».

### b) Le déroulement de l'audience

Deux audiences hebdomadaires sont prévues : le lundi après-midi, le jeudi matin. Les patients sont convoqués 30 minutes avant le début de l'audience afin d'avoir rencontré leur avocat lorsque le magistrat arrive. Le patient et son avocat peuvent s'entretenir dans une petite pièce fermée attenante à la salle d'audience.

Tous les patients se rendent à l'audience vêtus de leurs effets personnels, aucun n'est jamais maintenu en pyjama.

Parmi les quatre patients qui se sont présentés le 14 janvier, aucun n'était accompagné d'un soignant et ils étaient tous assistés par le même avocat du barreau de Lorient commis d'office. Les avocats ne reçoivent pas de formation spécifique à ce contentieux.

La permanence du barreau est suffisamment pourvue en volontaires pour assurer l'ensemble des désignations demandées. L'avocat désigné reçoit le dossier par messagerie électronique. L'avocat rencontré à l'issue de l'audience du 14 janvier revêtait systématiquement sa robe afin d'être identifiable par tous, la configuration de la salle d'audience étant celle d'une salle d'entretien et que « *ici, sans cela, on ne sait pas où on est* ».

Le tiers demandeur, régulièrement convoqué, se présente parfois.

Il a non seulement été indiqué aux contrôleurs que la JLD faisait preuve de pédagogie au cours de l'audience et interrogeait le patient sur son hospitalisation et son ressenti, mais les contrôleurs l'ont aussi observé. Chaque audience débute par : « *Je suis le juge, je suis là pour vérifier la régularité de la procédure d'hospitalisation* » puis la magistrate donne la parole au patient en l'interrogeant sur les circonstances qui ont conduit à son hospitalisation.

### c) Les décisions

Les ordonnances ne sont pas prises sur le siège, même s'il pourrait y avoir le matériel utile. Elles sont adressées dans la même journée par messagerie électronique au bureau des entrées et à l'avocat qui est intervenu et transmises sur-le-champ dans l'unité concernée aux fins de notification au patient. La JLD ponctue son audience par : « *Vous aurez ma décision cet après-midi* », ce qui est effectivement le cas. Le patient se voit expliquer par un soignant les possibilités de recours et il est accompagné dans sa démarche lorsqu'il veut en exercer un.

Les ordonnances du JLD comportent toutes trois attendus de principe :

- décision n°2013-367 du Conseil constitutionnel du 14 février 2014<sup>8</sup> ;
- l'article L.3211-3 alinéa 1 du CSP ;
- l'exposé de la portée du contrôle du JLD.

Le JLD estime encore que selon les psychiatres qui les rédigent, les certificats médicaux sont parfois des copier-coller, néanmoins de façon très variable des efforts d'individualisation,

---

<sup>8</sup> Décision prise à la suite d'une question prioritaire de constitutionnalité.

d'actualisation et de clarté ont été fait par ceux qui en rédigent régulièrement. Des difficultés persistent avec les médecins du PPSA et ceux de garde en général qui en rédigent plus aléatoirement. La CDSP a fait le même constat en 2019 (cf. § 5.1).

Une évolution positive a été constatée concernant les certificats médicaux, ils sont dorénavant horodatés.

Il y a peu de mainlevées : cinq en 2019, une en 2020.

Depuis la promulgation de l'article 84 de la loi précitée, la JLD a demandé aux médecins de préciser dans l'avis motivé rédigé au plus tard au 8<sup>ème</sup> jour si le patient a été soumis à une mesure d'isolement ou de contention, dans l'objectif de pouvoir expliquer audit patient les droits dont il dispose en pareille situation ; le modèle de certificat a été adapté en ce sens. Dans le même objectif pédagogique, l'imprimé de notification de la décision de SSC a été modifié : il inclut dorénavant une présentation des voies de recours contre une mesure d'isolement et de contention.

#### Bonne pratique 4

Le juge des libertés et de la détention, en prévoyant la mise en œuvre de son contrôle de l'isolement et de la contention à travers les documents qui lui sont soumis en application de l'article 84 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020, fait preuve de pédagogie tant à l'égard du personnel de l'établissement hospitalier que des patients.

La JLD ordonne une expertise du justiciable dès lors qu'il y a une « *contradiction entre le ressenti et les certificats médicaux* ». Les avocats formulent une demande en ce sens pour la même raison. Un expert étant actuellement disponible, l'expertise est communiquée dans un délai d'environ deux semaines tout en sachant que « dans 70 % des cas environ, les gens sont sortis avant que l'expert les voie ». Le 14 janvier 2021, une telle expertise a été ordonnée par le JLD dans un des quatre dossiers audiencés. En 2019, huit expertises ont été ordonnées ; en 2020, il y en a eu six. Les statistiques fournies par le bureau des entrées font apparaître l'activité juridictionnelle suivante :

	Mesures de SSC	Décisions du JLD du TJ de Lorient				Pourvoi en appel	Décisions de la cour d'appel de Rennes (Ille et Vilaine)	
		Sans objet	Maintien	Mainlevée	Expertise		Irrecevable, Sans objet	Maintien
2019	251	22	216	5	8	9	-	9
2020	319	31	281	1	6	17	2	13

## 6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

### 6.1 MEME SI LA MAJORITE DES UNITES SONT FERMEES, LES RESTRICTIONS SONT RARES, INDIVIDUALISEES ET FONT L'OBJET D'UNE DECISION MEDICALE

#### 6.1.1 La circulation des patients au sein de l'établissement

L'enceinte de l'hôpital est entourée d'une clôture de 2,50 m de haut avec deux accès possibles : un accès principal et une entrée logistique à destination de la cuisine centrale et de la buanderie, gérées par le groupement d'intérêt public (GIP) « Bretagne santé logistique » (BSL). Chaque pavillon comporte un ou plusieurs espaces extérieurs clos comportant un coin abrité permettant notamment de fumer par tous les temps.

Après avis de la CME en avril 2017, une note de service a été formalisée et diffusée à l'ensemble de l'établissement, indiquant que tous les pavillons d'hospitalisation seraient désormais ouverts de 9h à 18h avec une possibilité de fermeture ponctuelle si l'état d'un des patients le justifiait ; cette règle est toujours en vigueur. Au sein des unités Pussin et Ty Glas, la décision de la fermeture est discutée tous les matins lors de la réunion de l'équipe.

Au moment de la visite, les unités 14 A, 22 A, Pascal et Ty Glas étaient fermées en raison, selon les professionnels de la présence de patients désorientés ou en soins sans consentement, Pussin était fermée malgré l'absence de patient « *présentant un risque de fugue* » et les unités 22 B et Sivadon étaient ouvertes. Selon des déclarations faites aux contrôleurs, certaines unités sont de plus en plus souvent fermées, parfois même en l'absence de cas le justifiant.

A quelques rares exceptions près, tous les patients pouvaient sortir dans le parc pour s'y promener ou se rendre à la trésorerie ou à l'espace Bonnafé, soit librement, soit en respectant des créneaux horaires, soit, parfois, accompagnés.

La question de la fermeture des pavillons est un sujet qui interroge l'ensemble des équipes. En effet, les patients en soins sans consentement (SSC) répartis actuellement dans toutes les unités, les questionnent sur la pertinence de cette organisation. Les unités devant rester ouvertes pour les patients en soins libres se ferment de plus en plus par crainte des fugues de patients en SSC et de la mise en cause de la responsabilité des médecins en cas d'accident. Une réflexion est engagée sur l'opportunité de réserver des unités pour les patients en soins sans consentement. Bien que sensible à leur problématique sur l'ouverture/fermeture des unités, le CGLPL n'est pas favorable au regroupement des patients en soins sans consentement dans une même unité car cela ne manquerait pas de les stigmatiser.

De plus, ce qui justifie l'enfermement du patient ne doit jamais être le statut de ce dernier.

#### RECOMMANDATION 8

Les restrictions relatives à la liberté d'aller et venir doivent être justifiées par l'état clinique des patients et non par le statut d'hospitalisation.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice de l'EPSM explique que « la note de service n°2017.55 précise que la fermeture des pavillons doit se justifier par l'état clinique du patient. Cette note a été diffusée par courrier à l'ensemble des équipes et est présente sur la gestion documentaire ».

### 6.1.2 La gestion de la sécurité

Les deux entrées dans l'enceinte de l'hôpital sont fermées entre 23h et 5h. Dans la journée, les mouvements sont libres et non contrôlés. Au moment de la visite, en application des directives liées à la pandémie, un factionnaire était présent à l'entrée principale et la barrière ouverte sur des créneaux définis. Le portail était fermé sur des moments également définis (soirée, nuits, week-ends et jours fériés).

Cinq caméras filment l'entrée et une partie du parking principal ; les images sont reportées dans le bureau du standardiste ; elles sont enregistrées et conservées pendant dix jours. Il a été évoqué avec les contrôleurs un projet de mise en place de barrières et de contrôle, avec notamment un système de vidéosurveillance plus complet.

Il n'y a pas d'équipe permanente de sécurité. Deux agents de sécurité sont présents entre 8h et 16h ; ils interviennent en cas d'alarme incendie. Hors heures ouvrables, il est fait appel aux pompiers. Chaque soir, il est transmis au bureau d'accueil la liste des chambres fermées à clé pour la nuit.

Les chambres de certaines unités sont équipées de verrous de confort mais ceux-ci peuvent être ouverts facilement à l'aide de tout objet ressemblant à une clé carrée ou un tournevis : couteau, cuillère, etc. Il a été déclaré aux contrôleurs que des verrous de confort mieux sécurisés devaient être installés dans toutes les chambres.

#### RECOMMANDATION 9

Des verrous de confort sécurisés permettant au patient de fermer la porte de sa chambre sans qu'un autre patient puisse ouvrir doivent être installés.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice de l'EPSM explique que « *la sécurisation des chambres est intégrée au plan d'actions du plan de sécurisation de l'établissement* ».

L'absence d'échéancier précis empêche de considérer cette recommandation comme prise en compte.

Certaines chambres, notamment dans l'unité 14 A, ne sont pas équipées de dispositif d'appel relié au bureau des soignants de l'unité.

#### RECOMMANDATION 10

Toutes les chambres doivent être équipées d'un dispositif d'appel relié au bureau des soignants de l'unité concernée.

En l'absence de réponse sur ce point, cette recommandation est maintenue.

Les équipes soignantes disposent de dispositifs d'alarme individuels du type PTI<sup>9</sup> ; leur déclenchement est reçu par l'ensemble des pavillons voisins, permettant aux soignants de ces pavillons de venir en renfort.

<sup>9</sup> PTI : protection travailleur isolé.

## 6.2 LES RESTRICTIONS DE LA VIE QUOTIDIENNE SONT RARES ET INDIVIDUALISEES

### 6.2.1 Le rythme de vie et l'accès aux différents espaces de l'unité

Dans certaines unités, telles que 22A et Sivadon, les patients sont réveillés vers 8h pour leur permettre de prendre leur petit-déjeuner ; dans d'autres unités, ils sont libres de se lever quand ils veulent. Le soir, il n'existe aucune contrainte d'heure du coucher.

L'accès aux chambres est libre toute la journée, sauf dans l'unité 22A, où il n'est pas autorisé au moment du ménage, qui est réalisé pendant le repas de midi ; il est à nouveau libre dès la fin du déjeuner pour permettre aux patients de faire une sieste.

Dans chaque pavillon un espace extérieur clos est accessible aux patients dans la journée. Il peut arriver dans certaines unités (ex : Ty Glas) que l'accès soit momentanément contrôlé en raison de la présence d'un patient ayant des velléités de fugues. Dans l'unité Pussin, la terrasse est accessible librement jour et nuit.

### 6.2.2 L'accès au tabac

La gestion du tabac est libre pour la majorité des patients, qui peuvent notamment conserver leurs briquets jour et nuit – sauf à Ty Glas – même si les règles de vie rappellent l'interdiction de fumer à l'intérieur des locaux.

Les restrictions sont exceptionnelles ; quelques patients préfèrent confier leur tabac aux soignants, qui les placent dans les casiers individuels rangés dans une armoire de leur bureau ; de très rares autres patients sont soumis par une décision médicale à une limitation de leur consommation, contrôlée par les soignants.

La nuit, le patient fumeur doit obtenir l'accord du soignant pour sortir. Il n'existe pas d'allume-cigarette dans les espaces extérieurs.

L'approvisionnement en tabac peut se faire de plusieurs façons : par le patient lorsqu'il est autorisé à sortir – éventuellement accompagné –, par des proches notamment lorsqu'ils apportent du linge propre, par les mandataires judiciaires ou par une association qui regroupe les commandes et assure la livraison dans les unités. Les contrôleurs ont eu connaissance de quelques tensions sur ce point liées à la réduction drastique des visites et des permissions de sortie durant la pandémie.

### 6.2.3 L'usage du pyjama

Le port du pyjama n'est pas une pratique habituelle dans cet établissement. En dehors des chambres d'isolement, où il est systématique (cf. § 9.2.1), il n'est imposé qu'exceptionnellement, dans certaines unités (14A), pour des motifs tels que le risque de fugue, de récupération de produits stupéfiants, le risque suicidaire ou l'absence de vêtement personnel.

La JLD a déclaré n'avoir jamais vu comparaître un patient en pyjama (cf. § 5.5.2.b).

Durant leurs visites dans l'ensemble des unités, les contrôleurs n'ont rencontré aucun patient en pyjama, ce qui corrobore les informations qu'ils avaient reçues.

## 6.3 LES COMMUNICATIONS AVEC L'EXTERIEUR, EN PRINCIPE PEU RESTREINTES, SONT REDUITES EN RAISON DE LA PANDEMIE, ET CONTRAINTES PAR LA MAUVAISE RECEPTION DES RESEAUX ELECTRONIQUES

En temps normal, les visites sont autorisées l'après-midi entre la fin du déjeuner et l'heure du dîner, avec une tolérance le matin pour les contraintes familiales particulières. Toutes les unités

disposent d'un espace aménagé propre, accueillant et dont la confidentialité est assurée. Selon les unités, les visites sont autorisées dans toutes les chambres (ex : à Pascal), uniquement dans les chambres individuelles ou dans aucune chambre (ex : à Sivadon) ; à Ty Glas elles sont autorisées dans les chambres doubles sous réserve que le voisin du patient visité accepte de quitter sa chambre pendant la visite. Souvent, les familles rencontrent le patient dans le patio de l'unité, dans le parc ou dans l'espace Bonnafé. En temps normal, en dehors des personnes placées en chambre d'isolement, les cas de patients non autorisés à recevoir de visite sont rarissimes et sujets à une directive médicale.

Au moment du contrôle, en raison de la pandémie, les visites étaient interdites sauf circonstance exceptionnelle et avec l'autorisation du médecin, sur prise de rendez-vous, deux personnes au maximum sans mineur et pour une durée maximale d'une demi-heure. Les espaces de visite ont été modifiés ; les sièges ont été espacés, certains sont interdits ou ont été retirés ; après chaque visite, les lieux et le mobilier sont désinfectés.



*L'espace visite dans le hall d'accueil des unités Pascal et Pussin*

Sauf cas exceptionnel et sur directive médicale, l'usage du téléphone personnel est autorisé ; selon les unités, les patients gardent leurs chargeurs ou doivent les remettre aux soignants (ex : Ty Glas), auquel cas ils peuvent leur confier leur téléphone, souvent la nuit, afin de les recharger. Les patients qui n'ont pas de téléphone portable ont accès à un téléphone fixe (unités 14A, 22A, 22B, Sivadon) ou un téléphone sans fil qui leur est prêté par les soignants ; dans tous les cas, c'est un soignant qui compose le numéro d'appel ou réceptionne la communication avant de la transmettre. Les postes fixes sont situés dans des locaux communs – à l'exception de celui de l'unité 22B, qui est dans l'espace de visite – ce qui n'est pas propice à une confidentialité. La mauvaise réception du réseau téléphonique ne permet pas toujours d'utiliser un téléphone portable depuis une chambre, voire de l'intérieur de l'unité. Dans l'unité 14A, une note affichée datant d'octobre 2015 précise : « *En raison des demandes incessantes pour mettre en charge ou récupérer les portables, nous avons fait le choix en équipe d'une nouvelle organisation. Merci donc d'en tenir compte dès à présent : dorénavant vous pourrez déposer ou récupérer vos portables entre 9h et 9h30, entre 12h30 et 13h, entre 18h30 et 20h. Toute demande en dehors de ces créneaux horaires sera refusée. Pouvez-vous également éteindre vos téléphones lors de la charge ? Merci de votre compréhension. Pour rappel, l'usage du téléphone portable reste sous autorisation médicale* ». Au moment de la visite, les téléphones étaient laissés aux patients mais les chargeurs étaient conservés dans le bureau des soignants.

Plus généralement, en l'absence d'équipement Wifi, l'accès au réseau Internet est très aléatoire. Certains patients ont un ordinateur portable personnel mais sa connexion est quasiment impossible. Ils ont la possibilité d'utiliser un ordinateur situé dans l'espace Bonnafé, mais son

fonctionnement est tout autant aléatoire. Les unités 14A et Sivadon disposent d'un ordinateur qui peut être utilisé par les patients après accord d'un soignant.

Le courrier des patients reste confidentiel ; les patients sont invités à ouvrir leurs colis en présence d'un soignant. Ils peuvent acheter des timbres à l'espace Bonnafé et poster leur courrier lors de leurs sorties, le déposer dans la bannette de l'unité ou le remettre à un soignant. Au besoin, en particulier dans le cas d'un patient indigent, les timbres sont remis gracieusement par les soignants. Le courrier arrivé est remis aux patients par le personnel soignant.

Chaque unité dispose de deux postes de télévision dont un dans un salon aménagé et l'autre souvent dans la salle commune ou dans la salle à manger, à l'exception de Pascal qui n'en a qu'un. L'accès à la télévision est possible toute la journée, en général jusqu'aux environs de 23h avec la possibilité de prolonger jusqu'à la fin du programme en cours. L'emploi de la télécommande est libre sauf dans l'unité 22 A, où un patient avait avalé les piles.

### RECOMMANDATION 11

La mise en place d'un réseau Wifi est d'autant plus indispensable que la réception du réseau de communications électroniques actuelle est très mauvaise.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice de l'EPSM explique qu'« une étude d'installation d'une antenne relais GSM avait été réalisée en 2019 . Cette étude sera relancée.

Dans le cadre du schéma directeur des systèmes d'installation du GHT, il est prévu en parallèle du déploiement du dossier patient informatisé SILLAGE®, l'extension de la couverture WIFI sur les sites actuellement non équipés notamment pour l'EPSM Charcot les bâtiments 12A, 14A, 22A, 22B, Pascal, Pussin, Sivadon, UHEA.

Dans le cadre du programme d'égalité numérique pour l'ensemble des sites du GH, il est prévu d'ouvrir ce service progressivement et de manière sécurisée aux patients sur la période 2021 à 2023 ».

La mise en œuvre est trop aléatoire pour pouvoir considérer cette recommandation comme prise en compte.

## 6.4 LA VIE SEXUELLE DES PATIENTS N'EST PAS PRISE EN COMPTE INSTITUTIONNELLEMENT

La sexualité des patients n'est pas une question abordée par l'institution. Les réponses apportées par les équipes à l'expression d'une vie sexuelle sont donc très différentes d'une unité à l'autre, y compris au sein d'un même pôle, au risque de tout chercher à reporter en dehors du lieu d'hospitalisation ou au risque de se fermer les yeux quand une situation de sexualité des patients survient.

Il a par exemple été relevé dans l'unité Pussin que deux patients peuvent passer du temps ensemble dans une chambre dès lors que le consentement des deux est assuré. A l'inverse, dans l'unité Pascal, la même situation a donné lieu à une réattribution des chambres mitoyennes des deux patients concernés afin de les éloigner. Dans l'unité 22B, dans le cas du rapprochement de deux patients et d'un moment partagé dans la chambre de l'un, aucune discussion avec eux n'a eu lieu pour s'assurer de leur consentement mutuel et aborder la question de la contraception et de la prévention des maladies sexuellement transmissibles (MST).

La question de la vulnérabilité des patients concernés reçoit une réponse variable selon les membres des équipes. Si une relation sexuelle est surprise dans le parc, c'est la question de

l'absence d'intimité et de la violence faite à autrui qui prévaut et la fait interrompre par le personnel en ordonnant de retourner dans le service d'hospitalisation.

Les IDE s'estiment en capacité de faire de l'information au sujet de la sexualité mais aucun dispositif éducatif n'est organisé par l'établissement. Sans qu'il y ait de tabou puisque les soignants reconnaissent généralement l'existence d'une dimension sexuelle dans la vie des patients dans le cadre des discussions avec les contrôleurs, rien n'est organisé à ce sujet.

Les attitudes les plus ouvertes à la prise en compte d'une sexualité se heurtent parfois à la morale personnelle du mandataire judiciaire du patient : alors qu'un patient dépensait beaucoup trop d'argent en images pornographiques, la proposition d'un professionnel de l'EPSM de lui faire souscrire un abonnement pour un moindre coût a été rejetée au motif que cela allait l'inciter à en visionner davantage.

Le médecin somaticien est chargé de prescrire les contraceptifs et de faire dépister les infections sexuellement transmissibles. Un distributeur de préservatifs est installé devant la cafétéria mais il est souvent en panne. Le seul moyen certain d'en obtenir est d'en demander aux soignants, qui en disposent dans la pharmacie (cf. § 8.3).

Lorsqu'une personne hospitalisée est victime d'une violence de nature sexuelle, elle est accompagnée par une IDE à la gendarmerie pour déposer plainte.

L'absence de verrou de confort dans la plupart des chambres et l'offre persistante de chambres doubles, atteintes à l'intimité (cf. § 6.3), illustrent aussi la non-prise en compte de la sexualité tant dans une dimension de protection – même si les cas de violences sexuelles restent rares : deux suspicions sont rapportées pour l'année 2019<sup>10</sup>, une au dernier trimestre 2020<sup>11</sup> – que dans une dimension d'épanouissement personnel.

Le comité d'éthique a identifié l'absence de réflexion institutionnelle sur ce sujet. Dans son compte-rendu de réunion du 12 novembre 2019, il est rapporté la nécessité d'émettre une charte ou un avis sur la sexualité des patients hospitalisés à l'EPSM Charcot, nécessité établie « *en parcourant plusieurs rapports du contrôleur général des lieux de privation de liberté [...]. Dans la mesure où cela est un sujet d'ordre éthique, tout du moins que cela fait intervenir des concepts éthiques comme le consentement, et que de nombreux soignants sont confrontés à la gestion de situations diverses et variées dans le domaine au quotidien, il apparaît intéressant que le comité éthique puisse avoir une réflexion et émettre un avis sur la question. Il est donc convenu que pour la prochaine rencontre du comité, chacun puisse capitaliser des informations sur le sujet dans la littérature (livres, revues, règlements ou chartes existants, éventuellement dans d'autres établissements, rapports d'autres comités éthiques, rapports du comité consultatif national d'éthique...)* et éventuellement en effectuer une synthèse pour une restitution au prochain comité ». La crise sanitaire débutée en 2020 n'a pas permis de faire aboutir cette volonté.

## RECOMMANDATION 12

Le thème de la sexualité doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle sur les formations à proposer aux soignants, les manières d'aborder la question et l'éducation des patients.

En l'absence de réponse sur ce point, cette recommandation est maintenue.

<sup>10</sup> Source : Rapport d'activité de la commission des usagers (CDU) 2019.

<sup>11</sup> Source : Compte-rendu de la réunion de la CDU du mercredi 2 décembre 2020.

## 7. LES CONDITIONS DE VIE

### 7.1 LES CONDITIONS D'HEBERGEMENT SONT DISPARATES

Le rapport de la visite précédente précisait :

*« Les bâtiments d'hospitalisation datent du début des années soixante-dix. Le confort hôtelier de l'époque ne prévoyait ni cabinet de toilette ni douche, dans des chambres fréquemment à plusieurs lits. Un programme progressif d'aménagement tente d'améliorer les standards d'hébergement par la création de coins toilette avec lavabo et/ou WC, parfois douche. Une hétérogénéité importante des conditions matérielles d'hospitalisation demeure actuellement entre les bâtiments neufs ou rénovés ».*

Depuis, certains pavillons ont été plus ou moins rénovés, d'autres ont été reconstruits, mais des disparités demeurent. Ainsi, si Pascal et Pussin sont neufs et bien conçus, de même que les unités 22A et 22B entièrement réhabilités, les unités 14A, 14B et Ty Glas ont des chambres en étage – certaines de très petites tailles –, sans ascenseur, en cela les locaux ne répondent pas aux besoins des personnes âgées et à mobilité réduite. De plus, l'insonorisation de certains bureaux séparés par des cloisons est mauvaise, des pièces sont positionnées en enfilade (salle de soins *via* la pharmacie, bureau d'entretien *via* salle de réunion, bureau d'entretien *via* salon de visite).

La plupart des chambres disposent, pour chaque lit, d'un éclairage individuel, d'une table de chevet et d'un siège ; certaines chambres ont des lits médicalisés. Les fenêtres ont un dispositif d'ouverture limitée ; elles peuvent être occultées par des volets, dont la fermeture s'actionne depuis la chambre.

Ty Glas et 14A ont une « chambre de surveillance » destinée à héberger un patient ayant besoin d'être suivi de plus près ; elles comportent une vitre (visible à gauche sur la photo) donnant sur un bureau médical. Ce sont des pièces de très petite taille et pauvrement meublées. Dans celle de Ty Glas, le pied du lit, dont la tête est appuyée sur le mur, déborde légèrement sur l'entrée ; l'unique fenêtre sur l'extérieur est située dans un coin toilette comportant un lavabo et un WC, séparé de la chambre par une cloison vitrée à partir d'une hauteur d'environ 1,20 m. L'ameublement se compose d'une chaise ; l'unique prise de courant est située à l'intérieur du placard. Seul l'éclairage du coin toilette comporte un interrupteur situé dans la chambre, inaccessible depuis le lit ; le plafonnier de la chambre se commande depuis le couloir. La liste d'attente pour intégrer une unité impose d'utiliser ces chambres en permanence même si aucun patient ne présente un état nécessitant qu'il y soit placé.



*La chambre de surveillance de Ty Glas*

Dans l'unité Ty Glas, de nombreux patients utilisent des déambulateurs voire des fauteuils roulants qui ne permettent pas l'accès à certaines chambres, notamment l'unique chambre disposant d'une douche.

Au moment de la visite, la situation des chambres était la suivante :

- 135 lits, soit 66 %, en chambres individuelles ;
- 68 lits, soit 33 %, en chambres doubles ;
- 3 lits, soit 1 %, en chambre triple ;
- 66 lits à l'étage, sans ascenseur.

Même si c'est la règle, il est rare que le patient puisse choisir sa chambre en raison du taux d'occupation. Dans la mesure du possible, il est proposé à l'arrivant de s'installer dans une chambre individuelle.

Toutes les unités ont au moins une salle d'activités, souvent deux, parfois trois, qui complètent la salle de vie et le salon de la télévision. La salle de vie comporte des sièges confortables, quelques tables, quelques meubles de rangement de jeux et parfois un poste de télévision ou un lecteur de DVD. Selon les unités, les salles d'activités disposent d'une table de ping-pong, de vélos d'appartement, d'un baby-foot. A 14A, une salle de relaxation avec table de massage n'était pas utilisée au moment de la visite faute de soignant disponible. A Sivadon, un « espace sensoriel » est installé (cf.§ 8.2.2).

Les salles à manger sont généralement décorées et accueillantes, avec des tables de deux, trois ou quatre places.



*Les salles à manger de 22B et Pascal*

Dans toutes les unités, les patients ont accès à un espace extérieur grillagé, parfois complété par une cour intérieure. Ces espaces, de tailles variables, comportent quelques meubles de jardin, sont souvent arborés et fleuris et disposent toujours d'une partie abritée.



*Des espaces extérieurs de 22B et Pascal*

Ty Glas dispose d'un patio dont le sol est une terrasse en bois extrêmement glissante ; des bandes anti-dérapantes ont été fixées afin de permettre d'atteindre l'abri où les patients peuvent aller fumer ; le reste de la terrasse n'en est pas équipé et reste dangereux par temps humide. Un patio similaire est commun aux unités 14A et 14B.



*Le patio de Ty Glas*

L'unité Pussin, située au 1<sup>er</sup> étage, comporte une grande terrasse permettant de jouer au ping-pong, faire du vélo d'appartement, se promener ou fumer.



*La terrasse de l'unité Pussin*

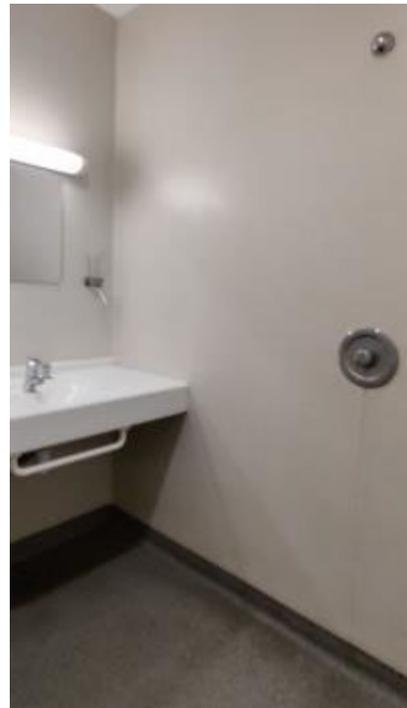
Le projet d'établissement pour la période 2019-2023 précise :

*« Par ailleurs, les conditions actuelles de prise en charge des personnes en soins sans consentement ne sont pas satisfaisantes depuis trop longtemps. L'éclatement de cette mission auprès de l'ensemble des unités d'hospitalisation et la répartition des chambres d'isolement thérapeutique ? en trois lieux différents rendent très difficile le respect du principe de la liberté d'aller et venir au sein de l'EPSM, ainsi que la politique institutionnelle de limitation des mesures*

*d'isolement et de contention. La création d'une structure dédiée semble à présent reconnue et partagée par la communauté médicale et soignante. C'est également un objectif important d'amélioration de notre offre de soins et de conditions d'exercice professionnel plus adaptée, accompagnée de moyens supplémentaires dédiés ». Pourtant des travaux de rénovation de l'ensemble du site n'ont pas été entrepris.*

## **7.2 CERTAINES CHAMBRES NE DISPOSENT PAS DE CABINET DE TOILETTE**

Dans certaines unités (Pascal, 22A, 22B), toutes les chambres sont pourvues d'un cabinet de toilette avec lavabo, WC, douche sans flexible ; dans les chambres doubles, le WC est séparé par un mur et une porte. Dans les unités 14A et Sivadon, la situation est très disparate : des chambres n'ont qu'un WC sans abattant ou une douche ou un lavabo, voire rien du tout ; des locaux sanitaires communs avec cabines de douche individuelle – mais ni porte-serviettes ni patère – sont à la disposition des patients. Les installations sanitaires de Ty Glas ne répondent pas aux besoins de personnes âgées et à mobilité réduite : seule une chambre double est équipée d'une douche, trois chambres n'ont pas de WC ; les patients peuvent utiliser trois douches communes et trois WC communs, mais deux douches et deux WC sont inaccessibles en fauteuil roulant.



*Le cabinet de toilette d'une chambre de l'unité Pascal*

### **RECOMMANDATION 13**

Toutes les chambres des patients doivent être équipées d'une douche, d'un lavabo et un WC.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice de l'EPSM explique que « l'EPSM vient d'élaborer un schéma directeur architectural qui a justement vocation à faire évoluer les conditions d'accueil et de prise en charge des patients unanimement reconnues insatisfaisantes. Ce schéma directeur architectural a été présenté à l'ensemble des instances en juin 2021. Il prévoit la reconstruction de l'ensemble des pavillons d'hospitalisation complète qui ne dispose ni de chambre ni de sanitaire individuel ».

Toutes les unités disposent de WC communs et d'une salle de bains avec baignoire.

Les patients changent leurs draps et serviettes de toilette à leur convenance, un chariot de linge est laissé dans le couloir à leur disposition.

L'hôpital peut fournir des effets de toilette – gant, brosse à dents, peigne, etc. – et des produits d'hygiène aux personnes démunies.

Le nettoyage du linge plat est assuré par la blanchisserie inter hospitalière, qui fournit aux unités, à la demande, le linge de maison.

Les patients sont invités à confier le nettoyage de leur linge personnel à leurs proches. A défaut, notamment du fait des restrictions de visites en période de pandémie, ils peuvent le remettre gratuitement à « la petite lingerie », qui est tenue par deux lingères ; au titre d'activité thérapeutique, les patients peuvent être amenés à participer au fonctionnement de celle-ci. Certaines unités (Pascal, 14 A, 22 B, Sivadon) disposent d'un lave-linge que les patients sont invités à utiliser seuls ou avec l'aide d'un soignant ; pour certains, il s'agit d'un objectif à atteindre en vue de renforcer leur autonomie.

La blanchisserie inter hospitalière dispose d'un vestiaire appelé « vêtements communs », qui permet de remettre des vêtements aux patients indigents. L'unité 14 A gère un stock de vêtements issus de dons.

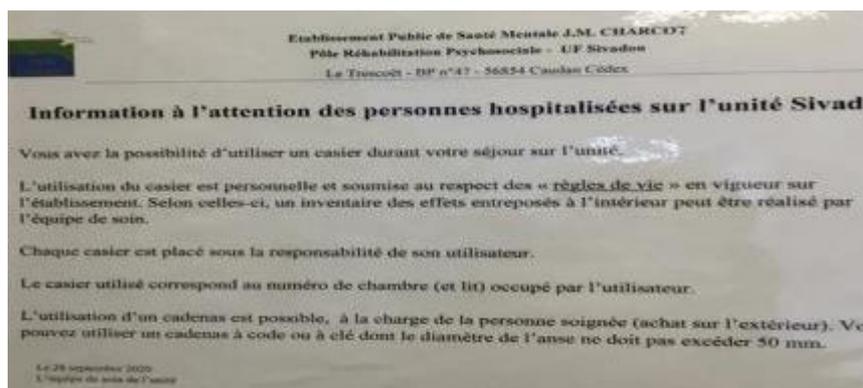
Les locaux sont propres.

### **7.3 LES BIENS DU PATIENT NE SONT PAS CORRECTEMENT PROTEGES DANS LES CHAMBRES**

A l'admission, un inventaire est dressé par un soignant et le patient si possible, sinon deux soignants, sur papier et classé dans le dossier administratif du patient. Sont retirés les objets dangereux (couteaux, etc.), les produits contenant de l'alcool, les médicaments. Les patients peuvent garder leurs vêtements, produits d'hygiène, papiers et argent.

A l'exception de l'unité Pussin, aucune chambre ne dispose d'armoire fermant à clé ; les verrous des placards de cette unité sont fragiles et peuvent être facilement forcés. Les patients sont informés du risque de vol. S'ils le souhaitent, ils peuvent confier des objets – sauf de l'argent – aux soignants, qui les gardent dans une armoire de leur bureau fermée à clé dans une boîte d'archive nominative.

A Sivadon, des casiers métalliques individuels fermant à clé ont été installés à l'entrée de l'unité. Chaque patient peut y ranger ses effets personnels. Il doit se munir d'un cadenas dont il garde la clé pour le fermer.



Les casiers individuels de l'unité Sivado

## RECOMMANDATION 14

Les chambres doivent disposer d'un système de rangement permettant aux patients d'y conserver leurs biens dans des conditions garantissant leur protection.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice de l'EPSM explique qu'« une commande a été réalisée pour installer des casiers dans l'ensemble des unités d'hospitalisations temps plein ».

Les règles de vie précisent : « pour les objets de valeur (argent, carte bancaire, bijoux, etc.), nous vous conseillons de les déposer à la régie des dépôts de l'établissement. A défaut, une décharge de responsabilité vous sera remise pour signature. Pour des raisons médicales, nous pourrions être amenés à conserver certains objets (ex : cordons, chargeurs, parfums, etc.). Ils vous seront restitués à votre sortie ou mis à votre disposition pendant votre séjour en fonction de vos besoins et de votre état de santé. »

Lorsqu'un patient vient déposer des biens à la régie, il est établi une fiche de dépôt précisant les biens déposés : somme liquide, bijoux, chéquier, carte de crédit, objet de valeur. Si l'état du patient ne lui permet pas de signer, notamment lorsque le dépôt est réalisé sans sa présence, la fiche est signée par deux soignants de son unité. Le patient peut venir récupérer ses biens quand il le souhaite au cours de son hospitalisation ; en particulier, il peut venir tirer de l'argent pour des achats à l'extérieur ou à la cafétéria ; le cas échéant, l'agent vérifie que la demande est conforme aux directives du tuteur.

La régie est ouverte du lundi au vendredi, de 9h à 12h. En semaine, l'agent de la régie est présente l'après-midi et peut procéder à des mouvements en cas de besoin. En dehors de sa présence, des dépôts peuvent être réalisés dans un coffre situé à l'accueil mais les retraits ne sont pas possibles.

### 7.4 LES REPAS TIENNENT COMPTE DES SPECIFICITES DE CHACUN

La préparation des repas est assurée par une cuisine centrale gérée par le GIP BSL implanté sur le site de l'EPSM<sup>12</sup>. Chaque unité renseigne sur un logiciel informatique toutes les caractéristiques du patient arrivant, avec le concours de la diététicienne de l'établissement : ses régimes, allergies, aversions, exigences liées aux convictions religieuses, etc. Les repas sont livrés automatiquement, en liaison froide, en tenant compte de ces caractéristiques, avec en supplément quelques « repas tampons » destinés à d'éventuelles arrivées inopinées. Dans

<sup>12</sup> Cf. supra chap. 6.1.1.

chaque unité, un soignant volontaire est désigné « référent restauration » ; en lien avec le CLAN<sup>13</sup>, il apporte des conseils et des bonnes pratiques.

La cafétéria du personnel est ouverte aux patients ; les contrôleurs ont pu y constater la présence de certains patients.

Dans les unités, les horaires des repas sont : petit déjeuner à partir de 8h30, déjeuner à 12h, goûter à 16h et dîner à 19h. Parfois une tisane est proposée le soir par l'équipe de nuit ; ce n'est notamment plus le cas dans l'unité 14A « à cause de patients qui se lèvent la nuit, des tasses trouvées par les ASH à droite et à gauche, etc. ».

Les menus sont affichés dans les salles à manger.

L'emplacement est libre, mais surveillé pour éviter des conflits.

Dans certaines unités (ex : Pascal), le petit déjeuner se présente sous forme de buffet : chacun se sert librement, en présence des soignants, qui donnent au besoin quelques conseils pour assurer une collation équilibrée ; dans l'unité 22 B, cette méthode est pratiquée pour le déjeuner et le dîner.

Le repas est livré dans des plateaux individuels contenant des barquettes qui sont réchauffées sur place et servies par les ASH dans des assiettes. Dans l'unité 14 A, les barquettes sont posées sur une assiette, chaque patient faisant comme il veut/peut : verser le contenu de la barquette dans l'assiette, ou manger dans la barquette.

La prise de repas en chambre est possible, sous réserve d'une autorisation du médecin ; elle est rarement demandée.

Les soignants ne prennent pas leurs repas avec les patients. Quelques repas « hors du commun » sont organisés, notamment pour les fêtes de fin d'année ; dans certaines unités (Pascal), à ces occasions, les tables sont placées en « U », ce qui plaît beaucoup aux patients. Il n'est pas prévu de repas soignants-soignés.

Au moment de la visite, en raison de la pandémie, chaque table ne recevant qu'un patient sur deux pour respecter les gestes barrières, le déjeuner et le dîner se déroulaient en deux services, le premier service étant destiné aux patients les plus dépendants.

En principe, les patients ne sont pas autorisés à conserver des denrées alimentaires dans leurs chambres ; dans certaines unités, ils peuvent y garder des confiseries en petite quantité.

Les patients peuvent acheter des friandises à la cafétéria mais ceux devant se restreindre, notamment les diabétiques, se voient limités dans leurs achats par les soignants en charge de la cafétéria que les unités informent des régimes à suivre.

---

<sup>13</sup> CLAN : comité de liaison en alimentation et nutrition.

## 8. LES SOINS

### 8.1 LES PATIENTS ADMIS EN HOSPITALISATION COMPLETE A L'EPSM SONT ADRESSES SOIT PAR LE SERVICE DES URGENCES DE L'HOPITAL DU SCORFF SOIT PAR DES MEDECINS DE VILLE OU DES CENTRES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

Les contrôleurs se sont rendus au service d'accueil des urgences de l'hôpital du Scorff, où une unité médico-psychologique (UMP) de l'EPSM est installée.

La mission principale de l'UMP est l'accueil, l'évaluation et l'orientation des patients présentant des troubles psychiatriques aigus. Des médecins urgentistes et des IDE du Scorff assument cette prise en charge :

- douze IDE assurent aussi la psychiatrie de liaison avec deux IDE aux urgences et deux de liaison le jour et un IDE de nuit. Les IDE travaillent en 12 heures, 7j/7 et 24h/24 ;
- un cadre à 85%.

Tous les praticiens hospitaliers psychiatres certificateurs assurent des permanences en semaine de jour et des astreintes téléphoniques les nuits, samedis, dimanches et jours fériés, aux urgences du Scorff.

En arrivant au service des urgences du Scorff, le patient est accueilli par une IDE d'orientation, puis est systématiquement vu par un médecin urgentiste. Devant une symptomatologie psychiatrique, il est fait appel aux IDE de l'EPSM voire au psychiatre. Les patients bénéficient d'un bilan somatique et peuvent rester en observation dans des lits-porte le temps d'établir un diagnostic.

Une fois le diagnostic de trouble psychiatrique posé, le patient n'est pas gardé aux urgences pour suivre l'évolution de son état. Il est systématiquement réorienté soit vers une prise en charge en ambulatoire (en CMP ou HJ) soit vers l'hôpital J-M Charcot de Caudan. Il n'existe pas de lits d'hospitalisation de très courte durée, 72 heures au plus, au CH Scorff.

Les traitements à visée psychiatrique sont prescrits par les urgentistes sur conseil éventuel du psychiatre. A l'UMP, les patients ne sont pas toujours vus par le psychiatre, surtout la nuit ou le week-end.

Si le médecin urgentiste prescrit l'hospitalisation, le transfert vers l'hôpital JM Charcot s'organise. En journée, les IDE ou le cadre de l'UMP appellent des ambulances privées conventionnées avec l'hôpital et, de 8h à 22h, ces IDE téléphonent au cadre du dispositif de régulation et d'orientation (DRO) pour demander une chambre et donner quelques renseignements sur le patient : secteur de rattachement, mobilité réduite, décision d'isolement à l'arrivée. La nuit, après 22h c'est l'UMP ou l'Accueil de l'EPSM qui gère les transports et appelle les ambulances privées.

Les patients en SL sont transportés en ambulance privée, allongés et attachés avec les ceintures de sécurité routière.

S'il s'agit de patients en SSC, l'EPSM dépêche trois IDE aux services des urgences du Scorff afin d'accompagner le patient dans l'ambulance privée jusqu'à son unité d'admission à Caudan. Pour les transports, les décisions de contention relèvent du médecin urgentiste.

L'unité d'accueil est décidée par le service de régulation (DRO) au sein de l'EPSM qui oriente toutes les admissions sauf celles en pédopsychiatrie et assure le suivi des patients réorientés, faute de place, vers d'autres établissements. Elle fonctionne de 8h à 18h avec deux cadres du pôle SAUCL, puis avec un cadre de garde de 18h à 22h et, de 22h à 8h, l'administrateur de garde et le médecin de garde prennent le relais.

Si aucun lit n'est disponible dans le service de rattachement, le patient est orienté vers une autre unité de court séjour à Caudan ou un hôpital de jour de crise ou bien un autre EPSM : Gourmelen à Quimper (Finistère) ou Saint-Avé (Morbihan).

En 2018 et 2019, 1 978 et 1 960 patients ont été vus à l'UMP dont 26,4 % et 32,6 % respectivement ont été hospitalisés à l'EPSM Charcot.

Dans le cadre de la prise en charge en amont et la recherche d'alternatives à l'hospitalisation, un projet d'équipe mobile orientée vers le « *case management* » a vu le jour au PRPS. Validé par l'ARS, budgété et doté de personnel et matériels spécifiques (deux véhicules, des vélos, des ordinateurs) il est en voie de concrétisation. Composée de cinq IDE dont un en pratique avancée en cours de formation, d'un neuropsychologue, d'un ergothérapeute et d'aides-soignants, encadrée par un psychiatre et un cadre de santé, cette équipe s'adresse aux patients susceptibles d'échapper aux soins, vers qui il faut aller que ce soit à leur domicile, au sein de leur milieu professionnel ou dans les familles d'accueil. Ce dispositif est particulièrement adapté aux jeunes débutant une psychose.

Au pôle SAUCL, il existe déjà une équipe mobile appelée « ellipse » qui, avec deux soignants et le médecin chef de pôle, s'attache à la prise en charge des personnes les plus précaires en ambulatoire.

Afin de renforcer la cohésion des prises en charge et des équipes soignantes les médecins du PRPS se réunissent tous les 15 jours et une fois par mois avec les cadres de ce pôle.

## 8.2 LA PRISE EN CHARGE SOUFFRE DE LA PENURIE DE PSYCHIATRES

### 8.2.1 Projet personnalisé de soins (PPS)

Le projet personnalisé de soins est formalisé dans l'unité Paul Sivadon, c'est-à-dire écrit, discuté avec le patient, régulièrement revu en fonction de l'évolution de son état de santé.

L'évaluation préalable et en cours d'hospitalisation repose sur des entretiens avec l'équipe médicale et soignante voire, avec l'accord du patient, sur des échanges avec l'entourage médico-social, familial et les mandataires judiciaires, le cas échéant. Elle peut également être complétée par le recours à des outils d'évaluation tels que *ELADEB*<sup>®</sup>, *PROJEU*<sup>®</sup> ou d'autres grilles d'évaluation des habilités sociales. Au terme du bilan initial, un PPS est élaboré et structuré selon la nomenclature nationale, un contrat de soins en découlant est rédigé, et tous deux sont retranscrits sur le dossier médical informatisé. Puis, le contrat de soins est imprimé, signé à la fois par l'équipe soignante et le patient. Enfin, les éléments du PPS, une fois construits, sont partagés avec les différents partenaires du soin.

Dans l'unité 22B, à l'arrivée du patient nécessairement en provenance d'une autre unité, une synthèse d'orientation se tient avec les équipes des deux unités afin de poser les premiers jalons du projet de soins et définir les objectifs à atteindre. Si le projet de soins est individualisé, il n'est pas formalisé en ce sens qu'aucun document n'est remis au patient.

Dans les autres unités, il n'est pas mentionné de PPS.

#### RECOMMANDATION 15

Afin de favoriser l'alliance thérapeutique, un projet de soins personnalisé doit être élaboré et explicité à chaque patient.

En l'absence de réponse sur ce point, cette recommandation est maintenue.

Les consultations psychiatriques se déroulent en présence d'un infirmier dans un cabinet aménagé dans les unités. Dans l'unité Sivadon, toute prise en charge repose sur un binôme référent médecin-infirmier. Dans certaines unités, la pénurie de psychiatres impacte la fréquence des consultations. Ainsi à l'unité 22B, les contrôleurs ont pu constater que des patients en SSC n'avaient pas été reçus par le médecin depuis les 4, 9, et 14 décembre 2020. Un autre, en soins libres, n'avait pas été vu depuis le 22 mai 2020. A Sivadon, les patients sont vus en consultation une à deux fois par mois. A Ty Glas, le poste de psychiatre est vacant.

D'une manière générale, dans l'ensemble des unités, les soignants et patients témoignent de la fréquence insuffisante des consultations médicales et du fait que les avis motivés avant l'audience du JLD sont parfois rédigés sans que le patient ait été revu, simplement après consultation du dossier médical. Il a été rapporté aux contrôleurs qu'il est de pratique courante au pôle réhabilitation d'avoir le certificat médical préparé par le secrétariat et signé par le premier médecin qui passe et ne connaît pas nécessairement le patient (cf. § 5.4.1.b).

#### RECOMMANDATION 16

Les certificats médicaux destinés à éclairer la décision du juge des libertés et de la détention, à apprécier la nécessité du maintien ou de la levée de la mesure de soins sans consentement ne peuvent être établis qu'après un examen médical effectif du patient par un psychiatre.

En l'absence de réponse sur ce point, cette recommandation est maintenue.

Certains médecins psychiatres cherchent à diversifier les modalités de prise en charge des pathologies psychiatriques en complément des thérapeutiques médicamenteuses et se forment à de nouvelles pratiques comme la remédiation cognitive (deux médecins suivent un cursus de formation) et l'éducation thérapeutique (formation validée pour un médecin du PRPS). L'établissement dispose également d'une salle d'apaisement dans les unités Sivadon et d'un espace *Snoezelen*® dans l'unité d'hospitalisation de l'enfant et de l'adolescent (UHEA) (cf. § 10.1 pour cette dernière). La direction a indiqué qu'il y avait deux espaces *Snoezelen*® dans l'UHEA mais cela n'a pas été constaté par les contrôleurs.

Les professionnels du PRPS ont pris la décision de ne pas avoir d'espace dédié à l'isolement en 2018. En lieu et place, ils ont fait le choix d'une salle d'apaisement.

Son emplacement, dans l'unité Sivadon, est marqué du nom « Oasis » dans le couloir. Elle est équipée de matériel *Snoezelen*<sup>14</sup> et ouvre sur un jardinet en cours d'aménagement dans un esprit zen et marqué du nom « Refuge ».

<sup>14</sup> Environnement qui consiste à proposer des expériences sensorielles variées, dans une atmosphère de confiance et de détente, afin de favoriser la stimulation des sens primaires.



*L'espace d'apaisement de l'unité Sivadon*



Une charte d'utilisation de cet « *espace sensoriel* » est affichée sur le mur dans le couloir. Elle est accessible en permanence aux seuls patients de l'unité Sivadon, individuellement, sous la seule réserve d'en informer les soignants et sans limitation de temps autre que celle liée au « *respect des principes de vie en collectivité* ». A l'issue de son utilisation, les patients sont invités à remplir un questionnaire.

Selon les propos recueillis, cet espace est apprécié et permet de diminuer les tensions.

#### Bonne pratique 5

La création d'un espace d'apaisement dans l'unité Sivadon, en accès libre pour les patients, en substitution au placement en chambre d'isolement, est un modèle dont pourraient s'inspirer les autres unités.

Si le libre choix du médecin existe en théorie, il est difficilement applicable lorsqu'il n'y a qu'un seul médecin dans l'unité. Dans le cas où un patient souhaiterait être soigné par un médecin d'une autre unité, il devra rejoindre cette nouvelle unité sous réserve de places disponibles.

#### 8.2.2 Les soins infirmiers

Si les entretiens font réellement partie des soins prodigués, leur fréquence reste non précisée et ils se déroulent à la demande des patients ou selon l'appréciation des soignants. Ils sont tracés dans le dossier médical informatisé du patient.

De même, les pratiques sont hétérogènes concernant la désignation d'un infirmier référent qui accompagne plus particulièrement le patient dans son projet, dans ses démarches administratives, les visites de structures et constitue l'interlocuteur privilégié des familles et /ou du mandataire judiciaire (c'est par exemple le cas au 22B et à Sivadon).

### 8.2.3 Les entretiens avec psychologues

Dans les unités bénéficiant de l'intervention d'un psychologue toujours à temps très partiel, les patients sont reçus en entretien à leur demande ou sur proposition des soignants ou des médecins.

Leurs échanges réguliers avec les équipes soignantes se sont raréfiés avec la survenue de la pandémie de coronavirus. A 22A, le psychologue animait un atelier « revue de presse » qui a dû cesser avec les contraintes sanitaires imposées.

### 8.2.4 Le travail d'équipe

#### a) Les transmissions

Dans l'ensemble des unités, les transmissions entre soignants se font quotidiennement, durant trois temps distincts (6h45, 13h45, 21h). Dans les unités 22A, Pussin et Sivadon, un temps de transmission a lieu chaque matin avec le médecin et l'ensemble des professionnels présents. A l'unité 22A, le cadre y participe également sauf le week-end.

#### b) Les réunions cliniques

La tenue des réunions cliniques est variable selon les unités. Elles se déroulent de façon hebdomadaire à Pussin, 14A, 22B et Sivadon en présence des médecins, infirmiers, ASS, cadre, psychologue. Les données cliniques issues des échanges sont retranscrites dans le dossier patient.

#### c) Les réunions soignants-soignés

Dans les unités 22A, 12A, 14A et Pussin, aucune rencontre soignants-soignés n'est organisée. Celles qui se tenaient auparavant à 22A ont disparues avec l'arrivée de la Covid-19. A Sivadon, les réunions, mensuelles, se sont espacées pour la même raison : elles se tiennent maintenant tous les deux à trois mois.

A Pussin, l'ancien médecin de l'unité invitait deux fois par semaine les patients à un « tea time », moment de découverte du thé, de sa préparation, d'échanges et d'écoute de musique classique, révolu avec son départ, et il animait un groupe de parole repris par l'une des psychiatres et un infirmier du service. Avec le départ de ce médecin, des réunions soignants-soignés ont été mises en place autour des addictions. La semaine du contrôle, le thème portait sur les changements de vie produits par les addictions et ce que leur abandon apporterait. Ce groupe ouvert accueille six à huit personnes.

## RECOMMANDATION 17

Des réunions soignants-soignés régulières doivent systématiquement être mises en place dans toutes les unités d'hospitalisation à temps plein.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice de l'EPSM explique que « depuis 2020, l'EPSM a lancé un vaste programme de formation qui réunit infirmiers, cadres de santé et médecin autour

*du raisonnement clinique partagé. Quatre sessions de quinze participants chacune seront organisées jusqu'en 2023. Cette formation va permettre d'organiser les échanges et la circulation des informations sur le patient ».*

La mise en place de ce type de formation ne répond pas à la recommandation visant à mettre en œuvre des réunions entre les soignants et les soignés.

#### *d) Les réunions de synthèse*

Le rythme des réunions de synthèse est hétérogène selon les unités.

Dans l'unité 22A, il n'est pas réalisé de réunion de synthèse mais une fiche de liaison est établie pour le service destiné à accueillir le patient (CMP ou unité du pôle réhabilitation).

A Pussin, les réunions de synthèse en présence des soignants qui prendront en charge le patient à l'extérieur permettent de préparer la sortie.

A Pascal et 14A, les réunions cliniques en tiennent lieu le plus souvent.

A Sivadon, ce temps de concertation rassemble le personnel de l'unité et d'autres partenaires médico-sociaux impliqués dans le parcours de soins du patient notamment après son hospitalisation.

Au 22B, toutes les structures et tous les partenaires sont rencontrés y compris ceux qui sont géographiquement éloignés (avant même la visite des lieux avec le patient). Des photos des lieux sont prises afin d'aider le patient à se projeter et montrer aux familles le nouveau lieu de vie

Enfin, l'admission au PRPS ne peut se faire qu'après la tenue d'une réunion de synthèse d'orientation, bimensuelle, à laquelle les patients sont conviés. Du fait de la difficulté à s'assurer de la présence de soignants du pôle SAUCL, il est prévu qu'elles se déroulent dans les unités demandeuses de ce pôle.

#### *e) L'évaluation des pratiques professionnelles*

D'après les documents transmis et les propos recueillis, elle ne concerne que les pratiques d'isolement et de contention (Cf. § 9.3.3).

#### *f) Les activités thérapeutiques*

Les unités disposent pour mettre en œuvre des activités thérapeutiques d'un budget annuel alimenté par la direction de l'hôpital sur présentation de projets et par l'association ASTRE qui compte, parmi ses membres, personnel hospitalier et patients. Cette association tire ses ressources des cotisations, des ventes réalisées à la cafétéria et des subventions reçues.

Ainsi en 2020, l'unité 22A a reçu 1 760 euros pour organiser la fête de fin d'année et acheter du matériel nécessaire aux activités proposées.

Les unités sont dotées de salles réservées aux activités thérapeutiques et équipées de matériel : tapis de sol, tables de ping-pong, vélos elliptiques, matériel d'art plastique, tables de soins, produits esthétiques, etc.

En dehors des unités d'hospitalisation, l'établissement a aménagé l'espace Bonnafé réservé aux activités thérapeutiques. Ouvert à tous les patients pris en charge sur le site de Caudan, il est constitué d'une cafétéria et d'ateliers proposant des activités physiques, culturelles et artistiques, individuelles et collectives, et est doté des moyens en personnel suivants :

- un cadre à mi-temps ;
- un IDE à mi-temps pour l'animation des ateliers ;
- 4 ETP d'ASH pour la tenue de la cafétéria.

Les ateliers fonctionnent de manière permanente et sont accessibles du lundi au vendredi, sur indication médicale. Ils proposent des séances de « réveil musculaire », de jeux d'adresse (pétanque, fléchettes, *mölkki*®), de relaxation, de jeux de raquettes (tennis, badminton, ping-pong), de yoga, de natation sur des créneaux horaires réservés à la piscine municipale de Caudan, de sport collectif (football), d'expression musicale (guitare, rythme), d'art plastique, etc. Le planning des activités est affiché à la porte du local. Les patients inscrits à un atelier s'engagent à s'y rendre.

Des temps spécifiques sont réservés aux mineurs de même qu'aux séances individuelles (les mercredis et vendredis après-midi, sur rendez-vous).

A cela s'ajoutent, le jeudi après-midi, des activités thématiques se déroulant à l'extérieur ou bien avec le concours d'un intervenant extérieur. Ainsi en 2020, les patients ont participé à une « journée bretonne », un atelier « BD psychiatrie », une exposition « Street Art », se sont initiés au surf, au long-côte, à la voile et ont goûté à la balnéothérapie.

Ces activités sont ouvertes également aux patients en soins sans consentement. S'ils ne peuvent quitter seuls leur unité, ils sont accompagnés à l'espace Bonnafé par un soignant de leur unité ou de l'équipe Bonnafé.

Au moment de la visite, soixante-dix patients étaient inscrits dont vingt-six (37 %), étaient en soins sans consentement.

La cafétéria, incluse dans cet espace et tenue par des ASH, est ouverte, même en temps de Covid-19, avec la possibilité de consommer à l'extérieur, du lundi au vendredi de 9h à 12h et de 13h à 16h et les samedis, dimanches et jours fériés, de 9h30 à 12h et de 13h à 16h30. Les patients peuvent y acheter notamment des boissons fraîches non alcoolisées, des boissons chaudes, des confiseries, des journaux, des enveloppes, des timbres, des produits d'hygiène. Ils peuvent aussi consulter ou emprunter des livres, et, sur rendez-vous, utiliser un ordinateur avec accès gratuit à Internet pendant une demi-heure. Il a été déclaré aux contrôleurs qu'il était fréquemment utilisé mais qu'il était très lent (cf. § 6.3).

Au moment de la visite, en raison de la pandémie, les activités individuelles étaient suspendues, les activités en groupe étaient limitées à huit patients par atelier, et l'ordinateur n'était pas accessible.

Dans les unités de court séjour, les activités thérapeutiques se font plus rares que dans les unités de réhabilitation 22B et Sivadon où elles participent véritablement du processus thérapeutique. A Pussin, il est proposé peu d'activités, parfois un peu de cuisine les week-ends ou de photolangage.

A Pascal, l'accès aux ateliers de dessin ou de peinture, aux jeux de société dépend de la disponibilité des soignants. Au moment de la visite, trois patients en SSC étaient inscrits à des activités thérapeutiques organisées hors de l'unité, à l'espace Bonnafé.

A 14A, un téléviseur et un lecteur de DVD sont mis à disposition dans une deuxième salle tandis qu'une table de ping-pong (avec raquettes et balles à disposition dans un boîte) occupe un troisième espace. Une salle de relaxation (avec table de massage) équipée et décorée n'est plus utilisée depuis que l'IDE spécialisée est partie. Le relais n'a pas été pris par une collègue en capacité de le faire, faute de temps.

A 22A, comme à Pascal, les soignants proposent des activités en fonction de leur disponibilité.

Dans les unités du pôle réhabilitation, notamment Sivadon et 22B, les activités sont conçues et organisées en fonction des centres d'intérêt du patient et des aspects à travailler afin de renforcer son autonomie.

Ils proposent de nombreux ateliers de médiation : soins de bien-être, relaxation, approche psychocorporelle, soins d'esthétique, jeux de société et atelier cuisine (le patient choisit le repas à thème qu'il souhaite préparer et est accompagné pour faire ses achats). De plus, à Sivadon, il existe des ateliers écriture, théâtre, jardinage, pétanque, tricot, zumba, cyclisme.

Dans plusieurs unités, les patients peuvent prendre leur repas au restaurant du personnel plusieurs fois par semaine, il leur suffit de s'inscrire dans l'unité.

La survenue de la pandémie de la Covid-19 a mis un coup d'arrêt à la pratique de la plupart des activités de groupe, mais en temps ordinaire, les soignants organisent des activités toutes les semaines dans leurs unités ou à l'extérieur.



*Salle d'activités et équipements à SIVADON*

Dans le cadre du projet de réhabilitation sociale, de nombreuses sorties (démarches administratives, visites de structures, achats spécifiques, restaurant, cinéma) se déroulent à l'extérieur. Toutefois, l'établissement ne possède apparemment pas de véhicules en nombre suffisant pour ce faire. Lors de la semaine de la visite, les sorties extérieures prévues pour six patients ont dû être annulées faute de véhicule disponible.

### **RECOMMANDATION 18**

L'établissement doit se doter de suffisamment de véhicules pour pouvoir accompagner les patients à leurs activités et sorties extérieures.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice de l'EPSM explique que « l'EPSM dispose d'un parc automobile important (90 véhicules) qui doit permettre un accompagnement des patients à hauteur de leurs besoins. Un audit du parc automobile est en projet pour évaluer et optimiser le recours aux véhicules mis à disposition des professionnels de l'EPSM en intra hospitalier et ambulatoire (répartition, localisation) ».

Des thérapies innovantes telle la cynothérapie sont mises en œuvre depuis janvier 2019 à l'unité Sivadon, avec pour finalité de proposer une dimension relationnelle alternative à celle établie avec les soignants, une stimulation plus adaptée aux patients déficitaires ou résistants aux traitements médicamenteux, transposable en milieu de vie ordinaire.



*Micro jardin de l'unité Sivadon*

#### *g) L'accès au dossier médical*

L'accès au dossier médical fait l'objet d'une procédure réglementaire expliquée sur le site Internet de l'EPSM. Le dossier peut être consulté sur place, le cas échéant en présence d'un médecin, ou transmis par voie postale après demande écrite auprès du directeur de l'établissement. Seules les informations relatives aux tiers ne sont pas communiquées.

Le médecin chef du pôle SAUCL accompagne la communication des dossiers médicaux. Les délais pour les obtenir est de huit jours si l'hospitalisation date de moins de cinq ans et de deux mois si elle date de plus de cinq ans.

### **8.3 LES SOINS SOMATIQUES SONT PRODIGUES AVEC L'ATTENTION REQUISE QUEL QUE SOIT LE STATUT DES PATIENTS MAIS DANS DE MAUVAISES CONDITIONS**

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

Trois médecins généralistes, praticiens hospitaliers (deux titulaires et un contractuel) exercent à temps plein exclusivement dans les unités d'hospitalisation complète des pôles SAUCL, PRPS et PPSA, les douze appartements thérapeutiques intra et extra hospitaliers et l'hôpital de jour situé dans l'enceinte de l'EPSM à Caudan. Au moment de la visite, un interne en médecine générale effectuait son stage dans l'unité 22A. Chacun d'eux est référent pour plusieurs unités. En cas d'absence, ils se remplacent mutuellement.

Ils travaillent du lundi matin au vendredi ainsi que le samedi matin, l'un d'entre eux est présent si un psychiatre certificateur est de garde sur le site. En effet, dans les 24 heures suivant leur arrivée dans l'unité, tous les patients en SSC sont examinés et ceux en soins libres se voient proposer une consultation.

De 9h à 18h, l'un des trois médecins est joignable sur le site ; de 18h à 9h, c'est le système de garde qui prend le relais. Comme mentionné précédemment (*cf.* § 8.1) les médecins somaticiens participent aux gardes et dans ces moments se retrouvent en première ligne pour la prise en charge des troubles psychiatriques.

Ils participent aux *staffs* du lundi matin à Pussin, à quelques réunions de synthèse, aux réunions de fonctionnement dans les unités ainsi qu'à celles du collège médical regroupant tous les praticiens et internes qui se réunit tous les deux mois avant la tenue de la CME.

Ils passent tous les jours dans les unités dont ils sont les référents. A Ty Glas, une visite en chambre se déroule tous les mardis matin en présence des soignants. Dans toutes les unités, les patients peuvent demander une consultation mais ils peuvent aussi être adressés au médecin par les soignants si ces derniers l'estiment nécessaire.

Afin de faciliter les transmissions, un IDE assiste toujours aux consultations médicales sans que cela ne gêne les patients semble-t-il.

Les locaux réservés aux consultations médicales sont inadaptés et ne permettent le respect ni de l'intimité du patient ni de la confidentialité des échanges. En effet, elles se tiennent ou dans la salle de soins ou dans un local aménagé entre la salle de soins et la pharmacie ou bien encore dans un espace isolé de la salle de soins par un rideau, où circulent en permanence les infirmiers.

Chaque unité est dotée de matériel médical d'urgence vérifié tous les mois par les infirmiers et une fois par an par le pharmacien. Deux défibrillateurs sont installés dans l'enceinte de l'hôpital.

A l'instar de leurs confrères psychiatres, les médecins souhaitent disposer de cabinets de consultation bien équipés avec entre autres une table d'examen pourvue d'étriers pour effectuer des examens gynécologiques, une lampe destinée à l'examen des lésions cutanées, une prise d'oxygène murale, des pousse-seringues électriques, des pieds à potence en nombre suffisant, etc. où les conditions de confidentialité et d'intimité seraient assurées.

#### RECO PRISE EN COMPTE 8

Les médecins somaticiens doivent disposer de locaux de consultation équipés pour leur exercice et permettant le respect de la confidentialité des échanges et de l'intimité du patient.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice de l'EPSM explique qu'« un état des lieux des unités temps plein a été réalisé en 2016.

*Des travaux ont été effectués dans certaines unités afin d'assurer la confidentialité et l'intimité pour le patient.*

*Le cahier des charges a été élaboré pour une salle de soins type par un groupe de travail pluridisciplinaire.*

*Il s'agissait d'une obligation d'amélioration de la certification V2014.*

*Les achats sont en cours en lien avec les somaticiens (vu avec le pôle SAUCL, concernant l'adaptation sur la table existante d'étriers, l'achat d'une lampe pour l'examen des lésions cutanées et l'acquisition d'une scie à plâtre.*

*Concernant l'oxygène murale, des bouteilles d'oxygène sont à disposition des unités de soins.*

*Les seringues auto-pousseuses sont disponibles via une location ».*

Ces praticiens prennent en charge toutes les pathologies somatiques présentées par les patients avec une vigilance accrue pour celles liées à l'iatrogénie<sup>15</sup> (en 2019, l'EPSM a déploré deux décès par fausses routes et un arrêt cardiaque sur syndrome occlusif), ainsi qu'à celles dues aux addictions car l'hôpital n'offre pas de service spécifique.

Ils renouvellent ainsi les traitements substitutifs aux opiacés instaurés avant l'hospitalisation. Selon ces médecins, les consommations d'alcool et de produits stupéfiants (cannabis surtout) constituent un sujet de préoccupation. Les patients vulnérables sont abordés dans le parc de l'établissement par des dealers ou des fournisseurs d'alcool. Pour l'ensemble des soignants et

<sup>15</sup> Trouble ou maladie consécutifs à la prise d'un médicament ou d'un traitement médical.

médecins rencontrés, le confinement a provoqué une nette diminution de la consommation de ces substances illicites et toxiques et l'état psychique d'un bon nombre de patients s'est considérablement amélioré. Les patients hospitalisés suivis auparavant en centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ont la possibilité d'y poursuivre leurs soins. Ils y sont accompagnés par un soignant de leur unité. Il est également possible d'initier un suivi au CSAPA. Enfin, une équipe d'addictologie du GHSB se déplace à Charcot sur demande des médecins somaticiens. Elle rencontre le patient en entretien, élabore un compte rendu et propose une conduite à tenir.

La contraception est une question abordée au cours des consultations avec les femmes en âge de procréer. Elle est prescrite, le cas échéant, et le dépistage des infections sexuellement transmissibles est également proposé aux patients des deux sexes. Des préservatifs sont disponibles dans toutes les unités, mais ils ne sont pas en accès libre, les patients doivent les demander aux soignants. Le désir de grossesse se manifeste parfois chez des patientes très psychotiques : dans ce cas, cette question est abordée avec le psychiatre, l'avis du comité d'éthique est sollicité et un avis gynécologique est demandé.

Ces praticiens participent aussi à des actions d'éducation à la santé :

- en collaboration avec le pharmacien, sensibilisation d'un groupe de patients à l'usage des antibiotiques ;
- animation de séances sur les addictions ;
- participation au mois sans tabac.

Les médecins somaticiens témoignent de la résistance du personnel soignant à suivre parfois les consignes de surveillance prescrites comme la prise de la température, de la pression artérielle, du suivi du transit, de la restriction hydrique ou l'adaptation des doses d'insuline pour les patients diabétiques.

## RECO PRISE EN COMPTE 9

Le personnel soignant doit respecter les consignes de surveillance et de soins prescrites par les médecins somaticiens.

*Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice de l'EPSM explique qu'« au 22B une référence somatique a été mis en place. Deux infirmières diplômées d'état sont les interlocuteurs du médecin somaticien. Elles se chargent de relayer l'information du somaticien et veillent à son application. Une consultation de chaque patient est organisée une fois par trimestre depuis plusieurs mois. »*

Les médecins somaticiens sont parfois amenés à donner des consignes de restriction alimentaire au personnel de la cafétéria pour des patients présentant un haut risque de fausse route ou bien un état prédiabétique ou diabétique.

### 8.3.2 L'accès aux examens complémentaires

Les prélèvements biologiques prescrits par les médecins sont effectués par les soignants, centralisés à la pharmacie et transportés quotidiennement au laboratoire de l'hôpital du Scorff sans aucune difficulté.

Un équipement de radiologie standard numérisé est installé à l'EPSM et un manipulateur en radiologie effectue les clichés qui seront interprétés par un radiologue du Scorff ainsi que par le

médecin prescripteur. Pour les autres examens d'imagerie médicale, les patients sont adressés au Scorff.

Les électro-encéphalogrammes sont réalisés sur le site de Charcot et interprétés depuis janvier 2021 au Scorff. Auparavant, un neurologue consultait deux demi-journées par semaine mais il n'a pas été remplacé après son départ à la retraite.

### 8.3.3 L'accès aux médecins spécialistes

Une convention, non renouvelée depuis un an, liait l'EPSM au centre hospitalier Bretagne Sud (CHBS) pour bénéficier au niveau du PPSA de l'intervention d'un gériatre, une demi-journée tous les quinze jours. Son expertise en neuro-cognition, très appréciée de ses confrères, aidait au diagnostic différentiel entre les troubles cognitifs et les démences ainsi qu'à l'adaptation de la prise en charge. Les médecins somaticiens regrettent la suppression de ces consultations qui ne peut être que dommageable pour les patients. Pour pallier ce manque, il est parfois fait appel au neuropsychologue du PRPS qui peut recevoir quelques patients en collaboration avec le psychiatre.

#### RECOMMANDATION 19

Afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées hospitalisées en psychiatrie, l'établissement doit se doter des compétences médicales nécessaires en gériatrie.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice de l'EPSM explique que « dans le cadre de l'actualisation du projet médico-soignant partagé au sein du GHT initié au premier semestre 2021, une action porte sur l'amélioration de l'accès aux soins somatiques des personnes en souffrance psychique.

*Des professionnels de l'établissement (psychiatres, cadres de santé, direction) sont parties prenantes de cette réflexion. »*

Ces éléments n'apportent pas une réponse permettant de considérer la recommandation comme prise en compte.

Pour les autres consultations spécialisées, les patients sont adressés à l'hôpital du Scorff non sans quelques difficultés parfois, liées à leur « statut » de malade psychiatrique.

#### RECOMMANDATION 20

Il est indispensable de sensibiliser les médecins urgentistes et les services de médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique de l'hôpital du Scorff aux vulnérabilités spécifiques des patients souffrant de pathologies psychiatriques afin de leur éviter toute discrimination dans l'accès aux soins somatiques et pertes de chance qui pourraient en découler.

En l'absence de réponse sur ce point, cette recommandation est maintenue.

### 8.3.4 L'accès aux autres soins médicaux et paramédicaux

Un chirurgien-dentiste de l'Union mutualiste dispense des soins une demi-journée par semaine. Les délais de rendez-vous atteignent trois à quatre semaines mais en cas d'urgence la prise en charge est très rapide.

Une pédicure intervient une fois par semaine.

Les consultations d'ophtalmologie se déroulent tantôt chez les praticiens de ville tantôt au Scorff. Les délais sont les mêmes que pour les autres patients et en cas d'urgence, il n'y a pas de perte de chances, le bilan est réalisé.

## 8.4 LES REGLES DE PRESCRIPTION ET DE DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS NE SONT PAS RESPECTEES

### 8.4.1 Organisation et moyens

Le service pharmacie situé à Caudan est intégré dans le GHSB.

Il compte deux pharmaciens (ETPR), trois préparateurs en pharmacie (3ETPR), un magasinier (1 ETPR) et une secrétaire (0,8 ETPR).

Ces agents sont présents du lundi matin au vendredi soir.

Le samedi matin, le pharmacien et un préparateur de l'hôpital de Quimperlé ayant accès aux mêmes logiciels informatiques que ceux de l'EPSM peuvent faire délivrer des médicaments dans ce dernier. Pour le reste du week-end, il existe une astreinte commune aux pharmaciens d'établissements de santé situés à Quimperlé, Caudan, Ploemeur (Morbihan). Pendant son astreinte, le pharmacien peut être amené à se déplacer sur chaque site demandeur.

Les comités du médicament se tiennent effectivement deux fois par an en présence des pharmaciens, médecins et membres de la direction.

Enfin, deux fois par an, les pharmaciens organisent des séances de deux heures sur les erreurs médicamenteuses et ce en lien avec les EI qui se sont produits. Y sont reconstituées une chambre de patient et une salle de soins dans lesquelles les participants, médecins et infirmiers doivent retrouver les erreurs commises et les commenter.

### 8.4.2 Le circuit du médicament et sa dispensation

Toutes les prescriptions, des psychiatres et des somaticiens, arrivent sur l'ordinateur du pharmacien par le logiciel *Sillage*<sup>®</sup>. Tous les jours, le pharmacien procède à leur analyse pharmacologique (posologies, contre-indications, interactions médicamenteuses) avant de les signer.

En cas de problème, le médecin prescripteur est immédiatement contacté.

Ensuite, les médicaments sont préparés pour la semaine pour chaque patient, à l'exception des antibiotiques, des stupéfiants et des médicaments à risque iatrogénique très élevé, délivrés dans chaque unité.

Aucune procédure de conciliation médicamenteuse n'est instaurée pour les patients arrivant en hospitalisation complète.

#### RECOMMANDATION 21

L'établissement devrait instaurer une démarche de conciliation médicamenteuse concernant tous les patients entrant en hospitalisation.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice de l'EPSM explique qu'« une démarche de conciliation médicamenteuse d'entrée avait été initiée en 2018 par le pharmacien référent de l'établissement sur l'unité 12A. Elle n'a pas perduré du fait d'une performance modérée (souvent des transferts vers cette unité depuis un autre établissement plutôt qu'une réelle entrée depuis la

ville) et l'évaluation pertinence-intérêt conciliation défavorable. Une vingtaine de patients avaient été conciliés.

Dans le cadre de la revue de contrat pharmacie à usage intérieur GHBS-EPHM Charcot (réunion du 7/4/2021), il a été prévu de développer la conciliation médicamenteuse d'entrée sur le pôle SAUCL. Pour cela, il a été convenu d'organiser une rencontre avec somaticien/psychiatre des unités concernées, chef de pôle SAUCL sur la conciliation pour étudier la faisabilité, pertinence, intérêt avant fin 2021.

La convention relative à la fourniture de produits pharmaceutiques entre PUI GHBS et EPHM Charcot de 2018 doit également être remise à jour pour formaliser la démarche de conciliation médicamenteuse sur l'EPHM par la pharmacie du site. Un travail de formalisation serait également à prévoir du côté de l'EPHM Charcot le cas échéant.

Il convient également de nuancer le « tous » les patients.

En effet la conciliation médicamenteuse est chronophage et demande à la fois du temps médecin et pharmacien. Le fait de concilier l'ensemble des patients entrants ne serait pas pertinent, n'est pas réalisable en pratique et n'est pas gage de qualité ni d'efficacité dans la prise en charge médicamenteuse. Il vaut mieux définir avec les médecins des critères de sélection pour cibler les patients les plus à risque (polymédicamenté, comorbidité, toxicomanie...) et déployer les ressources sur ces patients pour sécuriser leur prise en charge. »

Les contrôleurs ne sont pas d'accord avec cette affirmation selon laquelle la conciliation médicamenteuse ne serait pas pertinente pour tous les patients.

Dans toutes les unités, il est désigné des soignants référents pour la pharmacie. Les médicaments sont stockés dans une armoire fermant à clé et les stupéfiants dans un coffre verrouillé. Les piluliers sont préparés par l'équipe de nuit et les solutions buvables le sont juste avant leur utilisation.

A Pussin, 12A, 14A et Sivadon les médicaments sont distribués individuellement dans la pharmacie avant les repas. La prise ou non du traitement par le patient est enregistrée en temps réel sur le dossier médical informatisé.

A 22B, ils sont donnés individuellement dans la salle de soins et les patients pour lesquels le projet de sortie s'oriente vers une famille d'accueil apprennent à préparer leur pilulier, sous la supervision de leur infirmier référent. Deux patients étaient concernés au moment de la visite.

A 22A, les médicaments sont distribués pendant les repas sans souci de la confidentialité et des éventuelles interrogations des patients.

## RECOMMANDATION 22

La distribution des médicaments doit se faire dans le strict respect de la confidentialité et permettre un échange avec le patient si celui-ci en éprouve le besoin.

L'administration ou non des médicaments doit être enregistrée en temps réel sur le dossier informatisé du patient.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice de l'EPHM explique que « suite aux remarques de la certification V2014, l'ensemble des unités d'hospitalisation temps plein a été équipé d'ordinateurs portables afin de pouvoir réaliser l'administration ou non des médicaments en temps réel. Les moyens techniques sont donc mis à disposition des équipes soignantes pour

*pouvoir se conformer aux exigences. Des rappels ont été effectués lors des réunions référents pharmacie.*

*Des évaluations Interdiag sont réalisées par la pharmacie avec les équipes. Les deux dernières datent de février 2020 et décembre 2019.*

*Une réflexion est en cours pour la distribution des traitements des patients dans les pharmacies des unités ».*

L'absence d'échéancier précis et les constats sur place des contrôleurs empêchent de considérer cette recommandation comme prise en compte.

Dans les unités 14A et 22A, les contrôleurs ont relevé des prescriptions « *si besoin* » de médicaments neuroleptiques injectables en cas d'agitation ou de refus du traitement par voie orale sans précision de la durée. A titre d'exemple, depuis le 11 octobre 2020, pour un patient mineur, seule l'indication « *si agitation* » est mentionnée. Dans tous les cas, les soignants affirment privilégier la voie orale sans avoir pu préciser selon quelles modalités ils effectuaient l'injection, le cas échéant. « *Mais tous les médecins ne font pas des prescriptions si besoin* » a expliqué une IDE interrogée.

De plus, le conseil national de l'ordre des médecins rappelle, dans ses publications, que le fait d'intervenir sur un patient contre son consentement constitue une faute qui engage la responsabilité civile du médecin et l'expose à une sanction disciplinaire.

Il est donc illégal de prescrire « *si besoin* » une injection de neuroleptique sur des indications d'agitation ou de refus de traitement. Si le patient refuse un traitement, seul un médecin est habilité à venir l'examiner, à rechercher son consentement et à décider en fonction de la clinique si l'administration non consentie d'un traitement est toujours nécessaire et de dernier recours.

### RECOMMANDATION 23

En vertu de l'article L.1111-4 du code de la santé publique, tout acte médical ou tout traitement doit requérir le consentement libre et éclairé du patient. Lorsqu'il se trouve hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L1111-6 du même code, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté. Le statut légal de placement en « soins sans consentement » n'emporte pas exception au respect de ces dispositions.

En l'absence de réponse sur ce point, cette recommandation est maintenue.

#### 8.4.3 L'évaluation de la douleur

L'évaluation de la douleur à l'aide de grilles est sensée être réalisée par les soignants ou les médecins somaticiens mais n'est pas toujours mentionnée dans le dossier médical informatisé du patient. Les soignants disposent de protocoles écrits (paracétamol, Emla®) affichés dans la pharmacie de l'unité pour la prendre en charge en l'absence du médecin. Toutefois, il n'existe pas d'évaluation des pratiques professionnelles concernant cet aspect des soins.

## RECO PRISE EN COMPTE 10

L'évaluation de la douleur doit être systématiquement effectuée à l'arrivée des patients et pendant leur hospitalisation et être tracée dans leur dossier médical. Elle doit faire l'objet d'une évaluation des pratiques professionnelles.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice de l'EPSM explique que « *le CLUD de l'établissement s'est saisi de cette problématique. Un certain nombre de protocole/procédure ont été rédigés et validés en CME en début d'année 2021 notamment la procédure de la prise en charge de la douleur pour un patient hospitalisé à l'EPSM Charcot ainsi qu'un protocole d'utilisation des outils d'évaluation de la douleur reprenant l'ensemble des notions d'évaluations à l'arrivée puis régulièrement au cours de son séjour. L'ensemble de ces documents sont disponibles sur la gestion documentaire pour les équipes soignantes et médicales.*

*A la prochaine réunion du CLUD, une distribution d'échelles d'autoévaluation de la douleur aura lieu auprès des référents CLUD de chaque service de soins afin de rééquiper l'ensemble des soignants en échelles EVA et échelle des visages(pédiatrie) ».*

### 8.4.4 Les actions d'éducation à la santé

Tous les ans les pharmaciens participent à la semaine « sécurité des patients » qui se déroule dans les unités et à la cafétéria. Des films sont projetés et des quizz distribués aux patients sur la manière de prendre leur traitement et les conduites à tenir en cas d'oubli.

Concernant les ateliers d'éducation thérapeutique – dont l'organisation relève du psychiatre et des soignants ayant validé la formation – deux thèmes ont été autorisés par l'ARS en 2019 et 2020 : « *l'éducation thérapeutique du patient souffrant de psychose, connaissance de la maladie et du traitement : la schizophrénie* » et « *le renforcement de l'autonomie dans la vie quotidienne pour les patients souffrant de troubles psychiatriques* ». Chaque thématique est abordée au cours de dix séances individuelles ou collectives sur un cycle de deux à trois mois pour tout patient intéressé hospitalisé ou non.

Ces actions ont été interrompues pendant les périodes de confinement.

## 9. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

### 9.1 L'AMENAGEMENT DES CHAMBRES D'ISOLEMENT EST INCOMPLET

Lors de la visite de 2009, l'hôpital disposait de deux chambres d'isolement (CI) en état de fonctionnement dans les unités 14A et 22A. Une troisième était en travaux et un programme de création de quatre chambres était en cours dans le cadre d'un programme de sécurisation. Parallèlement, des « chambres semi-protégées »<sup>16</sup> étaient répertoriées dans les unités 14A, 14B, 33B, 34A, PAIS, « en principe équipées comme des chambres ordinaires, mais susceptibles d'être fermées à clé et dont les patients ne sont pas autorisés à sortir pendant des temps plus ou moins longs de la journée »<sup>17</sup>.

En 2021, l'établissement dispose de cinq CI (deux dans chacune des unités 14A et 22A, une dans l'unité Pascal, qui sont toutes des unités du SAUCL), et d'une salle d'apaisement dans l'unité Sivadon et un espace *Snoezelen*® à l'unité d'hospitalisation de l'enfant et de l'adolescent (UHEA) (cf. § 10.1 pour cette dernière).

#### 9.1.1 Les chambres d'isolement

Les CI présentent des configurations immobilières et mobilières diverses, y compris au sein de la même unité. Elles ont pour point commun d'être éloignés des bureaux infirmiers.

A Pascal, la CI – précédée d'un sas dans lequel sont situés une douche et un lavabo et à partir duquel on accède à un espace extérieur clôturé d'environ 20 m<sup>2</sup> – comporte :

- un *Velux*™ dans le plafond et une fenêtre occultée d'un rideau qui donne dans un bureau médical ;
- un WC en inox sans abattant ni lunette, dont la chasse d'eau est située à l'extérieur et n'est actionnable que par les soignants ;
- une pendule à aiguilles située dans le sas, visible depuis le fenestron de la porte ;
- un interphone, placé près de la porte, qui permet de parler avec le patient mais il n'y a pas de système d'appel.

Dans l'unité 14A, les deux CI ont un sas commun dans lequel sont situés un lavabo, un miroir, un dévidoir de papier pour se sécher les mains, une douche avec un pommeau mural fixe et un thermostat actionnable par le patient derrière une porte western dotée d'un loquet. La chaîne hifi qui permet de diffuser de la musique dans les chambres y est positionnée. La lumière artificielle est commandée depuis le sas exclusivement. Deux tabourets, un pouf et un rondin recouverts de plastique jaune peuvent être mis à disposition dans les chambres.

Dans les deux CI, la lumière naturelle provient d'un *Velux*™ dans le plafond, ouvrable par les soignants, recouvrable d'un volet. La ventilation est efficace.

La CI n°1 est équipée de :

- un lit fixé au sol composé d'une coque en plastique blanche<sup>18</sup>, un matelas plastifié ne comportant pas de drap ;
- un WC derrière un muret, avec un rouleau de papier hygiénique ; le muret ne protège pas du regard des soignants depuis le fenestron qui perce la porte ;

---

<sup>16</sup> CGLPL, Rapport de visite du centre hospitalier Charcot de Caudan, juin 2009.

<sup>17</sup> *Ibid.*

<sup>18</sup> Ce lit-coque a été installé afin de répondre à des besoins de sécurisation en cas d'accueil d'un patient détenu.

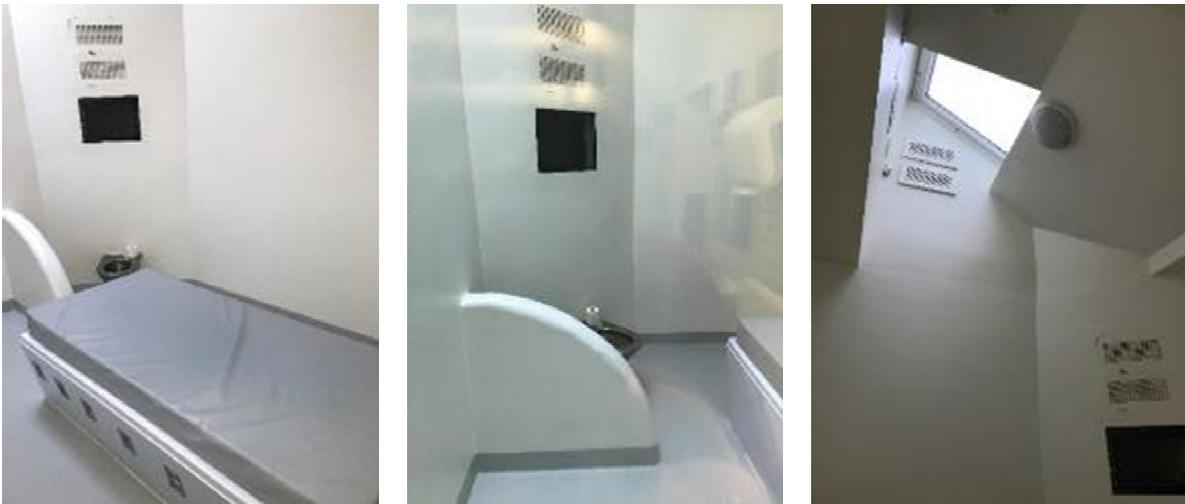
- un téléviseur derrière une vitre de protection ;
- un interphone pour parler au patient, inaccessible à ce dernier en raison de son emplacement en hauteur, et il n’y a pas de système d’appel aux soignants.

La CI n°1 bis est équipée de :

- un matelas recouvert de plastique bleu, complété par un drap et une couverture ;
- un wc derrière un muret, avec la même absence d’intimité que dans la CI n°1;
- un emplacement pour un téléviseur, absent du coffrage ;
- le même interphone que dans la CI n°1 précédemment décrite.

Un jardin grillagé et planté permet un accès à l’extérieur, notamment pour les fumeurs.

Une seconde porte donnant dans le sas permet d’accéder directement aux CI depuis l’extérieur du pavillon.



*CI n°1 de l’unité 14A : lit, WC visible derrière le muret de séparation depuis le fenestron de la porte, Velux™ au plafond, bouches de ventilation et hauts-parleurs*



*Le jardin des CI de l’unité 14A*

Dans l’unité 22A, les deux CI ont également un sas commun dans lequel sont situés un lavabo et une douche avec un pommeau mural fixe. Chaque CI est accessible depuis le sas par deux portes,

l'une percée d'un fenestron qui constitue l'accès principal, l'autre donnant dans l'espace sanitaire et qui constitue l'accès secondaire.

Les deux CI, éclairées naturellement par un *Velux*<sup>TM</sup> disposant d'un volet au plafond, sont équipées d'un sommier fixé au sol de deux modèles différents et recouvert d'un matelas plastifié, sans drap et sans oreiller mais avec une couverture antisuicide. Un WC en inox est installé dans chaque CI, sans séparation et sans accès direct du patient à la chasse d'eau ; quelques feuilles de papier hygiénique sont mises à disposition. Un pouf et un rondin en plastique bleu complètent le mobilier. Il n'y a pas de dispositif d'appel mais seulement un interphone près de la porte dans une des deux chambres. Une horloge numérique, dans les CI, donne exclusivement l'heure. La lumière artificielle est commandée depuis le sas, comme le volet du *Velux*<sup>TM</sup> et la chasse d'eau. Un dispositif permet de diffuser de la musique dans les chambres.

Un jardinet dallé, planté et protégé par des claustras permet un accès à l'extérieur.



*CI n°1 de l'unité 22A, sans couverture antisuicide*



*Velux<sup>TM</sup> au plafond, horloge numérique, bouches de ventilation et hauts-parleurs*



*CI n°2 de l'unité 22A*



*Douche commune au deux CI de l'unité 22A*



*Jardin extérieur dallé*

Dans l'ensemble de espaces dédiés à l'isolement, il n'a pas été constaté de draps, les patients dormant à même le matelas en plastique. Il n'a pas été constaté non plus de dispositif d'appel-malade permettant, y compris quand on est contentonné sur le lit, de faire appel aux soignants. Le patient en train d'utiliser le WC est visible depuis la porte et il ne peut pas actionner la chasse d'eau à l'issue. Il n'existe pas de point d'eau potable, une bouteille en plastique étant mise à disposition. Les horloges n'indiquent que l'heure et ne sont pas toujours visibles d'un patient depuis son lit.

Dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) « *Soins en contention et isolement thérapeutique* », un état des lieux a été dressé en 2016. La question de l'appel-malade aurait été évoquée, sans suite. Des modifications mobilières ont par la suite été apportées à l'état des lieux s'agissant par exemple des lits coque blancs installés.

#### RECOMMANDATION 24

Les chambres d'isolement doivent toutes être équipées d'un dispositif d'appel et d'une horloge permettant de connaître le jour et l'heure également accessibles pendant les phases de contention, de la possibilité d'allumer ou d'éteindre sa lumière, d'actionner la chasse d'eau des WC, d'avoir accès en permanence à l'eau potable. La visibilité sur les WC doit être empêchée.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice de l'EPSM explique que « *l'acquisition d'horloges avec date intégrée pour l'ensemble des chambres d'isolement est en cours* ». La réponse partielle de la direction à cette recommandation ne permet de considérer cette dernière comme prise en compte.

#### 9.1.2 Le matériel de contention

Le matériel de contention utilisé est en tissu et permet cinq points d'attache, dont le ventre. La pharmacie de l'EPSM est chargée de son inventaire et de sa gestion en général. Il n'appelle pas d'observation particulière.

### 9.2 LES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION, MAL TRACEES, NE SONT PAS DECIDEES EN DERNIER RECOURS

Des protocoles détaillent concrètement l'ensemble des questions relatives aux mesures d'isolement et aux mesures de contention. Ils ont été actualisés en mars 2018.

Les développements qui suivent ne décrivent pas lesdits protocoles – qui n'appellent pas d'autre remarque que celle relative à la nécessité de les actualiser au regard de la nouvelle rédaction de l'article L.3222-5-1 du CSP de décembre 2020 – mais résultent des constats effectués dans les unités et auprès des professionnels.

Par ailleurs, dans le cadre de l'EPP « *Soins contention et isolement thérapeutique* », un audit a été réalisé sur des mesures de divers types en 2019. Certains de ses résultats sont cités. Le CGLPL ne considère pas que l'isolement puisse être thérapeutique.

#### 9.2.1 Conditions matérielles de mise en œuvre des mesures d'isolement

Tous les patients isolés dans les CI sont vêtus d'un simple pyjama déchirable, pieds nus et sans sous-vêtement. Ils n'ont pas de drap, s'allongent à même le matelas recouvert de plastique épais, bénéficient exclusivement de la couverture anti-suicide. Le dispositif de prévention du suicide est ainsi systématiquement mis en œuvre.

Des exceptions existent de fait : un patient est parfois doté d'un drap, comme c'était le cas dans l'unité 14A le 14 janvier, mais sans qu'il soit possible de savoir qui a pris l'initiative et sur quoi elle repose.

## RECOMMANDATION 25

Les patients placés en chambre d'isolement doivent pouvoir dormir dans des draps. Le port du pyjama doit être individualisé en ce qu'il doit être possible de vêtir un pyjama personnel.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice de l'EPSM explique que « *les unités disposent toutes du linge nécessaire (draps, couvertures anti-suicide) en fonction de la symptomatologie du patient. Cf protocole isolement-mention vêtements adaptés, draps, couvertures et pyjama standard, etc.* ».

Cette réponse relative au fait que les unités disposent du matériel nécessaire ne change rien au fait qu'en pratique les patients n'ont pas de draps ni ne portent de pyjama personnel dans les chambres d'isolement.

Dans toutes les CI, les repas sont servis dans la chambre, sur un plateau posé sur un rondin et des couverts en plastique. En l'absence de point d'eau, une bouteille d'eau en plastique peut être laissée au patient. Il est possible de fumer dans les jardinets accolés aux CI ; l'audit de l'EPP a établi que les substituts nicotiques n'étaient pas proposés.

Selon les consignes médicales, il a pu arriver exceptionnellement qu'un proche puisse visiter le patient ou qu'un livre soit laissé à ce dernier.

## RECOMMANDATION 26

Le protocole de placement à l'isolement le plus strict, prévu dans les situations de risque auto agressif aigu, doit être l'exception et ne doit pas être appliqué indifféremment à tous les patients.

En l'absence de réponse sur ce point, cette recommandation est maintenue.

La chambre ordinaire du patient est conservée, sauf cas exceptionnel de suroccupation.

Le patient qui dépend d'une autre unité que celle dans laquelle il est isolé continue à dépendre du personnel de la première. Ces cas ne sont pas rares, puisque seules trois unités offrent des CI. Ainsi dans l'unité 14A, les deux derniers patients placés en CI provenaient d'autres unités.

Des soignants de l'unité d'origine viennent à chaque fois qu'il est question de pénétrer dans la chambre (repas, visite médicale, etc.), en plus de soignants désignés par les cadres du DRO dans d'autres unités au titre du renfort, dans une quantité déterminée par les soignants du lieu d'isolement. Le personnel de l'unité où a lieu l'isolement ne reste en principe qu'en retrait. Si l'idée louable est de faire perdurer le contact du patient avec l'équipe soignante dont il dépend, si l'idée largement exprimée aux contrôleurs est aussi que « *l'isolement doit être coûteux pour l'équipe* », cela :

- désorganise plusieurs fois par jour les soins dans plusieurs unités dont celle d'origine ;
- réduit les contacts que le personnel a avec le patient pendant son isolement, ce dernier n'ayant de contact direct avec les soignants qu'au moment des repas, soit quatre fois en vingt-quatre heures.

Le patient court le risque d'une prise en charge réduite et d'un isolement plus long.

## RECOMMANDATION 27

La responsabilité de la prise en charge des patients dans les chambres d'isolement doit revenir au personnel affecté à cette unité, de façon que la surveillance soit plus fréquente et plus humaine et que les décisions soient prises en temps réel en fonction de l'état du patient.

En l'absence de réponse sur ce point, cette recommandation est maintenue.

### 9.2.2 Les mesures mises en œuvre

#### a) L'isolement en espace dédié

Le rapport annuel sur l'isolement et la contention fait successivement état en 2018 puis en 2019 à propos de l'isolement en espace dédié de 271 mesures ayant concerné 155 patients pour une durée totale de 29 097,7 heures (durée moyenne de 107,3 heures par mesure) puis de 227 mesures ayant concerné 140 patients pour une durée totale de 40 921,6 heures (durée moyenne de 180 heures par mesure).

En 2020, Pussin a eu recours aux CI des autres unités pour une douzaine de patients, l'unité 22B pour six patients, Sivadon pour cinq patients, l'unité 14B pour quatre patients<sup>19</sup>. A Ty Glas, les placements dans une CI sont très rares, « moins d'un par an », le dernier en 2020 pendant moins de 24 heures.

Des mesures d'isolement sont longues : lors de la visite, un patient se trouvait dans la CI de l'unité Pascal depuis le 23 décembre 2020, soit plus de deux semaines. La plus longue mesure récente en espace dédié a duré 1 590,9 heures du 27 octobre 2020 au 2 janvier 2021, dans une CI de l'unité 22A, pour une patiente présentant une situation complexe.

L'isolement en espace dédié se pratique rarement voire jamais en isolement séquentiel. Il a notamment été expliqué que, les patients isolés ne dépendant pas toujours de l'unité où se réalise l'isolement, il est impossible de les faire participer à la vie de l'unité.

#### b) L'isolement en espace non dédié

L'isolement séquentiel est courant dans les chambres ordinaires, et ce dans toutes les unités visitées. Il est pourtant *a priori* déclaré comme rare.

Le rapport annuel sur l'isolement et la contention fait successivement état pour les années 2018 et 2019 à propos de l'isolement en espace non dédié de 28 mesures ayant concerné 25 patients pour une durée totale de 2 346 heures (durée moyenne de 83,8 heures par mesure) puis de 61 mesures ayant concerné 39 patients pour une durée totale de 14 010,1 heures (durée moyenne de 229,7 heures par mesure). Il concerne donc effectivement un nombre de patients plus restreint que l'isolement en espace dédié.

Mais ces quelques situations de patients conduisent en réalité quotidiennement à des mesures d'isolement en chambre ordinaire. Certaines sont inscrites dans le registre, d'autres font l'objet d'une simple consigne médicale. Ainsi, à Pascal, un patient était enfermé dans sa chambre toutes les nuits au motif qu'il déambulait et rentrait dans les chambres des autres patients ; l'indication médicale était actualisée quotidiennement et inscrite dans le registre d'isolement, selon ce qui a été expliqué aux contrôleurs. Dans l'unité 22B, des patients sont soumis à des « temps en

<sup>19</sup> Il s'agit parfois du même patient, pris en charge successivement au cours de l'année par les unités du SAUCL et du PRPS.

*chambre fermée à clefs* » pour des durées de deux à quatre heures lorsqu'ils ont « *besoin de se poser* », l'isolement séquentiel étant considéré comme thérapeutique et ces mesures n'étant jamais inscrites dans le registre, même si elles font par ailleurs l'objet d'une consigne médicale. Dans l'unité 14A, un patient a fait l'objet d'un isolement en CI du 20 au 27 juillet inscrit dans le registre mais la mesure du 28 au 29 juillet effectuée en chambre ordinaire ne l'a pas été. A Pussin aussi ont été relevés des enfermements en chambre ordinaire qui ne sont pas tracés dans le registre en tant que mesure d'isolement. A Ti Glas, les mêmes enfermements en chambre ordinaire – deux en cours lors de la visite, au motif de leur déambulation nocturne – sont inscrits dans le registre.

Des mineurs pris en charge dans les unités pour adultes sont enfermés dans leur chambre la nuit, par sécurité. Les prescriptions sont rares, et les décisions inexistantes. Il a ainsi été relevé : « *chambre fermée la nuit + temps en chambre d'une heure dans la journée si besoin* », le motif retenu étant « *autre* ». Une recommandation est faite à ce sujet, spécifiquement, au § 10.1.

A l'échelle de l'établissement, une dizaine de chambres ordinaires sont ainsi fermées la nuit dans les unités ; leur liste est communiquée tous les soirs au cadre de garde qui la transmet au bureau des entrées afin de pouvoir informer les secours, le cas échéant (cf. § 6.1.2). Leur motivation relève en premier lieu de la volonté de protéger les autres patients des errances nocturnes de certains, qui sont peut-être ceux qui attendent une place en MAS ou en FAM à en croire l'explication avancée par certains interlocuteurs. Les données du registre concernant l'isolement en espace non dédié sont par conséquent sous-estimées.

Sans aller jusqu'à être punitive, la fermeture de la chambre s'assimile dans tous les cas à une mesure de sûreté pérennisée, sans lien avec les motifs médicaux qui peuvent conduire à une telle mesure en application de la loi<sup>20</sup> et des recommandations de la haute autorité de santé (HAS). L'expression « *isolement de confort* » a été utilisée devant les contrôleurs.

La problématique est connue : elle fait l'objet de discussions, notamment dans le groupe EPP.

## RECOMMANDATION 28

L'établissement doit revoir sa pratique de l'enfermement systématique en chambre ordinaire de certains patients. En effet, aucune restriction susceptible d'aggraver les sujétions inhérentes à l'enfermement ne peut être imposée aux personnes privées de liberté en l'absence d'un fondement légal et d'un cadre réglementaire en définissant les modalités de mise en œuvre.

### c) La contention

Concernant la contention, elle est aussi *a priori* décrite comme très rare. Dans le rapport de 2009, il avait été relayé la position suivante : « *bannie par principe à Charcot* »<sup>21</sup>.

Pourtant, au moment de la visite de l'unité Pascal, une personne en SDRE était attachée en cinq points<sup>22</sup> toutes les nuits dans sa chambre en raison de son agitation et de sa déambulation dans

<sup>20</sup> Article L.3222-5-1 du code de la santé publique : « [...] Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision motivée d'un psychiatre et uniquement de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque après évaluation du patient. »

<sup>21</sup> CGLPL, Rapport de visite du centre hospitalier Charcot de Caudan, juin 2009, page 33.

<sup>22</sup> Cinq points : poignets, chevilles, ventre.

les autres chambres ; la contention faisait l'objet d'une consigne médicale quotidienne mais pas d'une décision inscrite dans le registre.

Il est aussi recouru au matériel de contention en cinq points pour des personnes âgées à risque de chute comme c'était le cas pour un patient, la nuit, à Ty Glas<sup>23</sup>. Les médecins le tracent dans le registre.

Le rapport annuel fait état en 2018 comme en 2019 de dix mesures de contention en espace dédié ayant concerné dix patients pour une durée totale de 244 heures en 2018 (durée moyenne de 24,4 heures par mesure) et de 309,7 heures en 2019 (durée moyenne de 31 heures par mesure). Concernant la contention en espace non dédié, il s'est agi de cinquante-sept mesures pour vingt-cinq patients avec une durée moyenne de 57,8 heures par mesure en 2018 et de quarante-sept mesures pour vingt-huit patients avec une durée moyenne de 101,3 heures en 2019.

En 2020, la plus longue mesure de contention, quel que soit le lieu, a duré 1 606,3 heures du 29 février au 6 mai.

Les données du registre concernant la contention sont en réalité sous-estimées.

#### RECOMMANDATION 29

Les mesures de contention mises en œuvre doivent répondre à toutes les exigences légales de décision, de motivation, de traçabilité, de surveillance et ne constituer que des solutions de dernier recours.

En l'absence de réponse sur ce point, cette recommandation est maintenue.

#### *d) Modalités de décision et de surveillance*

La présence médicale varie selon les unités, et dans tous les cas elle est « tournante » au quotidien. La vacance de postes de médecins psychiatres influe fortement les pratiques, en premier lieu celles qui relèvent de la désescalade en accompagnant les équipes soignantes.

Les décisions ne sont pas prises en temps réel pour au moins deux raisons :

- la ligne médicale de garde et d'astreinte n'offre pas toujours la présence d'un psychiatre « signataire » selon l'expression utilisée dans l'unité 14A ; l'EPSM a instauré un double système de garde pour répondre aux situations de crise la nuit, les week-ends et jours fériés. Il s'agit d'une part, d'une astreinte à domicile assurée par les psychiatres certificateurs (quinze à seize médecins) et d'autre part d'une garde sur site effectuée par tout médecin, psychiatre certificateur ou non, généraliste, psychiatre en formation, et internes. Durant ces gardes, les patients sont pris en charge par des praticiens aux compétences hétérogènes. Ce sont eux qui font le diagnostic, prescrivent les traitements et décident des mesures d'isolement et de contention, rédigent les certificats, avec validation ultérieure du psychiatre, le cas échéant. Le psychiatre certificateur d'astreinte peut être sollicité pour donner un avis par téléphone mais se déplace rarement ;

<sup>23</sup> Il a été précisé aux contrôleurs que l'équipe soignante n'était pas satisfaite de cette méthode et réfléchissait à une autre solution, par exemple l'utilisation de sacs de couchages spécifiques.

### RECOMMANDATION 30

Les décisions d'isolement et de contention ne peuvent être prises qu'après une évaluation clinique effectivement réalisée par un médecin psychiatre et après la recherche d'alternatives à ces mesures.

En l'absence de réponse sur ce point, cette recommandation est maintenue.

- le médecin référent (donc de l'unité d'origine) reste par principe celui qui peut lever la mesure, alors que sa présence n'est pas garantie quand le patient en a besoin.

Des mesures ne sont donc pas enregistrées conformément aux textes en vigueur, s'agissant de leur début ou de leur fin, mais en plus elles sont prolongées de fait. L'analyse du registre confirme des manques en matière de renouvellement des mesures le dimanche par exemple.

Ainsi, dans l'unité 14A le 14 janvier en début d'après-midi, aucune mesure d'isolement n'avait encore été renseignée par un médecin dans Cortexte® pour un patient d'une autre unité placé en CI peu avant 13h. Aucun psychiatre n'était encore venu et les soignants s'attendaient à voir venir dans l'après-midi le psychiatre de l'unité d'origine ou bien le psychiatre d'astreinte, sans information à ce sujet.

L'audit de l'EPP a par ailleurs établi que toutes les mesures n'avaient pas une date de fin correctement renseignée.

Un médecin a précisé que « l'isolement n'est pas l'abandon », tout en reconnaissant : « on n'y est pas assez, et la surveillance est faible ».

Il ressort de l'audit réalisé par le groupe EPP en 2019 sur seize mesures d'isolement en espace non dédié que seulement 58 % d'entre elles étaient formalisées dans des décisions en bonne et due forme. A cette époque l'EPP avait identifié six « décisions si besoin » d'isolement en espace non dédié, qui existent toujours au moment de la visite sous la forme doublement dégradée de la « prescription si besoin » c'est-à-dire sans traçabilité dans le registre.

### RECOMMANDATION 31

Toutes les mesures d'isolement ou de contention devant faire l'objet d'une traçabilité en temps réel dans le registre éponyme, les décisions « si besoin » sont exclues.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice de l'EPSM explique que « le protocole isolement en vigueur lors de la visite mentionne que le « si besoin » est proscrit (voir protocole en PJ). »

Cette réponse théorique est contredite par la pratique observée par les contrôleurs.

Les pratiques en matière d'isolement et de contention n'ont pas évolué à la hauteur des enjeux depuis la visite du CGLPL en 2009 : elles sont peut-être encore culturellement marquées par la distinction entre chambres d'isolement et chambres semi-protégées, les premières donnant lieu à traçabilité et formalisation, les secondes, qui s'assimilent aux chambres ordinaires en 2021, non.

La notion de bénéfice-risque avant de décider d'une mesure est mise en œuvre aléatoirement : dans 33 % des cas d'isolement en CI selon l'audit réalisé par l'EPP en 2019.

Dans l'unité Pascal, il a été indiqué que le médecin généraliste passe voir le patient au moment de son placement, puis à la demande des soignants ou lorsqu'il l'estime nécessaire. L'audit de l'EPP est plus critique sur ce point.

## RECOMMANDATION 32

Les patients placés en isolement et *a fortiori* ceux qui sont contentionnés doivent systématiquement bénéficier d'un examen somatique dans les meilleurs délais après le commencement de ces mesures puis au fur et à mesure de leur déroulement. La surveillance médicale doit être effectuée deux fois par vingt-quatre heures.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice de l'EPSM explique que « *le protocole mis en œuvre dans le cadre de la réforme isolement contention prévoit bien deux passages par jour.* » Cette réponse théorique est contredite par la pratique observée par les contrôleurs.

L'association d'un traitement sédatif au placement en CI voire sous contention est variable : selon les patients, mais aussi selon les médecins, d'après ce qui a été expliqué aux contrôleurs. Elle est prévue par le protocole relatif à la contention mécanique. Dans tous les cas, la voie orale est priorisée.

Il n'a été identifié aucune difficulté concernant la conciliation médicamenteuse, « *qui fonctionne bien* ».

La traçabilité de la surveillance infirmière relève de la responsabilité de l'équipe de l'unité d'isolement. Partout, elle l'est sur papier avant d'être reporté – réduite à un unique horaire de surveillance par vacation infirmière – dans Cortexte®.

Si le protocole d'isolement mentionne la réalisation d'un débriefing avec le patient à l'issue d'une mesure, les seuls éléments communiqués dans les unités aux contrôleurs relèvent de discussions post-mesure en réunion clinique, sans associer le patient.

### 9.3 LE REGISTRE EST EXPLOITÉ MAIS L'ENSEMBLE DES ACTEURS NE MET PAS EN ŒUVRE LA POLITIQUE COMMUNE DE LIMITATION DU RECOURS A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION

#### 9.3.1 Le registre

L'établissement s'est doté d'un registre de l'isolement et de la contention en 2018. Il relève les données entrées dans Cortexte® au double titre de la décision et de l'occupation du lit, ce qui permet aux agents du département de l'information médicale (DIM) d'alerter l'équipe médicale en cas de décalage entre les deux éléments, par téléphone dans un premier temps, par message électronique dans un second temps.

Le registre est fiable dans la mesure où il permet d'identifier les problèmes concernant les décisions.

Le DIM identifie par ailleurs le statut d'hospitalisation du patient au moment de la mise en œuvre de la mesure (SL ou SSC, en distinguant les différents cas de SSC), ce qui permet d'initier le contrôle de ce point et de modifier le statut chaque fois que nécessaire. En lien avec la localisation des CI au sein du seul pôle SAUCL et afin d'identifier les unités qui recourent à l'isolement et à la contention, le DIM peut aussi extraire l'unité d'origine du patient. La notion d'isolement séquentiel est plus difficile à mettre en valeur dans les données.

Les données sont sollicitées deux à trois fois par an, au rythme de ses réunions, par l'EPP « *Soins contention et isolement thérapeutique* ». Elles sont alors présentées unité par unité. L'audit réalisé en 2019 l'a été avec le concours des données collectées par le DIM, de même que le rapport annuel. Le médecin DIM présente également les données à la CME.

Un changement de logiciel était projeté, associant Sillage® et un autre logiciel.

### 9.3.2 Le rapport annuel

Le rapport annuel est établi à partir du registre, des données du DIM et de façon plus large des discussions qui ont lieu dans l'EPP. Son contenu est contrôlé afin de le protéger du regard de la CCDH<sup>24</sup> qui agit fermement en vue de sa communication. Il comprend toutefois l'ensemble des protocoles ayant trait à l'isolement et à la contention, le document de politique de l'établissement (*cf. infra*), des extraits des discussions en directoire, en CME, en CDU, des échanges écrits avec le CGLPL antérieurs à la visite, le bilan quantitatif des mesures pour l'année écoulée.

Il est présenté à la CME. Il a été présenté au JLD.

### 9.3.3 La politique de l'établissement

L'ensemble des instances de l'établissement a adopté le 27 mars 2018 un document de six pages décrivant sa politique de limitation du recours à l'isolement et à la contention en psychiatrie générale. Très complet, il affirme l'objectif de limiter et réduire les mesures d'isolement et de contention et décrit les moyens à disposition des professionnels tout en cadrant les pratiques au regard des dispositions réglementaires applicables. Il nécessite une actualisation à l'aune de la nouvelle rédaction de l'article L.3222-5-1 du CSP modifié par le législateur en décembre 2020.

Eu égard aux développements qui précèdent (*cf. § 9.2*), il est regrettable que les pratiques s'éloignent de ce document de référence.

L'EPP « *Soins contention et isolement thérapeutique* » se réunit depuis 2016 sous cette dénomination (*cf. § 9.2*).

L'EPP a d'abord dressé un état des lieux de l'isolement et de la contention, puis a procédé à l'actualisation des protocoles en 2017 en distinguant la contention en psychiatrie et la contention sur sujet âgé ; elle a enfin réalisé un audit en 2019 en faisant extraire toutes les mesures de tous les pôles et en faisant remplir une grille d'évaluation des mesures les plus longues par des soignants en unité. Une note d'information a été diffusée aux professionnels à l'issue de cet audit. La dernière réunion avait eu lieu en juillet 2020. A l'avenir il était envisagé de travailler sur les directives anticipées en psychiatrie.

Les contrôleurs regrettent que les discussions et les conclusions de cette EPP n'ont aucun effet sur les pratiques en vigueur. Le plan d'actions dessiné en 2020, dont l'élément principal était de continuer la sensibilisation des équipes, n'avait encore aucun effet dans les unités visitées. Il n'a pas non plus été envisagé d'évaluer l'effet de la pratique des espaces d'apaisement sur le recours à l'isolement et à la contention avant de la déployer dans d'autres unités.

La position médicale prévaut en matière de politique de recours à ces mesures, face à des équipes soignantes qui sont elles-mêmes diverses dans leur façon d'aborder ces situations.

Les questions d'isolement et de contention sont discutées dans les instances. Les discussions sont parfois encore « *dialectiques* », notamment concernant l'isolement séquentiel en chambre ordinaire, pour savoir si c'est de l'isolement ou non. Si tous s'accordent à reconnaître que les causes de la mise en isolement sont multifactorielles, lié à l'environnement du patient tant architectural qu'humain, toutes les conséquences en matière d'action sur ces facteurs ne sont pas tirées.

---

<sup>24</sup> CCDH : commission des citoyens pour les droits de l'homme, émanation de la scientologie.

Une attention commune est toutefois notée concernant la prévention des situations aiguës par le biais de la formation initiale et de la formation continue, ainsi qu'en matière d'alimentation du registre afin de le rendre plus qualitatif sur les motifs du placement en isolement.

La direction a engagé la mise en œuvre de la réforme issue de l'article 84 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, en commençant à la présenter aux instances. La JLD a impulsé des modifications des documents qui l'informent de l'état des patients dans l'objectif de pouvoir exercer son contrôle (*cf. supra* § 5.4.2) et a créé une adresse électronique fonctionnelle permettant de faciliter son information au fil de l'eau. L'établissement envisageait de devoir réorganiser la garde médicale et d'astreinte, des médecins qui ne sont pas psychiatres l'effectuant.

### RECOMMANDATION 33

L'ensemble des acteurs de l'établissement doit se saisir des outils dont il dispose (registre, évaluation des pratiques professionnelles, contrôle du juge, etc.) afin de faire concrètement de l'isolement et de la contention des mesures de dernier recours, conformément à la politique affichée.

En l'absence de réponse sur ce point, cette recommandation est maintenue.

## 10. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

### 10.1 L'UNITE D'HOSPITALISATION POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS DISPENSE DES SOINS INDIVIDUALISES ASSOCIANT LES PARENTS ET LES PARTENAIRES EXTERIEURS MAIS LA MISE EN ŒUVRE DE CERTAINES PRATIQUES NE SE JUSTIFIE PAS SUR UN PLAN THERAPEUTIQUE

Le pôle intersectoriel de psychiatrie pour l'enfant et l'adolescent couvre la partie Ouest du Morbihan soit une population de 240 000 habitants. Sa file active compte 2 700 enfants et adolescents. Le pôle dispose de structures ambulatoires et d'une unité d'hospitalisation pour enfants et adolescents (UHEA). Les unités ambulatoires comprennent une maison des adolescents (MDA), implantée à Lorient, ainsi que quatre centres psychothérapeutiques pour enfants et adolescents (CPEA) – âgés de 4 à 12 ans – sectorisés. Des hôpitaux de jour (HDJ), des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et des centres médico-psychologiques (CMP) sont associés aux CPEA. Un cinquième CPEA est spécialisé dans la prise en charge des troubles du spectre autistique. Il existe également une unité de la petite enfance intervenant dans les services de néonatalogie auprès des nourrissons et dans les centres de protection maternelle et infantile (PMI) auprès des enfants âgés de moins de 4 ans.

L'UHEA est une unité d'hospitalisation à temps plein. Elle accueille et prend en charge des enfants et des adolescents âgés de 8 à 16 ans. Elle s'adresse plus particulièrement à des adolescents en crise présentant des troubles du comportement et/ou un risque de passage à l'acte suicidaire rendant l'intégration sociale difficile. Ces hospitalisations permettent de procéder à une évaluation clinique du mineur et à une modification de son traitement en l'associant à un temps d'observation. Ces prises en charge s'inscrivent dans un parcours de soins initié en ambulatoire. Les enfants sont adressés principalement par le service de pédiatrie générale, au sein duquel intervient l'équipe de liaison, ainsi que par les CPEA et la MDA. Les hospitalisations sont décidées en dernier recours, les prises en charges ambulatoires étant privilégiées. Elles sont avant tout réservées aux enfants et aux adolescents pour lesquels le cadre familial ou son substitut entretient la souffrance ou la problématique. Ces admissions ne se déroulent pas dans l'urgence. Elles sont en principe programmées en accord avec les parents ou le titulaire de l'autorité parentale. Ces derniers sont invités à visiter la structure avant l'admission. Il leur est remis un document intitulé « *règles de vie* » dans lequel sont détaillés les règles de la vie sociale, les interdits, la gestion du tabac, la liste des affaires autorisées et interdites ainsi que le planning de la semaine.

Les hospitalisations faisant l'objet d'une ordonnance de placement provisoire (OPP) sont rares. En 2020, deux enfants ont été admis dans le cadre d'une OPP et un en 2019. Lors de la visite, parmi les huit mineurs présents, aucun d'entre eux ne faisait l'objet d'une telle mesure.

Tout est mis en œuvre pour limiter la durée de ces hospitalisations. Selon les informations recueillies, la durée moyenne de séjour est d'environ vingt-huit jours.

Concernant les adolescents âgés de 16 à 18 ans, ils sont admis dans l'une des unités d'hospitalisation adulte de l'EPSM. Le pôle avait présenté à l'ARS un projet d'unité ayant vocation à accueillir et prendre en charge à temps complet ce public, mais il a été refusé faute de financement disponible.

#### 10.1.1 Les locaux

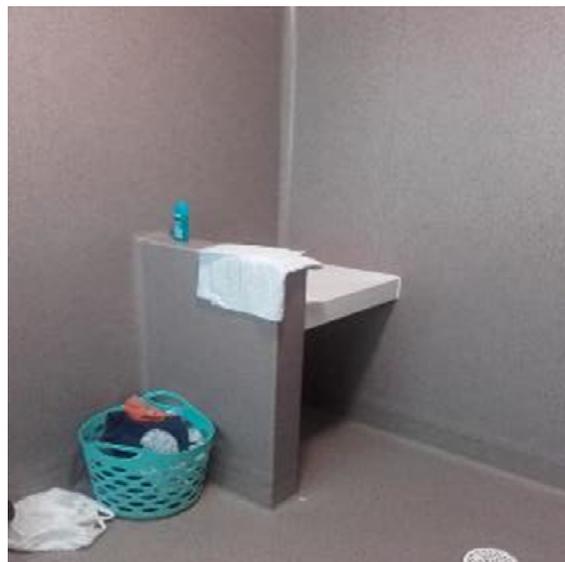
L'unité est fermée et dispose d'une capacité d'accueil de huit lits. Les locaux sont inchangés depuis la précédente visite. Ils sont implantés sur deux étages. Le rez-de-chaussée compte huit

chambres d'hébergement comprenant une salle d'eau avec WC. Les patients sont autorisés à afficher des photos et des posters.



*Une chambre d'hébergement*

L'une des huit chambres a été aménagée en « chambre d'apaisement » – elle est équipée de mobilier adapté – pour pouvoir accueillir des patients présentant des risques de passage à l'acte auto-agressifs. Elle a l'avantage d'être positionnée à proximité du poste de soins.



*La chambre d'apaisement et sa salle d'eau*

Les salles de soins et de consultation, la cuisine, la salle à manger, le salon télévision, l'espace jeux (comprenant un baby-foot et une table de ping-pong) et la bibliothèque sont situés également au rez-de-chaussée.



*Le salon télévision et la salle à manger*

Le premier étage est accessible par un escalier, la porte d'accès est fermée en permanence afin d'éviter les accidents. Le premier étage compte l'espace *Snoezelen* (cf. § 8.2.2). La salle de classe, une salle d'arts plastiques, une salle d'activités, le salon destiné aux soins esthétiques ainsi qu'un espace détente se trouvent également à cet étage.



*La salle Snoezelen et le salon détente*



*La salle de classe*

Les locaux sont bien entretenus. Chaque matin, les enfants sont invités à faire leur lit et à ranger leurs chambres. Les soignants font néanmoins preuve d'une certaine souplesse à l'égard de celles et ceux qui ont l'habitude d'évoluer dans un environnement où les effets personnels n'ont pas de place attitrée.

### 10.1.2 L'effectif

Lors de la visite, l'équipe de pédopsychiatres intervenant sur l'ensemble du pôle était en sous-effectif. En théorie, il est prévu 7,6 ETPR de pédopsychiatres mais il manque 3,5 ETPR depuis deux ans (départ en retraite, congé maladie de longue durée). Si aujourd'hui l'effectif est pourvu au sein de l'UHEA, à la différence des structures ambulatoires du pôle, l'unité a également pâti de ces vacances de postes. Elles ont été palliées en partie par des médecins intérimaires. Aujourd'hui deux PH, dont la cheffe de service, interviennent respectivement à 60 % sur l'unité. Cet effectif permet d'assurer une présence médicale quotidienne au sein du service.

L'équipe paramédicale est composée de seize infirmiers et de trois ASH. Trois infirmiers sont présents le matin et l'après-midi, un infirmier de jour intervient en horaires décalés. Durant la nuit, deux infirmiers sont en poste. Une éducatrice spécialisée, une enseignante et une assistante sociale viennent compléter l'équipe. Deux psychologues (à mi-temps soit un ETP au total) interviennent également au sein de l'unité. L'enseignante intervient à (mi-temps) permettant ainsi aux enfants de poursuivre leur scolarité.

Il y a environ un peu plus de deux ans, l'équipe a été confrontée à deux prises en charge particulièrement complexes dont l'une concernait un enfant présentant des troubles autistiques majeurs et qui, visiblement, n'avait pas sa place au sein du service. L'équipe s'est rapidement retrouvée dans une impasse thérapeutique. Ce patient, en raison de son comportement très agressif, était enfermé en permanence dans sa chambre qui avait été aménagée à cet effet. En dépit des nombreuses relances effectuées auprès des partenaires des structures médico-sociales et de l'ARS Bretagne, son hospitalisation a duré un an et demi. Ces épisodes quasi quotidiens de violence et ces mesures d'enfermement en chambre, auquel le patient était soumis, ont profondément affecté la dynamique d'équipe. Des tensions ont émergé au sein de l'équipe soignante donnant lieu à des clivages et à des arrêts maladie. Un audit externe a été réalisé en 2018 par une psychologue extérieure à l'établissement. Le rapport préconisait notamment l'élaboration d'un projet de service et le renouvellement d'une partie de l'équipe soignante. En effet, en l'absence jusqu'à présent, de politique de mobilité au sein des pôles, certains infirmiers sont en poste depuis plus de dix ans. Selon les propos recueillis, ces professionnels de santé sont ancrés dans leurs habitudes et sont réticents à remettre en question leur mode de fonctionnement et leurs pratiques (cf. § 3.3).

Il est prévu le renouvellement d'une partie de l'équipe soignante au cours du premier trimestre 2021. En revanche, aucun nouveau projet de service n'a été élaboré jusqu'à ce jour. La psychologue, ayant conduit l'audit, a élaboré un plan d'action. Les médecins et les cadres attendent l'aval de la direction et ils souhaiteraient la présence de la psychologue pour conduire le pilotage de ce projet.

L'absence de projet de service n'est pas sans conséquences sur la prise en charge des enfants. Les contrôleurs ont eu connaissance de pratiques, instaurées depuis plus de dix ans, dont les bénéfices thérapeutiques pour les patients restent à prouver (cf. *infra*). En outre, elles ne sont pas partagées par l'ensemble de l'équipe, notamment par les médecins et les cadres. Cependant personne n'ose les remettre en question de crainte de rompre l'équilibre fragile de l'équipe.

## RECOMMANDATION 34

Le projet de service de l'unité d'hospitalisation des enfants et des adolescents doit être élaboré dans les meilleurs délais afin de fédérer l'ensemble de l'équipe soignante autour d'une politique de soins commune.

En l'absence de réponse sur ce point, cette recommandation est maintenue.

### 10.1.3 La prise en charge au cours de l'hospitalisation

#### a) Les soins

Les soins sont dispensés par une équipe pluridisciplinaire qui s'articule étroitement avec le dispositif extra hospitalier. Ainsi, l'éducatrice spécialisée fait le lien avec le milieu scolaire, les familles et les partenaires. Tout est mis en œuvre pour éviter la rupture avec le milieu scolaire et l'extérieur. A titre d'exemple, les rendez-vous initialement prévus à l'extérieur sont maintenus dans la mesure du possible durant l'hospitalisation.

La présence médicale quotidienne permet aux patients d'être vus en consultation tous les jours si leur état clinique l'exige. Ces entretiens médicaux se déroulent en présence d'un infirmier. Les psychologues rencontrent également les enfants puis les parents afin d'explorer avec eux leur histoire individuelle. A cet égard, le PH a précisé « *qu'il était indispensable de ne pas mélanger les rôles entre médecins et psychologues afin de permettre au pédopsychiatre de se consacrer aux enfants et de porter un regard distancié envers les parents* ».

Un projet thérapeutique individuel est élaboré avec chaque patient et avec les parents qui sont pleinement associés à la prise en charge. Ils sont tenus informés du déroulement de l'hospitalisation de leur enfant et des prochaines étapes envisagées. A titre d'exemple, si le médecin prévoit de modifier le traitement, il requiert l'accord des parents en les informant des bénéfices et des risques éventuels inhérents au changement de molécules. De même dès lors qu'un incident se produit, les parents sont immédiatement prévenus. Enfin, le médecin les rencontre chaque semaine. Concernant les enfants faisant l'objet d'une OPP, le PH met tout en œuvre pour maintenir le lien avec les parents. Selon les informations recueillies, certaines de ces mesures pourraient être évitées mais l'alliance avec les parents ne serait pas systématiquement recherchée dans les services de pédiatrie générale.

Une réunion de synthèse hebdomadaire, portant sur le déroulement de la prise en charge et l'évolution du patient, regroupe l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire. Ce temps d'échange et de réflexion autour de la clinique permet de redéfinir les objectifs, de réajuster les projets de soins et les activités. Comme évoqué auparavant, un travail partenarial se met en place dès le début de l'hospitalisation, les partenaires extérieurs concernés sont donc conviés à ces réunions.

L'unité dispose d'une enveloppe budgétaire pour organiser des activités : atelier cuisine, arts plastiques, piscine (fermée en raison du contexte sanitaire actuel), équithérapie. Des activités sont programmées chaque jour y compris les week-ends.

#### b) Le maintien des liens familiaux

Le contact avec les familles, sauf cas particulier, est rompu durant les trois premiers jours qui constituent la phase d'observation. Au cours de leur hospitalisation, les enfants ne sont pas autorisés à conserver leur téléphone portable qui est placé dans un casier individuel situé dans le poste de soins. Ils sont autorisés à le consulter dix minutes par jour seulement afin d'éviter les échanges sur les réseaux sociaux, certains d'entre eux étant victimes de harcèlement.

Les enfants peuvent appeler leurs parents tous les jours en utilisant le téléphone du service. Selon le contexte familial, il peut s'agir d'appels médiatisés, il en est de même pour les visites qui ont lieu tous les deux jours. Les médecins initient également très rapidement des permissions de sortie les week-ends ainsi que des accompagnements extérieurs en présence de l'éducatrice.

### *c) Les règles de vie*

Les repas sont pris en commun avec les soignants. Des aménagements ont été réalisés pour tenir compte des mesures sanitaires, les enfants sont placés à trois par table. Les adolescents sont invités à participer à certaines tâches de la vie quotidienne : mettre la table, ranger, nettoyer, balayer. Les vendredi et samedi soir, les enfants âgés de 12 ans et plus sont autorisés à regarder la télévision jusqu'à la fin du programme choisi. Pour les plus jeunes, il leur est proposé de leur lire une histoire. A l'exception du téléphone portable, de l'appareil photo et des ordinateurs, les patients peuvent conserver dans leur chambre un poste de radio et des jeux vidéo selon leur contenu. Bien qu'ils ne puissent pas conserver leurs cigarettes et leur briquet, les mineurs pour lesquels l'autorisation écrite parentale a été obtenue, peuvent fumer à des horaires définis par les soignants. Le nombre de cigarettes autorisées est précisé par les parents. Ce nombre est systématiquement multiplié par 0,8 afin de limiter la consommation de tabac. De même, le jeune se voit proposer des substituts nicotiques. Aucun patient ne consommait du tabac lors de la visite.

Des règles de vie régissent le quotidien des patients. L'une d'entre elles, instaurée depuis plus de dix ans, est remise en cause par une partie de l'équipe. Tous les enfants sont soumis à des temps en chambre, porte fermée mais non verrouillée, à raison de trois fois par jour : 9-10h ; 14h-14h30 ; 18h-19h. Selon les propos recueillis, ce dispositif leur permettrait de se poser, de faire leur devoir ou de ranger leur chambre. Or, peu d'enfants ont des devoirs à faire car ils les font généralement avec l'appui de l'enseignante. Les créneaux du matin et de l'après-midi correspondent aux temps de transmission ce qui facilite avant tout l'organisation des soignants. L'un d'entre eux est systématiquement détaché pour rester auprès des enfants. Pour autant, les portes des chambres demeurent fermées car le soignant ne peut avoir une vision d'ensemble sur les chambres en raison de la configuration du bâtiment. Afin de dissuader les enfants de sortir de leur chambre et de s'introduire dans une autre, les soignants placent sur la poignée des portes un lot de plaquettes qui tombent dès que l'enfant manipule la poignée. Selon les propos recueillis, ce système aurait été mis en place pour pallier l'absence de sonnette d'appel dans les chambres. En pratique, ce dispositif a pour effet de dissuader les enfants de sortir de leur chambre. De l'avis de certains professionnels de santé, ils se sentent surveillés et ils n'osent plus aller voir les infirmiers.



### RECOMMANDATION 35

L'installation de plaquettes sur les poignées de porte des chambres est un dispositif de surveillance qui ne dit pas son nom mais qui a pour effet de dissuader les enfants de faire appel aux soignants. Il convient d'y mettre fin et d'équiper les chambres de sonnette d'appel.

En l'absence de réponse sur ce point, cette recommandation est maintenue.

Selon les propos recueillis, certains patients, en raison de leur pathologie et/ou de leur histoire personnelle, supportent difficilement ces temps d'isolement. Ils n'en comprennent pas la raison. En outre la chambre d'hébergement, initialement destinée à servir de lieu de jeux et de repos, devient un espace d'isolement. Le bénéfice thérapeutique de cette pratique, mis en avant par certains soignants, est discutable.

### RECOMMANDATION 36

La pratique qui consiste à imposer systématiquement à tous les enfants des temps en chambre porte fermée, à raison de trois fois par jour ne se justifie pas sur un plan thérapeutique. En outre, elle porte atteinte à la liberté d'aller et venir. Il convient d'y mettre fin.

En l'absence de réponse sur ce point, cette recommandation est maintenue.

Par ailleurs, certains membres de l'équipe adoptent, au détriment de la dimension du soin, des postures éducatives à l'égard des enfants. A titre d'exemple, un enfant qui sollicite constamment les soignants durant ces fameux temps en chambre, se voit reprocher de « *profiter de la situation et de ne pas vouloir se tenir tranquille* ». Il ne lui est pas proposé d'entretien infirmier afin de mieux cerner sa demande et de lui apporter une réponse adaptée. Il est à noter que les soignants ne bénéficient pas de séances de supervision (cf. § 3.3). Ils n'ont donc jamais la possibilité de questionner certaines de leurs postures qui visiblement ne relèvent pas de la dimension du soin.

#### 10.1.4 Les mesures d'isolement

Le médecin chef de service a mis progressivement un terme aux mesures de contention qui étaient pratiquées dans le service. Aucun patient n'a été soumis à la contention depuis un an. En revanche, des isolements en chambre, porte fermée à clefs, peuvent être décidés pour des

durées très courtes (environ 20 minutes) dès lors qu'il s'avère impossible d'apaiser la crise. Le recours à l'isolement en chambre demeure néanmoins l'exception, selon les propos recueillis. Ces mesures font l'objet d'une décision médicale et les soignants sont tenus d'aller voir l'enfant toutes les cinq minutes. Cependant, elles ne sont pas retranscrites dans un registre spécifique.

### RECOMMANDATION 37

L'isolement d'un enfant ou d'un adolescent, même sur des durées courtes, doit être évité par tout moyen. En outre, cette mesure, lorsqu'elle a lieu, doit être retranscrite dans un registre spécifique.

En l'absence de réponse sur ce point, cette recommandation est maintenue.

## 10.2 LES SOINS APPORTES AUX MINEURS ADMIS DANS LES UNITES D'HOSPITALISATION DES ADULTES NE REPONDENT PAS AUX BESOINS SPECIFIQUES DE CETTE POPULATION QUI SE VOIT IMPOSER DES RESTRICTIONS NON JUSTIFIEES

Comme indiqué dans le paragraphe relatif à la pédopsychiatrie, les mineurs âgés de 16 ans et plus sont admis dans les services de psychiatrie adulte faute d'unité spécifique pour les accueillir (cf. § 10.1). En 2020, vingt-cinq mineurs ont été admis dans un service d'hospitalisation adulte.

Lors de la visite du CGLPL, quatre mineurs (trois garçons et une fille) âgés de 16 ans et plus étaient admis dans les unités 14A, 22A et Pussin. L'un des deux garçons, âgé de 17 ans et demi, était hospitalisé au sein de l'unité 14A depuis le mois de février 2020. Ce patient, qui n'a plus de père et dont la mère est en incapacité de le prendre en charge, atteindra l'âge de la majorité courant 2021. Il présente des troubles majeurs du comportement et de l'avis de l'équipe soignante, il n'a pas sa place en service d'admission. Un projet de sortie vers une structure médico-sociale adaptée, « Le moulin vert », est en cours d'élaboration. Cependant ce jeune homme ayant commis de nombreux passages à l'acte, la structure d'accueil n'a pas encore donné son accord définitif.

Jusqu'à présent, il était pris en charge par un service d'accueil de jour éducatif (SAJ), les éducateurs spécialisés intervenant sept jours sur sept. Cependant le SAJ a souhaité mettre un terme à cette prise en charge et c'est le centre pour enfants et adolescents polyhandicapés (CPEA) qui a pris le relais. De l'avis des soignants, la prise en charge ne serait pas de même qualité. Ce patient se rend également dans un institut médico-professionnel (IMPRO) depuis six mois et il participe à des activités organisées par l'HDJ. A l'instar des autres mineurs hospitalisés, Il n'est pas suivi par un pédopsychiatre mais par l'un des psychiatres de l'unité d'accueil. Selon les propos recueillis, les échanges avec le pôle de pédopsychiatrie concernant les modalités de prise en charge et le projet de sortie seraient très limités. Les soignants se sentent démunis par rapport à ces prises en charge. Ils n'ont pas bénéficié d'une formation spécifique pour proposer un accompagnement adapté répondant aux besoins de cette population.

### RECOMMANDATION 38

Les mineurs ne doivent pas être hospitalisés avec les adultes. Dans tous les cas, ils doivent bénéficier d'une prise en charge dispensée par des professionnels de santé formés spécifiquement à la pédopsychiatrie.

En l'absence de réponse sur ce point, cette recommandation est maintenue.

Concernant les conditions d'hospitalisation, le jeune homme est installé dans une chambre située à proximité du poste de soins infirmiers. Il prend ses repas avec les autres patients. Il peut fumer et téléphoner mais en fin de journée, il doit remettre son téléphone portable aux soignants. Aucune explication, pouvant justifier cette restriction, n'a été fournie aux contrôleurs. A cet égard, un soignant a tenu ces propos : « *dès qu'un mineur est hospitalisé, tout le monde a peur et on se couvre. Le patient perd toute autonomie et dépend entièrement de nous* ».

En soirée, à l'exception des week-ends, il doit rejoindre sa chambre aux alentours de 21h. Elle est fermée à clef jusqu'à 8h du matin. Un infirmier a reconnu que cette mesure était « *très restrictive* » mais elle serait destinée à protéger les mineurs des autres patients. Pour rappel, les chambres ne disposent pas de sonnettes d'appel.

### RECOMMANDATION 39

Il doit être mis un terme à l'enfermement en chambre d'un mineur durant la nuit. Cette pratique porte gravement atteinte à sa liberté d'aller et venir.

En l'absence de réponse sur ce point, cette recommandation est maintenue.

## 10.3 LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DETENUS PORTE ATTEINTE A LEUR DIGNITE ET NE GARANTIT PAS LE RESPECT DE LEURS DROITS FONDAMENTAUX

Lors de la visite des contrôleurs, aucun patient détenu n'était hospitalisé. Les informations relatives aux modalités de prise en charge ont été recueillies auprès des professionnels de santé des unités d'admission et de ceux intervenant à l'unité sanitaire du centre pénitentiaire (CP) de Lorient-Ploemeur.

Les personnes détenues sont admises à l'EPSM en SDRE au titre de l'article L.3214-3 du CSP et dans les conditions prévues par l'article D398 du code de procédure pénale (CPP). Elles proviennent toutes du CP de Lorient-Ploemeur. Le nombre d'hospitalisations à l'EPSM au cours de ces quatre dernières années s'élève à : quarante-deux en 2017, trente en 2018, vingt-sept en 2019 et quatorze en 2020. Les indications d'admission sont essentiellement les syndromes dépressifs majeurs et les risques de passage à l'acte suicidaire. Les personnes souffrant d'une pathologie psychiatrique associée à une décompensation et/ou qui nécessitent un réajustement de leur traitement sont en principe orientées à l'unité d'hospitalisation spécialement aménagée (UHSA) de Rennes. Selon les propos recueillis, les délais d'attente pour une hospitalisation à l'UHSA sont d'une durée d'environ deux mois et les admissions dans le cadre d'une urgence ne sont pas possibles.

En 2020, dix-sept personnes détenues, provenant du CP de Lorient-Ploemeur, ont été hospitalisées à l'UHSA. Ce nombre est supérieur au nombre d'admissions réalisées à l'EPSM qui ont diminué au cours des dernières années. Cette diminution est liée aux conditions d'hospitalisation et de prise en charge des patients détenus qui ne sont pas satisfaisantes. En conséquence, l'équipe soignante du CP adresse les personnes détenues en dernier recours. Les patients, admis dans les unités d'admission Constance Pascal, 14A et 22A, sont systématiquement placés en chambre d'isolement et ils n'en sortent pas.

A ce jour, la prise en charge des personnes détenues au sein de l'EPSM n'a pas fait l'objet d'un protocole cadre établi entre le CP de Lorient-Ploemeur, l'ARS de Bretagne, la direction interrégionale des services pénitentiaires de Rennes et la direction de l'EPSM. Selon les informations recueillies, il serait en cours d'élaboration. Les contrôleurs ont pris connaissance

d'un document intitulé « *argumentaire en faveur de la création d'une structure d'hospitalisation à temps complet sur l'EPSM Charcot pour les personnes placées sous main de justice détenues, SDRE-D398* », élaboré par le psychiatre et le psychologue intervenant à l'unité sanitaire. Il avait été adressé à la précédente direction de l'établissement mais la question de leur prise en charge n'a pas été inscrite dans les priorités de l'EPSM.

Les médecins psychiatres ont rappelé aux contrôleurs que l'EPSM travaille sous le regard de l'autorité administrative, qui a donné injonction de renforcer la sécurité des personnes détenues en raison notamment de deux fugues qui ont eu lieu en 2018. En outre, il a été précisé que si l'isolement en chambre d'isolement n'était pas imposé, les unités seraient fermées. Pour autant l'ARS a rappelé à l'établissement que l'isolement ne pouvait être pratiqué pour des raisons sécuritaires mais jusqu'à ce jour, aucune amélioration n'a été apportée concernant les conditions de prise en charge de cette population.

#### RECOMMANDATION 40

L'accès aux soins pour les personnes détenues nécessitant une hospitalisation en urgence pour troubles psychiatriques doit être effectif sans délai au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagées (UHSA).

En l'absence de réponse sur ce point, cette recommandation est maintenue.

#### 10.3.1 Le transport et l'admission des patients

Bien souvent l'infirmier de soins psychiatriques de l'unité sanitaire se met en relation avec le DRO de l'EPSM pour obtenir un lit d'hospitalisation. Il a été indiqué que ces demandes pouvaient parfois être questionnées alors que lorsqu'elles émanent du médecin psychiatre, la réponse est immédiate.

L'infirmier prend attache avec l'unité d'admission, sélectionnée pour accueillir le patient, et transmet oralement à l'équipe soignante les premiers éléments d'information relatif à l'état clinique et aux traitements prescrits.

Trois infirmiers de l'unité, accompagnés d'un ambulancier, se rendent au CP pour prendre en charge et acheminer la personne détenue vers l'EPSM. Cette dernière n'est pas autorisée à emporter des effets personnels (vêtements personnels, cigarettes, etc.). Les infirmiers récupèrent sous pli cacheté, les éléments du dossier patient. Le patient est ensuite installé dans l'ambulance sur le brancard, il est systématiquement soumis à une contention quand bien même il ne présente aucun signe d'agitation. La distance séparant le CP de l'EPSM est de vingt kilomètres. L'objectif de sécurité affiché par les professionnels de santé, qui craignent le risque d'évasion, détourne la mesure de contention de son but initial.

#### RECOMMANDATION 41

La mise sous contention systématique, pour des raisons sécuritaires, d'une personne détenue lors de son transport vers l'EPSM est attentatoire à sa dignité et ne se justifie pas. Il doit y être mis fin sans délai.

En l'absence de réponse sur ce point, cette recommandation est maintenue.

### 10.3.2 Les modalités d'hospitalisation

Aucune information relative au dossier pénal du patient n'est communiquée à l'équipe soignante de l'unité d'accueil. Si ce dernier est autorisé à recevoir ou à transmettre des appels, une fiche comprenant les numéros de téléphone pouvant être composés est jointe au dossier. Le patient utilise alors le combiné téléphonique du service. Il ne peut cependant pas recevoir de visites.

A son arrivée dans l'unité, le patient détenu est acheminé dans la chambre d'isolement à l'abri du regard des autres patients. Les unités d'admission disposent d'une seconde porte d'accès au bâtiment située à l'opposé de la porte d'entrée principale et à proximité de la chambre d'isolement. Le patient est invité à se défaire de sa tenue civile, qui est rangée dans une armoire fermée à clefs, et à revêtir le pyjama de l'établissement. Pendant qu'il se déshabille, un infirmier reste dans l'entrebâillement de la porte afin de s'assurer que le patient ne dissimule pas d'objets dangereux. Bien que la personne détenue soit en principe soumise à une fouille intégrale avant de quitter le CP, l'infirmier a indiqué ne pas faire confiance aux agents pénitentiaires.

Lors de son hospitalisation, le patient détenu est enfermé durant toute la durée de son hospitalisation dans la chambre d'isolement. Il n'a aucun contact avec les autres patients et il ne peut participer à aucune activité ni bénéficier d'un temps de promenade. Seul un jeune patient présentant un syndrome dépressif majeur, a été autorisé à sortir quelques heures par jour de sa chambre.

Selon la chambre d'isolement où le patient est installé, il aura la chance de disposer ou non d'un poste de télévision protégé. Cependant, seuls les soignants peuvent changer les chaînes. Il peut écouter la radio et, avec l'accord du médecin, avoir accès à des revues ou à des livres. Il prend ses repas en chambre et peut conserver une bouteille d'eau avec lui. Il est accompagné dans le patio adjacent pour prendre l'air à raison de quatre fois par jour au moment du passage des infirmiers (cf. § 9.1.1). Le suivi médical n'est pas effectué par un médecin attitré. Les entretiens médicaux, la surveillance somatique, les entretiens infirmiers se déroulent également lors de ces passages. Selon les propos recueillis, la prise en charge proposée relève d'une « mise à l'abri » et non pas de la mise en œuvre d'un dispositif de soins individualisés et adaptés à la clinique. L'offre de soins est conditionnée par ces quatre passages quotidiens et par des motifs sécuritaires.

Outre le fait qu'elles sont attentatoires à leurs droits, ces conditions de prise en charge ne respectent pas la dignité et ne sont pas acceptables. Dès lors, il n'est pas étonnant que, selon le personnel rencontré, certains patients souhaitent réintégrer au plus vite le CP au mépris de la nécessité de recevoir des soins. Enfin, on peut s'interroger sur le bénéfice thérapeutique de ces conditions d'hospitalisation.

Si le séjour se prolonge (cela est rarissime) jusqu'à la comparution à l'audience du JLD, le patient détenu est entendu par le magistrat, en présence de son avocat et de la greffière, dans un bureau de l'unité (cf. § 5.5.2).

#### RECOMMANDATION 42

Le patient détenu ne doit pas être placé en chambre d'isolement de façon systématique et non justifiée autrement que par son état clinique. Sa prise en charge doit être individualisée et le respect de ses droits assuré dans les mêmes conditions qu'en établissement pénitentiaire, sauf restriction médicale prononcée par un médecin psychiatre. Ces modalités de prise en charge doivent faire l'objet d'un protocole cadre.

En l'absence de réponse sur ce point, cette recommandation est maintenue.

A sa sortie, le patient est reconduit au CP par les agents pénitentiaires. Ces derniers remettent au personnel de l'unité sanitaire une enveloppe sous pli cacheté contenant l'ensemble des informations médicales le concernant.

#### **10.4 LES PROCEDURES DE CONDUITE A TENIR EN CAS DE DECES SONT REGULIEREMENT REACTUALISEES**

L'établissement a élaboré deux procédures de conduite à tenir en cas de décès et dans le cadre d'une mort suspecte ou violente. Ces deux documents décrivent de façon détaillée les modalités à mettre en œuvre. La procédure de conduite à tenir en cas de décès d'un patient a été réactualisée le 20 mai 2020 à la suite d'un incident s'étant produit dans l'une des unités de réhabilitation sociale (cf. § *infra*). L'EPSM ne disposant plus de chambre funéraire, il est fait appel aux opérateurs funéraires. Si le patient n'a pas de famille, la direction ou l'administrateur de garde autorise, par demande écrite, la levée du corps et désigne un opérateur funéraire.

Entre le 1<sup>er</sup> janvier 2018 et le 8 janvier 2021, l'établissement a connu huit décès dont le dernier date du 29 janvier 2020. Deux décès sont liés à des suicides qui ont fait l'objet d'un retour d'expérience (RETEX). Cela a donné lieu à la mise en place d'un dispositif de vigilance dans le cadre de l'évaluation du risque suicidaire. Le personnel infirmier est étroitement associé au projet porté par un médecin et un cadre de santé. Par ailleurs, la formation aux gestes et soins d'urgence est rendue obligatoire à l'ensemble du personnel médical et paramédical et elle est inscrite dans le cadre du programme de la formation continue.

Un troisième décès, provoqué par une fausse route, a également fait l'objet d'un RETEX. Les équipes sont désormais tenues de rester à trois soignants dans l'unité, durant les repas.

Un autre patient est décédé, il y a un an, des suites d'une occlusion intestinale dans le poste de soins d'une unité de réhabilitation. En l'absence d'ascenseur, il n'a pas été possible de le transporter dans sa chambre située au premier étage. Ce patient n'ayant plus aucun contact avec sa famille, il a été fait appel à sa tutrice. Cette dernière a refusé de donner son accord pour le transport du corps et la désignation d'un opérateur funéraire, ses fonctions de mandataire prenant fin au moment du décès. Les soignants ont dû demander à un patient, hébergé dans une chambre du rez-de-chaussée, d'emménager au second étage afin de pouvoir disposer de sa chambre pour y transporter la dépouille. Le corps du patient a dû être conservé dans le service pendant 6 heures avant que la direction ne prenne la décision de désigner un opérateur funéraire et ne donne son accord par écrit pour la levée du corps. Le cadre de santé de l'unité a effectué des recherches pendant 48 heures pour identifier un membre de la famille du patient. La sœur du défunt a finalement pu être contactée.

Les modalités de prise en charge à la suite de ce décès ont fait l'objet d'une déclaration d'événement indésirable à laquelle la direction n'a pas donné suite. Par ailleurs, cet événement a marqué les esprits au sein de l'unité mais il n'a pas été proposé de débriefing aux soignants.

A l'issue de cet incident, l'établissement a saisi le service de protection des majeurs du TJ de Lorient. Le juge des tutelles a rappelé, dans un courrier adressé à direction, que les fonctions du mandataire cessaient au moment du décès du majeur protégé. Ce dernier a toutefois l'obligation de saisir le notaire pour la succession. Il est également précisé que l'autorisation de la levée du corps revient à la famille, si elle existe et est connue, soit du personnel soignant. De même, l'organisation des obsèques revient à la famille et à défaut des services de la mairie.

## 11. CONCLUSION

Cette nouvelle visite de l'établissement avait pour but de d'apprécier la protection de l'ensemble des droits fondamentaux des personnes privées de liberté au sein de l'EPSM ainsi que les suites des recommandations émises lors du contrôle de 2009. Force est de constater que seule la moitié de ces recommandations a été prise en compte en douze ans.

Le nouveau schéma directeur immobilier doit être mis en œuvre rapidement car, hormis dans les unités Pascal et Pussin, l'hôtellerie est disparate et parfois véritablement indigne.

La démographie médicale déficitaire en psychiatres, que connaît l'établissement et qui entraîne une dégradation de la qualité des soins psychiatriques, l'oblige à mettre en œuvre une politique de ressources humaines volontariste afin de favoriser à la fois le recrutement et le maintien dans l'emploi de toutes les catégories professionnelles.

Les pratiques concernant l'isolement et la contention continuent d'interroger. En effet, il existe une véritable dichotomie entre la volonté affichée par les instances de l'établissement avec l'adoption le 27 mars 2018 d'un document de politique générale, la vivacité de l'EPP « *soins en contention et isolement thérapeutique* », et la réalité. L'isolement et la contention doivent être considérés comme des mesures de derniers recours conformément à la politique affichée et ne doivent être le résultat ni d'un épuisement soignant, ni de conditions d'hébergement impropres à sécuriser les patients, etc. De même, la prise en charge du patient détenu doit être individualisée et faire l'objet d'un protocole.

A l'issue de la procédure contradictoire, seules six des cinquante-trois recommandations émises en janvier 2021 ont été considérées comme prises en compte. En effet, le fait qu'il existe une note de service ou un protocole n'est pas suffisant pour considérer que la recommandation est prise en compte notamment lorsque les pratiques professionnelles divergent de la règle. La prise en compte de la recommandation doit aller au-delà de la simple déclaration d'intention. Malgré la bonne volonté des professionnels rencontrés sur place, un grand nombre de recommandations est maintenu car il paraît nécessaire de contrôler la réalité de leur mise en œuvre.

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