



Rapport de visite :

27 juin au 6 juillet 2022 – 2^{ème} visite

Etablissement public de santé
mentale de Vendée – centre
hospitalier Georges Mazurelle

(Vendée)



SYNTHESE

Six contrôleurs ont effectué une visite annoncée de l'établissement public de santé mentale (EPSM) de Vendée – centre hospitalier Georges Mazurelle – du 27 juin au 6 juillet 2022.

La visite de l'établissement ayant donné lieu au constat d'un nombre important de dysfonctionnements graves portant atteinte à la dignité des patients et à leurs droits fondamentaux, l'EPSM de Vendée a fait l'objet de recommandations en urgence – adressées au ministre des Solidarités et de la Santé ainsi qu'au ministre de la Justice – et publiées au Journal Officiel du 27 octobre 2022.

Le rapport provisoire présentant l'ensemble des constats a été adressé le 3 avril 2023 au directeur de l'EPSM, au directeur général de l'ARS des Pays-de-la-Loire, à la présidente du tribunal judiciaire de La-Roche-Sur-Yon et à la procureure de la République près ce tribunal ainsi qu'au préfet de Vendée. Ce dernier n'a pas répondu à l'envoi du CGLPL. Les chefs de juridiction ont précisé ne pas avoir d'observation à formuler. Le directeur régional de l'ARS fait état de la mise en place d'un comité de suivi de l'établissement, à l'issue de la publication des recommandations en urgence, et joint à son courrier le plan d'action détaillé élaboré par l'hôpital. L'essentiel des observations relatives aux recommandations ou aux erreurs factuelles, adressées par la direction de l'EPSM, ont été intégrées dans le présent rapport de définitif.

Cet établissement prend en charge les patients de quatre des cinq secteurs de psychiatrie générale adulte du département et couvre l'intégralité du département en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Il dispose de 154 lits d'hospitalisation à temps complet répartis dans douze unités, dont quatre accueillant des enfants et adolescents.

Ses moyens matériels sont confortables. Il dispose d'un patrimoine immobilier important et suffisant. Les bâtiments, de qualité, sont répartis dans un vaste parc arboré et paysagé, l'ensemble bien entretenu. Sa situation financière lui permet de soutenir une politique de gros travaux pour l'amélioration des conditions d'hébergement, qui malheureusement, n'a pas encore touché les unités où les patients les plus dépendants séjournent depuis longtemps. Cette aisance lui permet également de financer sans difficulté des formations pour les professionnels, des activités pour les patients et surtout, d'offrir des conditions matérielles exceptionnellement attractives pour attirer des médecins.

Ces dispositions favorables devraient garantir aux patients une prise en charge de qualité, tel n'est pourtant pas le cas principalement sous deux aspects. Le premier, sur lequel l'EPSM n'a que des moyens d'action limités, tient à la posture et à l'implication médicale ; le second, totalement imputable à l'établissement, tient à l'appréhension des droits du patient, méconnus voire bafoués à de nombreux égards.

L'établissement n'échappe pas à la pénurie médicale et paramédicale, 32 % des ETP de psychiatres ne sont pas pourvus et une quarantaine de postes de soignants sont vacants au moment de la visite. Des dissensions dans le corps médical, liées à la personnalité de certains praticiens et à leurs différences de pratiques professionnelles engendrent des difficultés de communication et de collaboration au sein et entre les pôles de soins dont certaines ont contribué au départ et à la mutation de médecins et de soignants. Les médecins sont peu présents dans les unités ; certains ne voient les patients que de façon expéditive, au cours d'entretiens qui durent moins de 5 minutes. Nombre d'équipes soignantes se sentent insuffisamment étayées voire abandonnées.

Le cadre juridique des soins sans consentement n'est pas respecté. De nombreuses décisions relevant du directeur sont prises tardivement et sont antidatées. Les termes des certificats médicaux mensuels sur lesquels s'appuient les décisions de privation de liberté sont bien souvent de pures et simples recopies – parfois sur de très longues périodes – des libellés des précédents. Il arrive même, dans certaines unités, que les certificats médicaux rédigés en vue de la prolongation mensuelle soient établis sans que le médecin ait rencontré le patient. Enfin, l'accès des patients au juge des libertés et de la détention n'est pas garanti ; les certificats médicaux, non motivés, attestant de l'incompatibilité de l'état du patient avec sa présentation devant le juge JLD sont légion.

L'information due aux patients en soins sans consentement leur est très incomplètement et tardivement dispensée. Les personnes en soins sans consentement ne reçoivent aucune information claire concernant les règles de vie ni aucun document énonçant leurs droits et les coordonnées des autorités susceptibles d'être saisies pour les faire valoir.

Les patients ne peuvent aller et venir librement. Les portes de cinq des douze unités d'hospitalisation sont fermées alors que toutes accueillent indifféremment des patients admis en soins libres et en soins sans consentement. Même dans les unités ouvertes, la liberté d'aller et venir n'est pas davantage garantie, puisque des restrictions ou interdictions sont imposées aux patients, quel que soit leur statut d'hospitalisation.

L'intégrité physique des patients et le respect de leur vie privée ne sont pas garantis. Dans certaines unités, les patients ne peuvent pas fermer à clé leur chambre ni leur espace sanitaire, y compris dans les chambres doubles. La sécurité des patients placés à l'isolement ou sous contention n'est pas assurée en cas d'incendie et aucun bouton d'appel n'est accessible aux patients attachés.

Les pratiques d'isolement et de contention, décisions de dernier recours encadrées strictement par la loi, sont mises en œuvre dans toutes les unités, en chambre d'isolement ou en chambre hospitalière, pour des patients majeurs ou mineurs, en soins sans consentement ou en soins libres ; parfois, sans décision médicale initiale, sans évaluation médicale régulière et sans contrôle effectif du juge des libertés et de la détention qui, au mépris de la loi, n'est jamais informé ni saisi des décisions d'isolement lorsqu'elles concernent des patients en soins libres, dont les mineurs.

Enfin, la prise en charge des patients au sein de la fédération de gérontopsychiatrie est délaissée par les médecins et repose essentiellement sur les équipes soignantes. Les conditions d'hébergement sont inadaptées aux patients âgés et dépendants, et les atteintes aux droits fondamentaux y sont plus nombreuses encore que dans les autres unités d'hospitalisation de l'établissement.

Néanmoins, les observations au rapport provisoire, apportées par l'ARS des Pays-de-la-Loire et la direction de l'établissement, montrent qu'un certain nombre de recommandations émises par le CGLPL ont d'ores et déjà été prises en compte et que la situation – au regard des droits fondamentaux des patients – est en voie d'amélioration.

SYNTHESE DES OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

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

BONNE PRATIQUE 1 22

La mise en place d'une formation de gestion et de prévention de la violence en pédopsychiatrie permet de différencier les modalités de réponse en fonction de l'âge et de prévenir l'uniformisation des outils de soins.

BONNE PRATIQUE 2 39

Le centre hospitalier Mazurelle a signé une convention avec un établissement de service et d'aide par le travail qui permet l'emploi au self de personnes en situation de handicap.

BONNE PRATIQUE 3 58

L'établissement s'est équipé d'espaces et de mobilier d'apaisement offrant des alternatives à l'isolement pour les patients agités.

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 19

L'ARS Pays de la Loire et la direction de l'établissement doivent mettre en œuvre des solutions urgentes qui garantissent le recrutement de psychiatres en nombre suffisant, permettant, d'une part, la dispensation de soins psychiatriques de qualité équivalente entre les pôles et, d'autre part, de prévenir l'emploi de médecins intérimaires et le risque de fermeture de lits et de structures de soins.

RECOMMANDATION 2 23

Les évaluations des pratiques professionnelles devraient notamment concerner la connaissance et le respect des droits fondamentaux des patients privés de liberté. La participation du personnel doit être la plus large possible s'agissant de ces thématiques.

RECOMMANDATION 3 25

Des retours sur expérience animés par la direction de la qualité doivent être organisés dans l'ensemble des services et unités de l'établissement à la suite d'événements indésirables graves.

RECOMMANDATION 4 25

Les modalités de prise en charge d'événements indésirables au préjudice de patients victimes doivent faire l'objet d'une évaluation afin, le cas échéant, de renforcer les réflexes en matière d'information, d'accompagnement ou encore d'établissement de certificats.

RECOMMANDATION 5 26

L'établissement doit donner à l'espace éthique les moyens humains et matériels pour mener à bien sa mission de réflexion sur les pratiques professionnelles.

RECOMMANDATION 6 28

La direction de l'établissement doit garantir un effectif de soignants suffisant dans l'unité des urgences psychiatriques du centre hospitalier départemental de Vendée, afin d'assurer des soins adaptés aux patients accueillis et de prévenir la suppression d'activités de soins spécifiques.

RECOMMANDATION 7 29

Pour respecter la dignité et la sécurité des patients isolés, la chambre d'isolement du service des urgences du centre hospitalier départemental doit comporter un point d'eau, des WC dissimulés à une vue extérieure directe, un dispositif d'appel accessible en situation de contention, un sas de séparation du couloir de circulation du service des urgences qui préserve l'intimité. Les draps et les contentions de tissu doivent être nettoyés entre chaque utilisation et le système d'arrivée d'oxygène démonté.

RECOMMANDATION 8 31

Un inventaire contradictoire des effets du patient, soumis à sa signature, doit être réalisé à l'arrivée, mis à jour au cours du séjour et conservé dans le dossier. Le patient doit en recevoir une copie.

RECOMMANDATION 9 31

Les patients doivent bénéficier d'une évaluation médicale psychiatrique systématique, avant que soient établis les certificats médicaux individualisés de 24 et 72 heures confirmant ou non la nécessité de maintenir des soins sans consentement.

RECOMMANDATION 10 33

Le recours aux procédures dérogatoires que constituent les soins à la demande d'un tiers en urgence et le péril imminent doit rester exceptionnel.

RECOMMANDATION 11 34

Le règlement intérieur doit contenir des mentions concernant les droits de tous les patients y compris ceux en soins sans consentement.

Chaque patient doit recevoir un livret d'accueil actualisé qui lui présente ses droits et leurs modalités d'exercice.

RECOMMANDATION 12 35

Il doit être mis fin à des pratiques conduisant à des hospitalisations arbitraires ; les décisions d'admission en soins sans consentement doivent être prises dans les délais légaux.

Les patients en soins sans consentement doivent, à chaque étape de la procédure, recevoir toutes les informations relatives à leur statut, leurs droits, ainsi qu'aux moyens de formuler des requêtes auprès de l'établissement et des autorités hiérarchiques, judiciaires, de tutelle ou de contrôle. À ce titre, ils doivent être clairement informés des motifs de la mesure dont ils font l'objet par la transmission systématique d'une copie de la décision et des certificats médicaux qui en sont le support ou par la reprise de leurs termes. Ces informations doivent leur être transmises sur un support qu'ils peuvent conserver.

RECOMMANDATION 13 41

Les patients doivent pouvoir circuler sans restriction à l'extérieur de leur unité d'hospitalisation. Les éventuelles restrictions, qui ne peuvent être imposées qu'aux seuls patients admis en soins sans consentement, doivent être formellement motivées, justifiées par leur état clinique, strictement proportionnées et adaptées, et régulièrement revues.

RECOMMANDATION 14 43

Il doit être mis un terme sans délai à la pratique consistant à imposer à des patients le port d'un pyjama ou d'une tenue institutionnelle dans les unités d'hospitalisation.

RECOMMANDATION 15 44

Livret d'accueil, règles de vie et affichages doivent être mis à jour s'agissant des visites. Par principe, leur durée ne doit pas être restreinte, sauf contre-indication médicale particulière. La fouille d'effets remis aux patients doit être proscrite.

RECOMMANDATION 16 45

La possibilité d'écrire gratuitement au JLD, à la CDSP, au CGLPL et au DDD doit être précisée dans le livret d'accueil. Il doit être possible de recevoir des colis au sein de l'établissement, et le respect de la vie privée être assuré dans ce cadre.

RECOMMANDATION 17 46

Le principe d'interdiction du téléphone portable doit être revu s'agissant des enfants et adolescents. L'emplacement de certains téléphones fixes à disposition des patients doit être modifié afin de garantir la confidentialité des appels.

RECOMMANDATION 18 47

L'offre de presse doit être développée et les horaires d'accès à la bibliothèque des usagers élargis. La possibilité d'un accès direct et autonome des patients à Internet, pour ceux ne disposant pas de leurs propres connexions, doit être plus largement garantie.

RECOMMANDATION 19 48

Les patients doivent être informés, dès que possible à leur arrivée, de leur droit de demander qu'aucune indication sur leur présence dans l'établissement ou sur leur état de santé ne soit donnée à des tiers, et leurs volontés être enregistrées et utilement répercutées. Le personnel médico-soignant doit être formé sur ce droit, sur les modalités de sa mise en œuvre de même que sur la procédure d'anonymat interne à l'établissement.

RECOMMANDATION 20 49

Livret d'accueil et site Internet doivent être mis à jour sur l'exercice du droit de vote. Une information générale doit être assurée à l'attention des professionnels et des patients, en anticipation des prochaines échéances.

Sauf contre-indication médicale, il doit être possible pour les patients qui le souhaitent, (indépendamment de leur statut d'hospitalisation) de voter personnellement, à l'extérieur de l'établissement. Ils doivent être informés et éventuellement accompagnés en ce sens.

RECOMMANDATION 21 50

L'information relative à l'accès au culte et aux conditions de son exercice pour les patients doit être mise à jour et diffusée dans les unités.

La politique relative aux visites et entretiens avec les aumôniers au sein même des unités doit être clarifiée et harmonisée pour l'ensemble de l'établissement.

RECOMMANDATION 22 52

La mention de l'interdiction des relations sexuelles dans les règles de vie de certaines unités doit être supprimée.

L'établissement doit mener une réflexion institutionnelle afin de mieux prendre en compte la vie affective et sexuelle des patients et des résidents, et mettre en place des actions de formation à ce propos pour les soignants.

RECOMMANDATION 23 56

Les patients ne peuvent être isolés que dans des chambres aménagées à cet effet, strictement distinctes des chambres hôtelières.

Dans les CI, le dispositif d'appel doit être accessible au patient, même attaché, et à tout moment. Pour assurer un repérage correct dans le temps, l'horloge doit être visible par le patient y compris la nuit et quelle que soit sa position.

RECOMMANDATION 24 57

Les mesures d'isolement et de contention doivent être décidées et renouvelées par un psychiatre après entretien avec le patient ; les « prescriptions d'isolement si besoin » doivent donc être proscrites.

Les mesures d'isolement et de contention ne peuvent être qu'exceptionnelles et motivées par la seule nécessité de prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui.

Les motifs disciplinaires ou sécuritaires doivent immédiatement cesser.

Les mesures systématiques d'isolement à l'encontre des personnes détenues, qui ne sont motivées que par le statut pénal du patient et non son état clinique, doivent être également proscrites.

RECOMMANDATION 25 60

Pendant les périodes d'isolement, comme à tout moment de son hospitalisation, la dignité, l'intimité et la sécurité du patient doivent être respectées. L'imposition du pyjama institutionnel ne doit pas être systématique mais individualisée.

L'accès libre à l'espace sanitaire ne doit être qu'exceptionnellement limité, limitation qui ne saurait être compensée par le recours à des protections ou des couches jetables.

Le service de sécurité incendie doit être informé à tout moment de la situation de tous les patients isolés.

RECOMMANDATION 26 61

Les patients isolés doivent être vus par un psychiatre toutes les 12 heures, toutes les 6 heures s'ils sont, de plus, attachés. Dans ce dernier cas, compte tenu des effets délétères de l'immobilisation, leur examen par un médecin généraliste doit être pratiqué chaque jour.

RECOMMANDATION 27 62

Toute mesure d'isolement, a fortiori de contention, d'un patient admis en soins libres doit être proscrite car contraire à la loi. Dans l'hypothèse où son état clinique justifierait le recours à une telle mesure, son statut d'admission devrait être modifié si la mesure dépasse quelques heures, étant précisé qu'un tel changement ne peut être motivé que par des considérations ayant trait à son état clinique et ne saurait être mobilisé pour contourner l'impossibilité juridique de recourir à des mesures de contrainte.

En tout état de cause, aucune mesure d'isolement ou de contention ne peut être mise en œuvre sans que soient respectées les exigences de l'art. L3222-5-1 du Code de la santé publique quant au contrôle juridictionnel de ces mesures.

RECOMMANDATION 28 65

L'établissement doit engager une réflexion institutionnelle sur le recours à l'isolement et à la contention, élaborer une politique de réduction de ces pratiques ce qui suppose, au minimum, la réalisation d'un registre fiable et exhaustif pour les observer et les quantifier. Cette politique doit s'accompagner de formations suffisantes des professionnels sur tous les aspects : la clinique, la régularité juridique, le respect de la dignité et de la sécurité du patient, la prévention, les techniques de désescalade, la traçabilité.

RECOMMANDATION 29 67

La CDSP doit être recomposée conformément aux dispositions du code de la santé publique et pouvoir ainsi poursuivre ses activités.

Au sein de l'établissement, l'information des patients sur ses attributions et les possibilités de la saisir doit être renforcée. Tous les professionnels doivent satisfaire à l'obligation de répondre aux demandes d'information formulées par la CDSP.

RECOMMANDATION 30 69

Les possibilités pour les patients de s'exprimer et de contribuer ainsi à la vie de l'établissement doivent être renforcées, y compris au sein de leurs unités d'hospitalisation. Les réunions soignants-soignés doivent notamment être rétablies.

L'information doit être renforcée s'agissant de la commission des usagers (CDU) et des différents dispositifs d'accompagnement accessibles, impliquant des patients, leurs proches ou membres de famille.

RECOMMANDATION 31 69

L'établissement doit tenir rigoureusement les registres de la loi, conformément aux dispositions de l'article L 3212-11 du code de la santé publique.

RECOMMANDATION 32 71

L'effectivité de l'accès au JLD, ainsi que le respect du contradictoire et des droits de la défense doivent être garantis. Les ordonnances du JLD doivent être notifiées dans les meilleurs délais et une copie doit être laissée au patient.

RECOMMANDATION 33 72

L'établissement doit interroger l'insuffisance quantitative et qualitative des soins médicaux psychiatriques dispensés dans les unités intra hospitalières, rapportée par les patients et la commission des usagers.

RECOMMANDATION 34 73

L'effectif d'infirmiers et de psychomotricien de la fédération Mosaïque et celui de psychologue de l'unité de gérontopsychiatrie doivent être augmentés pour répondre aux besoins des patients.

RECOMMANDATION 35 74

L'établissement doit mettre en œuvre l'utilisation généralisée des directives anticipées incitatives en psychiatrie, la formation et le recrutement de médiateur de santé pairs.

RECOMMANDATION 36 74

Les soignants de l'ensemble des unités doivent bénéficier de la mise en œuvre effective de séances régulières d'analyse des pratiques professionnelles, animées par des psychologues extérieurs à l'établissement.

RECOMMANDATION 37 77

Tous les patients concernés doivent à nouveau bénéficier de la diversité des soins spécifiques de réhabilitation psychosociale et d'addictologie proposés par la FIRPA.

RECOMMANDATION 38 79

Les patients doivent avoir un accès à des soins somatiques d'une qualité équivalente, tous les jours et dans toutes les unités.

RECOMMANDATION 39 79

L'établissement doit développer les thèmes de ses actions d'éducation thérapeutique et les patients de tous les secteurs doivent y avoir accès.

RECOMMANDATION 40 81

Les patients doivent avoir accès à des soins de kinésithérapie et l'interruption à brève échéance des soins gynécologiques doit trouver rapidement une mesure corrective.

RECOMMANDATION 41 82

Les patients concernés doivent bénéficier de soins spécialisés en tabacologie, le comité local de prévention du tabagisme être réactivé et des partenariats concernant les soins addictologiques

devraient être développés avec le centre hospitalier départemental dans le cadre du groupement hospitalier de territoire.

RECOMMANDATION 42 83

L'établissement doit mettre en œuvre des partenariats avec des structures médico-sociales et sociales, afin de répondre aux difficultés d'hébergement des patients sortants et les tuteurs doivent se mobiliser et s'associer à cette démarche.

RECOMMANDATION 43 83

La ressource spécifique que constituent les appartements thérapeutiques pourrait être mutualisée entre toutes les unités des pôles de psychiatrie adulte, afin d'harmoniser et de faciliter les processus de sortie des patients concernés par cet outil.

RECOMMANDATION 44 84

Les patients concernés doivent systématiquement bénéficier d'une évaluation médicale approfondie par le collège des professionnels de santé, et d'un recueil de leur avis par ce même collège.

RECOMMANDATION 45 84

L'hospitalisation complète de patients en programme de soins doit être immédiatement levée.

RECOMMANDATION 46 88

Les patients des unités de gérontopsychiatrie doivent avoir la possibilité de verrouiller l'accès de leur chambre et de leur espace sanitaire. Les ouvertures percées dans les portes des chambres doivent être supprimées ou pouvoir être occultées par les patients.

RECOMMANDATION 47 91

L'établissement doit être en mesure d'offrir aux patients de gérontopsychiatrie hospitalisés au long cours une orientation adaptée à leurs besoins.

Les équipes médicales doivent être présentes auprès des patients et investies dans les prises en charge. Les équipes soignantes doivent être formées et suffisamment nombreuses pour pouvoir prendre en charge les patients dans des conditions respectueuses de leur dignité.

Les locaux doivent être adaptés au public hébergé et à l'activité des soignants.

RECOMMANDATION 48 94

Les restrictions aux libertés individuelles des jeunes patients des unités Petit Hans 1 et 2 ne doivent être mises en œuvre que de façon individualisée et au regard de leur situation clinique. Les pratiques d'ouverture des portes des unités doivent être harmonisées.

Des badges individuels permettant de fermer la porte de sa propre chambre doivent être installés dans toutes les unités de psychiatrie infanto-juvénile.

RECOMMANDATION 49 95

L'interdiction totale du téléphone portable pour les patients adolescents doit faire l'objet d'une réflexion pour en permettre une utilisation encadrée.

RECOMMANDATION 50 97

Les patients mineurs du CSA ne doivent pas être soumis à des restrictions drastiques et systématiques de liberté de circulation, d'accès à leur chambre et de disposition de leur téléphone portable.

Les règles de vie commune doivent faire l'objet d'une formalisation écrite associant les patients.

RECOMMANDATION 51 98

Aucun mineur ne doit être hospitalisé dans une unité pour adultes.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	4
RAPPORT	12
1. CONDITIONS DE LA VISITE	12
2. OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE	14
3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	15
3.1 L'établissement occupe une place prépondérante dans le département pour la prise en charge des troubles psychiatriques	15
3.2 La situation financière de l'établissement est saine et confortable	15
3.3 Malgré une politique de recrutement proactive, 32 % des ETP de psychiatres ne sont pas pourvus et quarante postes de soignants sont vacants	16
3.4 L'établissement s'est globalement doté des outils permettant la déclaration et le traitement des évènements indésirables	23
3.5 L'espace éthique institutionnel n'est plus saisi depuis 2019 et ne conduit plus aucune réflexion depuis 2021	26
4. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT	27
4.1 Des patients sont parfois isolés aux urgences du centre hospitalier départemental dans une chambre qui n'assure ni leur sécurité ni leur dignité .	27
4.2 La proportion de patients hospitalisés en soins sans consentement est plus élevée que la moyenne nationale, particulièrement dans certaines unités	31
4.3 L'information due aux patients en soins sans consentement leur est très incomplètement et tardivement dispensée	33
5. LES CONDITIONS DE VIE	36
5.1 L'hébergement répond aux besoins dans la plupart des unités	36
5.2 L'hygiène est assurée.....	37
5.3 L'accès aux biens n'est pas toujours garanti	38
5.4 La qualité gustative et la quantité des rations servies satisfont les patients.....	38
6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES	40
6.1 La majorité des patients hospitalisés en soins libres comme en SSC, dans ce site sans mur, ne sont pas libres d'aller et venir	40
6.2 Des restrictions dans la vie quotidienne sont imposées aux patients	41
6.3 Les possibilités de communication avec l'extérieur sont réelles mais le droit à la confidentialité de l'hospitalisation n'est pas garanti	43
6.4 L'attention prêtée au droit de vote est insuffisante	48
6.5 L'information et l'organisation de l'accès aux cultes manquent de clarté et de transparence.....	49
6.6 La vie affective et sexuelle, parfois interdite dans les unités, ne fait l'objet d'aucune réflexion institutionnelle	51

7. L'ISOLEMENT, LA CONTENTION ET LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT	53
7.1 L'aménagement des chambres d'isolement assure des conditions de séjour matériellement dignes et confortables	53
7.2 Les pratiques d'isolement et de contention méconnaissent une grande partie des dispositions légales	56
7.3 L'établissement ne conduit pas une politique convaincante en vue de la réduction du recours à l'isolement et à la contention	63
8. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....	66
8.1 La participation des usagers est effective dans les instances mais limitée au sein des unités d'hospitalisation	66
8.3 L'accès au juge des libertés et de la détention n'est pas garanti.....	70
9. LES SOINS.....	72
9.1 La pénurie de psychiatres entrave la dispensation de soins adaptés	72
9.2 Les patients ne bénéficient pas tous du même accès aux soins somatiques	77
9.3 L'absence de solution d'hébergement et la mobilisation parfois difficile de certains tuteurs constituent les principaux freins au processus de sortie.....	82
10. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	85
10.1 La prise en charge des personnes âgées est indigne – en particulier à L'EHPAD/USLD – et abandonnée aux équipes soignantes	85
10.2 Les moyens matériels et humains consacrés à la prise en charge des mineurs ne masquent pas une insuffisante réflexion sur le respect de leurs droits	91
10.3 Les personnes détenues sont systématiquement mises à l'isolement.....	99

Rapport

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

- Céline Delbauffe, coordonnatrice de la mission ;
- Annie Cadenel ;
- François Goetz ;
- Anne Lecourbe ;
- Antoine Meyer ;
- Julien Starkman ;
- Juliette Tachon, stagiaire.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, six contrôleurs et une stagiaire ont effectué une visite de l'établissement public de santé mentale (EPSM) de Vendée – centre hospitalier Georges Mazurelle – situé rue d'Aubigny à La-Roche-Sur-Yon – du 27 juin au 6 juillet 2022. La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction. Il s'agissait d'une seconde visite, l'établissement ayant déjà été contrôlé en décembre 2009¹.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement à 14h ; une réunion de présentation de la mission a été organisée en présence d'une trentaine de personnes dont les directeurs adjoints, la présidente de la commission médicale d'établissement (CME), le président de la commission des usagers (CDU), des médecins chefs de pôle, des cadres et des cadres supérieurs de santé.

Une réunion de restitution s'est tenue le 6 juillet à 11h en présence du directeur du centre hospitalier et d'un auditoire sensiblement équivalent à celui ayant assisté à la réunion de présentation.

Le directeur de cabinet du préfet de Vendée, le directeur départemental de l'agence régionale de santé (ARS), la présidente du tribunal judiciaire (TJ) de La-Roche-Sur-Yon et la procureure près ce tribunal ont été informés de la visite. Les contrôleurs ont rencontré le juge des libertés et de la détention (JLD) chargé du contrôle des mesures d'hospitalisation en soins sans consentement et des mesures d'isolement et de contention, et se sont entretenus avec plusieurs membres de la CDU dont son président, ainsi qu'avec plusieurs membres de la Commission départementale des soins psychiatriques, dont son président, par téléphone. Une salle de travail a été mise à la disposition des contrôleurs. Des affichettes signalant leur visite ont été diffusées dans les unités d'hospitalisation. Les contrôleurs ont pu s'entretenir, avec de nombreux patients, des membres du personnel de santé, des agents de l'administration et des intervenants extérieurs exerçant sur le site.

¹ CGLPL, *Rapport de visite de l'établissement public de santé mentale de la Roche-sur-Yon*, déc. 2012.

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs et n'ont pas sollicité d'entretien.

La visite de l'établissement ayant donné lieu au constat d'un nombre important de dysfonctionnements graves portant atteinte à la dignité des patients et à leurs droits fondamentaux, l'EPSM de Vendée a fait l'objet de recommandations en urgence – adressées au ministre des Solidarités et de la Santé ainsi qu'au ministre de la Justice – et publiées au Journal Officiel du 27 octobre 2022 accompagnées de la réponse apportée par l'établissement.

Le rapport provisoire présentant l'ensemble des constats a été adressé le 3 avril 2023 au directeur de l'EPSM, au directeur général de l'ARS des Pays-de-la-Loire, à la présidente du tribunal judiciaire de La Roche-Sur-Yon et à la procureure de la République près ce tribunal ainsi qu'au préfet de Vendée. Ce dernier n'a pas répondu à l'envoi du CGLPL. Les chefs de juridiction ont précisé ne pas avoir d'observation à formuler. Le directeur régional de l'ARS fait état de la mise en place d'un comité de suivi de l'établissement, à l'issue de la publication des recommandations en urgence, et joint à son courrier le plan d'action détaillé élaboré par l'hôpital. L'essentiel des observations relatives aux recommandations ou aux erreurs factuelles, adressées par la direction de l'EPSM, ont été intégrées dans le présent rapport de définitif.

2. OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE

Les évolutions législatives relatives aux soins sans consentement (SSC), la construction de nouveaux bâtiments d'hospitalisation, ainsi que les changements intervenus dans l'organisation sectorielle du département et dans les prises en charge à l'EPSM, ont justifié que l'établissement fasse l'objet d'un contrôle ne prenant pas en compte les observations formulées lors de la précédente visite.

3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

3.1 L'ETABLISSEMENT OCCUPE UNE PLACE PREPONDERANTE DANS LE DEPARTEMENT POUR LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES

L'EPSM de Vendée prend en charge les patients de quatre des cinq secteurs de psychiatrie générale adulte du département, le secteur de Challans dépend du centre hospitalier Loire Vendée Océan (CHLVO) ; ces quatre secteurs sont regroupés en deux pôles (pôle Vendée Bocage et pôle Vendée Littoral).

Il couvre l'intégralité du département pour la prise en charge des enfants de 0 à 18 ans ; les deux secteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sont répartis en trois pôles (pôle de pédopsychiatrie Vendée-Océan, pôle de pédopsychiatrie Vendée-Terre, couvrant chacun la moitié du département, et pôle de psychiatrie de l'adolescent, couvrant tout le département, intersectoriel, 14-18 ans).

L'établissement dispose de 822 lits et places dont 341 lits d'hospitalisation à temps plein répartis dans douze unités :

- 154 lits d'HTP (hospitalisation à temps plein) en psychiatrie générale répartis dans quatre unités sectorisées dites « d'admission » et 28 lits dans une unité intersectorielle, prenant notamment en charge des patients au long cours en attente d'une place dans le secteur médico-social ;
- 35 lits d'HTP en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent répartis dans 4 unités.

L'offre sectorielle est complétée par des fédérations :

- La fédération Mosaïque dispose notamment de 16 lits d'HTP pour adultes et 8 lits d'HTP pour enfants destinés à la prise en charge au long cours de patients souffrant d'un retard mental et de troubles psychiatriques associés ;
- La fédération de gérontopsychiatrie, accueillant des patients âgés de 60 ans et plus, comprend notamment une unité de 50 lits de court séjour géronto-psychiatrique sectorisée et deux unités de 25 places/lits chacune en EHPAD/USLD² (cf. § 11.1).

En ambulatoire, la psychiatrie adulte dispose de 11 centres médico-psychologiques (CMP), 209 places d'hôpital de jour (HDJ) réparties sur 11 sites et 19 places en appartements thérapeutiques (pour la prise en charge des mineurs, cf. § 11.2).

L'établissement est en situation de monopole sur son territoire en absence de concurrence du secteur privé. Par ailleurs, sur le département, la démographie médicale libérale est défavorable tant au niveau des médecins généralistes que des spécialistes et notamment des pédiatres et des psychiatres ; dans certaines zones, le seul recours de soins est l'hôpital ou le CMP.

3.2 LA SITUATION FINANCIERE DE L'ETABLISSEMENT EST Saine ET CONFORTABLE

En 2021, les recettes de l'établissement – 99,5 millions d'euros dont 90 millions de recettes d'activité hospitalières – lui ont permis de couvrir ses dépenses en dégagant un excédent d'exploitation de 1,5 millions d'euro et un résultat net de 904 000 euros.

² EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, USLD : unité de soins de longue durée.

Cette situation est ancienne et l'indépendance financière durable de l'EPSM lui permet de financer sans difficulté un plan de gros travaux : reconstruction du site de pédopsychiatrie et de trois CMP. Par ailleurs, toutes les actions ont un financement pérenne, des psychologues ont pu être recrutés et 240 000 euros ont permis d'assurer la formation d'infirmiers de pratique avancées. Si l'établissement n'émerge pas au « Ségur des investissements » pour 2021, il bénéficie de concours du fonds d'intervention régional, ainsi pour le recrutement d'un psychologue dans l'équipe de liaison avec la pédiatrie ou de mesures de prévention de l'isolement et de la contention. Le financement du plan de formation comprend les rémunérations des remplaçants.

Cette aisance financière profite largement aux patients par les conditions confortables d'hébergement qui leur sont offertes dans de nombreuses unités, et que les contrôleurs ont pu constater, et par l'absence de difficulté pour mettre en œuvre des activités ou acquérir du matériel dont a témoigné l'ensemble des professionnels.

3.3 MALGRE UNE POLITIQUE DE RECRUTEMENT PROACTIVE, 32 % DES ETP DE PSYCHIATRES NE SONT PAS POURVUS ET QUARANTE POSTES DE SOIGNANTS SONT VACANTS

3.3.1 Le personnel médical

L'établissement compte 51,94 équivalents temps plein (ETP) de médecin psychiatre, dont 17 (soit 32,11 %) sont vacants. Le personnel médical est réparti comme l'indique le tableau ci-dessous.

	Psychiatres	Généralistes	Spécialistes
ETP théoriques	51,94	7,60	4,85
ETP pourvus	35,90	6,80	4,55
ETP vacants	16,04	0,80	0,30
ETP vacants %	30,89 %	10,53 %	6,19 %

L'analyse affinée des données des effectifs de psychiatre par pôle³ montre un déficit marqué mais hétérogène entre les différents pôles :

- 100 % dans la fédération de gérontopsychiatrie ;
- 60 % à la fédération Mosaïque ;
- 42,06 % dans le pôle Bocage (46,97 % dans le secteur Bocage 1 et 36,67 % dans le secteur Bocage 2) ;
- 31,02 % dans le pôle Littoral (39,39 % dans le secteur Littoral 1 et 24,24 % dans le secteur Littoral 2) ;
- 28,92 % dans le pôle Terre ; 13,25 % dans le pôle Océan ; 9,52 % dans le pôle des adolescents et la MDA ;
- 20 % dans la fédération des urgences.

³ Données actualisées au mois de juin 2022 transmises par la direction des affaires médicales (DAM).

Les 4,85 ETP de spécialistes concernent 3 ETP de pharmacien (dont 0,2 est vacant), 1 de dentiste, 0,20 de cardiologue et de pédiatre, 0,10 de radiologue, 0,05 de neurologue et 0,05 de gynécologue. Seuls 10 % des ETP de généralistes ne sont pas pourvus.

Le rapport d'activité du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) pour l'année 2021 indique le départ de l'établissement de 13 médecins en 2020 et de 18 en 2021⁴.

L'établissement, qui a mentionné l'existence de quinze postes d'internes pourvus il y a plusieurs années, a fait état, lors de la visite, des plus grandes difficultés pour en obtenir. La complexité du processus lors de la commission de répartition⁵ (qui implique l'ARS et les responsables pédagogiques du CHU de Nantes) et les conséquences d'un conflit passé entre un interne et un chef de pôle de l'établissement toujours en poste⁶ ont été avancées pour les expliquer.

L'EPSM recrute également des faisant-fonction d'internes (FFI), selon trois processus distincts : le désir de poursuivre une activité hospitalière comme interne de la faculté française avant de soutenir sa thèse (un médecin concerné), le DFMS⁷ (deux médecins concernés), un accompagnement spécifique de l'établissement après trois échecs à l'examen de vérification des connaissances dans le cadre du DFMS (un médecin concerné).

L'établissement a été contraint d'avoir recours au recrutement de médecins intérimaires (MI)⁸, pratique qui engendre de nombreuses difficultés parmi lesquelles :

- la durée des missions, classiquement d'une semaine à un mois, ne permet pas de s'inscrire dans l'activité soignante d'un pôle, ces médecins ne constituent jamais une référence de soins pour les patients ;
- les écarts de rémunération (le rapport avoisine 2,5) créent des dissensions dans les équipes médicales, les MI ne s'impliquant par ailleurs pas dans les multiples responsabilités institutionnelles qu'assume un PH ;
- la qualité des soins dispensés par les MI a été rapportée comme insuffisante par les soignants et les patients, l'hôpital ayant dû interrompre des contrats ;
- le budget consacré à la rémunération des six MI employés au moment de la visite avoisinait celui de la rémunération des dix-huit PH manquants ;

⁴ Bilan général du CHSCT, année 2021, page 8, tableau relatif au nombre de départs d'agents dans l'année (mutation, retraite, congé parental, décès, démission, fin de contrat, détachement et disponibilité).

⁵ Le CHM dispose de quatre des cinquante-quatre internes de psychiatrie en formation au sein du CHU de Nantes.

⁶ Plus aucun interne n'a jamais postulé dans son pôle depuis, et ce malgré le maintien par la faculté de ses quatre agréments.

⁷ DFMS : diplôme de formation médicale spécialisé, organisé avec la faculté de médecine de Strasbourg, concerne des médecins titulaires d'une thèse dans leur pays d'origine, qui viennent faire une formation complémentaire en France ; certains retournent dans leur pays mais d'autres passent l'examen de vérification des connaissances et postulent dans les hôpitaux pour effectuer deux années supplémentaires comme praticiens associés.

⁸ Le CHM a débuté un recours à l'intérim médical en 2015, à l'occasion d'un redécoupage des territoires de soins par l'ARS, qui lui a octroyé un secteur supplémentaire (Fontenay), alors dépourvu de psychiatre. Les praticiens en poste ayant refusé de s'y déplacer, un médecin intérimaire (MI) a été recruté, puis deux, puis trois. L'aggravation de la démographie médicale surajoutée a nécessité le recrutement ponctuel de MI pour assurer la prise de congés estivaux des PH en poste, puis la situation s'est généralisée à l'ensemble des pôles. Le CHM travaillait lors de la visite avec quatre recruteurs nommés « chasseurs de tête » (qui facturent 18 000 euros le recrutement mais n'avaient trouvé personne), des agences d'intérim (qui établissent les contrats et versent les salaires) et des agences de placement (le CHM gère le contrat et le salaire).

- aucune recherche de MI n'était en œuvre lors de la visite malgré les besoins, leur disponibilité sur le marché étant épuisée.

Des dissensions dans le corps médical, liées à la personnalité de certains praticiens, à leurs différences de pratiques professionnelles, ont engendré des difficultés de communication et de collaboration au sein et entre les pôles de soins dont certaines ont favorisé le départ et la mutation de médecins et de soignants. Le changement récent des responsables de la commission médicale d'établissement a été présenté comme une ébauche de solution à cette réalité dysfonctionnelle.

L'établissement, pour faire face à ces difficultés démographiques médicales, a mis en œuvre une politique proactive d'attractivité des médecins et des internes qui n'a toutefois pas permis d'augmenter le nombre de candidatures au jour de la visite :

- un alignement des rémunérations contractuelles sur celles observées dans les autres établissements ;
- un recours aux médecins intérimaires (*cf. supra*) ;
- des investissements particulièrement développés en termes de réhabilitation bâimentaire spécifique et de conditions matérielles d'accueil⁹ des médecins ;
- le recrutement et la prolongation tardive de l'exercice des praticiens, le plus ancien étant âgé de 72 ans ;
- une diversification du statut de recrutement des psychiatres et des médecins en cours de formation exerçant la psychiatrie¹⁰.

L'EPSM a rapporté un projet de recrutement de cinq médecins avant la fin de l'année 2022, l'un de l'Université de Nantes comme PH, deux de la communauté européenne et deux extra-européens ; ces quatre derniers comme praticiens associés.

L'établissement n'a pas été contraint, au jour de la visite, à fermer des lits en intra hospitalier mais cela a été le cas en pédopsychiatrie pour des structures ambulatoires de type HDJ.

⁹ La réhabilitation bâimentaire de l'internat (avec livraison de plateaux-repas, installation d'une grande table de réunion, d'une cafetière, d'un grand téléviseur) ; une résidence d'hébergement avec des studios, des T2 et des T3 pour les internes (l'un d'entre eux qui a exigé d'être logé aux Sables d'Olonne a été exaucé) ; la gratuité du self ; l'accès à un hébergement dans un logement de direction réhabilité sous le nom « gîte de la Grimaudière » et la proposition de logements en ville ; l'emploi de personnel hôtelier pour le ménage ; l'achat et l'entretien de vélos électriques avec un garage et une prise pour la charge de la batterie, le prêt de voiture du parc général de véhicules ; une réflexion de mise en place d'une conciergerie pour s'occuper de toute la logistique des médecins (ménage, accompagnement des enfants à l'école, gestion du linge, lavage de la voiture, etc.).

¹⁰ 7 ETP de PH responsable de pôle, pourvus par 7 personnes ; 19,85 ETP de PH, pourvus par 23 personnes ; 1 ETP de PH probatoire, pourvu par 1 personne ; 1 ETP de clinicien hospitalier temps plein, pourvu par 1 personne ; 0,30 ETP de praticien attaché en CDI, pourvus par 2 personnes ; 0,50 ETP de praticien attaché non renouvelable, pourvu par 2 personnes ; 4 ETP de praticien attachés associés non renouvelables, pourvus par 4 personnes ; 0,80 ETP de praticien attaché renouvelable, pourvu par 1 personne ; 9,26 ETP de praticien contractuel, pourvus par 11 personnes ; 1 ETP de docteur junior en médecine, pourvu par 1 personne ; 2 ETP d'internes de spécialité, pourvus par 2 personnes ; 3 ETP de faisant fonction d'interne, pourvus par 3 personnes (données communiquées par la DAM).

RECOMMANDATION 1

L'ARS Pays de la Loire et la direction de l'établissement doivent mettre en œuvre des solutions urgentes qui garantissent le recrutement de psychiatres en nombre suffisant, permettant, d'une part, la dispensation de soins psychiatriques de qualité équivalente entre les pôles et, d'autre part, de prévenir l'emploi de médecins intérimaires et le risque de fermeture de lits et de structures de soins.

L'EPSM, dans sa réponse a indiqué : « Au 1^{er} avril 2023 la situation des effectifs de psychiatres est la suivante :

- postes figurant à l'effectif médical : 52,74 ETP ;
- postes pourvus (par un titulaire ou contractuel) : 44,90 ETP ;
- taux global de postes vacants non pourvus : 14,87 % dont en psychiatrie adultes, 24,62 % au pôle Littoral, 0 % au pôle Bocage ;
- % postes vacants en pédopsychiatrie : 19,28 à Vendée Terre ; 22,89 à Vendée Océan.

La situation des effectifs médicaux s'est donc considérablement améliorée autant en psychiatrie adulte qu'en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent grâce à la politique d'attractivité mise en place pour le recrutement fin 2022 de 7 praticiens contractuels (dont 6 contrats de motif 2 signés pour des durées de 6 mois à 3 ans validés par l'ARS en avril 2023) et le recrutement d'attachés reçus aux EVC (épreuve de validation des connaissances) 2022 contactés notamment lors de forums et congrès médicaux ».

Le directeur général de l'ARS précise : « L'Agence soutient fortement la politique de recrutement volontariste de l'établissement. L'établissement a été identifié comme "en difficultés particulières de recrutement ou d'exercice pour une activité nécessaire à l'offre de soins sur le territoire" et de ce fait autorisé à recruter des praticiens contractuels de type 2 conformément à l'article R. 6152-338 du code de la santé publique (CSP). Au-delà de la publication des postes vacants, la création de postes d'assistants partagés a permis, au travers de la création d'un service des urgences, la fidélisation d'un psychiatre, engagé pour une durée de 3 ans. La démographie des psychiatres reste toutefois très préoccupante dans la région et toutes les solutions permettant de renforcer l'attractivité pour les psychiatres hospitaliers et le maintien des praticiens en postes sont étudiées ».

3.3.2 Le personnel non médical

L'analyse des données de la période 2019-2021 montre un effectif général de personnel non médical (PNM) modérément déficitaire en intra hospitalier (2,4 % d'ETP budgétés non pourvus en 2019 ; 8,3 % en 2020 ; 4,9 % en 2021), ainsi que le montre le tableau ci-dessous.

ETP	2019			2020			2021		
	Budgété	Pourvu	Non pourvu	Budgété	Pourvu	Non pourvu	Budgété	Pourvu	Non pourvu
PNM Extra	150,50	146,88	3,62	150,50	137,99	12,51	156,47	162,23	-
PNM Intra	885,63	864,34	21,29	885,63	812,01	73,62	920,76	868,39	52,37
Total PNM	1 036,13	1 011,22	24,91	1 036,13	950,00	86,13	1 077,23	1 030,62	52,37

Total	1 097,25	1 058,17	39,08	1 099,18	993,35	105,83	1 141,62	1 077,23	70,15
--------------	----------	----------	-------	----------	--------	--------	----------	----------	-------

Le rapport d'activité du CHSCT pour l'année 2021 indique le départ de l'établissement de 111 agents (dont 73 soignants) en 2020 et de 155 (dont 71 soignants) en 2021¹¹.

L'analyse affinée des données de l'année en cours des effectifs de PNM, par pôle de soins en hospitalisation à temps complet et par catégorie professionnelle¹², montre un déficit d'une quarantaine de postes (infirmiers diplômés d'Etat – IDE, aides-soignants –AS et agents de service hospitalier – ASH) lors de la visite. L'établissement a ainsi mis en place une politique proactive qui associe :

- un changement des modes de recrutement, le premier entretien étant réalisé avec le cadre du pôle de soins, plutôt qu'avec la direction ;
- une réunion avec les étudiants de troisième année d'études de soins infirmiers qui achèvent leur stage, afin de convaincre des professionnels qui ne se destinaient pas à la psychiatrie ;
- une chargée de communication ayant pour mission d'optimiser l'attractivité de l'établissement (par exemple la tenue d'un stand au salon infirmier de Paris, pour recruter) ;
- un codéveloppement pour les IDE, appuyé sur une analyse des pratiques professionnelles, organisée en séances mensuelles, dix mois sur douze et sans caractère obligatoire, proposées à toutes les équipes de soins et animées par des psychologues extérieurs¹³ ;
- la formation et le recrutement d'infirmier de pratique avancée (IPA)¹⁴ ;
- l'élaboration d'un livret d'accueil commun à tous les professionnels (en cours lors de la visite).

Malgré cette politique et les démarches d'accompagnement des nouveaux diplômés (cf. § 3.3.3) récemment mises en œuvre, le nombre des postulants ne permet pas de combler le déficit de quarante soignants qui continue de se creuser. Les raisons évoquées par l'établissement ont associé l'importance de la fuite des soignants sous la forme d'une démission sans demande de disponibilité, très souvent pour une reconversion professionnelle, la perte de sens dans l'exercice soignant au quotidien et le manque de perspective d'amélioration des conditions de travail. Pour exemple, seuls 6 IDE des 120 diplômés de la dernière promotion de troisième année ont postulé

¹¹ Bilan général du CHSCT, année 2021, page 8, tableau relatif au nombre de départs d'agents dans l'année (mutation, retraite, congé parental, décès, démission, fin de contrat, détachement et disponibilité).

¹² Données communiquées par le SRH.

¹³ Le projet d'extension de cette proposition d'APP aux AS, aux ergothérapeutes, et aux CS a été signalé aux contrôleurs.

¹⁴ Le CHM a proposé aux IDE la formation d'IPA, réalisée au CHU de Nantes, sous la responsabilité du Pr. A. Sauvaget (3 IDE formés en 2020, 3 en 2021, 2 en 2022 et 3 sont prévus pour 2023). Cinq IPA sont actuellement positionnés dans les secteurs adultes et un dans le secteur adolescent, principalement en extra hospitalier. Leur file active varie entre quarante et cent patients, qui donnent leur consentement, peuvent interrompre le suivi et solliciter la rencontre du médecin quand ils le souhaitent. Leurs missions associent les consultations en CMP en délégation de médecins référents et signataires d'un protocole, des cours à l'IFSI, de la recherche clinique, une participation à des actions du PTSM, et un travail de réseau avec les CPTS du département.

pour être recrutés au CHM avant le 1^{er} août 2022. Le constat : « *on sème sans savoir si et quand on va récolter* » a été rapporté aux contrôleurs.

179 agents intra hospitaliers sont contractualisés, 4 en CDI (soit 2 %) et 175 en CDD (soit 98 %), dont 101 sur un poste pérenne (soit 58 %) et 74 sur un poste de remplacement ou de renfort (soit 42 %).

Le *turn-over* des soignants s'élève à 9 % par an, toutes catégories de PNM confondues.

L'absentéisme du PNM, stable d'une année sur l'autre (5,8 % en 2021 et 4,97 % en 2020) est inférieur à la moyenne nationale (8 %).

Toutes les unités de soins disposent d'un effectif minimum théorique de fonctionnement¹⁵ défini par le service des ressources humaines (SRH) et validées par les instances.

Le CHM fait très peu appel à l'intérim pour le remplacement des agents absents. Le SRH a progressivement développé une transparence s'agissant des postes vacants, qui sont systématiquement publiés sur le site de *Pôle emploi* et sur les réseaux sociaux. Les difficultés principales de recrutement concernent l'USLD et la MAS de Longeville. Une insuffisance de candidatures vers la psychiatrie des étudiants de l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI), compliquée par les dysfonctionnements et les aberrations du système *Parcours Sup* (engendrant des déceptions ou des refus d'éloignement) a été signalée aux contrôleurs.

Le personnel soignant et administratif est décrit par le SRH comme présentant un sens important du service public et un attachement marqué à la bienveillance. Son sentiment d'insuffisance de moyens et de perte d'une dimension professionnelle qualitative, en lien avec la dynamique des projets actuellement mise en place par la direction, a été rapporté aux contrôleurs. Le SRH a indiqué avoir fait œuvre de pédagogie, s'agissant notamment de la restructuration de l'Intranet, de l'information concernant le statut des agents et ses évolutions, de l'évolution législative liée aux mesures du Ségur de la santé¹⁶ ainsi que de la loi éponyme¹⁷ et de l'instauration d'un calendrier de concours.

3.3.3 La formation, le tutorat et l'évaluation des pratiques professionnelles

Le CHM offre des terrains de stage annuels pour 250 IDE et 30 AS en formation à l'IFPS¹⁸, organisés au sein d'un tableau qui fixe des quotas de répartition par service, établis en partenariat avec les cadres supérieurs de santé (CSS) et les cadres de santé (CS). Une baisse du niveau de connaissance des étudiants et la faiblesse de l'unité d'enseignement en psychiatrie ont

¹⁵ 5 soignants (dont 4 IDE) le matin et l'après-midi, 1 de journée et 4 de nuit (dont 4 IDE) dans les unités Bocage 1, 2, et Littoral 1 ; 4 soignants (dont 3 IDE) le matin et l'après-midi, 1 de journée et 4 de nuit dans l'unité Littoral 2 ; 5 soignants le matin (dont 3 IDE), 5 l'après-midi (dont 2 IDE), et 2 la nuit (dont 1 IDE) ; 2 soignants (dont 1 IDE) le matin, l'après-midi et la nuit dans le pôle adolescent ; 3 soignants (dont 1 IDE) le matin et l'après-midi dans les unités Iris (1 IDE et 1 AS la nuit) et Colline (1 AS la nuit) de gérontopsychiatrie, 8 (dont 4 IDE) le matin et l'après-midi et 3 la nuit (dont 2 IDE) dans l'unité Court-séjour ; les données n'ont pas été transmises pour les pôles Océan et Terre.

¹⁶ Le Ségur de la santé est une consultation des acteurs du système de soins français qui s'est déroulé du 25 mai au 10 juillet 2020.

¹⁷ La loi Ségur, a été promulguée le 26 avril 2021, pour concrétiser les mesures non budgétaires du Ségur de la Santé. Elle traite des professions paramédicales, rénove la gouvernance des hôpitaux et permet de déployer les services d'accès aux soins, ainsi que la plateforme « Mon Parcours Handicap ».

¹⁸ IFPS : institut de formation des professionnels de santé, centre issu de la fusion des IFSI, de l'EPSM et du CHD en 2005, qui forme les IDE, les AS et les ambulanciers.

été rapportées aux contrôleurs¹⁹. L'établissement a ainsi complété sa politique proactive, en associant une formation post IFSI, pour que les IDE apprennent leur métier, et des formations d'adaptation à l'emploi pour un parcours qualifiant :

- « Devenir IDE en santé mentale », dont l'objectif est l'évocation des peurs et des fantasmes liés à l'exercice psychiatrique, dispensée par le personnel du CHM qui se déplace dans les IFSI pour faire la promotion de la santé mentale ;
- la formation socle pour les nouveaux arrivants, qui comprend une liste de toutes les formations obligatoires selon le poste intégré, et des fiches qui décrivent les compétences requises ;
- la journée de formation concernant l'isolement et la contention, mise en place au mois d'avril 2022, assurée par un IPA de Pau (Pyrénées-Atlantiques) qui se déplace, sans caractère obligatoire lors de la visite (cf. § 7.3.2) ;
- la formation concernant la gestion et la prévention de la violence en psychiatrie adulte (« Omega », 64 soignants formés par an) et celle spécifique à la pédopsychiatrie (GRIEPS qui permet une formation annuelle par groupe de douze soignants, six du pôle Terre et six du pôle Océan) ;

BONNE PRATIQUE 1

La mise en place d'une formation de gestion et de prévention de la violence en pédopsychiatrie permet de différencier les modalités de réponse en fonction de l'âge et de prévenir l'uniformisation des outils de soins.

- la mise en place d'un groupe de travail pour relancer le dispositif tutoral (qui s'est essouffé pendant la période de la pandémie de Covid-19), programmé le 9 septembre 2022 ;
- l'organisation sur site d'une unité optionnelle de psychiatrie de troisième année, qui associe l'accompagnement des étudiants, la visite des unités qu'ils sollicitent, des cours avec les professionnels de l'établissement et des repas partagés au self.

Le tableau de bord des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) pour l'année 2022 fait état de dix EPP en cours dans l'établissement²⁰. Aucune d'entre elles ne concerne spécifiquement les droits fondamentaux des patients ni le cadre légal et les pratiques d'isolement et de

¹⁹ La mise en place de « Parcours sup » a été concomitante d'une suppression du concours d'entrée à l'IFSI en 2019. Entre un tiers et une moitié d'abandons, d'interruptions ou de mutation, ont été annuellement observés depuis à l'IFSI. Une augmentation du nombre de places en première année a ainsi été décidée par les régions (de 197 à 217 au CHM). Statistiquement, 75 étudiants d'une promotion de 150 sont diplômés chaque année, les autres ayant des examens à repasser avant d'obtenir, ou pas, leur diplôme.

²⁰ Données transmises par la DAM : les thématiques des EPP en cours concernent les « patients traceurs » dans le cadre du programme de l'amélioration de la qualité, les retours sur expérience, le recueil des IQSS (indicateurs de qualité et de sécurité des soins, les risques de chute en gériopsychiatrie, l'évaluation de la pertinence des premiers entretiens paramédicaux en CMP, des pratiques de repérage des risques de fausses routes, de la prescription de psychotropes chez le sujet âgé, du bon usage des antibiotiques, des soins sous MEOPA (mélange oxygène-protoxyde d'azote), et l'audit « plaies chroniques » réalisé avec le groupe « plaie et cicatrisation » du GHT 85.

contention. La participation du personnel aux EPP est extrêmement restreinte puisque la liste des participants²¹ montre celle de 42 des 1 100 agents du CH seulement pour quatre EPP en 2021 et 2022.

RECOMMANDATION 2

Les évaluations des pratiques professionnelles devraient notamment concerner la connaissance et le respect des droits fondamentaux des patients privés de liberté. La participation du personnel doit être la plus large possible s'agissant de ces thématiques.

Dans sa réponse, la direction de l'EPSM estime que « Les patients traceurs et la démarche expérience patient qui ont associé de nombreuses équipes professionnelles peuvent être considérés comme des EPP sur les droits des patients ».

3.4 L'ETABLISSEMENT S'EST GLOBALEMENT DOTE DES OUTILS PERMETTANT LA DECLARATION ET LE TRAITEMENT DES EVENEMENTS INDESIRABLES

Les équipes, et notamment le personnel nouvellement recruté, sont sensibilisés à l'intérêt et aux modalités de déclarations des événements indésirables (EI), y compris par les cadres de plusieurs unités. Les déclarations sont effectuées essentiellement à l'aide du logiciel ENNOV, et/ou par le biais de rapports circonstanciés, suivant un modèle à disposition. Les déclarations sont en principes nominatives mais peuvent éventuellement ne pas l'être si un identifiant général d'équipe est utilisé pour la connexion au poste informatique.

L'outil est relativement bien renseigné, même si des déclarations peuvent parfois ne pas relever d'un EI, un même événement peut faire l'objet de déclarations multiples ou certaines informations utiles faire initialement défaut (ex. nom d'un praticien concerné par un incident).

Les déclarations sont principalement le fait d'IDE, AS ou aides médico-psychologiques (AMP, 87,4% des déclarations du premier trimestre 2022). Celles de médecins, internes ou du pharmacien sont plus exceptionnelles (1,5% sur la même période).

Le nombre d'EI déclarés est relativement stable pendant la période des trois dernières années (1570 en 2021 contre 1598 en 2020 et 1771 en 2019, ces données incluant les MAS et l'extrahospitalier). Une majorité des événements déclarés se rapporte à des chutes de patients (53 % des EI en 2021, 55 % sur le premier trimestre 2022). Les agressions déclarées de patients ou de soignants, ou plus exceptionnellement de personnes extérieures, sont principalement physiques (55 des 61 recensées au premier trimestre 2022). Si des agressions verbales sont aussi déclarées (16), toutes ne le sont pas. Apparaissent, relativement, davantage concernées par les agressions les unités où les patients sont particulièrement vulnérables (Mosaïque et USLD-EPHAD). Dans ces unités comme ailleurs, le déficit de médecins ou des ruptures dans la prise en charge psychiatrique ont dans certains cas été relevés parmi les facteurs contributifs à des passages à l'acte violents. Pour près d'une agression sur deux déclarée au premier trimestre 2022 (29 sur 61), des « demandes non satisfaites ou différées » (12) ou un « cadre lié aux soins » ont ainsi pu avoir une incidence. Les déclarations relatives à des erreurs médicamenteuses (16) ou à des tableaux infectieux (5) restent relativement limitées en nombre.

²¹ Transmise par la DAM.

Les évènements sont classés en évènement indésirables (EI), porteurs de risques, ou graves (EIG). Les EIG (42 en 2020 ; 31 en 2021 ; 9 au premier trimestre 2022) représentaient moins de 5 % de l'ensemble des déclarations (3 % sur le premier trimestre 2022). Les EIG associés aux soins (EIGS) sont déclarés à l'ARS. En revanche, l'établissement n'effectue pas de déclaration à l'observatoire national des violences en santé (ONVS), un choix en opportunité de la direction qui pourrait être réinterrogé en essayant d'associer d'autres établissements de la région à la démarche. Des signalements à la police ou avis au procureur ont par ailleurs été effectués pour des faits d'agression ou des infractions à caractère sexuel.

L'établissement a enregistré trois décès en 2021 (un par fausse route, un en isolement contention, un par pendaison au domicile, tous traités en EIG) contre 11 en 2020 et 9 en 2019 (extrahospitalier inclus). Les tentatives de suicide déclarées et recensées – *a priori* 12 sur site en 2021 et cinq depuis le début d'année 2022 (décompte au 24/06/2022) - ont concerné l'ensemble des pôles d'hospitalisation²². La prévention du risque suicidaire compte parmi les domaines visés dans le projet « qualité, sécurité et gestion des risques » de l'établissement dont l'un des objectifs opérationnels est d'« identifier, analyser et maîtriser les risques ».

Les EI et les EIG déclarés sont effectivement traités par la direction en charge de la qualité et de la gestion des risques (DMSQ). L'établissement s'est doté fin 2021 d'un bureau « risques », qui associe pharmacien, médecin et responsable de la sécurité à cette direction pour une analyse et un suivi collégial mensuel des situations. Les EI sont également abordés en COPIL « Qualité » et donnent lieu à une présentation semestrielle en commission des usagers (CDU), avec un focus sur les EIG. Le bilan est également présenté en COVIRIS²³ et en CLIN²⁴ pour les EI qui en relèvent.

Les EIG donnent lieu à des reprises en équipe dans les différentes unités, généralement à l'initiative des cadres de santé et éventuellement des médecins chefs de service ainsi qu'à des retours sur expérience (REX), organisés à la demande des équipes ou sur proposition de la direction de la qualité. Ces REX permettent effectivement de dégager des diagnostics communs, d'identifier des facteurs contributifs des évènements, des points d'amélioration des pratiques et des pistes d'action. Ils sont généralement jugés utiles par les professionnels interrogés, tant pour la méthodologie suivie que pour le suivi effectif des EI qu'ils permettent.

17 REX ont pu être organisés en 2021, contre 12 en 2020 et 11 en 2019. Il apparaît toutefois que la direction en charge de la qualité n'est pas toujours « autorisée » à en animer, en particulier dans l'une des unités de psychiatrie adulte (Littoral 1), du fait d'une opposition du chef de pôle. Les réunions strictement internes ne donnent pas nécessairement lieu à un compte rendu écrit. La direction de la qualité, le cas échéant, ne peut donc en être destinataire. Ainsi concernant une tentative de suicide ayant conduit au décès d'une patiente dans l'une des unités de psychiatrie adultes en janvier 2022. D'autres services ont pu ponctuellement ne pas donner suite à des demandes d'informations complémentaires relatives à des EIG et à des demandes de REX.

²² Unités adultes (Bocage 2 (6), Littoral 2 (4), les pôles adolescents (3) et enfants (Petit Hans 1 (2)) et la gérontopsychiatrie (1) + un « CS » indéterminé en 2021. Un suicide est également intervenu en janvier 2022 à l'unité Littoral 1.

²³ Comité de Vigilance et de Gestion des Risques.

²⁴ Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales.

RECOMMANDATION 3

Des retours sur expérience animés par la direction de la qualité doivent être organisés dans l'ensemble des services et unités de l'établissement à la suite d'évènements indésirables graves.

Dans sa réponse, la direction de l'EPSM mentionne « l'implication de 158 personnels en 2022 dans les diverses actions d'amélioration de la qualité ; l'ancienneté et l'ancrage de la pratique des RETEX qui sont systématiquement réalisés après un EI grave et EI associé aux soins : 104 RETEX réalisés depuis 2012 ». Elle précise : « le pôle Littoral 1 n'a pas souhaité être accompagné par la responsable qualité, pour un REX organisé en interne au service. Le chef de pôle s'est engagé à mener un REX interne à son service, la Direction qualité n'a pas reçu le CR de ce REX ».

Un accompagnement est proposé aux agents victimes d'agressions, notamment avec des psychologues libéraux conventionnés avec l'établissement, et l'accès à la médecine du travail est assuré. Le personnel est informé des démarches possibles et des dépôts de plainte ont effectivement été effectués à la suite de certains évènements.

Dans le même temps, le fichier des EI est rarement renseigné, au titre de l'analyse et des actions entreprises, sur l'information des patients victimes sur leurs droits, ou en lien avec d'éventuelles démarches de dépôt de plaintes, ce qui ne permet pas d'apprécier pleinement l'état des réflexes et pratiques en la matière. Si des patients ont effectivement été accompagnés à la suite d'agressions, les plaintes sont parfois inexistantes dans certains services. Les certificats de coups et blessures ne sont pas nécessairement établis pour les patients concernés et le traçage qui peut se faire dans le dossier patient informatisé n'est pas systématique, certains médecins ne maîtrisant pas l'outil.

RECOMMANDATION 4

Les modalités de prise en charge d'évènements indésirables au préjudice de patients victimes doivent faire l'objet d'une évaluation afin, le cas échéant, de renforcer les réflexes en matière d'information, d'accompagnement ou encore d'établissement de certificats.

Dans sa réponse, la direction de l'EPSM indique : « La Direction qualité n'est pas toujours informée par le service de ce qui a été mis en œuvre après l'évènement. La Direction qualité a mis en place dans le dernier volet qualité du PE 2021 – 2026 la désignation de référents qualité. Un de leur rôle est d'assurer une analyse de ces évènements avec les équipes, et d'en faire le retour d'analyse (avec plan d'action) à la Direction qualité. Un envoi par trimestre est fait en ce sens à chaque service, du bilan de ses EI. Malgré cela, la Direction qualité ne reçoit pas toujours l'information de ce qui a été mis en œuvre par et dans le service. La Direction qualité ne fait le bilan des EI, que de ceux qui ont fait l'objet d'une déclaration et d'une analyse pluridisciplinaire dans le service. »

Les agents des différents services et unités sont équipés de dispositifs d'alerte du travailleur isolé (DATI) en état de fonctionnement – sauf exceptions qui font l'objet d'une déclaration (EI) – permettant de mobiliser des renforts. Les protocoles sont clairs pour le personnel de sécurité incendie qui, alerté, peut éventuellement faire acte de présence mais n'est pas habilité à intervenir physiquement sur les patients.

Si les équipes soignantes s'estiment globalement en sécurité, ce n'est toutefois pas le cas lorsqu'elles fonctionnent en mode dégradé. Des sous-effectifs sont régulièrement constatés et parfois déclarés en EI, notamment en gérontopsychiatrie au cours du premier semestre 2022.

3.5 L'ESPACE ETHIQUE INSTITUTIONNEL N'EST PLUS SAISI DEPUIS 2019 ET NE CONDUIT PLUS AUCUNE REFLEXION DEPUIS 2021

L'établissement dispose d'un « espace éthique » créé en 2015 à l'initiative d'un cadre supérieur de santé. Selon les propos recueillis, le président de la CME de l'époque était contre la création de cette instance et son règlement intérieur n'a jamais été validé en CME. Il n'est nulle part fait référence à l'existence d'un espace éthique dans les documents relatifs à l'organisation administrative ou médicale de l'établissement (règlement intérieur, projet d'établissement, site internet etc.).

Au moment de la visite, cet espace est en état de veille. La pédopsychiatre qui le présidait a quitté l'établissement un an plus tôt et, malgré les sollicitations de la cadre supérieure de santé qui continue de tenter de le faire vivre, aucun médecin n'a manifesté d'intérêt pour devenir membre de cet espace. L'espace éthique ne s'est pas réuni depuis février 2021, n'a pas produit de recommandation et n'a pas été saisi depuis 2019.

L'espace éthique, pourrait cependant être utilement saisi par les équipes soignantes notamment dans le cadre des réflexions relatives au respect des droits fondamentaux des patients. De même, les professionnels pourraient bénéficier d'un regard extérieur sur les prises en charge complexes de certains patients.

RECOMMANDATION 5

L'établissement doit donner à l'espace éthique les moyens humains et matériels pour mener à bien sa mission de réflexion sur les pratiques professionnelles.

Dans sa réponse, l'établissement informe que « Une première réunion de relance, rassemblant une vingtaine de personnes, s'est déroulée le 21 mars 2023. Un appel à candidatures avait été lancé quelques semaines auparavant pour renouveler les membres de l'espace éthique. (...) Le règlement intérieur de l'espace éthique est en cours de remise à jour, ainsi que l'espace dédié sur l'intranet. Plusieurs groupes de travail ont été mis en place. Un groupe travaille ainsi sur l'organisation d'un café éthique dont le thème tournera autour de « ouverture/fermeture des unités : entre protection et liberté ». (...) Au plan de formation 2023 a été inscrite une formation « initiation et sensibilisation à la démarche éthique » pour 15 professionnels soignants et éducatifs par l'organisme UPEC ».

4. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT

4.1 DES PATIENTS SONT PARFOIS ISOLEES AUX URGENCES DU CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL DANS UNE CHAMBRE QUI N'ASSURE NI LEUR SECURITE NI LEUR DIGNITE

4.1.1 La prise en charge aux urgences psychiatriques du centre hospitalier départemental

a) Le fonctionnement

L'unité des urgences psychiatriques est située au sein du service des urgences générales du centre hospitalier départemental (CHD) et le CMP intersectoriel *Arc-en-ciel*²⁵ à l'extérieur à proximité du service des urgences. L'équipe, mutualisée, se compose :

- d'un médecin chef également chef de pôle de l'EPSM ;
- d'un psychiatre issu des pôles Bocage et Littoral, différent chaque jour, présent du lundi au vendredi de 14h30 à 16h30 et disponible la journée par téléphone hors de ces horaires a participation de MI, qui ne connaissent ni le fonctionnement du service, ni le réseau a été signalée ;
- de 9,90 ETP d'IDE pourvus par 12 soignants²⁶. L'équipe a évoqué le déficit de 6 ETP IDE qui seront pourvus par mutation lorsque les infirmiers déplacés seront remplacés dans leurs services respectifs ; ce sous-effectif a conduit à la cessation de plusieurs missions de soins (cf. *infra*), les données fournies par le SRH faisant état de 3,50 ETP IDE non pourvus reflètent un désaccord avec l'évaluation de l'équipe ;
- de deux psychologues à temps partiel, dont l'un est présent un jour sur deux et la deuxième en congé maternité lors de la visite.

Le déficit de 6 ETP IDE a impliqué la suppression au CHD de :

- la fonction « rappel des suicidants du département », appels effectués sur une ligne spécifique 72 heures, puis dix jours, un, trois et six mois après le passage aux urgences ;
- l'activité de stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS²⁷) ;
- la participation à la réunion avec le service d'accueil et d'orientation de l'association *Passerelle* (précarité) ;
- la participation aux staffs parentaux avec la néonatalogie, la maternité et la pédiatrie.

²⁵ L'équipe est mutualisée et intervient à la fois aux urgences et au CMP intersectoriel. Les soignants effectuent des accueils téléphoniques dans 90% des cas, de 17h à 22h en semaine et de 14h30 à 22h les week-ends et les jours fériés et reçoivent des patients entre 14h45 et 22h (alors que les CMP de secteur sont ouverts de 9h à 17h). L'équipe régule ainsi de nombreuses situations, ce qui permet la diminution des présentations aux urgences et dans les CMP de secteurs, et des hospitalisations. Le chef de pôle et un second médecin y interviennent les lundis et jeudis.

²⁶ Une unité d'urgences psychiatriques existe également aux Sables d'Olonne (2,8 ETP IDE dont 2 pourvus par deux soignants), à Fontenay (idem), et à Montaigu-Luçon (4 ETP IDE dont 1,8 pourvu).

²⁷ rTMS : technique médicale qui, en générant un courant électrique, permet de stimuler ou d'inhiber certaines zones du cerveau, dans un but thérapeutique ou diagnostique et qui a fait ses preuves en psychiatrie dans le traitement de la dépression, des hallucinations auditives pharmaco-résistantes de la schizophrénie et des troubles obsessionnels compulsifs résistant aux traitements psychothérapeutiques et médicamenteux.

RECOMMANDATION 6

La direction de l'établissement doit garantir un effectif de soignants suffisant dans l'unité des urgences psychiatriques du centre hospitalier départemental de Vendée, afin d'assurer des soins adaptés aux patients accueillis et de prévenir la suppression d'activités de soins spécifiques.

Dans sa réponse, l'établissement décrit les profondes modifications apportées à l'organisation du service des urgences psychiatriques. Depuis le 1^{er} novembre 2022, « la fédération des urgences a été transformée en un service des urgences psychiatriques en application de la loi Rist avec un effectif médical dédié de 1,5 ETP. (...) Les personnels infirmiers relevant auparavant des 4 secteurs adultes ont été réaffectés au service des urgences psychiatriques. Le service a été placé sous la responsabilité médicale d'un chef de service entré en fonctions à partir du 1^{er} novembre 2022, qui a pour mission la gestion des urgences psychiatriques et est disponible pour assurer, tout au long de la journée, de 9h00 à 18h30 avec une réactivité de l'ordre de quelques dizaines de minutes maximum, l'évaluation et l'orientation de chaque patient consultant pour motif psychiatrique aux urgences du CHD. Ce médecin chef est secondé depuis le 1^{er} novembre 2022 par un chef de clinique assistant territorial (poste créé par l'ARS), travaillant à 50 % dans le service des urgences psychiatrique de l'EPSM et à 50 % dans le service universitaire du CHU de Nantes ».

D'autre part, « Concernant les offres de soins supprimées évoquées dans le rapport, le rappel du primo-suicidant (RPS) a été remplacé, comme souhaité par l'ARS, par la mise en place du dispositif Vigilans depuis les urgences depuis la désignation du psychiatre chef de service en novembre 2022. Par ailleurs la participation au staff parentalité est de nouveau actif, tout comme la participation à la réunion avec le service d'accueil et d'orientation de l'association *Passerelle* (précarité) ».

b) Les locaux

Les locaux minimalistes se composent d'un bureau de consultation équipé de trois bureaux et de trois ordinateurs, d'un bureau polyvalent, d'une chambre d'isolement et d'un local pour le CMP *Arc-en-ciel* (qui comprend trois bureaux, pour le médecin-chef, le CS, les IDE).

La majorité des patients viennent de leur domicile, parfois conduits depuis la voie publique ; ils sont souvent orientés par le SAMU mais sont aussi adressés par les généralistes et les psychiatres traitants. Les psychiatres référents des patients déjà connus et suivis sont contactés.

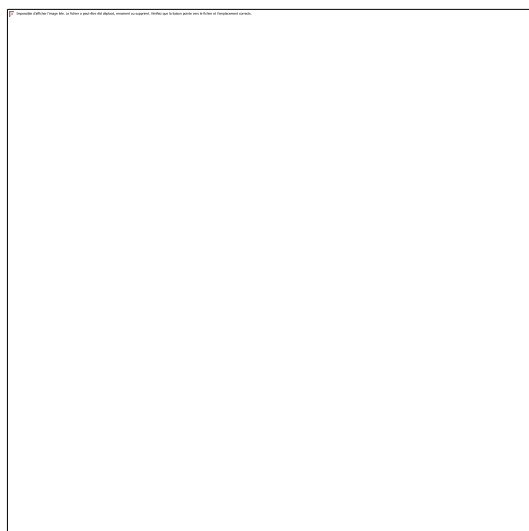
Les CMP de secteur sont ouverts de 9h à 17h. Le CMP intersectoriel prend le relais, effectue des accueils téléphoniques (dans 90% des cas), entre 17h et 22h en semaine et entre 14h30 et 22h les week-end et jours fériés, reçoit des patients, tous les jours entre 14h45 et 22h, et régule de nombreuses difficultés en amont, afin de diminuer les présentations aux urgences, dans les CMP, et de prévenir les hospitalisations. Deux psychiatres référents y interviennent les lundis et jeudis.

Une IDE d'accueil et d'orientation du service des urgences générales reçoit les patients, les adresse au médecin généraliste, qui ne réalise pas un examen systématique, et contacte les soignants de psychiatrie qui viennent les chercher dans la salle d'orientation.

Les patients en SL sont conduits au CHM en taxi, ceux en SSC en ambulance. La chambre d'isolement, nommée « chambre de soins sécurisés » est utilisée en cas d'agitation ou d'opposition, afin d'obtenir une sédation au moyen d'une injection intramusculaire, dans un

contexte sécurisé. Le patient est ensuite transféré au CHM en position allongé sur un brancard avec l'utilisation de contentions de tissu en cinq points. La mise en chambre d'isolement, la sédation et la contention, la surveillance du patient et l'enregistrement de ces actions sont effectuées par le personnel des urgences générales uniquement. Les durées d'utilisation ont été qualifiées de « *plus brèves possibles* », les patients bénéficient d'un repas servi sur un plateau pris sur le lit mais pas d'un accompagnement pour fumer s'ils en formulent la demande. La CI est également utilisée pour des dégrisements, afin de protéger les soignants.

La chambre d'isolement est meublée d'un sommier de métal scellé au sol, surmonté d'un matelas enveloppé dans une housse et recouvert d'un drap ; la tête du matelas peut être relevée en position demi-assise. Des contentions de tissu sont prédisposées (permettant une contention des poignets, des chevilles et ventrale). La porte qui donne sur le couloir est percée d'un oculus ne protégeant pas l'intimité. L'éclairage est uniquement électrique (néon) ; une horloge numérique est visible depuis l'intérieur. La chambre est équipée d'un rail d'arrivée d'oxygène, ce qui est classique dans une chambre des urgences mais peut constituer une source de danger. Aucun point d'eau, ni WC, ni dispositif d'appel ne sont accessibles en position contenue. Lors de la visite, la housse du matelas, le drap et les contentions de tissu n'avaient pas été retirés pour leur nettoyage après la dernière utilisation, bien que l'équipe ait affirmé que cela était systématiquement effectué entre chaque patient.



La chambre d'isolement entre deux utilisations



Le matériel de contention prédisposé sur le lit

RECOMMANDATION 7

Pour respecter la dignité et la sécurité des patients isolés, la chambre d'isolement du service des urgences du centre hospitalier départemental doit comporter un point d'eau, des WC dissimulés à une vue extérieure directe, un dispositif d'appel accessible en situation de contention, un sas de séparation du couloir de circulation du service des urgences qui préserve

l'intimité. Les draps et les contentions de tissu doivent être nettoyés entre chaque utilisation et le système d'arrivée d'oxygène démonté.

c) *L'orientation des patients*

La décision d'hospitalisation est notifiée oralement par le psychiatre quand il est présent, et évoquée avec les IDE à défaut, tracée dans les observations médicales et infirmières dans les logiciels Cortexte – de l'EPSM – et Résurgence – des urgences du CHD –, auxquels toute l'équipe a accès. L'équipe travaille en lien avec les familles, pour obtenir des informations de l'entourage qui est prévenu de l'hospitalisation et sollicité pour être tiers demandeur.

Si une hospitalisation en soins sur décision du directeur de l'établissement (SDDE) s'avère nécessaire, les membres de la famille sont contactés, par mail s'ils sont éloignés. A défaut de tiers, il est recouru à la procédure de soins pour péril imminent (SPI).

Les patients concernés par une hospitalisation en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) entrent directement à l'EPSM, son personnel allant les chercher sauf si le patient présente une pathologie somatique nécessitant une prise en charge spécifique aux urgences générales ; une telle situation est rarissime, un IDE a indiqué se souvenir de trois ou quatre cas en dix ans.

L'activité de liaison est assurée en début d'après-midi par le médecin de l'EPSM qui voit les patients des urgences et ceux des services des étages quand ceux-ci en ont fait la demande aux IDE par téléphone. Les services des urgences et de la réanimation sont priorités avant la liaison dans ceux des étages.

Dans sa réponse, la direction de l'EPSM informe de la création « d'une nouvelle offre de soin depuis janvier 2023 avec l'ouverture d'une filière post-urgence ambulatoire, permettant de revoir les patients en consultations rapides, dans certaines indications, notamment pour « les patients ayant une indication d'hospitalisation mais pour qui celle-ci n'est pas possible ou souhaitée ». Le patient est revu au CMPi à 48/72h en consultation infirmière, à J5 par le psychiatre, à J10 en consultation I infirmière, avant de décider d'une nouvelle orientation pour les soins. Cette nouvelle offre de soin a pour but, entre autre, de limiter l'utilisation des soins sous contrainte, chez les patients décompensés qui ne souhaiteraient par l'hospitalisation, en proposant des soins rapides que les CMP de secteur ne peuvent pas assurer compte tenu des délais moyens de prise en charge. »

4.1.2 *L'accueil dans les services*

Les CS des unités d'hospitalisation des adultes se chargent de l'information des patients sur leur statut d'admission lors de leur arrivée, dans des délais variables et adaptés à leur état clinique (cf. § 4.3.2). La présentation des locaux est généralement assurée par un soignant (un IDE ou un CS ou les deux) qui explique au patient les règles de vie et l'organisation de l'unité, et lui montre sa chambre.

Aucun inventaire contradictoire n'est organisé dans les unités. Un tri est effectué en présence du patient, avec pour objectif de repérer les objets éventuellement dangereux et de les remettre dans le bureau infirmier. Les patients sont informés de la possibilité de déposer des effets de valeurs à la régie de l'établissement, dans une enveloppe spécifique.

RECOMMANDATION 8

Un inventaire contradictoire des effets du patient, soumis à sa signature, doit être réalisé à l'arrivée, mis à jour au cours du séjour et conservé dans le dossier. Le patient doit en recevoir une copie.

Dans sa réponse, la direction de l'EPSM indique « L'inventaire des affaires du patient est réalisé à l'admission et noté dans le dossier patient informatisé ».

Aucune restriction des droits n'est systématiquement mise en œuvre à l'entrée mais des mesures restrictives sont appliquées au cas par cas si besoin : pour exemple des mises en chambre d'isolement à l'admission, des retraits de chargeur de téléphone aux patients suicidaires, etc. Des restrictions déterminées par le plan de soins peuvent être rapidement mises en place et sont régulièrement revues et tracées principalement sur les possibilités de recevoir des visites, de sortir, d'utiliser le téléphone ou l'obligation du port du pyjama.

La détection des besoins d'une mesure de protection des biens est effectuée par les assistants de service social (ASS) dans le cadre d'un premier entretien ; les ASS se mettent en lien avec les mandataires des patients, pour obtenir un éventuel complément d'information, vérifier des données personnelles les concernant, et organiser le suivi de leurs besoins (l'argent, les éventuelles démarches, etc.)

Selon les propos rapportés, les entretiens médicaux spécifiques et formalisés pour établir les certificats médicaux des 24 heures et 72 heures ne sont pas systématiquement réalisés.

RECOMMANDATION 9

Les patients doivent bénéficier d'une évaluation médicale psychiatrique systématique, avant que soient établis les certificats médicaux individualisés de 24 et 72 heures confirmant ou non la nécessité de maintenir des soins sans consentement.

Dans sa réponse, la direction de l'établissement affirme « Les patients en SSC bénéficient d'une évaluation médicale psychiatrique systématique dont la traçabilité doit être mieux assurée dans le dossier patient informatisé ».

4.2 LA PROPORTION DE PATIENTS HOSPITALISES EN SOINS SANS CONSENTEMENT EST PLUS ELEVEE QUE LA MOYENNE NATIONALE, PARTICULIEREMENT DANS CERTAINES UNITES

4.2.1 L'activité de psychiatrie

Les chiffres communiqués font apparaître une relative stabilité de la file active globale²⁸ entre 2019 et 2021, hormis l'année atypique de 2020 : 16 417 patients ont été pris en charge en 2021, pour 19 486 en 2020 et 16 212 en 2019. L'augmentation est notable au premier semestre 2022, avec 11 996 patients pris en charge.

Le nombre de patients admis en hospitalisation à temps plein a été stable entre 2020 (2 272 patients) et 2021 (2 236 patients), en baisse par rapport à 2019 (2 503 patients). Les données du premier trimestre 2022 montrent également une augmentation sensible, avec 1 525 patients.

²⁸ Comportant les prises en charge en ambulatoire et en hospitalisation à temps plein.

Au cours des trois dernières années, la proportion d'hospitalisations à temps complet par rapport à la file active globale oscille donc entre 15,43 % en 2019, 11,65 % en 2020 et 13,62 % en 2021. En 2021, la durée moyenne de séjour par patient dans les quatre unités d'admission en psychiatrie générale varie de 15,81 jours (Bocage 1) à 21,34 jours (Littoral 1).

4.2.1 L'occupation des unités

Le taux d'occupation global de 76,6 % en 2021 illustre des situations très différentes selon le type d'unité. Les quatre unités d'admission en psychiatrie générale ont des taux d'occupation de 78,64 % à 90,99 %. Les unités d'hospitalisation de psychiatrie infanto-juvénile ont des taux bas d'occupation : 32,58 % (Vendée Terre) et 52,08 % (Vendée Océan), sauf l'unité des adolescents : 86,10 %, cette tendance se renforçant en 2022 pour cette dernière unité. Les taux d'occupation des unités de la fédération Mosaïque, de la gérontopsychiatrie et de l'unité intersectorielle vont de 74,03 % à 94,06 %.

Dans les unités d'admission (Littoral et Bocage) on ne note pas de suroccupation notable, ni de déplacement de patients la nuit pour recevoir une entrée. Dans les unités Littoral, on ne recourt pas aux sorties prématurées pour libérer une place, contrairement aux unités Bocage où cette situation peut se produire, pour répondre à la nécessité de libérer un lit d'accueil. Les lits hôteliers des patients placés en chambre d'isolement sont conservés aux unités Littoral, le dispositif de « lits blancs » (lits laissés disponibles pendant qu'un patient est en isolement) peut ponctuellement être utilisé aux unités Bocage.

4.2.2 Les mesures de soins sans consentement

Les patients hospitalisés en SSC représentent 31,39 % de la file active d'hospitalisation à temps plein en 2021, et 33,9 % en 2020, ce qui est supérieur à la moyenne nationale²⁹. Cependant, ces pourcentages globaux sont à moduler selon les unités. Si les unités d'entrants des pôles Littoral et Bocage ont en 2021 des taux de patients en SSC de 32 à 38 %, les unités de la fédération Mosaïque – qui accueillent des patients présentant une déficience intellectuelle avec troubles psychiatriques associés et des patients autistes – ont un taux de 21,95 %. Dans les unités de la fédération de gérontopsychiatrie, le taux est de 33,75 %, particulièrement élevé concernant un public de patients âgés. Enfin, l'unité intersectorielle, qui accueille des patients au long cours, a un taux très élevé de 74 %.

En 2021, 660 patients ont été hospitalisés en soins à la demande du directeur d'établissement (SDDE) ; au sein de ces mesures, celles en soins à la demande d'un tiers (SDT) sont majoritaires (312), viennent ensuite les soins en péril imminent (SPI) (200) puis les soins à la demande d'un tiers en urgence (SDTU) (172). Les données sont comparables en 2020 : 716 patients en SDDE, avec une même hiérarchie entre les différentes mesures. Les patients en SDDE sont donc majoritairement hospitalisés en mode dérogatoire. Ces procédures portent atteinte aux droits des patients en les privant d'une double évaluation médicale certifiée lors de la mise en place de la mesure et de l'intervention d'un tiers qui constitue une voie de levée de la mesure de SSC.

²⁹ 26 % en 2021. V. Coldefy M., Gandré C., « Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre », *Questions d'économie de la santé* n° 269 - Juin 2022.

RECOMMANDATION 10

Le recours aux procédures dérogatoires que constituent les soins à la demande d'un tiers en urgence et le péril imminent doit rester exceptionnel.

S'agissant des patients hospitalisés en soins à la demande du représentant de l'Etat (SDRE), ils étaient 42 en 2021, en baisse par rapport à 2020 (54).

Dans sa réponse, la direction de l'EPSM conteste les proportions de patients en SSC mentionnées dans le rapport, proportions tirées d'un tableau qu'il a lui-même fourni à la demande des contrôleurs (document annexe 5-1). Il indique que : « Les patients hospitalisés en SSC ne représentent pas 31,39 % de la file active d'hospitalisation à temps plein en 2021 et 33,9 % en 2020, mais 16,77 % des admissions en 2021 et 22 % en 2020. Pour mémoire le taux en 2019 était de 17,75 %. Pour 2022, le pourcentage est égal à 16,52 % et en légère diminution par rapport à 2021. On peut estimer que l'année 2020 a été atypique du fait de l'impact de la 1^{ère} vague de la crise et des 2^{ème} et 3^{ème} vagues qui ont vu une diminution des hospitalisations libres de 21,7 % ».

4.3 L'INFORMATION DUE AUX PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT LEUR EST TRES INCOMPLETEMENT ET TARDIVEMENT DISPENSEE

4.3.1 L'information générale des patients sur leurs droits

Le règlement intérieur (RI) date de 2018 et n'a pas été réactualisé avec la restructuration des pôles intervenue en 2020. Les droits des patients n'y sont abordés que pour les patients en SL, l'information sur les droits des patients en SSC n'est pas évoquée. Tous les soignants ne connaissent pas le RI et les patients n'y ont pas directement accès, faute d'affichage.

Selon des témoignages recueillis, avant l'arrivée des contrôleurs, le livret d'accueil n'était plus disponible depuis plus d'un an. L'annonce de la mission de contrôle a précipité la réimpression, sans mise à jour, et la distribution d'exemplaires du livret d'accueil dans plusieurs unités. Ce livret est à disposition dans les espaces communs (salon d'accueil, salon des familles) de certaines unités, mais n'est pas remis systématiquement aux patients, voire pour certains il n'est remis qu'à la sortie.

Des affiches sur les règles de vie, la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), et diverses informations sont également apparues sur les murs des unités d'hospitalisation après l'annonce de la mission de contrôle, selon les propos recueillis.

Le livret d'accueil fournit des informations sur les droits des patients, en les présentant en deux parties distinctes : les « droits » et les « devoirs » ; dans ces derniers sont mentionnés des droits des patients, qui constituent de fait un devoir pour l'établissement et les soignants de les présenter aux patients et de leur donner les moyens de les exercer : information sur les soins et consentement aux soins, directives anticipées de fin de vie, désignation de la personne de confiance. Le droit de vote est mentionné mais n'a pas été actualisé (cf. § 6.4).

Les règles de vie des unités existent et sont affichées dans les unités d'admission et dans l'unité intersectorielle. Dans les unités de la fédération Mosaïque, la déficience intellectuelle des patients nécessite une communication adaptée au moyen de pictogrammes, utilisée pour structurer le temps mais pas pour rendre accessible les règles de vie collective. Celles qui existent présentent une grande disparité de dénominations : règlement, règlement intérieur, « informations utiles », « charte de fonctionnement », et de contenu. Certaines sont une liste d'interdictions, d'autres sont plus essentiellement des règles de vie collective. Ainsi, les règles de

vie de l'unité Littoral 2 édictent des « heures de coucher », ce qui s'agissant d'adultes, restreint de façon excessive la maîtrise de son rythme de vie ; les relations sexuelles au sein de l'unité y sont explicitement interdites (cf. § 6.6).

RECOMMANDATION 11

Le règlement intérieur doit contenir des mentions concernant les droits de tous les patients y compris ceux en soins sans consentement.

Chaque patient doit recevoir un livret d'accueil actualisé qui lui présente ses droits et leurs modalités d'exercice.

Dans sa réponse, la direction de l'EPSM informe que : « Le livret d'accueil est systématiquement déposé sur la table de nuit dans la chambre par les ASH après la réfection de la chambre avant l'admission d'un nouveau patient. Un nouveau livret d'accueil plus complet notamment sur les droits des patients est en cours d'impression et sera diffusé en mai 2023 ».

4.3.2 L'information sur les droits spécifiques des patients en SSC

A leur arrivée, les patients hospitalisés en SSC ne reçoivent aucun document les informant de leur situation juridique, de leurs droits, des voies de recours qui leur sont ouvertes et des garanties offertes. La carence persiste à chaque renouvellement de la mesure de contrainte. Un document intitulé « *Vous êtes hospitalisé sans votre consentement à l'hôpital Georges Mazurelle* » a pourtant été rédigé en octobre 2021 mais le bureau des usagers chargé de transmettre aux secrétariats des unités les documents à notifier aux patients n'en a pas connaissance. Les soignants déplorent ne pas être suffisamment formés pour assurer une information adéquate des patients.

Les notifications aux patients de la décision d'admission et de chacune des décisions ultérieures, ainsi que des raisons qui les motivent, sont une condition de la régularité de la mesure de SSC. Or, il est fréquent de ne pas en retrouver trace dans les dossiers des patients.

Aucune traçabilité n'est réalisée concernant les observations du patient avant chaque décision relative à la mesure de soins sans consentement.

Lorsqu'elles existent, les notifications sont souvent effectuées tardivement – plusieurs jours après la décision d'admission ou de maintien – voire très tardivement. Ainsi, dans un dossier, les décisions « de maintien en soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète en temps plein pour une durée d'un mois » prises entre décembre 2021 et mars 2022 ont toutes été notifiées le 19 avril 2022 ; chaque document est signé par le CS, le patient étant, selon un des items prévus dans ce document, « dans l'impossibilité de signer la notification ». Selon les informations recueillies, la notification tardive est décidée en fonction de la capacité supposée du patient à recevoir l'information. Les médecins et soignants ne sauraient alléguer, comme certains le font, un prétendu « *intérêt du patient* » ou exciper que celui-ci « *ne va rien comprendre* » ou encore invoquer la crainte d'un impact clinique négatif pour justifier la privation du patient de ses droits à l'information.

Pour de nombreuses décisions, la notification ne peut être que tardive. En effet, les différentes décisions du directeur sont préparées par le bureau des usagers. Lorsque le patient arrive en dehors des horaires de fonctionnement de ce bureau, les décisions sont rédigées à sa réouverture, qui peut intervenir au mieux le lendemain matin pour un patient admis après 17

heures, trois jours plus tard lorsque l'admission a lieu un vendredi soir, voire quatre si le lundi est férié. La décision est alors antidatée pour couvrir ces défaillances et correspondre à la date de l'entrée réelle du patient.

De plus, l'information du patient demeure insuffisante puisque les motivations des décisions du directeur, comme celles des arrêtés préfectoraux, se limitent à viser les certificats médicaux sans en reprendre les termes ni les annexer à la décision, et qu'enfin l'identité du tiers n'est pas portée à la connaissance du patient hospitalisé en SDT ou en SDTU.

RECOMMANDATION 12

Il doit être mis fin à des pratiques conduisant à des hospitalisations arbitraires ; les décisions d'admission en soins sans consentement doivent être prises dans les délais légaux.

Les patients en soins sans consentement doivent, à chaque étape de la procédure, recevoir toutes les informations relatives à leur statut, leurs droits, ainsi qu'aux moyens de formuler des requêtes auprès de l'établissement et des autorités hiérarchiques, judiciaires, de tutelle ou de contrôle. À ce titre, ils doivent être clairement informés des motifs de la mesure dont ils font l'objet par la transmission systématique d'une copie de la décision et des certificats médicaux qui en sont le support ou par la reprise de leurs termes. Ces informations doivent leur être transmises sur un support qu'ils peuvent conserver.

Dans sa réponse, la direction de l'EPSM informe que : « Depuis septembre 2022, conformément au plan d'action élaboré fin août 2022 pour répondre aux observations du pré-rapport provisoire du CGLPL transmis par l'ARS en août 2022, tout patient en soins sans consentement se voit remettre systématiquement, en même temps que la décision le plaçant en soins sans consentement, un flyer sur ses droits et voies de recours actualisé et, depuis octobre 2022 sur décision de la commission médicale d'établissement (CME), copie des certificats médicaux motivant la décision de soins sans consentement. Depuis septembre 2022, la réalisation des décisions administratives pour les patients admis dans la nuit sont faites et signées le lendemain matin, sous condition d'avoir reçu des services de soins tous les documents nécessaires, et depuis janvier 2023, les admissions intervenant du vendredi à 17h30 au samedi à 17h sont faites le samedi par le service des usagers (fonctionnant désormais 6 jours sur 7 et les jours fériés précédant ou suivant un week-end). S'agissant des délais de notification des décisions, si aucun suivi n'avait été mis en place jusqu'à maintenant, le service des usagers (...) a instauré désormais un suivi journalier des retours de notification des décisions avec relance systématique auprès des unités d'hospitalisation sur l'effectivité des notifications. L'établissement a mis en place sur le dernier trimestre 2022 et le 1^{er} semestre 2023 plusieurs actions de formation des professionnels sur les droits du patient, dont certaines actions dédiées aux personnels médicaux. Des sessions complémentaires seront organisées sur le second semestre 2023. La formation aux droits du patient est également intégrée au programme de formation du parcours d'intégration des nouveaux personnels recrutés piloté sous l'égide de la direction des soins réalisé une fois par an pour les nouveaux arrivants ».

5. LES CONDITIONS DE VIE

5.1 L'HEBERGEMENT REpond AUX BESOINS DANS LA PLUPART DES UNITES

Les bâtiments des unités hébergeant les patients sont implantés au sein d'un site verdoyant de 43 hectares. A l'exception de l'unité intersectorielle située dans un bâtiment ancien – et de certaines unités de la fédération de gérontopsychiatrie et de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, décrites aux paragraphes 11.1 et 11.2 – les autres unités sont récentes. Ces nouvelles unités ont été construites au milieu de l'ancien parc arboré, des espaces verts entretenus entourent les constructions.



Les espaces verts



Les unités récentes

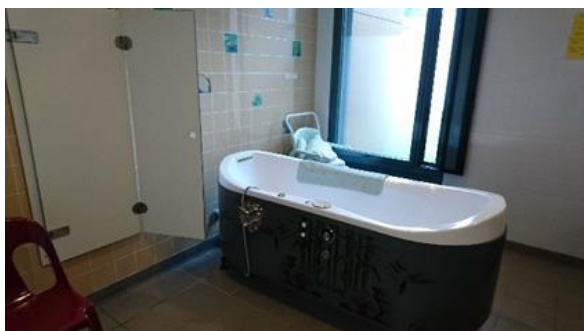
L'architecture offre un hébergement de qualité et répond à l'ergonomie de la vie hospitalière et de l'exercice des soins. Les patients et les soignants s'en disent satisfaits.

Les chambres sont majoritairement individuelles ; une à trois chambres doubles selon les unités ont été maintenues pour héberger les patients qui ne souhaitent pas être seuls en chambre. La taille des chambres est adaptée, la luminosité est agréable, les fenêtres comportent un battant de 10 cm de large qui peut être ouvert par les patients. Les portes sont toutes équipées d'un verrou de confort.

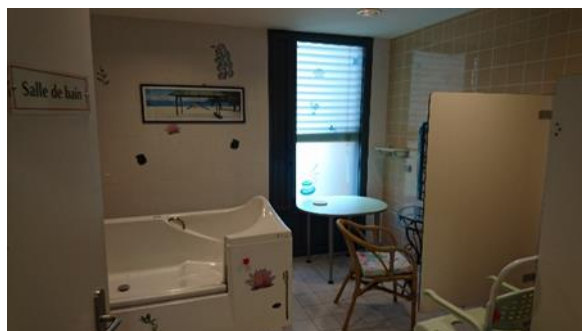
La serrure de la porte est actionnée au moyen d'un badge que l'occupant possède ce qui limite les intrusions.

Toutes les chambres, sauf celles de l'unité intersectorielle, disposent d'une salle d'eau attenante équipée d'une douche, d'un siège WC avec abattant, d'un lavabo surmonté d'un miroir, d'un porte serviettes et d'un loquet pour la verrouiller.

Les unités sont en majorité pourvues d'une salle de bain commune avec baignoire.



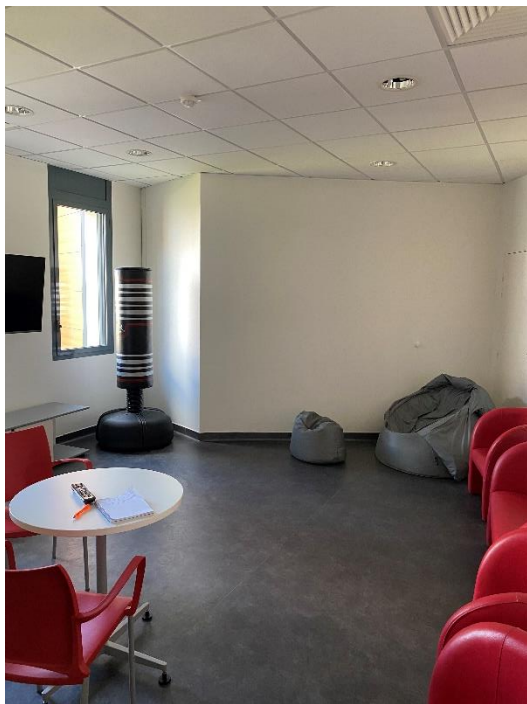
Salle de bain commune avec baignoire



Baignoire spéciale PMR

Les parties communes sont peu ou pas décorées, de même que les chambres ce qui donne une perception un peu morose des locaux.

Les locaux collectifs comportent un réfectoire, des salles de télévision, des salles de jeux et d'activités et d'une chambre d'apaisement. Une table de ping-pong et un babyfoot sont à disposition.



Salle d'apaisement



Salle d'activités

Les locaux de l'unité intersectorielle ne présentent pas les mêmes conditions d'hébergement. Certaines chambres sont situées en étage et accessibles via un escalier et un ascenseur. L'accès à l'extérieur n'est pas direct et demande une certaine autonomie. L'équipement mobilier est disparate.

5.2 L'HYGIENE EST ASSUREE

Les patients disposent tous d'une chambre avec salle d'eau, sauf à l'unité intersectorielle.

Si les patients sont invités dans le livret d'accueil à prévoir du linge en quantité suffisante ainsi qu'un nécessaire de toilette, des kits hygiènes sont fournis aux personnes indigentes et dans toutes les unités, un vestiaire d'urgence permet de pallier le manque de linge. Le service en unité assure de façon gratuite le lavage de la vêtue des patients. La seule difficulté pour le patient réside dans le délai (deux jours minimum) nécessaire pour récupérer ses vêtements à l'issue d'une lessive.

Le linge de lit est habituellement changé une fois par semaine, et chaque jour si la situation d'un patient le nécessite.

Les locaux sont également très propres et l'hygiène est exemplaire grâce à l'implication des équipes d'ASH, même dans les locaux les plus anciens comme ceux de l'unité intersectorielle. Le ménage des chambres, des sanitaires et des espaces communs est effectué chaque jour. Les ASH sont intégrées à l'équipe de soins et l'échange d'informations est efficace.

Une prestation « coiffure » est par ailleurs proposée gratuitement dans chaque unité sur inscription préalable.

5.3 L'ACCES AUX BIENS N'EST PAS TOUJOURS GARANTI

Les valeurs du patient font l'objet à son arrivée d'un inventaire papier qu'il signe. L'inventaire et les mouvements opérés ensuite sont tracés dans le logiciel informatique ELAP (gestion de l'argent et dépôt de valeur). Cette opération est tracée sur le registre papier des dépôts pour garantir une sécurité en cas de panne informatique. Le patient reçoit un récépissé détaillé du dépôt qu'il effectue.

Il est proposé aux patients de déposer leurs objets de valeur et leur argent au service de la régie d'avances et de recettes de l'établissement installé dans le service des majeurs protégés. Ils peuvent conserver jusqu'à 20€ dans l'unité. Chacun peut retirer à tout moment – pendant les horaires d'ouverture de la régie – son argent et/ou ses biens par le biais d'un formulaire signé par lui et par l'unité de soins dont il dépend et remis au régisseur. Ainsi les biens, valeurs et argent que possède le patient à son arrivée sont sécurisés, tracés et disponibles.

Le médecin décide, de façon individualisée, des objets que le patient peut garder avec lui, avec une vigilance particulière s'agissant des briquets, boîte d'allumettes et cigarettes. Lorsque le patient n'est pas autorisé à les conserver, ces objets sont conservés dans les petites armoires individuelles de chaque chambre dont seuls les soignants possèdent la clé.

5.4 LA QUALITE GUSTATIVE ET LA QUANTITE DES RATIONS SERVIES SATISFONT LES PATIENTS

La cuisine centrale de l'EPSM fournit les repas de l'ensemble des unités du site Mazurelle ainsi que des services extérieurs qui lui sont rattachés, pour les patients et le personnel. Les repas sont élaborés par deux diététiciennes du pôle somatique et confectionnés par une équipe vingt-huit agents. Les repas sont livrés froids dans chaque unité puis réchauffés avant d'être servis.

Cette élaboration est construite sur un cycle de menus sur six semaines. Les menus sont très régulièrement réajustés en fonction des remarques, observations et suggestions de la commission des menus qui se réunit chaque trimestre et qui est composée d'une diététicienne, de deux représentants des cuisines ainsi que quatre représentants (IDE, AS, ASH) des différents pôles de psychiatrie et de la maison d'accueil spécialisé mais aucun patient n'y participe.

L'équipe restauration organise un repas thématique par mois (en 2020 il n'y en a eu qu'un par trimestre) et propose chaque dimanche des pâtisseries « maison ». Une grande attention est portée au goût, au régime, aux produits frais et aux quantités.

Le service restauration du centre hospitalier Mazurelle apparaît volontaire et soucieux de produire des menus de qualité. Dès son arrivée, le patient renseigne un questionnaire destiné à recueillir ses inhibitions alimentaires, ses interdictions religieuses, ses allergies et l'éventuel régime prescrit. Les deux diététiciennes rencontrent les patients à leur demande, et rentrent au sein du logiciel DATAMEL leurs recommandations et celles éventuellement prescrites par les médecins.

Dans le cadre du projet d'établissement, trois axes de progression ont été retenus : le développement durable, le « fait maison », le circuit court.

Par ailleurs, une convention a été signée entre le centre hospitalier et un établissement de service et d'aide par le travail (ESAT) pour une prestation de l'ESAT au self de l'hôpital.

BONNE PRATIQUE 2

Le centre hospitalier Mazurelle a signé une convention avec un établissement de service et d'aide par le travail qui permet l'emploi au self de personnes en situation de handicap.

Les repas sont en principe consommés par les patients au sein de réfectoires lumineux et conviviaux.



Réfectoire des patients

Au moment du contrôle, les unités organisaient deux services pour la prise des repas en réfectoire afin de garder un peu de distance entre chaque patient au regard des précautions Covid. Cette organisation en deux services a pour conséquence de limiter le temps du repas ce dont certains patients se sont plaints. Les témoignages des patients sont très majoritairement positifs, s'agissant de la saveur des plats, de leur diversité ou des quantités.

Enfin, un goûter est proposé en milieu d'après-midi ainsi qu'une tisane ou un jus de fruit le soir en même temps que la distribution des traitements.

6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

6.1 LA MAJORITE DES PATIENTS HOSPITALISES EN SOINS LIBRES COMME EN SSC, DANS CE SITE SANS MUR, NE SONT PAS LIBRES D'ALLER ET VENIR



Vue aérienne du site, et circulation aux abords de l'unité Littoral 1

Le parc est accessible aux piétons sans restriction horaire. L'entrée principale du site (Rond-point du Dr. Larrey) et l'entrée secondaire à proximité de la pédopsychiatrie (Bd. Georges Mazurelle) sont accessibles aux véhicules pendant les horaires suivants : 5h15-21h30 et 8h15-17h15 respectivement (et avec un badge en dehors de ces horaires).

6.1.1 La sécurisation du site

L'établissement a passé en 2007 des conventions avec la direction départementale de la sécurité et avec la gendarmerie pour l'extrahospitalier situé hors zone urbaine. Ces conventions étaient, lors du contrôle, en cours d'actualisation avec un projet plus large « Santé, Sécurité, Justice ». Le plan de sécurisation du site, élaboré en 2016, est également en cours de mise à jour.

En pratique, une équipe de huit agents permet d'assurer une présence constante avec deux agents de sécurité en permanence sur site en journée et un agent la nuit. Le site compte 48 caméras de vidéo-surveillance qui couvrent uniquement les espaces extérieurs et les seuils des unités. Une vigilance est assurée sur la sécurisation du site, notamment pour prévenir ou détecter en flagrance les trafics qui peuvent y avoir cours et ont été encore signalés début 2022 (alcool, cannabis et autres stupéfiants ou traitements dont méthadone).

La possibilité pour les patients de disposer des badges d'accès à leur chambre, dans les unités d'admission pour adultes depuis 2015 (Littoral et Bocage) et chez les adolescents depuis 2021, a, de l'avis de plusieurs interlocuteurs, permis de limiter les vols au sein des unités.

6.1.2 La liberté de circulation

Le projet « Usagers, patients, familles » (PUPF) de l'établissement fixe parmi les objectifs opérationnels celui de « favoriser la conservation de la liberté de circulation » avec notamment pour ambition de « favoriser les sorties seul ou accompagné dans le parc et à l'extérieur » (p.112). Le livret d'accueil mentionne également, pour les personnes admises en SSC, « les possibilités de sorties temporaires, après accord du médecin, de sorties de courte durée accompagnées par du personnel soignant, votre famille ou personne de confiance, de sorties non accompagnées d'une durée de 48 h maximum, d'un programme de soins spécifique établi avec votre médecin afin de vérifier l'amélioration de votre état de santé ».

En pratique, les portes de cinq des douze unités d'hospitalisation que compte l'établissement sont fermées alors que toutes accueillent indifféremment des patients admis en SL et en SSC.

Dans les unités fermées, l'accès au parc n'est pas uniquement conditionné à la disponibilité des soignants pour ouvrir la porte. Des restrictions temporelles (ex : autorisation de sortir uniquement une heure par jour), des conditions d'accompagnement (par un proche, par un soignant), voire des interdictions strictes de sortie sont inscrites dans les plans de soins de chaque patient, y compris de ceux hospitalisés en SL. Dans les unités dites « ouvertes » (en journée), des restrictions ou interdictions similaires sont imposées aux patients, indépendamment du statut d'hospitalisation et relativement aux sorties hors unité comme à l'extérieur du site de l'établissement.

À titre d'exemple, dans une unité d'admission ouverte, des plans de soins, pris aléatoirement, de quinze des trente-deux patients hospitalisés il ressort qu'aucun des quatre patients hospitalisés en SL n'était autorisé à sortir sans restriction dans le parc – pour deux d'entre eux toute sortie étant même interdite ; par ailleurs, six des onze patients en SSC étaient interdits de sortie de l'unité, et pour les autres, ces sorties étaient soumises à conditions.

Ainsi, les patients pouvant aller et venir librement hors de leur unité constituent davantage l'exception, et plusieurs patients, y compris en soins libres, sont interdits de toute sortie.

Des alternatives semblent pourtant envisageables à certaines des restrictions motivées par la nécessité de protéger des patients vulnérables ou de prévenir des comportements à risque dans l'enceinte de l'établissement.

RECOMMANDATION 13

Les patients doivent pouvoir circuler sans restriction à l'extérieur de leur unité d'hospitalisation. Les éventuelles restrictions, qui ne peuvent être imposées qu'aux seuls patients admis en soins sans consentement, doivent être formellement motivées, justifiées par leur état clinique, strictement proportionnées et adaptées, et régulièrement revues.

Un protocole a été utilement mis en place en juin 2022 pour définir la conduite à tenir en première intention en cas de sortie sans autorisation d'un patient en hospitalisation complète, et notamment sur les volets information et organisation des recherches.

Sur le site, plusieurs espaces sont accessibles librement pour les patients pouvant effectivement quitter leur unité, notamment le foyer et la bibliothèque des usagers (cf. § 10.1.2).

6.2 DES RESTRICTIONS DANS LA VIE QUOTIDIENNE SONT IMPOSEES AUX PATIENTS

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

Le livret d'accueil indique les horaires des repas : petit-déjeuner entre 8h30 et 9h15 ; déjeuner à partir de 12h00 ; collation entre 15h30 et 16h (dans certains services) ; dîner à partir de 19h00.

Les horaires de lever, généralement entre 7h30 et 8h00, peuvent varier, de même que les heures de repas délivrés au sein des unités. Selon le livret d'accueil, les patients ont aussi accès au restaurant réservé aux professionnels de l'hôpital sous réserve d'accompagnement par un proche. Il est précisé que les modalités d'accès doivent être communiqués par les services mais, en pratique, cette information n'est généralement pas répercutée dans les règles de vie ou règlements intérieurs des différentes unités.

Le coucher intervient généralement après le programme télévisé du soir en unité adultes, avec une certaine souplesse, et parfois plus tôt ailleurs. Les siestes en journée ne sont pas obligatoires.

L'accès aux espaces intérieurs ouverts des unités est parfois fixé jusqu'à une heure variable (ex. 19h00 ou tombée de la nuit), qui peut être fonction de la saison. Les patios peuvent alors demeurer ouverts ou accessibles plus tard, notamment pour les fumeurs (*cf. infra*).

Aucune restriction majeure n'a été relevée s'agissant de l'accès aux chambres ou aux espaces communs en journée. L'accès aux salles de bain collectives peut être libre, ou encadré en fonction de l'état clinique.

6.2.2 L'accès au tabac

Le livret d'accueil et les règlements intérieurs proscrivent généralement de fumer au sein des unités. Le choix a été fait d'interdire le cannabidiol (CBD) à l'issue d'une réflexion interne, certains soignants, d'après les informations communiquées aux contrôleurs, n'étant pas en mesure de faire la distinction avec le cannabis.

En pratique, les adultes fumeurs peuvent en principe disposer librement de leur tabac, sauf rationnement sur consigne médicale ou à raison des ressources financières, à l'initiative des équipes. Dans plusieurs unités, des soignants peuvent organiser et effectuer chaque semaine les achats de tabac, à la demande des patients, notamment de ceux en isolement ou n'étant pas autorisés à sortir de l'unité, même si plusieurs soignants relèvent une contradiction avec la démarche de « soins » et souhaiteraient se voir déchargés de cette mission.

La possibilité pour le patient de disposer d'allumettes et briquets est la plupart du temps fonction de sa clinique et des plans de soins. Les briquets sont parfois conservés dans le poste de soins (éventuellement dans des tiroirs nominatifs) et accessibles sur demande uniquement.

Les patients ont accès, éventuellement sur demande auprès des soignants, à un ou plusieurs patios intérieurs à l'air libre pour fumer.

Une sensibilisation aux méfaits du tabac est parfois réalisée, avec proposition et éventuellement prescription de sevrages tabagiques (patches et gommes), ou orientation par un médecin vers des produits substitutifs, en fonction de la demande des patients.

6.2.3 Le recours au pyjama ou « tenue institutionnelle »

L'imposition du pyjama de couleur bleue (parfois dénommé « tenue institutionnelle ») et identifié de tous, persiste dans l'établissement, même si toutes les unités n'y ont pas recours. S'il semble qu'il puisse également s'agir d'une initiative de l'équipe soignante, l'imposition du port du pyjama relève, en principe, d'une prescription médicale. Un item spécifique est prévu dans le plan de soin et doit être renseigné (« pyjama : oui/non »).

Au moins sept patients d'un pôle adulte (soit un peu plus de 10 % de son effectif) étaient concernés le 24 juin 2022. D'après les indications reçues, son port peut s'avérer ou non obligatoire pour les patients placés à l'isolement, ou d'usage si l'isolement est prolongé, et pour des motifs rapportés de prévention du risque suicidaire ou d'hygiène. Il peut également s'accompagner d'un retrait obligatoire des sous-vêtements, ce qui porte atteinte à l'intimité des patients. Les patients concernés devront parfois conserver ce pyjama pendant les éventuels « temps en commun » accordés dans le cadre d'un isolement séquentiel, y compris pendant les repas. Son port peut être également imposé aux patients, souvent les mêmes, considérés comme présentant un risque de fugue. Un usage disciplinaire dans l'unité n'est pas exclu, un cadre ayant indiqué que celui-ci pouvait aussi « servir de "stop", pour "remettre du cadre" ».

Le PUPF retenait le fait de « prioriser le port de vêtements de ville par les patients en journée » et d'« interroger les possibilités d'alternative à la tenue pyjama en journée pour les patients fugueurs » (p. 112). Y est précisé : « Nécessaire parfois pour la sécurité du patient en cas de risque avéré de fugue, l'usage actuel de la tenue d'intérieur est stigmatisante de par sa couleur (bleu) bien connue des autres résidents, et une réflexion sur des tenues alternatives (en termes de couleur et type de vêtement) est à mener de manière urgente pour améliorer la dignité de la personne » (*ibid.*).

Certains patients ont pu récemment témoigner de leur expérience, y compris dans le cadre de questionnements de l'établissement sur leur hospitalisation. Ils évoquent l'absence d'information sur les raisons de ce port imposé ; le fait de s'être senti « *catalogué comme patient à risque* » ou un sentiment « *d'être puni* » ; ou encore une « *peur du regard des autres* ». Une patiente évoque le « *choc* » de voir des patients « *enfermés et en pyjama* » et la peur de se voir réserver le même traitement. Plusieurs membres du personnel interrogés confirment que cette pratique ne permet pas de prévenir systématiquement les fugues et se disent conscients de la stigmatisation qu'elle induit. Le caractère nécessaire, proportionné et adapté de cette pratique n'est pas établi.

RECOMMANDATION 14

Il doit être mis un terme sans délai à la pratique consistant à imposer à des patients le port d'un pyjama ou d'une tenue institutionnelle dans les unités d'hospitalisation.

Dans sa réponse, la direction de l'EPSM précise que : « Au sein des unités du pôle Bocage il n'y a pas d'initiative soignante à l'imposition du port du pyjama bleu, pas de retrait des sous-vêtements et pas "d'usage disciplinaire dans l'unité" ». L'équipe considère d'ailleurs que le port du pyjama ne permet pas de prévenir les sorties sans autorisation, et ont bien conscience de la stigmatisation engendrée par une telle pratique ». Cette observation valide, *a contrario*, la pertinence de la recommandation pour les autres unités.

6.3 LES POSSIBILITES DE COMMUNICATION AVEC L'EXTERIEUR SONT REELLES MAIS LE DROIT A LA CONFIDENTIALITE DE L'HOSPITALISATION N'EST PAS GARANTI

6.3.1 Les visites

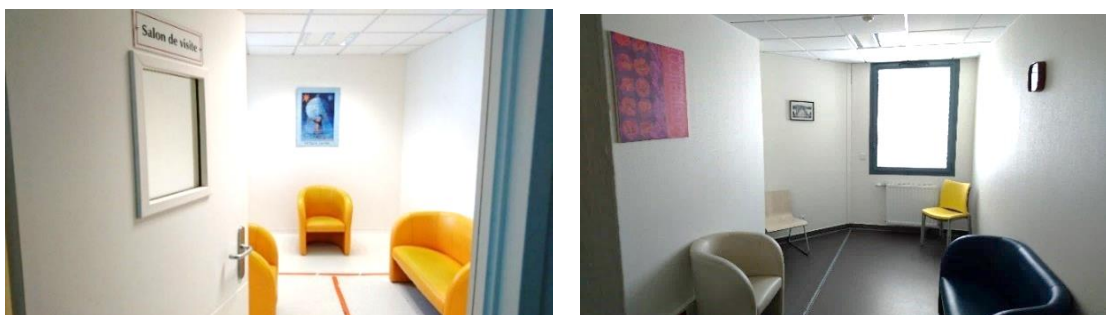
La plupart des patients disposent du droit de recevoir les visites. Dans certains services, aucun patient ne se les voit interdites, même si tous n'ont pas nécessairement de proches leur rendant effectivement visite. Dans la plupart des services, les visites s'organisent sur rendez-vous, souvent l'après-midi, conformément à ce qu'indique le livret d'accueil de l'établissement qui précise que les horaires seront communiqués par le personnel soignant de l'unité et que les visites peuvent être refusées. Elles sont possibles en semaine comme le week-end. A Mosaïque, elles s'organisent plutôt le matin, mais une souplesse est assurée.

Des pièces aménagées pour les visites (« salons de visite ») – situées à proximité mais hors de la zone d'hospitalisation avec un accès extérieur direct pour les unités d'admission adultes – existent dans tous les services, à l'exception de l'unité intersectorielle, où un projet était toutefois prévu en ce sens. Certaines unités disposent de ces espaces en nombre, quatre dans l'unité Littoral 2. Ces salons sont généralement équipés d'un mobilier simple et en bon état – table ou table basse, fauteuils, parfois téléviseur et kitchenette (Mosaïque), avec un accès à des

sanitaires, attenants ou proches. La présence de mineurs peut être, sous réserve d'accord médical, autorisée dans ces espaces, l'un d'entre eux étant aménagé afin de pouvoir accueillir des mineurs en bas âge, avec des jeux et un mobilier adapté (unité Littoral 2).

Le livret d'accueil indique également que « les visites sont possibles dans les chambres, sous réserve de l'accord du personnel soignant ». En pratique cette possibilité n'est pas offerte ou est évitée, officiellement à raison de la pandémie de Covid-19. Les mentions des règles de vie ou des règlements intérieurs des unités ne sont pas nécessairement cohérentes sur ce point avec le livret d'accueil, l'accès à l'intérieur de l'unité d'hospitalisation étant parfois interdit. Par ailleurs, restait visible, pendant toute la durée du contrôle, un affichage à l'extérieur du bureau des usagers, visiblement obsolète, indiquant que les visites sont « strictement déconseillées ».

Aucun grief particulier n'a été formulé par les patients interrogés sur les possibilités de visites, ou rapporté par des proches, à l'exception d'une patiente qui s'est plainte d'une durée de visite excessivement restreinte, à 30 minutes, avec présence permanente d'un soignant à proximité, et fouille des effets remis par des membres de famille en fin de visite.



Salons réservés aux visites (Littoral 1 et 2)

RECOMMANDATION 15

Livret d'accueil, règles de vie et affichages doivent être mis à jour s'agissant des visites. Par principe, leur durée ne doit pas être restreinte, sauf contre-indication médicale particulière. La fouille d'effets remis aux patients doit être proscrite.

Dans sa réponse, la direction de l'EPSM indique qu'un groupe de travail sur les droits des patients s'est penché sur le thème des visites et recommande l'aménagement des espaces de visite y compris pour permettre celles de mineurs, la possibilité de visites en chambre si l'état de santé de la personne le nécessite, et de subordonner la possibilité de limiter les visites à une évaluation médico-soignante.

6.3.2 Le courrier

Le livret d'accueil rappelle au titre des droits que « toute personne hospitalisée a le droit d'émettre ou de recevoir des courriers ». Il précise que le courrier est distribué chaque jour dans les services, à l'exception des samedi et dimanche, pratique constatée au sein des unités d'hospitalisation. La distribution est généralement assurée par les soignants, après réception des courriers au secrétariat des unités. Le livret précise aussi utilement l'adressage à respecter pour recevoir du courrier au sein des unités.

Pour les envois, il revient en principe aux patients d'affranchir leur courrier et de le remettre à un membre de l'équipe soignante, qui le transmettra au vaguemestre de l'établissement, ou de

le déposer dans la boîte aux lettres de l'établissement située au niveau du foyer. La levée est effectuée du lundi au vendredi à 16h30. Une aide ponctuelle peut être apportée au niveau des unités aux patients qui en font la demande, soit pour la rédaction de courriers, soit par la fourniture d'une enveloppe ou d'une avance sur les frais d'affranchissement. Enveloppe et timbres sont en vente au foyer de l'établissement.

La politique concernant la réception de colis est hétérogène. Certains cadres évoquent l'absence de contrôle, sinon des contrôles (ou ouvertures en présence d'un soignant) au cas par cas, en lien avec des préoccupations relatives par exemple à l'introduction de stupéfiants. Une consigne générale dissuadant les commandes ou réception de colis est parfois émise, au titre que l'unité n'est « pas un lieu de vie ».

La possibilité d'écrire gratuitement au JLD, à la CDSP, au CGLPL et au DDD n'est pas précisée dans le livret d'accueil.

RECOMMANDATION 16

La possibilité d'écrire gratuitement au JLD, à la CDSP, au CGLPL et au DDD doit être précisée dans le livret d'accueil. Il doit être possible de recevoir des colis au sein de l'établissement, et le respect de la vie privée être assuré dans ce cadre.

Dans sa réponse, la direction de l'EPSM indique : « S'agissant des courriers et autres envois postaux (...) le nouveau livret d'accueil prend en compte la recommandation 16 du CGLPL et mentionne la possibilité pour le patient d'écrire gratuitement au JLD, au CDSP, au CGLPL et au Défenseur des droits en mentionnant leurs adresses postales, et son droit de recevoir des colis. De fait, la réception du courrier et des colis a déjà lieu par l'intermédiaire du vagemestre de l'établissement dès lors qu'un patient se fait envoyer du courrier ou colis à l'adresse de l'établissement. Les patients hospitalisés sur des longues durées y ont en particulier recours ».

6.3.3 Le téléphone

Le livret d'accueil indique : « en fonction du plan de soins », les patients peuvent ou non utiliser leur téléphone portable. Il est précisé que « l'utilisation de la fonction "photo" du téléphone, comme toute prise d'image dans l'établissement est interdite ». Le PUPF prévoit, au titre d'un objectif de maintien de l'accès aux objets personnels, une « régularité de réévaluation de l'accès au téléphone » (p. 112).

En pratique, les interdictions complètes, générales ou individuelles, d'accès au téléphone sont exceptionnelles. Une telle interdiction est toutefois systématiquement appliquée aux enfants et aux adolescents. Ailleurs, l'accès est régulé par le plan de soins individuels, avec parfois un encadrement horaire strict (ex. une heure le matin, une heure l'après-midi) mais modulable dans le temps, suivant l'état clinique et parfois l'évolution des liens avec les proches.

La plupart des patients adultes ont effectivement le droit et la possibilité de téléphoner, et passent généralement leurs appels en chambre ou depuis les espaces extérieurs. Ils conservent pour la plupart leur téléphone, s'ils en ont un, et sauf exception liée à un risque suicidaire identifié, également au chargeur (cordon compris). Dans certaines unités, leur téléphone peut être conservé par les soignants. Des appels médiatisés peuvent avoir lieu, sur consigne médicale.

Les téléphones sans fil des soignants peuvent être mis à disposition pour les patients qui ne disposent pas de téléphones (Mosaïque). Une unité (UI) dispose d'une cabine téléphonique effectivement isolée, où les patients peuvent passer ou recevoir des appels avec l'aide des

soignants. Plusieurs unités sont dotées de téléphones fixes accessibles dans des espaces communs. Ceux-ci ne garantissent toutefois pas nécessairement la confidentialité des conversations. Ainsi aux unités Littoral où ces téléphones sont situés à l'entrée d'unité (Littoral-2) et/ou dans le couloir (Littoral-1).

RECOMMANDATION 17

Le principe d'interdiction du téléphone portable doit être revu s'agissant des enfants et adolescents. L'emplacement de certains téléphones fixes à disposition des patients doit être modifié afin de garantir la confidentialité des appels.

Dans sa réponse, la direction de l'EPSM précise que le groupe de travail sur les droits du patient a aussi produit une fiche action et propose les modalités suivantes qui seront soumises pour avis aux instances en mai 2023. « Pour les patients mineurs, un accès restreint à son téléphone portable durant l'hospitalisation, et une utilisation médiatisée avec un soignant ou ses proches. Pour les patients adultes, le principe est que tout patient peut garder son téléphone et la possibilité de le charger. La conservation par le patient sera notée dans l'inventaire. Seule l'évaluation médico-soignante bénéfiques/risques peut motiver l'accès limité et/ou médiatisé, proportionnellement à l'état psychique du patient. Le patient concerné en sera informé. Ces restrictions individuelles seront médicalement prescrites, tracées et réévaluées à périodicité définies dans le plan de soins individualisé du patient ».

6.3.4 La presse et la radio

Le livret d'accueil indique que « chaque unité de soins reçoit des quotidiens et des revues que vous pouvez consulter à loisir ». Ouest-France est le seul quotidien effectivement distribué en unités adultes. A Mosaïque, le service est abonné à Wapiti et Télé-star. Des invendus de revues thématiques sont annuellement reçus par l'établissement et répartis dans ces mêmes unités. La bibliothèque des usagers est accessible sans prescription ni prise de rendez-vous préalable (sauf pour les patients non autorisés à sortir de leur unité), les lundi, mardi et jeudi de 14h00 à 17h00 selon le livret d'accueil, mais en réalité les mardi, jeudi et vendredi selon le personnel sur place. Des revues y sont disponibles et l'hebdomadaire « Pays Yonnais » y est également reçu. Des prêts sont possibles pour une durée de trois semaines. Des lectures sont assurées une fois par mois par des bénévoles, à la bibliothèque ou au sein même des unités.

Le livret d'accueil indique que « l'utilisation d'une radio, d'un baladeur est possible mais ne doit pas troubler le repos de vos voisins ».

6.3.5 La télévision et Internet

L'établissement a fait le choix de ne pas équiper les chambres individuelles de téléviseurs afin de « favoriser les temps d'échange avec les personnels soignants et avec les autres patients » (mention du livret d'accueil). Une ou plusieurs salles ou « salons » équipés de téléviseurs sont accessibles aux patients dans les différentes unités, avec un nombre de places relativement conséquent. Quelques patients peuvent disposer d'un lecteur DVD portable personnel, avec un accès encadré dans le temps sur indication médicale (ex. pendant les temps en chambre ou lors de la sieste, à Mosaïque).

S'agissant d'Internet, le projet « santé numérique » de l'établissement prévoit l'accès au wifi pour le public et les patients, avec le déploiement de bornes wifi spécifiques permettant une utilisation sécurisée réservée aux usagers et grand public (objectif stratégique et opérationnel

n°2, p. 91). Le PUPF prévoyait, au titre de l'accès aux objets personnels, la possibilité de proposer un accès au wifi public sous réserve d'accord médical (p. 112). Toutefois lors de la visite, selon les indications reçues, un accès ouvert au wifi sur le site, qui n'en n'est pas équipé, n'est pas d'actualité.

Les patients possédant un téléphone avec un forfait Internet ou un ordinateur, et habilités à en disposer, peuvent accéder à Internet par eux-mêmes. Le livret d'accueil général précise que « en fonction du plan de soins », les patients peuvent ou non utiliser leur tablette ou ordinateur portable.

Pour les autres modalités d'accès et en l'état :

- la bibliothèque de l'établissement dispose de deux postes d'accès sécurisé à Internet (pour un usage autonome de 30 minutes), avec accompagnement si nécessaire, accessible aux heures d'ouvertures, donc trois jours par semaines, sur les créneaux précités. Les postes sont équipés de casques et les patients peuvent imprimer un document (impression toutefois limitée à une feuille) ;
- des salles avec postes informatiques sont accessibles dans plusieurs unités (par exemple celles du secteur Littoral) avec parfois usage encadré, accompagné, possible en particulier – sinon exclusivement – pour des démarches administratives et sociales, souvent en préparation à la sortie. Le caractère systématique de l'accompagnement a pu être justifié par la volonté de prévenir les risques de consultation de contenus problématiques, comme ceux de jeux ou paris en ligne. Les filtres généraux existant pour les postes de l'établissement sont toutefois en place et pourraient être modulés.

Par ailleurs la charte éthique de l'usage du numérique en santé envisagée parmi les actions du projet « santé numérique » (avec une élaboration en lien avec l'espace éthique) n'est pas en place.

RECOMMANDATION 18

L'offre de presse doit être développée et les horaires d'accès à la bibliothèque des usagers élargis. La possibilité d'un accès direct et autonome des patients à Internet, pour ceux ne disposant pas de leurs propres connexions, doit être plus largement garantie.

6.3.6 La confidentialité et l'anonymat de la présence

La question de la confidentialité de la présence dans l'établissement est abordée dans le livret d'accueil (« Discrétion sur votre séjour », p. 9). Il est indiqué : « qu'aucune information ne peut être donnée sur votre présence dans l'établissement, sauf avec votre accord ou à la demande des autorités judiciaires agissant dans le cadre légal. Vous avez la possibilité de refuser que votre hospitalisation et les informations vous concernant soient divulguées et aussi de refuser les visites. Vous devez le signaler dès votre arrivée dans votre unité de soins et/ou au service des usagers ». Ces termes sont ambigus et il est difficile d'en comprendre si la confidentialité est retenue par défaut ou s'il revient au patient, sous réserve qu'il soit effectivement informé, de signaler, le cas échéant, sa volonté de la voir assurée. Une autre mention relative à la confidentialité de l'état de santé figure dans le livret, au titre des droits (Vos droits, p. 30) : « sauf opposition de votre part, votre famille pourra également être informée de votre état de santé par le personnel de l'établissement en s'adressant au médecin, cadre de santé ou au personnel soignants ».

Si le PUPF consacre un volet à l'information lors de l'admission et à la systématisation du recueil et de l'actualisation de différentes informations (personne de confiance, tuteur ou curateur, personnes à prévenir, représentant légal, etc.), celles relatives à ces droits n'y sont pas identifiées. De fait, la direction des usagers a confirmé aux contrôleurs l'absence, à la date du contrôle, de protocole ou d'outils en place (ex. formulaire de non-divulgateur).

Ainsi, rien ne permet de garantir que les patients sont effectivement informés, leurs volontés interrogées et renseignées dès que possible à l'admission, et que les consignes sont effectivement répercutées ou accessibles au service des admissions ou au standard général de l'établissement. Certaines secrétaires ont tout de même indiqué faire attention généralement à ne pas divulguer d'information, notamment sur l'état de santé de la personne sans échange préalable avec le médecin.

L'anonymisation du dossier médical (DPI) est également possible, suivant un protocole dédié, qui prévoit la création d'un alias. Un certain nombre de situations sont anticipées pour en légitimer la demande : patients membres du personnel ou ascendants/descendants du patient ; personnes susceptibles d'avoir accès au logiciel Cortexte (étudiants, stagiaires, etc.) ; patients concernés par des faits connus/diffusés publiquement ou ayant une activité professionnelle de portée publique. La demande doit être faite par le psychiatre, avec avis du chef de pôle et accord du patient. La mise en œuvre est assurée par la FIRM.

Dans plusieurs unités, les soignants ne semblaient pas nécessairement clairement informés des droits et procédures évoqués plus haut, ni des modalités de leur mise en œuvre.

RECOMMANDATION 19

Les patients doivent être informés, dès que possible à leur arrivée, de leur droit de demander qu'aucune indication sur leur présence dans l'établissement ou sur leur état de santé ne soit donnée à des tiers, et leurs volontés être enregistrées et utilement répercutées. Le personnel médico-soignant doit être formé sur ce droit, sur les modalités de sa mise en œuvre de même que sur la procédure d'anonymat interne à l'établissement.

Dans sa réponse, la direction de l'EPSM affirme que : « Le droit du patient à l'anonymat et la confidentialité sur son hospitalisation est garanti à l'EPSM de Vendée ». Cependant, la recommandation 19 ne porte pas sur la garantie de l'anonymat mais sur la nécessité d'informer les patients de cette possibilité.

6.4 L'ATTENTION PRETEE AU DROIT DE VOTE EST INSUFFISANTE

Il ressort principalement du contrôle une problématique de maîtrise de ce droit et d'information des patients. Le livret d'accueil, dans sa version du 24 juin 2022, indique en effet au titre des droits, que toute personne hospitalisée a le droit de (...) « exercer leur droit de vote (sauf tutelle) » (p. 30). La levée de la restriction concernant le droit de vote des majeurs protégés, effective depuis 2019, n'était pas connue de plusieurs soignants ou agents du personnel administratif. On rappellera également que les personnes hospitalisées en soins sans consentement conservent parmi leurs droits, celui d'exercer leur droit de vote (L. 3211-3 CSP).

Une note a été adressée aux CS en anticipation des élections présidentielle et législative d'avril et juin 2022. Elle traite essentiellement de la possibilité de mise en place pour les patients du vote par procuration, en invitant les cadres à renseigner les demandes. Les résultats de cette

démarche n'étaient pas disponibles lors du contrôle mais les informations recueillies au niveau des unités suggèrent que très peu de patients ont sollicité de procuration ou ont effectivement exercé leur droit de vote à l'occasion de ces scrutins. Ceux qui ont pu le faire ont généralement été accompagnés par des proches, ou plus exceptionnellement par un soignant.

Si des affichages ou des informations ciblées ont pu être faits en direction des patients, ces démarches n'ont pas été assurées dans l'ensemble des unités. Peu sinon aucune attention n'a été accordée à la question de l'inscription sur les listes électorales (la question étant parfois gérée directement par les tuteurs ou curateurs) ; aux possibilités d'établir une procuration directement en ligne pour les patients autonomes ou pouvant effectuer des sorties (accompagnées) mais aussi à la possibilité de voter personnellement à l'extérieur de l'établissement, bien qu'y étant hospitalisé.

RECOMMANDATION 20

Livret d'accueil et site Internet doivent être mis à jour sur l'exercice du droit de vote. Une information générale doit être assurée à l'attention des professionnels et des patients, en anticipation des prochaines échéances.

Sauf contre-indication médicale, il doit être possible pour les patients qui le souhaitent, (indépendamment de leur statut d'hospitalisation) de voter personnellement, à l'extérieur de l'établissement. Ils doivent être informés et éventuellement accompagnés en ce sens.

Dans sa réponse, la direction de l'EPSM indique que : « Des informations sur l'exercice du droit de vote des patients hospitalisés ont été rajoutées dans la dernière version du livret d'accueil du patient qui sera diffusée à compter de mai 2023 ».

6.5 L'INFORMATION ET L'ORGANISATION DE L'ACCES AUX CULTES MANQUENT DE CLARTE ET DE TRANSPARENCE

Livret d'accueil (p. 30) et site Internet de l'établissement rappellent utilement que toute personne hospitalisée « a le droit d(...) avoir les activités religieuses ou philosophiques de son choix ». L'accès n'est que très exceptionnellement encadré ou restreint, sur indication médicale, pour des patients délirants.

L'établissement dispose d'une aumônerie, et un poste à temps plein d'aumônier est budgété. Ce poste n'est qu'en partie pourvu, par une aumônière présente à temps partiel. Les patients peuvent se présenter à l'aumônerie sans rendez-vous et y être reçus les lundi, mercredi ou jeudi entre 9h00 et 12h00 et 14h00 et 17h00 (l'accueil quotidien n'est plus assuré depuis le départ du prêtre accompagnateur en septembre 2021) et y être également accueillis par une équipe de bénévoles. Le site est accessible aux personnes à mobilité réduite via une rampe située à l'arrière du bâtiment.

Une chapelle est ouverte en semaine à partir de 9h00 – un temps de prière y est assuré à 17h00 – et le week-end également, pour des patients qui souhaitent aussi s'y trouver au calme. Une messe est célébrée tous les dimanches à 10h00, ouverte à tous (familles, proches, résidents à proximité du site). Des accompagnements sont possibles pour des patients qui souhaiteraient s'y rendre mais ne seraient pas autorisés à sortir seuls, ce que précise effectivement le livret d'accueil. La chapelle est aussi accessible aux personnes à mobilité réduite, via l'entrée principale.

Les visites d'aumôniers au sein même des unités sont plus exceptionnelles et peuvent, le cas échéant, se dérouler dans un salon de visiteurs. La politique à cet égard semble indéfinie, sinon hétérogène au sein de l'établissement. Le livret indique que l'« équipe d'aumônerie catholique visite toutes les unités de soins ». Ces visites, qui ne sont pas toujours liées à des demandes d'entretiens individuels, ont cours dans certaines unités (en 2021 : unité intersectorielle (15), USLD-EPHAD (14), Mosaïque (18), court séjour (3) à la demande des soignants, même si elles ont été interrompues un temps à raison de la pandémie.

Au sein des différentes unités, plusieurs cadres, s'ils le pensent possible, ne sont manifestement pas au fait de la procédure ou des contacts à mobiliser pour des patients qui souhaiteraient entrer en communication avec un aumônier autre que catholique, alors que le livret d'accueil fait état de la disponibilité des coordonnées des représentants « des autres cultes » auprès des soignants de l'unité. L'absence de réelles demandes de la part des patients est aussi évoquée. Certains cadres se mettent directement en lien avec la direction pour apporter une réponse effective, si une demande est formulée.

Le rapport de la CDU (2021) précisait que « l'équipe d'aumônerie catholique est en place dans l'établissement et se charge de favoriser le lien avec les autres confessions en s'adaptant aux demandes formulées par les usagers ». Le rapport annuel de l'aumônerie ne dit rien des relations avec les autres cultes ou des demandes de ce type dont l'aumônerie aurait pu être saisie.

Était également signalée comme engagée, dans le rapport de la CDU, l'actualisation de la liste des représentants des différents cultes (p. 9). De fait, la section dédiée du livret d'accueil en date du 24 juin 2022 (p. 13) comporte des informations incomplètement rédigées et inexactes, et la présentation n'aborde pas l'ensemble des cultes sur un pied d'égalité.

L'essentiel des informations qui y figure concerne le culte catholique, l'« équipe d'aumônerie catholique » et la chapelle étant évoquées d'emblée. Les numéros relatifs à trois autres cultes ne sont pas indiqués (Eglise réformée de France, Eglise évangélique) ou sont manifestement obsolètes (cas pour le culte musulman).

L'aumônerie dispose d'une liste plus complète d'aumôniers. Cette liste n'est toutefois pas directement accessible ou affichée, à l'aumônerie comme dans des unités. Plusieurs aumôniers ou officiels religieux qui y figurent, contactés par les contrôleurs, ont répondu ne jamais avoir été en contact ou sollicités par l'établissement et n'étaient pas nécessairement au fait de leur désignation comme référent, ou ont indiqué ne pas l'être. Par ailleurs, le contact relatif au culte musulman ne correspond pas à celui diffusé par courriel aux unités en mai 2022. Ce dernier est celui de l'aumônier régional, contact indirect puisqu'il s'agit de l'aumônier « habilité à proposer des aumôniers hospitaliers pour le culte musulman dans les établissements de la fonction publique hospitalière ».

RECOMMANDATION 21

L'information relative à l'accès au culte et aux conditions de son exercice pour les patients doit être mise à jour et diffusée dans les unités.

La politique relative aux visites et entretiens avec les aumôniers au sein même des unités doit être clarifiée et harmonisée pour l'ensemble de l'établissement.

Dans sa réponse, la direction de l'EPSM indique : « Des précisions sont aussi apportées dans le nouveau livret d'accueil du patient sur le recours aux cultes sans aucun prosélytisme ».

6.6 LA VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE, PARFOIS INTERDITE DANS LES UNITES, NE FAIT L'OBJET D'AUCUNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE

L'espace éthique (cf. § **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**) de l'établissement a organisé une journée d'étude en mai 2018 portant sur l'intimité : « Existe-t-il des jardins secrets en psychiatrie ? ». Il porte également un projet de journée d'étude sur le sujet de la vie affective et sexuelle des patients, déjà reporté deux fois. Quant au projet des usagers, partie du projet d'établissement 2022-2026, il formule un projet d'action « Penser les modalités du droit à l'intimité et à la sexualité et conduire une réflexion éthique et des formations sur cette thématique ».

Ces réflexions seraient bienvenues dans un établissement où la question de la vie affective et sexuelle des patients reste encore peu traitée, voire tabou.

Ainsi, à l'unité Petit Hans du pôle de psychiatrie infanto-juvénile, les règles de vie interdisent, sur le même plan que le vol, l'alcool et la drogue, les « contacts physiques à connotation amoureuse ou sexuelle ». De même à Littoral 2, les règles de vie interdisent explicitement les relations sexuelles au sein de l'unité. A l'unité Bocage 2, « les rencontres entre patients ne sont pas autorisées dans les chambres » et à l'unité intersectorielle, ainsi qu'à l'unité pour adolescents CSA, l'accès des chambres aux autres patients est interdit au titre du respect de l'intimité. Alors que la détention par les patients d'un badge les protège des intrusions non souhaitées, il n'est pas envisagé qu'on puisse s'y rendre avec l'accord ou sur invitation de l'occupant de la chambre. L'accès des conjoints dans les chambres n'est possible dans aucune unité, qui toutes interdisent la présence des visiteurs au sein de celles-ci en les accueillant exclusivement dans des salons de visite à l'entrée ou même à l'extérieur de l'unité.

Le CGLPL rappelle que l'interdiction systématique des relations sexuelles aux patients est contraire à la jurisprudence³⁰.

Dans les unités, la question de la sexualité n'est pas abordée explicitement et systématiquement avec les patients, fut-ce lors de l'entretien d'accueil, par le biais de la contraception et des effets des traitements psychotropes sur la libido. Aucune action d'éducation ou de prévention récentes ne sont conduites sur le sujet. Si des soignants ou des cadres de santé de différentes unités croient savoir que des préservatifs sont disponibles à la pharmacie, ils ont indiqué ne jamais en commander. Ceux-ci ne sont pas non plus disponibles au foyer-cafeteria.

Les soignants – conscients que des relations affectives et sexuelles sont susceptibles de se nouer entre patients – évoquent leur difficulté pour s'assurer du consentement des plus vulnérables, mais, n'abordant pas la question, ils ne peuvent accompagner les patients dans leurs prises de décision afin d'éviter d'éventuelles mises en danger à l'extérieur des unités.

³⁰ La chambre administrative d'appel de Bordeaux a, dans son arrêt du 6 novembre 2012, jugé que « le règlement intérieur d'un établissement sanitaire ou le règlement de fonctionnement d'un établissement médico-social ne peut interdire, de manière générale et absolue, les relations sexuelles pour toutes les personnes hospitalisées ou hébergées, mais prévoir une limitation des droits et libertés fondamentaux imposée par l'état de santé de la personne médicalement constaté ».

RECOMMANDATION 22

La mention de l'interdiction des relations sexuelles dans les règles de vie de certaines unités doit être supprimée.

L'établissement doit mener une réflexion institutionnelle afin de mieux prendre en compte la vie affective et sexuelle des patients et des résidents, et mettre en place des actions de formation à ce propos pour les soignants.

Dans sa réponse, la direction de l'EPSM précise, s'agissant des adolescents : « même si cette question peut être parfois délicate, les équipes médicales (psychiatres et pédiatres) et soignantes n'évitent pas la question de manière individuelle. Un certain nombre d'adolescentes sont accompagnées vers le planning familial si nécessaire et si elles le souhaitent. Sont aussi disponibles et utilisés au sein du service quelques supports à l'échange sur la sexualité. Le recrutement d'une sage-femme (pour 0,5 ETP) affectée au service de soins somatiques du pôle médico-pharmaceutique en juin 2023 permettra de développer une activité de prévention et d'éducation à la santé auprès des patient-e-s, notamment des adolescents. D'autre part, le pôle engage une réflexion, avec un échange à venir, avec le centre régional de psychotraumatisme de Nantes autour de l'accompagnement à la sexualité des adolescents ayant subi des traumatismes sexuels ».

7. L'ISOLEMENT, LA CONTENTION ET LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT

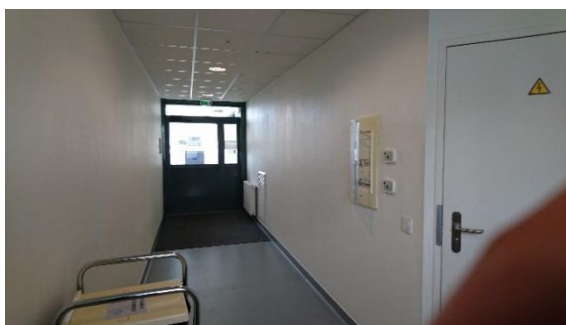
7.1 L'AMENAGEMENT DES CHAMBRES D'ISOLEMENT ASSURE DES CONDITIONS DE SEJOUR MATERIELLEMENT DIGNES ET CONFORTABLES

7.1.1 Les chambres d'isolement

L'établissement référence onze chambres d'isolement (CI) réparties dans six unités : deux dans chacune des quatre unités d'admission de psychiatrie adultes, deux à l'unité intersectorielle (UI) et une à l'unité Mosaïque. En réalité, le pôle adolescent dispose également d'une CI et une chambre servant à l'isolement est installée dans l'unité Petit Hans 1. L'unité de court séjour géronto-psychiatrique dispose de trois chambres dites « sécurisées », comptabilisées en lits « classiques » qui sont utilisées comme des CI mais peuvent également l'être comme chambre hôtelière porte ouverte ; tel était le cas pour l'une d'entre elle au moment de la visite.

L'aménagement des CI, référencées comme telles, répond dans l'ensemble aux exigences de confort, de sécurité et d'intimité, à l'exception d'une des chambres de l'UI qui n'a pas de sas.

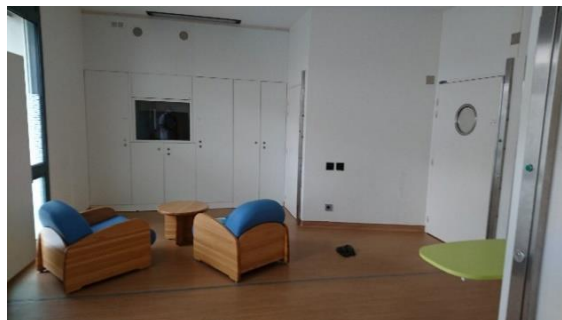
Dans les unités d'admission, les CI sont situées dans un espace distinct des chambres hôtelières et il est possible d'y accéder de l'extérieur sans traverser l'unité, disposition qui permet une entrée discrète aux personnes agitées ou attachées qui y sont directement hébergées. La zone des deux CI de chaque unité est organisée autour d'un grand sas meublé de deux fauteuils, d'une table basse et d'un téléviseur. Outre la porte d'entrée, ce sas comporte quatre portes, deux pour l'accès aux chambres – percées d'un oculus qui permet de voir l'intérieur de la chambre sans avoir à y entrer – deux pour l'accès à leur salle d'eau attenante respective. Il est éclairé par une large baie vitrée, et s'ouvre directement sur un patio extérieur.



Porte d'accès direct sur la zone d'isolement depuis l'extérieur



Patio de l'unité Littoral 1



Sas de l'unité Littoral 1

Chaque salle d'eau est équipée d'une douche à l'italienne dont le pommeau est fixé au mur, une cuvette de WC en céramique sans abattant ni lunette, un lavabo, également en céramique, surmonté d'un miroir en métal. Elle est condamnable de l'intérieur – donc isolable du reste de la chambre – ce qui impose, le cas échéant, au patient d'appeler un soignant pour pouvoir utiliser les toilettes. La salle d'eau sert aussi de deuxième accès à la CI en cas d'intervention d'équipe en urgence.

La CI elle-même est meublée d'un sommier fixé au sol recouvert d'un matelas en mousse, enveloppé de plastique, de 90 cm de large. La fenêtre peut être ouverte pour ventilation lorsque la chambre n'est pas occupée. Les commandes de climatisation, de chauffage et de volets roulants sont situées à l'extérieur de la pièce et ne sont donc actionnables que par les soignants.

Une horloge indiquant l'heure et la date en affichage numérique est fixée dans l'angle du mur latéral du lit, elle est difficilement lisible pour les patients attachés qui ont besoin de lunettes alors qu'ils en sont toujours dépourvus, et n'est pas éclairée la nuit. Le repérage de l'occupant dans le temps est donc médiocrement assuré.

Le dispositif d'appel installé dans la CI n'est pas non plus accessible au patient attaché.

L'unité des adolescents est équipée d'une CI qui est fréquemment utilisée et pour des durées longues, ainsi que pour des séjours où le patient est attaché au lit. Elle est désignée par le terme « chambre de soins intensifs » et le caractère thérapeutique de l'isolement est revendiqué par l'équipe soignante et médicale, au contraire de la notion de dernier recours établi par la loi depuis 2016. Des isollements et des contentions sont également pratiqués en chambre hôtelière. Dans le même temps l'équipe souhaite disposer d'un espace d'apaisement propre à éviter le placement en isolement mais, selon les propos recueillis, les locaux actuels ne permettent pas cet aménagement.

Dans sa réponse, la direction de l'EPSM précise s'agissant du CSA : « L'équipe considère que certaines mises en isolement seraient évitables avec un ratio soignant supérieur et une architecture différente plus adaptée sur un seul niveau (2 niveaux aujourd'hui avec des espaces contraints et en nombre insuffisant). Un projet de reconstruction de la pédopsychiatrie concernant les 2 pôles de pédopsychiatrie et le pôle adolescents est à l'étude et prévu au schéma directeur immobilier de l'établissement. L'analyse des besoins a déjà commencé avec un assistant à la maîtrise d'ouvrage et les équipes de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Un espace d'apaisement conçu en lien avec les utilisateurs et les services techniques aménagé d'ici juin 2023. (...) Le pyjama personnel ou une tenue ne comportant pas d'éléments potentiellement dangereux sont privilégiés ».

Les CI des autres unités sont d'aménagement identique, avec les mêmes défauts.

La pièce qui est utilisée pour les mesures d'isolement dans l'unité Petit Hans 1 n'est pas adaptée à cette fonction : elle est dépourvue de sas, de salle d'eau et n'est meublée que d'un matelas laissé au sol. Son accès n'est pas à l'écart des autres pièces.

Les chambres « sécurisées » de l'unité de court séjour géro-psycho-geriatrique sont dotées d'un sas et d'une salle d'eau dont l'accès peut être fermé. Elles sont équipées d'un lit médical classique et dépourvues de prise électrique à l'exception d'une seule, fixée très en hauteur, destinée au branchement d'une horloge digitale mais une seule des trois chambres en est pourvue. Elles ne disposent pas de dispositif d'appel accessible au patient attaché.

7.1.2 Les autres locaux d'isolement

Les autres locaux dans lesquels peuvent être pratiqués des isolements sont de natures diverses. D'une part, les unités Littoral utilisent des pièces situées en début d'aile dénommées « chambres sécurisées » ou « chambres d'observation », selon les interlocuteurs. Il s'agit de chambres classiques – identiques aux chambres hôtelières – mais dotées de boutons d'appel proches du lit et des sanitaires, d'une porte percée d'un oculus – lequel est occultable par un dispositif fermant à clé – et parfois d'une horloge à affichage digital. Le lit est fixé au sol à l'unité Littoral 1, mais pas à l'unité Littoral 2. Ces chambres ne sont pas climatisées et la ventilation est faible, assurée par l'ouverture du seul petit battant latéral de la fenêtre. Les patients isolés dans ces chambres peuvent être attachés au lit.



« Chambre sécurisée » de l'unité Littoral 1

Les deux unités d'EHPAD/USLD possèdent chacune une « chambre d'apaisement » dans laquelle les patients hébergés en chambre double peuvent être isolés pour une très courte durée, inférieure à deux heures ; si un isolement plus long est nécessaire, les patients sont, selon les informations fournies, envoyés dans l'unité d'admission de leur secteur. Ces deux chambres ne disposent d'aucun équipement ni d'aucun aménagement spécifiques.

D'autre part, dans toutes les unités, des patients peuvent être enfermés, et éventuellement attachés, pour des durées variables, dans leur chambre hôtelière. Dans ce cas, le mobilier peut être retiré si nécessaire, hormis la tablette qui est fixée au mur.

Dans toutes les unités, la chambre hôtelière du patient est toujours conservée pendant ses placements en CI.

RECOMMANDATION 23

Les patients ne peuvent être isolés que dans des chambres aménagées à cet effet, strictement distinctes des chambres hôtelières.

Dans les CI, le dispositif d'appel doit être accessible au patient, même attaché, et à tout moment. Pour assurer un repérage correct dans le temps, l'horloge doit être visible par le patient y compris la nuit et quelle que soit sa position.

Dans sa réponse, la direction de l'EPSM informe que, depuis mars 2023, la totalité des chambres d'isolement dispose d'un système d'appel adapté au patient en isolement sous contentions mécaniques.

7.2 LES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION MECONNAISSENT UNE GRANDE PARTIE DES DISPOSITIONS LEGALES

La régularité des décisions d'isolement et de contention n'est assurée ni lors de leur édiction, ni dans leur suivi. Or le respect des conditions de régularité est gage de celui des droits des patients.

7.2.1 La prise de décision

a) L'auteur

Les mesures d'isolement sont prises par des psychiatres pendant la journée en semaine, mais pas pendant les temps de garde, puisqu'aucun d'eux ne participe à « la garde premier front ». Il est prévu que le médecin non-psychiatre ou l'interne – non-médecin – qui décide l'isolement contacte par téléphone le psychiatre d'astreinte supposé confirmer la mesure. Les modalités de traçabilité de cette procédure ne permettent pas de contrôler la réalité de ces échanges, encore moins le délai dans lequel ils interviennent après la mise en œuvre concrète de la mesure d'isolement (cf. *infra*). De plus, il a été mentionné que cette validation par téléphone avait lieu « si le patient est hospitalisé en SSC », cette précision montre que cette validation n'a pour but que de respecter les obligations légales et non de faire valider par un psychiatre senior, fusse par téléphone, le bien-fondé clinique de la mesure.

À l'UI, lors d'un placement à l'isolement, le médecin référent du patient est joint par téléphone, il « décide » à distance, c'est-à-dire renseigne le DPI en utilisant un terminal éloigné, et se déplace ensuite, dans un délai variable, au mieux dans la journée ou le lendemain, mais parfois ne se déplace pas. Dans l'un des secteurs de l'UI, il en est ainsi notamment pour les patients connus. Pour ces derniers, la mesure est donc « informatiquement » prise par un psychiatre, seul habilité par le logiciel à renseigner les modules concernant l'isolement, mais en pratique, le patient n'aura pas été examiné par un psychiatre, ni par un médecin somaticien, ou un interne.

Il a été indiqué qu'à l'unité pour adolescent le psychiatre d'astreinte est appelé et se déplace.

Les familles et les tuteurs sont informés de la mesure par les soignants, par téléphone ou par courriel.

Un patient contentonné bénéficie de la prescription d'un traitement préventif de la phlébite.

b) Les motifs

Les motifs des décisions d'isolement ne respectent pas toujours le cadre légal prévu par l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique qui dispose : « Il ne peut y être procédé que pour

prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui ». Or le logiciel de gestion du dossier patient propose les items d'indications : « *isolement à la demande du patient* » ; « *diminution des stimulations reçues* » ; « *isolement intégré à un programme thérapeutique* » ; « *violence imminente du patient* » ; « *risque de rupture thérapeutique* » ; « *prévention chute/déambulation* ». Outre que seul un de ces items correspond au cadre légal, l'utilisation du terme « thérapeutique » semble envisagée pour le motif d'une mesure d'isolement contrairement aux dispositions légales.

Il a été indiqué à l'unité Littoral 2 que les CI sont utilisées pour des patients délirants aux urgences, agités à l'admission et qui alors y sont placées dès leur l'arrivée, la CI devenant une « chambre d'observation », objectif qui ne répond pas non plus à ceux visés par la loi.

Enfin, les patients détenus sont systématiquement enfermés dans une CI durant tout leur séjour, ce, quel que soit leur état clinique, le seul motif de cette mesure étant leur statut pénal, motif indigne et inadapté qui ne remplit pas non plus les conditions prévues par la loi (cf. § 10.3).

On trouve dans les plans de soins des prescriptions par anticipation ou « si besoin » également proscrites en tant que telles, et dont, de plus, le motif n'entre pas dans le cadre légal. Ainsi : « si comportement inadapté » ; « temps en chambre si agressivité ou agitation ou comportement inadapté, 1h renouvelable sans stimulation » ; « si agressivité verbale, si agitation, si tenue indécente, si manque de respect envers les soignants et les patients, si manque de respect du cadre de soins » ; « temps en chambre porte fermée de 13h à 14h30, renouvelable si comportement inadapté et irrespectueux ».

Ces prescriptions par anticipation sont connues des patients qui vivent ainsi sous la menace d'un isolement, en cas de non-observation de certaines règles ou comme sanction de comportement inadapté. Leur caractère disciplinaire est clairement explicité pour certaines comme celle concernant un patient d'une unité d'admission : « en cas d'agitation, d'insulte envers le personnel soignant, de dépassement d'horaire de sortie ou de sortie non autorisée, mise en chambre d'isolement ou d'observation et retrait des affaires personnelles ». Le logiciel de gestion des isolements comporte, pour le plan de soins, la possibilité de renseigner/prescrire : « temps fermé en chambre de moins de 2H (oui/non) » ce qui s'apparente à de telles « prescriptions ».

RECOMMANDATION 24

Les mesures d'isolement et de contention doivent être décidées et renouvelées par un psychiatre après entretien avec le patient ; les « prescriptions d'isolement si besoin » doivent donc être proscrites.

Les mesures d'isolement et de contention ne peuvent être qu'exceptionnelles et motivées par la seule nécessité de prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui.

Les motifs disciplinaires ou sécuritaires doivent immédiatement cesser.

Les mesures systématiques d'isolement à l'encontre des personnes détenues, qui ne sont motivées que par le statut pénal du patient et non son état clinique, doivent être également proscrites.

Dans sa réponse, la direction de l'EPSM indique que : « la direction a tenu à reprendre complètement le protocole d'isolement contention entre septembre et novembre 2022. Le

nouveau protocole a été adopté et validé par les instances en décembre 2022. Il reprend les attendus de la réglementation et des recommandations de bonne pratique de la HAS ».

c) *Le caractère de mesure de dernier recours*

Les soignants ont témoigné de la difficulté, faute de disponibilité, à accorder du temps aux patients pour les contenir relationnellement et prévenir ou éviter l'escalade. Cependant, dans certaines situations, la mise en œuvre de mesures alternatives à l'isolement est réelle. Outre le recours à un entretien médical ou infirmier, l'apaisement peut être recherché par l'accompagnement par un soignant dans le parc, l'écoute de musique en chambre personnelle et l'utilisation de dispositifs *ad hoc*. Certaines unités disposent d'espaces d'apaisement, équipés de mobilier propice à la relaxation et la détente : fauteuil *Sensit Straight*³¹ utile et apprécié des patients selon les soignants, table, livres et musique zen, adaptés aux patients dans les unités pour enfants (cf. § 11.2.1). Ces chambres existent déjà dans l'unité Littoral 2, à l'unité Mosaïque – où elle n'est meublée que d'un fauteuil – et dans les unités de pédopsychiatrie. Une telle chambre est en cours d'aménagement à l'unité intersectorielle.

À l'unité Petit Victor, l'effectif adapté de l'équipe soignante et éducative facilite l'abord des situations de violence et d'agressivité, dans un souci de désescalade. Si nécessaire, le patient est accompagné dans une pièce de retour au calme meublée d'un pouf et où un, voire deux soignants, restent présents, ce pour des durées de 5 à 30 mn. Un projet de pièce d'hypostimulation est en cours de réalisation.

BONNE PRATIQUE 3

L'établissement s'est équipé d'espaces et de mobilier d'apaisement offrant des alternatives à l'isolement pour les patients agités.

7.2.2 Le déroulement de la mesure

L'établissement a élaboré un « protocole de prescription et de suivi » :

- des soins en isolement thérapeutique ;
- des soins sous contention mécanique.

Il est regrettable que ce protocole, auquel est associé un logigramme, qualifie l'isolement de « thérapeutique », qualificatif que la loi du 26 janvier 2016 et les dispositifs législatifs suivants n'utilisent pas, notamment parce que ce caractère n'a jamais été établi.

De plus, ce protocole affirme que : « La réglementation ne s'applique aux mineurs que lorsqu'ils sont hospitalisés à la demande d'un représentant de l'Etat (SPDRE) ». Or si la réglementation ne s'applique en effet qu'aux mineurs hospitalisés en SPDRE, c'est parce que les autres mineurs, hospitalisés en SL, ne peuvent légalement faire l'objet d'aucune mesure d'isolement, envisageable uniquement pour des patients en soins sans consentement (cf. § 7.2.3).

Les constats opérés montrent que les éléments de ce protocole, qui reprend pour l'essentiel les dispositifs législatifs et les recommandations de bonnes pratiques émises par la Haute autorité de santé, sont loin d'être respectés.

³¹ Fauteuil rempli de balles dans l'assise et le dossier ainsi que dans les coussins latéraux et du cou qui, si besoin, peuvent être repliés sur le corps afin d'envelopper la personne assise ; ce fauteuil stimule les sens, apaise et favorise la sensation de sécurité et la concentration.

Des patients hospitalisés en SL font l'objet de mesures d'isolement, éventuellement assorties de contention, sans que leur statut d'admission ne soit modifié après quelques heures.

a) La vie du patient

La personne isolée est systématiquement mise en pyjama institutionnel, ceci, a-t-il été précisé aux contrôleurs, « pour des motifs de sécurité » ; il n'a pas pu être expliqué pourquoi l'objectif de sécurité ne pouvait pas être rempli par d'autres types de vêtements ou au moins un pyjama personnel moins stigmatisant.

L'accès autonome à la salle d'eau et aux toilettes peut être supprimé au cas par cas, durant les premières 24 heures d'observation ou plus longtemps, pour la prévention de risques spécifiques (potomanie, automutilation). Une patiente a témoigné, après son isolement, du retrait de son soutien-gorge, du maintien 48 heures sans changer de sous-vêtement, de l'impossibilité d'accéder à une douche et à ses effets personnels pendant trois jours : « Pour les toilettes, j'ai dû supplier ». Dans les unités d'admission, il peut être recouru à des « couches » protections urinaires, ceci sans que cette utilisation soit protocolisée en lien avec l'isolement/contention a-t-il été indiqué à l'unité Littoral 2 mais exceptionnellement pour une personne maintenue (la protection est alors mise en place sous le pyjama). De même, à l'unité Littoral 1, l'utilisation en serait exceptionnelle et réservée à des cas de patients délirants, qui « s'oublie ou s'inonde régulièrement », les explications sur les cas de figure rendant ce recours « strictement nécessaire » sont restées confuses.

Selon les prescriptions médicales, les patients peuvent disposer de livres, journaux, regarder la télévision (dans le sas aux unités d'admission) et disposer d'une radio (à l'unité intersectorielle).

Les repas sont servis dans la CI sur du mobilier spécifique ou sur un adaptable, et avec une cuillère et de la vaisselle en plastique, la nourriture étant prédécoupée ; un soignant n'est pas toujours présent tout au long du repas. Les personnes isolées dans une chambre hôtelière prennent leur repas en chambre, mais peuvent parfois se rendre en salle à manger.



Plateau repas pour patient à l'isolement (L1)

Le patient isolé peut être conduit dans le patio – dans les unités Boccage et Littoral – ou la cour intérieure, à l'UI, pour fumer, si son état le permet et notamment si des heures de sortie sont prescrites.

L'information du service de sécurité lors de l'occupation d'une chambre d'isolement n'est pas systématique, encore moins lors de l'enfermement en chambre hôtelière. Les unités qui informent ce service d'un isolement ne pensent pas toujours à le faire également lors de la levée de la mesure.

RECOMMANDATION 25

Pendant les périodes d'isolement, comme à tout moment de son hospitalisation, la dignité, l'intimité et la sécurité du patient doivent être respectées. L'imposition du pyjama institutionnel ne doit pas être systématique mais individualisée.

L'accès libre à l'espace sanitaire ne doit être qu'exceptionnellement limité, limitation qui ne saurait être compensée par le recours à des protections ou des couches jetables.

Le service de sécurité incendie doit être informé à tout moment de la situation de tous les patients isolés.

Dans sa réponse, la direction de l'EPSM fait part des évolutions suivantes : « La personne mise à l'isolement n'est pas systématiquement en pyjama institutionnel. Cette pratique est différente selon les unités et pas générale mais individualisée dans les unités du pôle Bocage. Une harmonisation des pratiques va être promue suite aux propositions du groupe de travail sur les droits du patient remises en mars 2023. (...) Le service sécurité incendie est informé de l'état d'occupation des chambres d'isolement et chambres sécurisées tous les jours à midi via la transmission d'un mail de la direction des soins qui collecte la donnée via les cadres des unités. Par ailleurs, le service sécurité peut accéder à ces mêmes informations sur les tableaux complétés chaque jour vers 17h par l'encadrement des unités de soins. Lors de la ronde de nuit effectuée entre 22h et 2h, l'agent de sécurité incendie demande au personnel soignant quelles sont les chambres avec patient isolé ».

b) La surveillance du patient

L'examen par un psychiatre toutes les 12 heures de la personne isolée – et toutes les 6 heures de celle attachée – est exigé par la législation, afin de permettre la levée de la mesure dans les meilleurs délais. Un praticien a concédé que la visite toutes les 6 heures des patients attachés « *n'est pas toujours possible* ». Cet examen n'est assuré avec la périodicité requise, 12 heures ou 6 heures, que pour les patients d'un seul des deux secteurs de l'UI. Par ailleurs, dans cette dernière unité, si la CI est utilisée pour un patient qui n'est pas de cette unité, ce qui est fréquent – en général, il s'agit alors d'un patient d'une des unités d'admission – c'est le médecin référent du secteur de l'unité d'admission qui assure le suivi. Dans les unités de l'EHPAD/USLD, les médecins ne se déplacent pas pour examiner le patient et renouveler la mesure (cf. *supra* § 7.2.1 et § 11.1.2).

Durant les week-ends, le psychiatre d'astreinte ne se déplace pas non plus systématiquement pour effectuer ce suivi. Les durées d'isolement à l'unité Mosaïque sont dans la majorité des cas inférieures à 12 heures et la deuxième visite médicale n'a donc pas lieu d'être.

Le médecin généraliste ne passe pas systématiquement chaque jour voir les patients isolés, ni même ceux qui sont attachés mais il se déplace sur sollicitation du psychiatre ou des équipes.

La surveillance infirmière est réalisée toutes les heures, conformément au protocole prévu par l'établissement, mais selon certains soignants, elle peut être moins régulière.

À l'issue de la période d'isolement/contention, l'entretien de « reprise » serait toujours proposé au patient mais il n'est pas tracé ce qui fait obstacle à toute vérification de l'application du protocole sur ce point.

RECOMMANDATION 26

Les patients isolés doivent être vus par un psychiatre toutes les 12 heures, toutes les 6 heures s'ils sont, de plus, attachés. Dans ce dernier cas, compte tenu des effets délétères de l'immobilisation, leur examen par un médecin généraliste doit être pratiqué chaque jour.

Dans sa réponse, la direction de l'EPSM précise : « En avril 2023, comme l'avait demandé l'ARS, l'établissement a fait réaliser par la structure régionale d'appui à la qualité et la gestion des risques QualiREL Santé, un audit sur les pratiques d'isolement contention. L'audit s'est déroulé sur 4 jours sur 9 unités d'hospitalisation³² et a mobilisé 12 auditeurs, tous professionnels de la psychiatrie. L'audit a porté sur 21 dossiers patients, 7 patients traceurs, 14 parcours traceurs, 15 évaluations de pratique d'isolement, 4 évaluations de pratique de contentions. Le rapport d'audit est attendu pour fin mai. Toutefois la restitution à chaud présente les premiers constats (cf. annexe 5). L'audit relève les points forts suivants : pratique de dernier recours, mobilisation des alternatives, travail en équipe et prise en charge pluriprofessionnelle, bienveillance des professionnels, examen systématique et surveillance somatique, respect de l'intimité et de la dignité du patient... Des points d'amélioration sont identifiés et vont faire l'objet de nouvelles actions notamment sur certains délais, la traçabilité, l'information des proches, la mobilisation des plans de prévention partagés (un groupe de travail sur ce thème est programmé en juin 2023), le partage de connaissances sur certains outils ».

Le DIM et le service des usagers travaillent ensemble depuis la création du service DIM et le recrutement du médecin responsable du DIM sur les données des isolements et des contentions – ce qui était refusé par l'ancien médecin responsable de la FIRM. »

Les contrôleurs prennent acte de ces évolutions favorables.

7.2.3 Le contrôle par le juge des libertés et de la détention

L'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique impose au directeur de l'établissement d'informer le JLD du renouvellement des mesures d'isolement ou de contention au-delà des durées maximales initiales prévues par la loi, respectivement 48 heures et 24 heures, et de le saisir des mesures prolongées au-delà de respectivement 72 heures et 48 heures.

En pratique, à l'EPSM de Vendée, le bureau des usagers est chargé du suivi de cette procédure : information du JLD puis, le cas échéant, saisines successives. Pour ce faire, les agents de ce bureau reçoivent trois fois par jour les informations concernant la situation des patients isolés pour lesquels ils doivent informer ou saisir le JLD : date de la mesure, durée, poursuite, etc., et tiennent à jour un tableau de suivi de la procédure avec le juge. Mais ces agents ne sont informés que des mesures concernant des patients en SSC. Cette limite ressort d'une directive de la direction de l'établissement qui a tiré de la première phrase de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique : « I. L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours et ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement » la conclusion que les dispositions suivantes du même article, dont le contrôle du JLD, ne s'appliquaient qu'aux patients en soins sans consentement. La déduction n'est qu'en partie illogique puisque la loi excluant (première phrase) qu'un patient en SL puisse faire l'objet d'une

³² Bocage 1, Bocage 2, Littoral 1, Littoral 2, Mosaïque, unité intersectorielle, court séjour géronto-psychiatrique, USLD et centre de soins pour adolescents.

mesure d'isolement/contention, en principe, un établissement qui respecte la loi ne devrait pas avoir à soumettre au contrôle du JLD une mesure concernant un patient en SL.

En réalité, si la loi exclut la possibilité d'isoler un patient en SL, elle n'exclut en rien le contrôle du JLD sur ces mesures, même si celui-ci ne peut qu'en décider la mainlevée puisque l'isolement/contention d'un patient en SL est *ipso facto* illégal. Le JLD est, en effet, lié par les dispositions du quatrième alinéa du II de l'article L. 3222-5-1 CSP selon lequel : « *Si les conditions prévues au I ne sont plus réunies, il ordonne la mainlevée de la mesure* ». Or le statut d'admission en SSC est la première des conditions figurant au I.

Paradoxalement, l'établissement admet tout de même que le statut d'admission des patients en SL doit être modifié si l'isolement dure plus de quelques heures, même s'il ne respecte pas toujours, comme on le verra ci-après, cette obligation.

L'EPSM s'abstient donc de soumettre au contrôle du JLD les isolements/contentions illégaux des patients en soins libres au nombre desquels ceux concernant les mineurs – hormis le cas rarissime de mineurs en SPDRÉ – et ceux concernant les patients majeurs dont le statut n'est pas changé, notamment ceux de l'unité Mosaïque et de l'UI. Il en est de même de ceux effectués en application d'un plan de soins qui prévoit un isolement régulier de 2 heures, alors que le cumul de ces durées d'isolement impose de les soumettre au contrôle du JLD en vertu du quatrième alinéa du II du même article³³.

RECOMMANDATION 27

Toute mesure d'isolement, a fortiori de contention, d'un patient admis en soins libres doit être proscrite car contraire à la loi. Dans l'hypothèse où son état clinique justifierait le recours à une telle mesure, son statut d'admission devrait être modifié si la mesure dépasse quelques heures, étant précisé qu'un tel changement ne peut être motivé que par des considérations ayant trait à son état clinique et ne saurait être mobilisé pour contourner l'impossibilité juridique de recourir à des mesures de contrainte.

En tout état de cause, aucune mesure d'isolement ou de contention ne peut être mise en œuvre sans que soient respectées les exigences de l'art. L3222-5-1 du Code de la santé publique quant au contrôle juridictionnel de ces mesures.

Dans sa réponse, la direction de l'EPSM indique que : « Le protocole revu fin 2022 précise bien que les mesures d'isolement et contention ne peuvent concerner que des patients en soins sans consentement. Déroge à cette règle le service des adolescents dont l'équipe médicale estime dans le cadre de leur analyse bénéfique risque que le changement de modalité des soins en SPDRÉ serait plus préjudiciable que bénéfique au patient ».

Concernant la compétence du JLD relative au contrôle des mesures d'isolement et de contention de patients en SL, la direction fait également part de l'interprétation que lui a communiquée par mail la présidence du TJ : « L'appréciation du tribunal judiciaire est différente vu l'absence de base réglementaire des saisines pour les patients en SPL comme l'exprime la présidence du

³³ Il de l'article L.3222-5-1 du code de santé publique : « (...) Pour l'application des deux premiers alinéas du présent II, lorsqu'une mesure d'isolement ou de contention est prise moins de quarante-huit heures après qu'une précédente mesure d'isolement ou de contention a pris fin, sa durée s'ajoute à celle des mesures d'isolement ou de contention qui la précèdent. »

tribunal judiciaire de La Roche-sur-Yon dans un mail du 9 septembre 2022 : "En vertu des dispositions de l'article L. 3221-12 du CSP, le juge des libertés et de la détention peut être saisi de la main levée immédiate d'une mesure de soins psychiatriques prononcée en application des chapitres II à IV du présent titre qui réglementent :

Chapitre II admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent,

Chapitre III admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat,

Chapitre IV admission en soins psychiatriques des personnes détenues atteintes de troubles mentaux.

La suite des dispositions du code de la santé publique, notamment l'article L. 3211-12-1, confirme l'intervention du juge des libertés et de la détention dans les seules mesures d'hospitalisation sous contrainte telles que reprises par les trois chapitres susvisés" ».

7.3 L'ETABLISSEMENT NE CONDUIT PAS UNE POLITIQUE CONVAINCANTE EN VUE DE LA REDUCTION DU RECOURS A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION

7.3.1 L'outil d'observation quantitative des pratiques

La loi prévoit que tout établissement habilité à recevoir des patients en SSC tienne à jour un registre des mesures d'isolement³⁴.

À l'EPSM de Vendée, les soignants reportent dans un tableau Excel propre à chaque unité, pour chaque mesure d'isolement/contention, une partie des données enregistrées dans le DPI au fur et à mesure du déroulement de la mesure. Le tableau Excel est renseigné de façon différée par rapport aux mises à jour du DPI lui-même, effectuées en principe au fur et à mesure du déroulement de la mesure ; par exemple à Littoral 1 ou à l'unité pour adolescent, c'est l'équipe de nuit qui alimente ce tableau Excel. Les soignants ont reçu une formation à cette tâche.

Par ailleurs, un « registre » est élaboré par un logiciel qui extrait directement les données des DPI ; ce registre n'est pas réellement opérationnel lors de la visite.

Les tableaux Excel de chaque unité sont analysés tous les six mois par le service qualité qui peut alors déceler et corriger certaines erreurs mais ne peut évidemment pas corriger les saisies erronées.

Cette procédure, qui ne conduit pas à la confection du registre tel que prévu par le code de santé publique, ne permet pas non plus de rendre compte de façon fiable des pratiques de chaque unité car ces tableaux ne traduisent pas la réalité de l'activité d'isolement ce pour diverses raisons :

Les enregistrements de données dans le DPI du logiciel *Cortexte* ne sont pas toujours faits au moment de la mise en œuvre de l'isolement. Or le logiciel *Cortexte* affecte comme date et heure de début de l'isolement, ou de la levée, celle du moment où est renseigné le DPI sans possibilité de modification pour entrer l'heure réelle de mise en œuvre de la mesure. La durée de l'isolement peut en être réduite, ou au contraire augmentée, d'autant.

³⁴ Article L. 3222-5-1 du code de la santé publique : « III (...) Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, un identifiant du patient concerné ainsi que son âge, son mode d'hospitalisation, la date et l'heure de début de la mesure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. (...) »

Toutes les mesures d'isolement n'y figurent pas puisque les enfermements en chambre hôtelière ne sont pas toujours enregistrés comme des isolements, qu'ils sont pourtant au sens de la loi. Ne le sont pas non plus les isolements d'une durée inférieure à 2 heures « programmés » aux plans de soins. De plus, les mesures d'isolement mises en œuvre dans les unités de l'EHPAD/USLD ne sont jamais tracées comme tel dans le DPI. À l'inverse, la mesure de contention dont peut être assorti l'isolement peut être enregistrée comme une nouvelle mesure ce qui conduit à des doublons faussant le recueil lors du compte des mesures d'isolement.

Le logiciel *Cortexte* lui-même n'est pas paramétré de façon à respecter, et faire respecter par les équipes, les dispositions réglementaires : la durée d'un isolement renseignée par défaut est de 24 heures, et non 12 heures comme le prévoit la loi, ce qui relativise la portée des alertes qu'il pourrait déclencher. De même, l'enregistrement d'un isolement/contention pour un patient en SL n'entraîne aucune alerte sur la nécessité de changer le mode d'admission si la mesure dure. Le délai entre la décision de la mesure et la confirmation par téléphone d'un psychiatre n'est pas enregistré ; aucune vérification ni de la réalité de cette confirmation, ni de la qualité de la personne ayant confirmé, ni du délai dans lequel elle serait intervenue n'est possible.

Outre ces imperfections du logiciel, auxquelles s'ajoutent les erreurs de saisies, ces tableaux ne rendent pas compte des pratiques d'isolement d'une unité. En effet, sont comptabilisés comme isolements d'une unité ceux réalisés dans sa CI mais qui peuvent concerner des patients provenant d'une autre unité qui, elle, a pris la décision ; tel est notamment le cas de l'UI. L'activité de l'unité de départ du patient est minimisée dans la même ampleur que celle de l'unité d'accueil est apparemment augmentée.

7.3.2 Le bilan annuel

Un bilan est établi chaque année par le service qualité sur la base des tableaux Excel. Il est communiqué à la CME.

Les éléments de ce bilan doivent être pris avec les précautions qu'imposent les éléments exposés ci-dessus sur la fiabilité et l'exhaustivité des données qu'il traite.

Pour l'année 2021, il en ressort néanmoins pour les unités d'admission des recours très importants à l'isolement et à la contention tant en nombre qu'en durée :

- le nombre de patients faisant l'objet d'une mesure d'isolement est élevé : 82 mesures pour 139 patients admis sous contrainte à Bocage 1, ce qui même compte tenu du fait qu'un patient peut faire l'objet de plusieurs mesures (1,08 en moyenne par patient isolé) montre que 55 % des patients en SSC subissent une mesure d'isolement durant leur séjour. La proportion est de la moitié pour Bocage 2. La comparaison n'est pas possible avec les deux autres unités d'admission qui ne distinguent pas les mesures propres aux patients en SSC ;
- les enfermements se déroulent dans des proportions importantes dans d'autres chambres que les CI : de l'ordre de la moitié pour les unités Bocage 1 et littoral 2 et 70 du total de 120 à l'unité Littoral 1 ; autrement dit, on compte dans cette unité un nombre d'enfermement en chambre hôtelière supérieur à celui des isolements en CI ;
- les durées d'isolement sont très longues, variant d'une moyenne de 4,4 à 13 jours en CI ;
- les pratiques de contention sont également massives dans les unités d'admission avec des durées moyennes considérables : de 3 jours à plus de 9 jours (Bocage 1).

Le caractère brut de ces données, même admises par les responsables de ces quatre unités (par exemple les durées moyennes incluent les durées exceptionnellement longues pour des patients

à la clinique particulière), exclut que puissent être tirées des conclusions précises sur les pratiques et encore moins des comparaisons entre unités.

L'absence d'un outil d'observation fiable à l'échelle de l'EPSM et de chaque unité traduit, en revanche, la faible implication de l'établissement dans une politique de réduction qui doit nécessairement s'appuyer sur un tel outil pour en déduire et préciser ses objectifs et ses moyens.

Actuellement, la question de l'isolement est traitée par des responsables différents selon les aspects (juridiques, informatiques, cliniques, formation des agents), sans la coordination d'un référent. Des initiatives sont prises ici et là : un groupe de travail s'est réuni à deux à trois reprises, sans fournir de compte rendu et le périmètre de ses participants est en pratique limité aux agents de deux unités ; des formations sont dispensées, comme OMEGA pour la prise en charge de la violence ; en 2018, un travail de réflexion sur la gestion de crise, limité aux enfants et adolescents, a été soutenu par la direction de la qualité conduisant à l'élaboration d'un protocole ; une évaluation des pratiques professionnelles en la matière serait prévue pour la fin de l'année 2022. Aucune ne s'inscrit dans une démarche globale, concertée et portée par la direction et la CME.

RECOMMANDATION 28

L'établissement doit engager une réflexion institutionnelle sur le recours à l'isolement et à la contention, élaborer une politique de réduction de ces pratiques ce qui suppose, au minimum, la réalisation d'un registre fiable et exhaustif pour les observer et les quantifier. Cette politique doit s'accompagner de formations suffisantes des professionnels sur tous les aspects : la clinique, la régularité juridique, le respect de la dignité et de la sécurité du patient, la prévention, les techniques de désescalade, la traçabilité.

8. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

8.1 LA PARTICIPATION DES USAGERS EST EFFECTIVE DANS LES INSTANCES MAIS LIMITEE AU SEIN DES UNITES D'HOSPITALISATION

8.1.1 La commission départementale des soins psychiatriques

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), qui n'avait pu se réunir depuis le second semestre 2017, est à nouveau en place et active depuis le mois de juin 2021, après qu'un arrêté de mai 2021 en a fixé la nouvelle composition. Sa présidence était jusqu'à présent assurée par un médecin psychiatre qui a rejoint le CH Loire Vendée Océan à Challans (CHLVO). Le second psychiatre, chef de pôle au sein de l'établissement Georges Mazurelle, a informé le CGLPL de sa démission, postérieurement au contrôle, par un courrier en date du 5 septembre 2022. Un psychiatre doit donc être nouvellement désigné par le procureur général près la cour d'appel et la commission être rétablie dans une composition conforme aux dispositions en vigueur (art. L. 3223-2 CSP)³⁵.

Les réunions de la CDSP sont tenues, depuis sa réactivation, chaque trimestre, alternativement dans les deux établissements concernés du département (Georges Mazurelle et le CHLVO). Les séances, d'une durée d'une demi-journée, ont donné lieu à l'examen de dossiers d'hospitalisation, avec l'appui technique de l'ARS, à des visites et auditions de patients et à la rédaction de procès-verbaux (PV) auxquels les contrôleurs ont eu accès. Un rapport annuel a également été rédigé pour l'année 2021, qui présente en annexe les données statistiques relatives à son activité.

A la date du contrôle, la CDSP s'était réunie trois fois dans l'établissement depuis sa réactivation (juin et décembre 2021, juin 2022). Selon le rapport annuel, 150 dossiers ont été examinés au cours de l'année 2021, et 124 mesures de plus d'un an. A l'occasion de la séance de juin 2022, 13 dossiers de patients en SDRE, 40 en SDT et 13 en SPI ont été examinés (selon le PV provisoire).

Les observations et constats suivants peuvent être formulés :

- La CDSP ne visite pas systématiquement les unités où des patients en SSC sont admis. Aucune visite n'a eu lieu en juin 2021 en raison du protocole Covid. Les unités adultes Bocage 1 et Bocage 2 ont été visitées respectivement en décembre 2021 et juin 2022, mais cette dernière a été décidée uniquement à la suite de l'irruption en séance de membres de la famille d'un patient³⁶. Deux membres de la CDSP ont pu à cette occasion constater une carence d'affichage quant à sa venue au sein de l'établissement. Un affichage a pu en revanche être constaté par les contrôleurs dans une unité, en lien avec la dernière visite (juin 2022), invitant les patients souhaitant être entendus à se rapprocher du cadre de santé de leur unité.
- La CDSP a plusieurs fois saisi des psychiatres de l'établissement, en particulier à propos de certificats médicaux mensuels identiques. Des relances ont été effectuées dans certains cas, sans connaître nécessairement de suites. Plusieurs médecins ont ainsi choisi de ne pas répondre aux demandes de la CDSP, en dépit de l'obligation qui s'impose au

³⁵ Ces dispositions prévoient notamment que seul l'un des deux psychiatres de la CDSP peut exercer dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 du code de la santé publique.

³⁶ La CDSP n'a formulé aucune observation suite à sa visite de l'unité Bocage 1 en décembre 2021, jugeant les registres bien tenus et les conditions d'hospitalisation « satisfaisantes ».

personnel de l'établissement (cf. art. L. 3223-1 du CSP). Aucune suite ne semble cependant avoir été donnée à ces situations. Si des mesures ont pu être levées, sans qu'il soit possible de savoir si l'intervention de la CDSP aura eu un effet déterminant, cette dernière n'avait pas usé, depuis son rétablissement, de sa faculté de proposer au JLD la levée de mesures d'hospitalisation.

La CDSP n'est que très peu saisie par les patients. Seules quatre demandes ont été enregistrées au cours de l'année 2021. De fait, elle n'a jamais été saisie par un patient en dehors d'une visite/réunion sur le site de l'établissement. Les coordonnées de la CDSP sont indiquées dans le livret d'accueil mais le numéro de téléphone qui y figure est celui du standard général de l'ARS. Par ailleurs, comme évoqué plus haut, le livret d'accueil n'est pas systématiquement distribué aux patients (cf. § 4.3.1). L'existence et le rôle de la CDSP ne sont pas toujours connus des équipes des différentes unités d'hospitalisation.

RECOMMANDATION 29

La CDSP doit être recomposée conformément aux dispositions du code de la santé publique et pouvoir ainsi poursuivre ses activités.

Au sein de l'établissement, l'information des patients sur ses attributions et les possibilités de la saisir doit être renforcée. Tous les professionnels doivent satisfaire à l'obligation de répondre aux demandes d'information formulées par la CDSP.

Dans sa réponse, la direction de l'EPSM informe que : « La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) a été recomposée et s'est réunie plusieurs fois à l'EPSM de Vendée et a visité l'établissement. Information est donnée aux patients sur la CDSP et sur les moyens de la contacter dans le nouveau livret d'accueil du patient. »

8.1.2 La commission des usagers

L'établissement s'est doté d'un projet « usagers, patients, familles » (PUPF) et les représentants des usagers et des proches ou membres de famille ont été plus largement associés à l'élaboration du projet d'établissement.

La commission des usagers (CDU), mise en place en 2016 et actuellement présidée par l'un de leurs représentants, est active et fonctionnelle. Y siègent au titre de représentants des usagers des membres des associations « Le Bout du Tunnel », « UFC Que Choisir » et UNAFAM. La CDU se réunit régulièrement – à cinq reprises en 2021, et déjà deux en 2022. Ses travaux sont formalisés avec l'appui de la direction des usagers et plusieurs interlocuteurs indiquent qu'elle constitue un véritable espace de dialogue.

Les représentants des usagers sont également associés au COPIL « risques » qui se réunit trois à quatre fois par an.

La CDU a reçu quarante-trois réclamations en 2021. Les réponses sont systématiques et ont pu donner lieu à des courriers à l'attention des psychiatres, à des entretiens menés par la direction des usagers, ou plus exceptionnellement à des médiations. Les membres médiateurs médecin et non-médecin, ainsi que des membres de la direction des usagers ont bénéficié en 2022 d'une formation de cinq jours à la médiation. Certaines demandes dont la CDU a été saisie ont pu être satisfaites (ajustement de plans de soins, changement de médecin référent).

Des affichages ont été constatés lors du contrôle concernant la CDU et sa composition (dans les unités et dans les espaces communs comme la bibliothèque), le livret d'accueil l'évoque également. Toutefois, il apparaît nécessaire, ce qu'identifie également la direction des usagers, de développer l'information directe des patients sur son existence et la possibilité d'y faire appel, de même que sur les fonctions de représentants des usagers.

La promotion du recours aux représentants des usagers est d'ailleurs inscrite au PUPF, au titre de la valorisation de la démocratie en santé.

S'agissant des associations :

- le groupe d'entraide mutuelle (GEM) « le Bout du Tunnel » assure sur site des permanences à l'attention des patients, avec un accueil en binôme. Ces permanences ont pu reprendre après avoir été interrompues pendant la période de restrictions liées à la pandémie de Covid-19. Elles se tiennent le lundi de 14h30 à 16h00. Un travail d'information est jugé nécessaire pour réactiver pleinement le dispositif. L'association dispose également d'un local en ville, où des activités sont régulièrement organisées ;
- l'UNAFAM organise également des groupes de parole et œuvre dont le programme BREF (psycho-éducation pour les familles) au sein de l'établissement pour lequel le fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (FIOP) a été sollicité ;
- les deux associations bénéficient de la mise à disposition de locaux sur le site de l'établissement. Toutefois, en pratique, elles semblent actuellement à distance de certaines unités comme Mosaïque ou l'unité intersectorielle.

8.1.3 La consultation et la participation des usagers

Plusieurs démarches engagées sont favorables au développement de la participation des usagers. Ainsi, la formation et le recrutement de médiateurs de santé pairs sont en cours avec la perspective de leur intégration à l'équipe de réhabilitation psychosociale.

Le contact de la cellule qualité figure dans le livret d'accueil et les patients sont invités à renseigner un questionnaire de satisfaction à l'issue de leur hospitalisation. Le taux de renseignement, quoique non négligeable, demeure limité (20,33 % en 2021), et surtout hétérogène selon les unités, variant de 1,25 % chez les adolescents à 44,78 % au sein de l'unité Littoral 1 (données du 1^{er} semestre 2021). La direction fait état d'une volonté de travailler cette question en développant un outil en ligne (E-SATIS) et éventuellement un outil spécifique pour les enfants/adolescents. Un outil était en cours d'élaboration au sein de l'unité Mosaïque, adapté aux capacités de compréhension et de réponse des patients et un second envisagé pour les familles et tuteurs légaux.

Un travail qualitatif complémentaire de consultation des patients a également été initié, en lien avec l'institut français de l'« expérience patient » (IFEX). Une première formation-action a eu lieu en 2022, avec des entretiens menés par des soignants, et abordant avec les patients les différentes phases de leur hospitalisation. Les synthèses des premiers entretiens réalisés sont éclairantes sur certains sujets sur lesquels l'établissement a indiqué vouloir poursuivre sa réflexion, dont le port du pyjama et les conditions de distribution des médicaments.

Était également prévue l'organisation d'un groupe de travail concernant les questions relatives aux droits des patients et aux restrictions dans les actes de la vie quotidienne (accès aux objets personnels, intimité, courrier, téléphone, etc.), à compter du mois de septembre 2022 avec une volonté d'associer les usagers et leurs représentants. Les modalités de cette participation restaient à définir. La composition envisagée prévoyait un représentant de la direction des soins,

un de la direction qualité, un de la direction des usagers, deux membres de la CDU, au minimum un médecin, des soignants et un psychologue. Ce travail devait prendre appui sur un état des pratiques attendu des différentes unités.

Les modalités de l'association éventuelle des patients actuels à ce type d'état des lieux préalable ou au recensement des demandes de changements n'ont pas été précisées. Cette association semble pourtant impérative pour une démarche réellement participative, qui valorise effectivement la démocratie en santé et permette de renforcer les dynamiques positives entre soignants et soignés.

En l'état, les espaces d'expression et d'échanges avec les patients demeurent restreints au sein même des unités. Plusieurs cadres ont ainsi évoqué la disparition des réunions soignants-soignés qui pouvaient se tenir régulièrement il y a quelques années. De même, la représentation des usagers continue de reposer sur quelques personnes engagées de longue date, et très sollicitées, avec une difficulté, identifiée, à s'impliquer plus largement.

RECOMMANDATION 30

Les possibilités pour les patients de s'exprimer et de contribuer ainsi à la vie de l'établissement doivent être renforcées, y compris au sein de leurs unités d'hospitalisation. Les réunions soignants-soignés doivent notamment être rétablies.

L'information doit être renforcée s'agissant de la commission des usagers (CDU) et des différents dispositifs d'accompagnement accessibles, impliquant des patients, leurs proches ou membres de famille.

8.2 LES REGISTRES DE LA LOI NE SONT PAS CORRECTEMENT TENUS

Les registres ou livres de la loi sont tenus par les agents du bureau des usagers sur un modèle normalisé. L'avant-dernier registre ouvert a été visé, sans observation, par le préfet de la Vendée le 6 juin 2022 et par le président de la CDSP le 21 juin 2022.

Ces registres ne sont pas convenablement renseignés au regard des exigences fixées par l'article L. 3212-11 du code de la santé publique. Les informations relatives à l'adresse postale et à la profession des patients, ainsi que les mesures de protection juridique n'y figurent généralement pas. La mention de la date de délivrance des informations dues aux patients et exigée par le code de la santé publique n'y apparaît pas. Enfin, les registres ne sont pas renseignés en temps réel et ne permettent pas d'avoir, notamment dans le cadre d'un contrôle, un aperçu rapide et complet de la situation et du suivi d'un patient.

RECOMMANDATION 31

L'établissement doit tenir rigoureusement les registres de la loi, conformément aux dispositions de l'article L 3212-11 du code de la santé publique.

Dans sa réponse, la direction de l'EPSM indique : « La tenue des registres de la loi sera facilitée avec la mise en place du module PLANIPSY déployé au service des usagers depuis avril 2023 pour la gestion informatisée des mesures administratives, et grâce au travail collaboratif désormais institué avec le DIM ».

8.3 L'ACCES AU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION N'EST PAS GARANTI

Une vice-présidente du TJ de la Roche-Sur-Yon assure, depuis plus de cinq ans, les audiences du juge des libertés et de la détention (JLD) organisées au sein de l'établissement. Une convention relative à la tenue de ces audiences, signée le 31 août 2014, en organise les conditions matérielles.

Les locaux affectés au déroulement des audiences du JLD sur l'emprise de l'EPSM, convenablement indiqués, sont situés au rez-de-chaussée d'un bâtiment proche de celui de l'administration. Ils comptent une salle d'audience, un local permettant l'entretien individuel avec l'avocat et un espace d'attente.

Deux audiences hebdomadaires sont organisées, les mardis et vendredis matin, au cours desquelles une dizaine de dossiers sont examinés. Les contrôleurs ont assisté à celles du mardi 28 juin et du vendredi 1^{er} juillet 2022.

Un groupe d'avocats volontaires et en nombre suffisant mais n'ayant pas reçu de formation spécifique, assure la permanence pour ces audiences.

De très nombreux patients hospitalisés en SSC ne comparaissent pas à l'audience du JLD, alors même que celle-ci se tient sur le site de l'hôpital. À l'unité Mosaïque par exemple, aucun patient n'est jamais présenté au magistrat. Les certificats médicaux attestant de l'incompatibilité de l'état de certains patients avec leur audition par le JLD sont des documents types, non motivés, alors que le code de la santé publique exige qu'ils le soient et précise que les motifs invoqués doivent être médicaux et faire obstacle à l'audition du patient dans l'intérêt de ce dernier³⁷.

Dans sa réponse, la direction de l'EPSM GM indique que « désormais sont présentés des patients des unités telles que Mosaïque ou l'unité intersectorielle. Depuis la visite du CGLPL à avril 2023, au moins 5 patients de la Mosaïque ont été présentés au juge des libertés et de la détention. Il n'y a donc pas de discrimination à l'égard des patients de la fédération Mosaïque ».

De plus, ces certificats médicaux sont souvent rédigés plusieurs jours avant la date de l'audience – jusqu'à quatre ou cinq jours – alors que l'état de santé du patient, s'il est réellement la cause de l'incompatibilité, peut évoluer favorablement dans l'intervalle. La juge ne se déplace jamais dans les unités pour rencontrer ces patients. Ils n'ont pas davantage l'occasion de s'entretenir avec leur avocat qui ne cherche pas à les voir avant de les représenter à l'audience. Lors de l'audience du 28 juin 2022, un seul des sept patients convoqués était présent ; un deuxième ayant refusé de s'y rendre ; des certificats médicaux justifiaient l'absence des cinq autres. Entre le 1^{er} janvier et le 21 juin 2022, 103 certificats médicaux de non-présentation ont été rédigés pour 330 convocations devant le JLD, soit 31 %. Malgré ce taux particulièrement élevé, aucune analyse particulière des situations d'incompatibilité ne semble être réalisée.

Dans le cadre du contrôle du JLD relatif aux renouvellements des mesures d'isolement et de contention (cf. § 7.2.3), les avis médicaux motivés, joints à la saisine du JLD par le directeur, précisent systématiquement que l'état de santé du patient « ne lui permet pas d'être entendu par le juge des libertés et de la détention ».

La majorité des décisions sont rendues sur le siège et donc notifiées immédiatement au patient – lorsqu'il est présent – les ordonnances sont préparées en amont de l'audience par la

³⁷ Article L. 3211-12-2 du code de la santé publique.

magistrate. Lorsque des nullités sont soulevées la décision n'est rendue que dans le courant de l'après-midi et est alors notifiée au patient dans l'unité par un membre de l'équipe soignante.

Néanmoins, lorsqu'elles ne sont pas directement remises aux patients par la magistrate, les ordonnances du JLD sont parfois notifiées tardivement, voire jamais, ce qui compromet l'exercice d'un recours. Les contrôleurs ont ainsi observé une notification effectuée le 16 mai 2022 d'une ordonnance rendue le 11 mars 2022, soit plus de deux mois après la décision ; deux autres notifications ont été réalisées près d'un mois après la date de l'ordonnance. L'unique décision de mainlevée prononcée entre le 1^{er} janvier et le 1^{er} juillet 2022 n'a pas été notifiée au patient qui n'en a eu connaissance qu'au cours de la procédure d'appel interjeté le lendemain par l'EPSM. Le « récépissé de réception d'une notification d'ordonnance du juge des libertés et de la détention à la personne hospitalisée », trouvé dans le dossier du patient, est signé par un membre de l'équipe de la direction.

RECOMMANDATION 32

L'effectivité de l'accès au JLD, ainsi que le respect du contradictoire et des droits de la défense doivent être garantis. Les ordonnances du JLD doivent être notifiées dans les meilleurs délais et une copie doit être laissée au patient.

9. LES SOINS

9.1 LA PENURIE DE PSYCHIATRES ENTRAINE LA DISPENSATION DE SOINS ADAPTES

9.1.1 Les modalités d'accès aux soignants et l'organisation des soins

La connaissance du projet médical de l'établissement est faible, la grande majorité des professionnels médicaux et soignants rencontrés ayant signalé ne pas l'avoir lu. Un praticien a dit ne pas participer aux instances de l'établissement, en raison d'un sentiment d'impossibilité du dialogue.

Les unités sont toutes pourvues de bureaux spécifiques et repérés pour les entretiens psychiatriques.

La pénurie de psychiatres, le renouvellement trop rapide de ceux présents et l'emploi de MI, ont été les trois difficultés majeures (cf. § 3.3.1) rapportées aux contrôleurs par les équipes soignantes, pour illustrer l'insuffisance réelle, quantitative et qualitative, des soins dispensés dans les unités de psychiatrie adultes et la fédération Mosaïque (cf. § 3.3.2). La prise en charge des patients de pédopsychiatrie est plus favorable (cf. § 11.2).

Des soignants et des patients rencontrés dans les quatre unités des secteurs Bocage et Littoral ont, dans ce cadre, déploré l'insuffisance du temps de présence des psychiatres, de la régularité et du temps consacrés aux entretiens médicaux (d'une durée parfois inférieure à cinq minutes). Certains patients ont également signalé un faible niveau d'écoute médicale, s'agissant notamment de leur retour concernant les effets secondaires des traitements prescrits.

Cette insuffisance touche particulièrement l'unité intersectorielle, la fédération Mosaïque et la fédération de gérontopsychiatrie. L'équipe de l'unité pour adultes de la fédération Mosaïque, qui dispose de 0,2 ETP de psychiatre, a rapporté une présence médicale moyenne d'une demi-heure trois fois par semaine, qui a donné lieu à la formulation d'EI³⁸. Le médecin responsable de l'une des unités de l'UI ne s'y rend que sur demande de l'équipe infirmière, rapidement, « et il est toujours disponible par téléphone et répond aux mails ».

Le bilan d'activité de la CDU pour l'année 2021 relève que le thème de « la prise en charge des aspects médicaux » constitue le premier sujet et les deux tiers des réclamations reçues. L'analyse par rubrique de ce thème montre que douze des quarante-huit réclamations ont concerné « la relation avec le médecin, et six d'entre elles une « contestation du diagnostic médical ».

RECOMMANDATION 33

L'établissement doit interroger l'insuffisance quantitative et qualitative des soins médicaux psychiatriques dispensés dans les unités intra hospitalières, rapportée par les patients et la commission des usagers.

Dans sa réponse, la direction de l'établissement réfute totalement la mention de pénurie médicale faite par le CGLPL : « L'EPSM de Vendée comme exposé au point 2.1 a amélioré la situation de ses effectifs médicaux entre 2021 et fin 2022. (...) Pour autant 2 unités disposent encore d'un temps médical limité dans le tableau des emplois médicaux autorisés financés : Mosaïque (0,6 ETP dont 0,2 ETP pour la prise en charge des 8 enfants et adolescents qui y sont

³⁸ Un retour d'expérience (REX) concernant le passage à l'acte d'un patient sur un soignant, organisé le 30 juin et auquel les contrôleurs ont assisté, a mentionné le refus de se déplacer dans l'unité du psychiatre, contacté dans les suites de cet événement.

hospitalisés et 0,4 ETP assuré par 2 psychiatres), et MAS (0,1 ETP). (...) L'établissement réfute aussi par conséquent "l'insuffisance quantitative et qualitative des soins médicaux psychiatriques" mentionnée dans la recommandation 33 du CGLPL. La démarche de mesure de l'expérience patient réalisée en 2022, de patients traceurs réalisés fin 2022 et début 2023, et l'audit par QualiREL Santé en avril 2023 n'attestent pas de tel ressenti par les patients interrogés ».

Un commencement de recrutements d'IDE et d'AS intérimaires dans les unités de psychiatrie générale adulte a été signalé. La proportion d'IDE dans les roulements d'équipe des deux unités d'hospitalisation à temps complet de la fédération Mosaïque (un seul par roulement dans les deux unités³⁹) a été décrite comme insuffisante pour répondre aux besoins de ces patients, dont l'état clinique nécessite une surveillance et un accompagnement continu. Un besoin de deux IDE au minimum par roulement du lundi au vendredi dans l'unité adulte et de trois soignants par roulement dans celle des adolescents a été évoqué.

Dans sa réponse, la direction de l'EPSM indique : « un projet de renforcement des équipes a été proposé par l'EPSM lors de l'appel à projets du FIOP 2022, allant dans le même sens que les recommandations du CGLPL, mais n'a pas été retenu par le comité national. Aucune aide n'a été apportée par l'ARS à la suite de ce refus ».

Les patients peuvent bénéficier d'un suivi psychologique dans toutes les unités, sauf dans celles de gérontopsychiatrie.

La ressource de 0,40 ETP de psychomotricien pour l'ensemble de la fédération Mosaïque a également été qualifiée comme insuffisante pour répondre aux besoins des patients.

RECOMMANDATION 34

L'effectif d'infirmiers et de psychomotricien de la fédération Mosaïque et celui de psychologue de l'unité de gérontopsychiatrie doivent être augmentés pour répondre aux besoins des patients.

Dans sa réponse, l'EPSM précise : « S'agissant des effectifs non médicaux, à Mosaïque l'effectif a été renforcé avec la création d'un poste d'ergothérapeute recruté fin 2022, et un temps de psychologue va être attribué à la fédération de gérontopsychiatrie sur les crédits alloués en 4^e circulaire de campagne tarifaire 2022 notifiés en avril 2023 ».

L'utilisation des directives anticipées incitatives en psychiatrie, la formation et le recrutement de médiateurs de santé pairs sont très peu effectifs dans l'établissement, malgré la pertinence objective de ces outils et intervenants spécifiques et leur participation à la qualité des soins comme au processus d'alliance thérapeutique. La permanence hebdomadaire d'un groupe d'entraide mutuelle (GEM), largement interrompue pendant la période de la crise de la Covid-19, est de nouveau accessible aux patients.

³⁹ Dans l'unité adulte : 4 soignants le matin, dont 1 IDE au minimum ; idem l'après-midi ; plus 1 soignant à la journée toujours présent. Dans l'unité adolescent : 2 soignants le matin, dont 1 IDE au minimum et 3 soignants dont un IDE l'après-midi.

RECOMMANDATION 35

L'établissement doit mettre en œuvre l'utilisation généralisée des directives anticipées incitatives en psychiatrie, la formation et le recrutement de médiateur de santé pairs.

Dans sa réponse, la direction de l'EPSM informe du « recrutement d'un médiateur de santé pair salarié contractuel qui prendra ses fonctions en juin 2023 au sein de l'équipe du service de réhabilitation psychosociale et partira en formation sur 2023-2024 ».

Les soignants des unités des secteurs Bocage et Littoral ont déploré l'absence de mise en œuvre d'une analyse des pratiques professionnelles (APP). Les CS ont rappelé leur existence antérieure mais avancé l'impossibilité de dégager un créneau spécifique dans l'élaboration des plannings de fonctionnement. Le SRH a signalé les avoir proposées à l'ensemble des unités (cf. § 3.3.2). Une APP collective mensuelle (sauf pendant les mois de juillet et d'août) est mise en œuvre pour l'ensemble du personnel de la fédération Mosaïque, animée par un psychologue extérieur à l'établissement et des APP sont également organisées CSA. La participation est volontaire et le groupe est fermé avec un engagement des soignants pour toutes les séances (d'une durée de 90 min) de l'année.

RECOMMANDATION 36

Les soignants de l'ensemble des unités doivent bénéficier de la mise en œuvre effective de séances régulières d'analyse des pratiques professionnelles, animées par des psychologues extérieurs à l'établissement.

Dans sa réponse, la direction de l'EPSM affirme promouvoir les analyses de pratique et indique : « Au plan de formation 2023 est par exemple prévue une formation "suivi et analyse des pratiques en *Snoezelen*" et de nombreuses autres formations actions "analyse de pratique" pour un montant de 58 000 euros concernant 35 groupes professionnels sur 114 séances – attestant du soutien qu'apporte l'établissement à cette démarche réflexive sur les soins ».

Différentes réunions institutionnelles sont tenues dans les unités, parmi lesquelles :

- les transmissions, lors des changements de roulement le matin, l'après-midi et le soir, qui permettent le relai d'information sur l'évolution de l'état clinique des patients ;
- les réunions de synthèse clinique en équipe pluriprofessionnelle, qui permettent une mise au point concernant le projet de soins de l'ensemble de patients ou le développement d'un thème de soin ; ces réunions sont organisées de façon hétérogène entre les différentes unités ;
- les réunions d'information et de fonctionnement, également organisées de façon différente dans les unités (pour exemple la fédération Mosaïque les programme en début d'année pour toute l'année, à raison de quatre réunions pour l'équipe de jour, quatre pour celle de nuit, et deux communes) ;

Aucune réunion soignants-soignés n'est organisée, hormis au CSA (cf. recommandation 30, § 9.1.3).

9.1.2 L'accès aux activités occupationnelles et thérapeutiques

a) Les activités occupationnelles

Les unités des secteurs Bocage, Littoral, l'UI et l'unité de court séjour de gérontopsychiatrie disposent de jardins intérieurs, de matériel et d'espaces suffisants, permettant d'effectuer des activités de façon informelle selon un accès libre, de sorte que les patients n'ont pas exprimé de sentiment d'ennui. Chaque unité est équipée de jeux de société, d'un salon de télévision, d'une salle avec un baby-foot et parfois une table de ping-pong (l'absence de balle a été rapportée par un patient dans une unité), d'un espace de lecture. Les sorties de l'unité, dans le parc (avec un accès possible au foyer tous les jours et à la bibliothèque des usagers trois jours par semaine), comme en ville, sont également possibles pour les patients autorisés à sortir (cf. § 6.1).

b) Les activités thérapeutiques et la réhabilitation psychosociale

Les soignants des unités organisent parfois des activités thérapeutiques programmées, selon une indication médicale et une inscription, notamment des sorties thématiques, vers le littoral vendéen par exemple, et des ateliers (cuisine, lecture, balnéothérapie, chant, atelier abordant l'addiction éthylique, couture, expression corporelle, gymnastique douce). Ces activités et ces ateliers ne sont toutefois pas mis en place de façon homogène dans les quatre unités des secteurs Bocage et Littoral, et l'activité « cuisine thérapeutique » n'intègre pas la réalisation des achats nécessaires à l'élaboration des repas, au motif de l'indisponibilité des soignants. Une patiente de Littoral 1 a par ailleurs signalé aux contrôleurs, lors de la semaine de visite : « *Tiens, il y a plus d'activités cette semaine que d'habitude* ». Certains patients ont également accès à une socio-esthéticienne (Littoral 2), mais le manque de moniteur de sport et de psychomotricien a été rapporté et expliqué par une absence de candidature.

En revanche, les patients de l'unité intersectorielle bénéficient de moyens et d'une implication de l'équipe bien plus favorable, hormis l'opposition de principe d'un des médecins qui en voit difficilement l'intérêt thérapeutique. La plupart des soignants sont référents d'une activité, celles-ci sont planifiées. Le matériel et les salles pour les pratiquer sont opulents (deux salles d'activités, une cuisine thérapeutique, le jardin aménagé, des espaces avec possibilité de s'installer à l'écart) et les professionnels ne rencontrent aucune difficulté pour en obtenir encore plus. L'atelier de cuisine thérapeutique est animé par l'ergothérapeute et un infirmier ou AMP chaque semaine et concerne un même groupe pendant plusieurs semaines. Une cuisine avec un équipement quasi professionnel y est consacrée.

Partout, les soignants ont précisé disposer de budgets larges et suffisants pour le financement des activités dans les unités.

Le processus de réhabilitation psychosociale des patients concernés s'appuie sur la fédération intersectorielle de réhabilitation psychosociale et d'addictologie (FIRPA), qui associe trois structures :

- le service de réhabilitation psychosociale composé :

- d'une unité de sociothérapie⁴⁰ réunissant un HDJ⁴¹ de quinze places, pour des thérapies à médiation sociale, sportive et maritime, et le CATTP⁴² intra hospitalier « Les Magnolias », qui accueille les patients adultes et adolescents hospitalisés au CHM et héberge par ailleurs la bibliothèque des usagers ;
- d'une unité d'ergothérapie⁴³ sous la forme d'un HDJ extrahospitalier de vingt-six places, pour des thérapies à médiation par l'objet (ateliers La Simbrandière, bois, fer, reliure) et des thérapies à médiation cognitive ;
- d'une unité d'art-thérapie⁴⁴ sous la forme d'un HDJ de huit places, pour des thérapies à médiation par l'art ;
- le service d'addictologie, sous la forme d'un HDJ intra hospitalier de treize places (cf. § 9.2.2), qui propose un étayage des patients en groupe s'appuyant sur différentes thérapie (médiation maritime, corporelle, sociale, et par l'art), les accompagnements étant réalisés après un sevrage en hospitalisation complète, pendant une période renouvelable de huit semaines ;
- le centre de réhabilitation psychosociale de Vendée⁴⁵ (CRéhaP 85) :
 - s'adresse aux personnes souffrant d'un handicap psychique entravant leur fonctionnement ou leurs projets, hospitalisés ou ambulatoires, qui se présentent spontanément ou sur orientation et prescription du psychiatre traitant (du CHM ou libéral) ou d'un IPA;
 - débute la prise en charge par une évaluation pluridisciplinaire (consultation médicale, bilan neuropsychologique et bilan fonctionnel réalisés par l'IDE ou l'ergothérapeute), qui explore l'autonomie, les ressources et les difficultés cognitives ainsi que leur retentissement fonctionnel dans la vie quotidienne. Le résultat de l'évaluation est restitué au patient qui reçoit une proposition de prise en charge ;
 - propose des séances de remédiation cognitive⁴⁶ (individuelles ou en groupe, pendant une durée variant de deux à dix-huit mois), d'éducation thérapeutique et de psychoéducation ;
 - depuis sa mise en œuvre au mois de décembre 2020, dans le cadre d'un financement fléché de l'ARS, soixante-dix-neuf demandes ont été reçues en 2020 (et 514 actes réalisés), et trente-trois en 2021 jusqu'à la date de la visite⁴⁷.

⁴⁰ Dont l'effectif (8,50 ETP) est composé d'IDE, d'AS, d'un accompagnant éducatif et social, d'un auxiliaire de puériculture, et d'un ergothérapeute.

⁴¹ HDJ : hôpital de jour.

⁴² CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel.

⁴³ Dont l'effectif (9,10 ETP) est composé d'IDE et d'ergothérapeutes.

⁴⁴ Dont l'effectif (4,30 ETP) est composé d'IDE et d'art-thérapeutes.

⁴⁵ Dont l'effectif est composé de 0,3 ETP de psychiatre, de 0,3 ETP de CS, d'1 ETP d'IDE, de 0,8 ETP de neuropsychologue, de 0,8 ETP d'ergothérapeute, et d'1,5 ETP de secrétaire, ce dernier partagé avec l'ensemble de la FIRPA.

⁴⁶ La remédiation cognitive emploie des techniques de soins rééducatives, dont l'objectif est la restauration des fonctions cognitives défaillantes (mémoire, attention, fonctions exécutives, cognition sociale et métacognition).

⁴⁷ Données transmises par l'équipe du CRéhaP 85.

Tableau : données de l'activité de la FIRPA pendant la période 2019-2021

	2019	2020	2021
Hospitalisation de jour	7133	5642	6307
Séjours thérapeutiques	348	117	99
Actes ambulatoires	1069	681	846

Une répercussion importante de la période de la pandémie de Covid-19 sur les activités de la FIRPA a été signalée. Les rapports d'activité de la FIRPA pour les années 2019, 2020 et 2021, transmis aux contrôleurs, ne précisent pas les files actives ni le nombre d'actes réalisés, dans chacune des unités qui la compose⁴⁸, ce qui ne permet pas d'analyse statistique fine du nombre de patients reçus annuellement pour une participation à l'une ou plusieurs de ces activités multiples. Les seules données accessibles concernent la globalité de l'hospitalisation de jour, de la réalisation de séjours thérapeutiques, et des actes ambulatoires. Considérant les données de 2019, qui représentent une activité préalable à la période de la pandémie, comme une référence, l'activité de la FIRPA accuse une diminution :

- de 21 % en 2020 et de 12 % en 2021 s'agissant de l'hospitalisation de jour ;
- de 66 % en 2020 et de 72 % en 2021 s'agissant des séjours thérapeutiques ;
- de 36 % en 2020 et de 21 % en 2021 s'agissant des actes ambulatoires.

RECOMMANDATION 37

Tous les patients concernés doivent à nouveau bénéficier de la diversité des soins spécifiques de réhabilitation psychosociale et d'addictologie proposés par la FIRPA.

Dans sa réponse, la direction de l'EPSM fait savoir que : « La file active des séjours thérapeutiques a augmenté de 113 % entre 2021 (29 patients) et 2022 (62 patients). Celle de plusieurs ateliers a augmenté aussi : socio-thérapie (+ 25%), art-thérapie (+ 5%). L'activité de réhabilitation se déroule principalement sous forme d'hôpital de jour. Elle est ouverte aux patients de tous les secteurs de psychiatrie de l'adulte et de l'adolescent. En 2022, sur 83 demandes de prise en charge en réhabilitation, tous les secteurs ont adressé des patients ».

9.2 LES PATIENTS NE BENEFICIENT PAS TOUS DU MEME ACCES AUX SOINS SOMATIQUES

9.2.1 Les effectifs et l'organisation des soins

Le service de soins somatiques du pôle médico-pharmaceutique fonctionne de 9h à 17h les jours de semaine. Il ne dispose pas de lits théoriques affectés. L'effectif de l'équipe se compose de :

- une équipe médicale associant : un médecin-chef à temps plein, responsable des soins dans une partie de l'unité « court-séjour », et dans les deux MAS ; un médecin à temps plein responsable des soins aux personnes âgées dans la seconde partie de l'unité « court-séjour » et au « long séjour » ; 4,5 ETP de généraliste pourvus par cinq personnes, chacune affectée à un secteur adulte (L1, L2, B1, B2, fédération Mosaïque, UI) ;

⁴⁸ A l'exception de celle du CRéhaP 85 pour l'année 2021.

- la présence ponctuelle d'une CSS⁴⁹, en lien avec la DSI⁵⁰ ;
- 3 ETP d'IDE pourvus par trois personnes, dont une IDE hygiéniste ;
- 1 assistante médico-administrative ;
- 2 ETP d'AS formées au toucher-massage, qui pratiquent l'approche corporelle (à la MAS et dans les unités), l'aide à la marche et la prévention des chutes, et de la relaxinésie⁵¹ ;
- 2 ETP de diététicienne depuis le mois de janvier 2022, qui permettent une prise en charge des patients en consultation (pour une évaluation nutritionnelle et l'instauration d'un régime adapté dans les services), pratiquent un atelier « addictologie », et un atelier « enfant et alimentation » ;
- l'intervention d'ASH de l'équipe coordonnée d'ASH.

Les patients accèdent aux généralistes dans les unités dans lesquelles ils interviennent et se remplacent pendant les périodes de congés. Un examen clinique et un bilan biologique (en l'absence de bilan datant de moins de trois mois) sont systématiquement pratiqués à l'entrée, par le praticien référent ou son remplaçant le jour en semaine et par le généraliste de garde la nuit et les week-ends. Une navette programmée dépose les bilans biologiques au CHD, où ils sont traités, et les résultats sont informatiquement disponibles dans un délai de deux heures. Une procédure particulière traite les bilans urgents, immédiatement acheminés au CHD, dont le biologiste contacte le prescripteur par téléphone. Les résultats sont annoncés et expliqués au patient en cas de positivité ou d'anomalie.

Un patient nécessitant une hospitalisation pour des soins somatiques spécifiques est orienté, selon son choix, vers le CHD ou la clinique Saint-Charles. Les patients admis en SSC sont accompagnés par un IDE qui assure une surveillance continue sur place, ceux de la MAS le sont par un soignant ou un membre familial disponible, la famille assurant la surveillance dans l'établissement d'accueil. Un travail de partenariat est effectué en amont du transfèrement, afin d'éviter le passage par le service des urgences et de gagner du temps pour la prise en charge spécialisée. La qualité de l'accueil dans les services du CHD est fonction des personnes recevant les patients auprès desquels peut, par ailleurs, se rendre l'équipe de liaison psychiatrique.

La prise en charge des soins somatiques urgents est effectuée le jour par les généralistes référents des unités et par le médecin de garde la nuit. La qualité des soins généralistes pendant la période de garde a été qualifiée de disparate, en raison de la diversité des compétences des médecins qui participent au premier front de garde (praticiens hospitaliers, internes de médecine, praticiens attachés issus de la communauté non-européenne, faisant-fonction d'internes). Les médecins généralistes, qui assurent seuls une présence médicale sur place pendant la période de la garde, sont également confrontés à la prise de décision et à l'accompagnement de mises en isolement, les psychiatres, uniquement disponibles par téléphone, ne se déplaçant pas (cf. § 7.2.1). Des debriefings mensuels sont organisés depuis 2010 avec les internes et les médecins étrangers, pour accompagner et revoir les situations complexes

⁴⁹ CSS : cadre supérieur de santé.

⁵⁰ DSI : direction des soins infirmiers.

⁵¹ Relaxinésie : technique de relaxation appuyée sur des manœuvres apaisantes de bercement, de mobilisation et d'étirement doux, qui se pratique vêtue de vêtements confortables, le praticien invitant la personne à lâcher-prise pour une relaxation du corps dans sa globalité.

survenues pendant la garde, faire remonter les difficultés (y compris logistique) une fois par mois, avec la participation systématique d'un psychiatre, d'un pharmacien, et d'un dentiste.

Le SAMU est contacté en cas d'urgence vitale, et les pompiers peuvent l'être pour un relevage de personne par exemple.

RECOMMANDATION 38

Les patients doivent avoir un accès à des soins somatiques d'une qualité équivalente, tous les jours et dans toutes les unités.

Dans sa réponse la direction de l'EPSM note : « Le planning médical des présences / absences des médecins somaticiens est accessible. Il concerne l'ensemble des unités adultes. S'y associe un numéro unique joignable H24 en cas d'absence ou d'urgence. La seniorisation des internes est protocolisée via la commission d'organisation de la permanence des soins. Concernant la psychiatrie infanto-juvénile, la prise en charge en l'absence des pédiatres est protocolisée (l'EPSM a toutefois renforcé le temps de pédiatre en pédopsychiatrie porté de 0,2 à 0,4 ETP réparti entre les unités d'hospitalisation des pôles de pédopsychiatrie Vendée Océan et Vendée Terre) ».

Les généralistes sont peu investis dans la réalisation d'actions d'éducation thérapeutique (AET), par manque de temps disponible. Plusieurs soignants sont toutefois formés à cette pratique spécifique (un médecin, un IDE, un AS, un pharmacien, un préparateur en pharmacie, un diététicien) et d'autres sont en attente de l'être. Plusieurs ateliers étaient ainsi mis en œuvre lors de la visite qui concernaient l'hygiène bucco-dentaire (un dentiste et son assistante se déplacent dans les unités), la marche (avec les personnes âgées et l'UI), l'alimentation (la diététicienne et l'IDE du service proposent avec la psychomotricienne de la FIRPA un programme de six séances d'apprentissage de l'élaboration d'un menu, de la réalisation des achats et du repas).

L'ETP « alimentation » a été proposé à tous les services, qui répondent s'ils sont intéressés, tous ont répondu favorablement à l'exception du secteur Bocage lors de la visite.

RECOMMANDATION 39

L'établissement doit développer les thèmes de ses actions d'éducation thérapeutique et les patients de tous les secteurs doivent y avoir accès.

Dans sa réponse, la direction de l'EPSM indique : « En plus des ateliers déjà notés dans le rapport, est en cours de développement un atelier sur le repérage et la prévention des troubles de la déglutition. Un programme d'éducation thérapeutique est en cours de réflexion et d'écriture. Tous les secteurs sont sollicités pour participer aux ateliers. Quelques-uns n'expriment pas de demande ».

Le service de soins somatiques organise ou participe à différentes réunions institutionnelles parmi lesquelles la réunion médicale des généralistes (mensuelle ou bimestrielle, qui permet l'évocation des difficultés de fonctionnement, des projets de service, des cas complexes, et un partage d'information), la réunion informelle chaque matin et chaque midi, la réunion de pôle

(deux à trois fois par an) et participe aux différentes instances les concernant (CLIN, CLAN, CLUD, CIRMT⁵²).

9.2.2 L'accès aux soins de spécialité

Les patients du CHM bénéficient de l'intervention de soignants spécialisés, notamment :

- un cardiologue : une demi-journée par semaine avec un délai de consultation d'une à deux semaines (une vacation de cardiologie a été perdue après le départ à la retraite d'un cardiologue non remplacé dix-huit mois avant la visite), un avis cardiologique urgent peut-être sollicité auprès du service de cardiologie du CHD ; le délai pour une échocardiographie varie de 4 à 6 mois ;
- un neurologue du CHD : deux demi-journées mensuelles, qui effectue des consultations et interprète les EEG réalisés depuis son dernier passage, fait les ajustements de traitements spécialisés et se rend une fois par an dans les deux MAS pour voir les patients complexes ;
- la sismothérapie préalablement pratiquée au CHM l'est, lors de la visite, au CHD ou au CHU de Nantes, de façon très ponctuelle ;
- la stimulation magnétique répétitive préalablement pratiquée au CHD les lundis et les jeudis (poste médical partagé avec le CHU de Nantes), ne l'est plus en l'absence de personnel IDE spécifique ;
- un gynécologue libéral : deux demi-journées mensuelles, effectue des consultations dont certaines en urgence, les frottis de certaines patientes qui sont hospitalisées au long cours, prescrit des contraceptions (pose les implants) mais sa proche prise de retraite a été signalée ;
- un radiologue : une demi-journée par semaine, interprète tous les clichés depuis son passage précédent (l'information de la lecture des clichés, accessibles aux généralistes a été mentionnée) ;
- 0,10 ETP de pédiatre pour les adolescents et 0,20 ETP pour les enfants, pourvus par deux praticiens différents ;
- 1 ETP de dentiste, employé à temps plein mais détaché deux journées au CHD, qui pratique trois jours au CHM, dont le dispositif « Handisoins 85⁵³ » pour les patients mal communicants non hospitalisés, et deux pour les patients hospitalisés (CHM, MAS) ; une consultation systématique annuelle est réalisée pour tous les patients hospitalisés au long cours, des soins sous MEOPA⁵⁴ sont pratiqués ;
- 3,4 ETP de kinésithérapeute, non pourvus (ces ETP ont été reconvertis en temps IDE, AD et diététicienne), des difficultés majeures de recrutement de kinésithérapeute au CHD ont également été signalées ;

⁵² CLIN : comité de lutte contre les infections nosocomiales, CLAN : comité de liaison en alimentation et nutrition, CLUD : comité de lutte contre la douleur, CIRMT : commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique.

⁵³ Handisoins 85 : dispositif territorial de coordination permettant de faciliter l'accès aux soins aux personnes en situation de handicap, en Vendée.

⁵⁴ MEOPA : mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote, qui permet des soins sous anesthésie brève, adapté pour les patients qui ne peuvent maîtriser leur comportement.

- 1,8 ETP de manipulateur de radiologie, pourvus par deux personnes qui assurent une présence continue en semaine ;
- 0,2 ETP de podologue ;
- un temps spécifique d'assistant dentaire, effectué par une manipulatrice de radiologie et une IDE en plus de leur mission ;
- l'équipe de la pharmacie, qui associe trois pharmaciens, 4,8 ETP de préparateurs pourvus par cinq personnes (une diminution de 0,2 ETP est programmée), 1 AS (sur un poste aménagé dans les suites d'un accident du travail, qui aide à la stérilisation et au sur-étiquetage et permet l'augmentation de 20 % de la conciliation médicamenteuse dans les unités).

RECOMMANDATION 40

Les patients doivent avoir accès à des soins de kinésithérapie et l'interruption à brève échéance des soins gynécologiques doit trouver rapidement une mesure corrective.

Dans sa réponse, la direction de l'EPSM indique : « 1 ETP kinésithérapeute intervient sur les secteurs médico-sociaux de l'EPSM et pour les urgences respiratoires. Hors activité de rééducation pure, les prises en charge (mobilisation, marche, régulation de transit, repérage des troubles de la déglutition, etc.) sont assurées par des soignants formés et certifiés aux thérapies manuelles, dans le respect de leur champ de compétence. (...) Certaines prises en charge se font avec le recours à la kinésithérapie de ville. Reste à développer le lien avec le service de rééducation du centre hospitalier départemental qui manque aussi de kinésithérapeutes. L'activité gynécologique ne subira aucune interruption lors du départ en retraite du gynécologue ; elle sera dévolue à une sage-femme dont les missions seront élargies à des activités de prévention et d'éducation en plus des soins ».

Le dépistage de conduites addictives est réalisé lors de l'anamnèse de l'entrée, par les généralistes qui prescrivent, en cas de besoin, une prévention du sevrage éthylique.

Plus aucune prévention de tabacologie n'est mise en œuvre, depuis le départ en retraite du tabacologue quatre ans avant la visite, la cessation de l'activité du CLOPT⁵⁵ faute de soignants volontaires pour l'animer, et en l'absence de pneumologue disponible pour un avis spécialisé (ceux du CHD et des cliniques ont répondu ne plus prendre de nouveaux patients en charge).

Les soins spécifiques et les sevrages des toxiques sont conjointement pris en charge par les généralistes et les psychiatres. Aucune association spécialisée en addictologie n'intervient dans l'établissement. Des patients peuvent être adressés à l'extérieur pour des prises en charge spécifiques programmées avec hébergement, à la condition d'une hospitalisation préalable d'une durée minimum de 48 heures. Des adresses pour des soins ambulatoires sont également possibles vers le CSAPA⁵⁶ « La Métairie » à La Roche-sur-Yon. Aucun partenariat n'est mis en œuvre avec le service d'addictologie du CHD.

⁵⁵ CLOPT : comité local de prévention du tabagisme.

⁵⁶ CSAPA : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

La FIRPA comprend une activité d'addictologie, avec des soignants spécifiques (0,2 ETP d'addictologue présent les lundis et 3,80 ETP d'IDE), treize place d'HDJ, et reçoit des patients sur indication médicale.

RECOMMANDATION 41

Les patients concernés doivent bénéficier de soins spécialisés en tabacologie, le comité local de prévention du tabagisme être réactivé et des partenariats concernant les soins addictologiques devraient être développés avec le centre hospitalier départemental dans le cadre du groupement hospitalier de territoire.

Dans sa réponse, la direction de l'EPSM affirme « La tabacologie est une addiction pouvant relever du service d'addictologie ».

9.3 L'ABSENCE DE SOLUTION D'HEBERGEMENT ET LA MOBILISATION PARFOIS DIFFICILE DE CERTAINS TUTEURS CONSTITUENT LES PRINCIPAUX FREINS AU PROCESSUS DE SORTIE

9.3.1 La préparation matérielle

Les modalités organisationnelles des sorties d'hospitalisation sont comparables dans les secteurs de psychiatrie adulte. Le temps de la sortie est travaillé notamment sous la forme d'évaluation clinique après des permissions de sortie d'une durée de 12 à 48 heures. Les sorties des patients hospitalisés en SDRE sont généralement accompagnées par des proches ou des soignants. Les autorisations préfectorales sont décrites comme préfet-dépendantes pour exiger un accompagnement soignant plutôt que familial par exemple. Lors de la visite, l'opposition préfectorale est peu fréquente.

Des sorties d'une durée inférieure à 12 heures sont organisées dans le cadre des activités, et d'une durée de 48 heures dans celui de week-ends familiaux et séjours thérapeutiques à la fédération Mosaïque ; les soignant sont en nombre suffisant pour les accompagnements. Les tiers sont alors informés des sorties et de leur thème, comme des changements de traitement et des situations d'isolement.

Le service social intersectoriel, décrit par tous comme dynamique, se compose d'assistants de service social (ASS) et d'un conseiller en économie sociale familiale (CESF). Les ASS interviennent dans toutes les unités à la demande des patients, des CS et des soignants, des familles, et des partenaires et exercent leurs compétences s'agissant de l'ouverture de droits sociaux, de l'emploi (recherche, envoi des arrêts de travail, lien avec l'employeur), du logement (recherche, paiement de loyer), des liens avec les structures sociales et médicosociales, du handicap et des démarches pour l'obtention d'une mesure de protection des biens. Les ASS et le CESF participent aux réunions d'équipe. La qualité du travail mené par les ASS avec les cercles familiaux et amicaux éventuellement disponibles, les tuteurs et les curateurs, les foyers, les maisons de retraite et les organismes sociaux pour que les patients sortent tous avec une solution d'hébergement, a été rapportée aux contrôleurs. Certains patients peuvent toutefois vivre plusieurs mois sans domicile fixe, entre la sortie et l'accès à un hébergement.

RECOMMANDATION 42

L'établissement doit mettre en œuvre des partenariats avec des structures médico-sociales et sociales, afin de répondre aux difficultés d'hébergement des patients sortants et les tuteurs doivent se mobiliser et s'associer à cette démarche.

Les outils et structures en place n'offrent qu'une réponse insuffisante aux situations rencontrées :

- le SIAO⁵⁷ pour les patients en rupture relationnelle avec leur famille, ou sans ressources, ou dont la famille ne peut assurer l'hébergement ;
- les CHRS⁵⁸, dont la capacité est décrite comme rapidement saturée ;
- les rares places des résidences-accueil, des maisons-relais (dont l'ouverture d'une disposant de neuf places, au mois de novembre 2022, a été signalée), des appartements de coordination thérapeutique, et des MARPA⁵⁹.

Les appartements thérapeutiques ne sont pas mutualisés et sont réservés aux patients de l'unité Littoral-2 uniquement.

Les délais d'attente pour un logement en sortie d'hospitalisation variaient, lors de la visite, de dix-huit mois à trois ans. La notion de « *débrouille dans l'attente* » (sollicitation de la famille, des amis, des campings, et sortie sans domicile fixe) a été indiquée aux contrôleurs. La constitution en cours de l'EMASH⁶⁰ constituait, dans ce registre, un espoir important pour les patients comme pour les soignants.

Une vigilance particulière des équipes, évoquée avec celle de Littoral 1, est exercée s'agissant de l'horaire des sorties, pour éviter notamment que les patients sortent le soir sans disposer du temps nécessaire aux achats alimentaires pour leur repas.

RECOMMANDATION 43

La ressource spécifique que constituent les appartements thérapeutiques pourrait être mutualisée entre toutes les unités des pôles de psychiatrie adulte, afin d'harmoniser et de faciliter les processus de sortie des patients concernés par cet outil.

Dans sa réponse, la direction de l'EPSM affirme : « S'agissant des appartements thérapeutiques, ceux-ci sont une structure ressortant du régime de l'hospitalisation complète et sont rattachés au secteur Littoral 2. Pour autant, les appartements ne sont pas réservés aux patients du L2 uniquement. 7 places sont ouvertes au Bocage destinés à l'ensemble des patients Bocage depuis 2019 ».

9.3.2 Le suivi des patients en soins sans consentement

Le collège des professionnels de santé se réunit pour les situations prévues par les dispositions légales, dans les secteurs de psychiatrie pour adultes, mais le patient n'est pas associé, aucun protocole ne prévoit la conduite d'un entretien spécifique et son avis n'est pas recueilli. L'implication médicale dans le pôle Littoral, s'agissant de la participation au collège, a été

⁵⁷ SIAO : service intégré de l'accueil et de l'orientation.

⁵⁸ CHRS : centres d'hébergement et de réinsertion sociale.

⁵⁹ MARPA : maison d'accueil et de résidence pour l'autonomie, pour les personnes âgées.

⁶⁰ EMASH : équipe mobile d'accompagnement des sorties d'hospitalisation.

rapportée comme hétérogène selon les praticiens, certains étant systématiques et d'autres non. Dans le pôle Bocage, le médecin d'un des deux secteurs est très impliqué, alors que celui du deuxième, MI récemment recruté, n'avait pas été confronté à la situation. Les patients en capacité de comprendre sont parfois rencontrés à la fédération Mosaïque.

RECOMMANDATION 44

Les patients concernés doivent systématiquement bénéficier d'une évaluation médicale approfondie par le collège des professionnels de santé, et d'un recueil de leur avis par ce même collège.

Les secteurs Bocage et Littoral suivent des patients en programme de soins (PDS), de façon adaptée aux dispositions légales, et les éventuelles hospitalisations les concernant sont brèves. Si nombre d'entre elles n'excèdent pas trois jours, certaines peuvent durer une à trois semaines, pour une observation continue d'évaluation dans le cadre du suivi, ou la réalisation d'une pause pour les aidants hébergeant les patients. Les PDS ont été présentés comme un outil de soin favorisant l'alliance thérapeutique.

A l'EHPAD/USLD huit patients sont officiellement en programme de soins alors que leur prise en charge correspond en réalité à une hospitalisation à temps complet ; les mesures qui les concernent sont ainsi abusivement soustraites au contrôle d'office du JLD.

RECOMMANDATION 45

L'hospitalisation complète de patients en programme de soins doit être immédiatement levée.

Dans sa réponse, la direction de l'EPSM fait savoir que : « La situation des patients en PSP en USLD a été revue entre septembre et octobre 2022 suite à communication du pré-rapport en urgence du CGLPL : 3 PSP ont été levés et le 4^e patient a été transféré en EHPAD ».

10. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

10.1 LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES EST INDIGNE – EN PARTICULIER A L’EHPAD/USLD – ET ABANDONNEE AUX EQUIPES SOIGNANTES

La prise en charge des personnes âgées de 60 ans et plus relève de la fédération de gérontopsychiatrie (FGP). Elle comporte :

- une unité de 50 lits de court séjour qui fonctionne en sectorisation ;
- deux unités (Iris et Colline) d’EHPAD/USLD, de 25 lits chacune, également sectorisées ;
- une équipe mobile de gérontopsychiatrie – composée de 5 IDE – qui anime des ateliers en CMP et dans les unités, intervient dans les EHPAD des secteurs de l’EPSM pour des missions de formation et ponctuellement de suivi de résidents.

10.1.1 L’unité de court séjour

a) Les modalités de prise en charge

L’unité compte 50 lits ; chacun des 4 secteurs de psychiatrie générale disposant de 12 ou 13 lits. Les trois chambres dites « sécurisées » sont comptabilisées dans les lits « classiques » (cf. § 7.1.1). Le 24 juin 2022, 38 patients y étaient hospitalisés, 18 en SL et 20 en SSC (9 SDT, 7 SDTU et 3 PI) ; quatre jours plus tard, ils étaient 47. Selon les propos recueillis, le taux d’occupation de l’unité est la plupart du temps supérieur à 90 % et des patients sont régulièrement hébergés dans un lit d’un autre secteur, et donc suivis par un médecin et une équipe soignante différents de ceux les prenant en charge habituellement. Tel était le cas pour quatre patients le 28 juin 2022.

Quatre psychiatres interviennent chacun dans leur secteur mais sans ETP défini consacré au suivi des patients hospitalisés dans l’unité. Selon les propos recueillis, seul le médecin référent du secteur Littoral 1 passe quotidiennement dans l’unité entre 12h et 14h ; les autres y passent de façon plus irrégulière, notamment selon les besoins d’entretien avec les patients évalués par les IDE. Plusieurs patients se sont plaints de ne pas rencontrer suffisamment leur psychiatre. Deux médecins somaticiens interviennent dans le service.

Les effectifs de soignants comprennent quatre IDE et quatre AS le matin et l’après-midi et parfois un soignant en journée pour assurer les activités et les accompagnements. Il est précisé qu’il y a de très nombreux arrêts maladie dans cette unité et que l’effectif descend souvent à sept soignants. Trois ASH sont présents le matin et deux l’après-midi ; un autre ASH travaille en journée de 8h30 à 16h30. La nuit est assurée par deux IDE et une AS. Les soignants sont affectés au service de leur secteur et prennent donc uniquement en charge « leurs » patients, ce qui peut être une source de confusion pour ces derniers car l’unité n’est pas physiquement cloisonnée en quatre secteurs distincts. Une patiente a ainsi expliqué : « si on s’adresse aux soignants du mauvais secteur on n’est pas très bien reçu ».

Les secteurs de Littoral disposent d’1 ETP d’ASS ; ceux de Bocage de 0,5 ETP. Le poste d’ergothérapeute est vacant au moment de la visite et aucun psychologue n’intervient dans l’unité.

Les réunions cliniques, appelées « tour de groupe », sont organisées de façons différentes selon les secteurs. Elles sont hebdomadaires dans les secteurs Littoral et beaucoup plus irrégulières à Bocage ; à Littoral 1 le médecin n’est jamais présent, il valide ou non les projets de soins élaborés par l’équipe soignante, l’ASS et l’équipe mobile.

En dehors des activités occupationnelles au sein de l'unité (jeux de société, télévision, babyfoot etc.), les activités organisées sont rares faute de soignants disponibles pour les organiser. Un « atelier mémoire » est organisé tous les quinze jours par l'équipe mobile de la FPG. Certains patients bénéficient d'activités thérapeutiques à l'hôpital de jour.

L'unité est fermée. Comme dans les autres unités (cf. § 6.1.2), de nombreux patients ne sont pas autorisés à sortir de l'unité quand bien même un soignant serait disponible pour leur ouvrir la porte ; tel était le cas pour 18 (dont 8 en SL) des 38 patients hospitalisés le 24 juin 2022.

b) Les locaux

Installé dans un bâtiment construit dans les années 90, l'ensemble du service est de plain-pied, vaste et lumineux. Il dispose notamment de deux « petits salons » – où se restaurent les patients les moins autonomes au cours d'un premier service –, d'une salle d'activité en libre accès et d'une grande salle à manger. Les patients peuvent accéder librement en journée à trois patios ; plusieurs espaces permettent de s'asseoir à différents endroits du service. Le bâtiment comprend des barres d'appui dans les espaces de déambulation mais pas dans les patios extérieurs.



Un petit salon



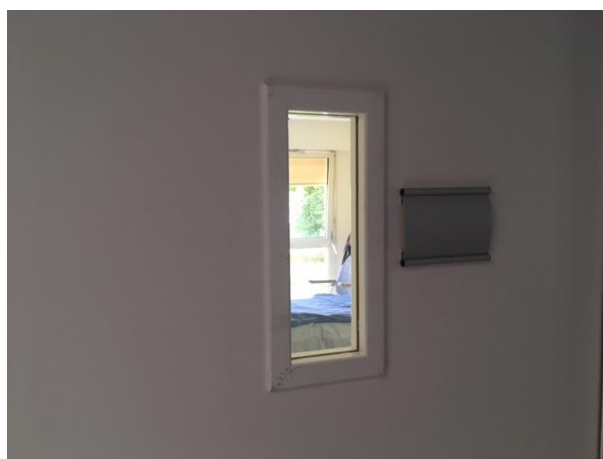
Salle d'activité





Les trois patios du service

Toutes les chambres sont individuelles et dotées d'un lit, d'une table de chevet, d'un fauteuil, d'une planche faisant office de bureau, d'une chaise et d'un grand placard dont la clef n'est pas laissée aux patients. Les salles d'eau comprennent une douche, des WC, un lavabo avec miroir, et un porte-serviette.



Une chambre de l'unité court séjour

Dans cette unité, comme dans celles de l'EHPAD/USLD (cf. § 11.1.2), les patients ne peuvent fermer à clé ni leur chambre ni leur espace sanitaire, y compris dans les huit chambres doubles de l'EHPAD/USLD. Toutes les portes des chambres sont percées d'une ouverture non occultable permettant d'observer, depuis le couloir, l'intérieur de la chambre. L'intimité des patients n'est pas respectée lorsqu'ils se lavent ou se rendent aux toilettes ; leur tranquillité ne l'est pas davantage, ni le jour ni la nuit, alors que certains sont hospitalisés pendant des mois, voire des années. Plusieurs personnes hospitalisées dans l'unité de court séjour se sont plaintes de l'intrusion d'autres patients dans leur chambre, même la nuit, et ont exprimé un sentiment d'insécurité. La tutrice d'une patiente de l'EHPAD/USLD a déposé plainte contre un autre patient pour des faits d'agression sexuelle qui se seraient déroulés en avril 2022, dans l'espace sanitaire de la chambre de la victime.

RECOMMANDATION 46

Les patients des unités de gérontopsychiatrie doivent avoir la possibilité de verrouiller l'accès de leur chambre et de leur espace sanitaire. Les ouvertures percées dans les portes des chambres doivent être supprimées ou pouvoir être occultées par les patients.

Dans sa réponse, la direction de l'EPSM indique que : « Suite à la recommandation du rapport en urgence du CGLPL, les unités de court séjour géronto-psychiatrique et USLD-EHPAD disposent aussi depuis fin 2022-début 2023 de système de fermeture de chaque chambre de patient pour éviter des intrusions de patients non désirées, par badge au court séjour et par barillet avec clé en USLD/EHPAD (en l'attente de la livraison prochaine d'un système par badge comme en court séjour). Pour l'unité intersectorielle (UI) l'installation d'un accès par badge dans les chambres fera l'objet de travaux prévus en juin/juillet 2023. (...) Dans les chambres doubles, la porte de la SDB peut être fermée par l'utilisateur. Toutes les portes sont déverrouillables par les personnels pour intervention en soins et pour l'équipe de sécurité. Par ailleurs tous les oculous des portes de chambres des unités court séjour/USLD/EHPAD ont été traités et sont désormais occultés, soit par un film, soit par un volet ouvrable par l'équipe soignante ».

10.1.2 Les unités de l'EHPAD/USLD

a) Les modalités de prise en charge

Depuis 1988, l'établissement dispose de 50 lits d'USLD. La loi de financement de sécurité sociale de 2008 a conduit à une nouvelle partition de cette unité – décidée par l'ARS en 2010 – qui dispose officiellement depuis de 25 lits USLD et de 25 lits EHPAD.

Cependant, l'équipe médicale en charge de cette structure était opposée à cette répartition qui n'a jamais été investie. Dans les faits, la prise en charge s'effectue sur un mode hospitalier et non comme dans un lieu de vie.

Il existe bien deux unités de 25 lits (Iris et Colline) mais qui ont la même fonction et au sein desquelles les secteurs possèdent un nombre identique de lits. Elles accueillent des patients âgés présentant une pathologie psychiatrique nécessitant une prise en charge au long cours. Depuis la partition, les patients sont artificiellement affectés dans des lits d'EHPAD ou d'USLD, quel que soit leur profil, en fonction du lit disponible.

Il n'existe pas de critères spécifiques d'admission ; les patients – venant du court séjour ou d'une autre unité d'hospitalisation de l'EPSM – sont affectés sur décision du médecin de secteur. La commission d'admission qui se tient dès lors qu'une place se libère – 5 en 2021 (2 départs en EHPAD et 3 décès), 7 entre le 1^{er} janvier et le 1^{er} juillet 2022 (3 départs en EHPAD et 4 décès) – n'est, selon les témoignages recueillis, qu'une chambre d'enregistrement du choix médical.

Le statut de cet EHPAD/USLD est particulièrement flou. La frontière entre les champs sanitaire et médico-social est indéfinie, au point qu'on ignore si les personnes qui y sont hébergées doivent être étiquetées comme patientes ou résidentes. Leur statut semble envisagé de l'un ou l'autre des points de vue selon qu'il sera le moins contraignant pour l'administration ou les médecins.

Au moment de la visite, l'équipe médicale compte trois médecins psychiatres – un seul praticien prend en charge les secteurs Bocage 1 et 2 – et un médecin somaticien intervient deux matinées par semaine. Il n'y a pas de gériatre ni de temps de psychologue.

Le « projet médical EHPAD/USLD » précise : « un médecin psychiatre référent (un pour chaque « sous-secteur », soit 4 au total) assure leur suivi psychiatrique, et anime régulièrement des synthèses cliniques, avec l'équipe soignante et ASH ». Cependant, selon les informations recueillies, les psychiatres sont particulièrement absents du service, « *ils passent mais sans régularité, une fois tous les 15 jours voire une fois par mois au mieux dans certains secteurs* », « *ce n'est pas une priorité pour eux* ». Même quand des difficultés avec certains patients sont signalées par les soignants, ils ont du mal à se déplacer physiquement pour les rencontrer et règlent les problèmes par téléphone ou par mail, y compris lorsqu'un patient est placé à l'isolement. Au moment de la visite, un patient isolé en chambre hospitalière le jeudi 30 juin 2022 n'avait toujours pas été revu par un médecin lundi 4 juillet. Dans l'onglet « observations » de son dossier, il est écrit : « Appel téléphonique au Dr X, isolement en chambre maintenu. La recontacter jeudi matin pour réévaluation » – soit sept jours après le début d'une mesure d'isolement qu'aucun psychiatre n'a cliniquement réévaluée ni renouvelée (Cf. recommandation en § 7.2.1).

Les soignants sont livrés à eux-mêmes et se sentent abandonnés et les patients ne bénéficient en réalité d'aucun suivi psychiatrique ou psychologique.

Aucune réflexion pluridisciplinaire n'est mise en place. Une réunion de service par unité est organisée chaque mois ; animée par l'assistante sociale, et qui réunit la cadre, les soignants, les ASH et l'animateur. Les médecins, psychiatre comme somaticien, n'y participent jamais. Des synthèses sont très rarement organisées (une par an environ selon les propos recueillis) ; ce sont les équipes soignantes qui sollicitent les médecins quand elles envisagent une possibilité de sortie pour un patient.

L'équipe soignante du service est rattachée à la FDG et non à un pôle, comme les autres équipes de l'hôpital, et ne bénéficie donc pas des mêmes possibilités de mobilité. Elle est composée de :

- 1 ETP de cadre ;
- 8 IDE (7,8 ETP) ;
- 17 AS et AMP⁶¹ (15,4 ETP) ;
- 9 ASH (8,8 ETP) ;
- 1 ETP d'animateur ;
- 0,5 ETP d'assistante sociale ;
- 0,4 ETP de secrétariat.

1,8 ETP d'IDE de nuit est mis à disposition et financé par le pôle de nuit de l'établissement ; le poste d'animateur est financé par le budget EHPAD.

Les effectifs de soignants comprennent un IDE et deux AS-ASM le matin et l'après-midi dans chacune des deux unités. Un ASH est présent matin et après-midi. La nuit, un IDE et une AS-ASM, assurent la prise en charge de l'ensemble du service.

Cet effectif est nettement insuffisant pour permettre la prise en charge de patients dépendants souffrant de troubles psychiatriques lourds. Les soins d'hygiène doivent parfois être expédiés faute de temps. A titre d'exemple, au moment de la visite, 10 des 25 patients de l'unité Iris ont un « suivi de douche », c'est-à-dire un nombre de douches hebdomadaires limité ; 3 ne bénéficient que de 3 douches par semaine et 7, uniquement de 2. Les possibilités

⁶¹ Aide médico-psychologique.

d'accompagnement des patients à l'extérieur des unités et l'animation d'activités thérapeutiques sont également largement hypothéquées.

Cet effectif ne permet pas non plus aux agents d'accéder aux formations et de développer leurs savoirs théoriques ce qui impacte les soins quotidiens et, naturellement, le développement des connaissances, la reconnaissance et la valorisation des missions ainsi que les perspectives de mobilité.

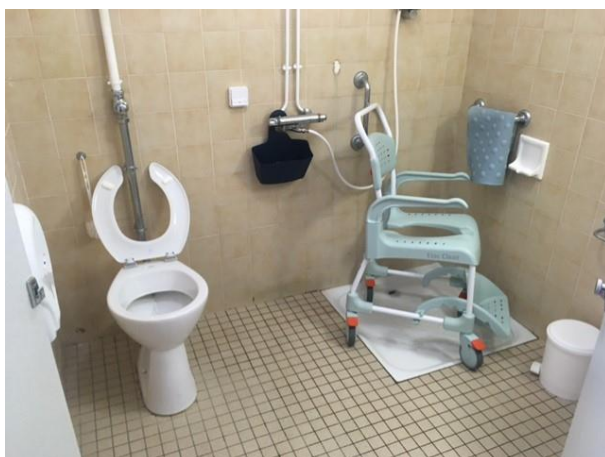
b) Les locaux

Outre ce qui a été décrit *supra* (cf. § 11.1.1), les locaux des unités sont vétustes et absolument inadaptés aux besoins des patients :

- aucune des chambres n'est individuelle ; il existe huit chambres à deux lits ;
- seule une chambre est accessible aux personnes à mobilité réduite (PMR) alors que de nombreux patients sont entravés dans leur mobilité ;
- les sanitaires des chambres ne sont pas adaptés aux PMR ;
- il n'existe qu'une seule baignoire pour les deux unités.



Une chambre double



Sanitaires de la chambre double

Les portes des deux unités sont fermées, la liberté d’aller et venir gravement entravée. A l’unité Colline, six patients sont autorisés à sortir seuls de l’unité pour se promener dans le parc ou se rendre au foyer ; à l’unité Iris, un seul.

RECOMMANDATION 47

L’établissement doit être en mesure d’offrir aux patients de gérontopsychiatrie hospitalisés au long cours une orientation adaptée à leurs besoins.

Les équipes médicales doivent être présentes auprès des patients et investies dans les prises en charge. Les équipes soignantes doivent être formées et suffisamment nombreuses pour pouvoir prendre en charge les patients dans des conditions respectueuses de leur dignité.

Les locaux doivent être adaptés au public hébergé et à l’activité des soignants.

Dans sa réponse, la direction de l’EPSM informe de l’étude d’un projet pour la prise en charge des patients âgés, qui relève de la filière de la psychiatrie du sujet âgé en cours de restructuration depuis février 2023, date à laquelle le directeur et la présidente de la CME ont désigné un nouveau coordonnateur médical choisi sur la base d’un projet de fédération. Ce projet doit s’inscrire dans l’intersectorialité, vise à améliorer le parcours du patient en coordination avec les intervenants d’amont et d’aval à l’hospitalisation et en lien avec l’ARS et le conseil départemental de Vendée sur la place spécifique du Long Séjour de la FGP.

10.2 LES MOYENS MATERIELS ET HUMAINS CONSACRES A LA PRISE EN CHARGE DES MINEURS NE MASQUENT PAS UNE INSUFFISANTE REFLEXION SUR LE RESPECT DE LEURS DROITS

Avec trente-cinq lits en psychiatrie infanto-juvénile et huit lits accueillant des adolescents et jeunes adultes présentant une déficience intellectuelle ou un autisme sévère, l’établissement a su conserver des capacités d’hospitalisation temps plein notables au regard des moyens généralement dévolus pour les enfants et des adolescents.

Les trois pôles disposent d’équipes soignantes et éducatives correctement dotées, d’une présence médicale assurée en semaine au prix d’un engagement important des pédopsychiatres, et du matériel permettant des activités thérapeutiques et ludiques. Un projet de reconstruction des locaux affectés aux trois pôles de pédopsychiatrie de l’EPSM est en cours de réflexion : il s’agit de construire un seul site pour rassembler les différents lieux de soins actuellement situés aux marges de l’EPSM de part et d’autre d’une route départementale fréquentée.

Les interactions avec les autres acteurs de la prise en charge des enfants et adolescents sont en place : la psychiatrie infanto-juvénile de liaison est assurée dans le service de pédiatrie du centre hospitalier départemental de la Roche-sur-Yon, des pédiatres interviennent dans les unités d’hospitalisation temps plein des trois pôles. Des pédopsychiatres de l’EPSM interviennent dans les structures de l’ASE et les structures médico-sociales, ainsi qu’à la maison des adolescents (MDA) de la Vendée. Une équipe mobile de psychiatrie infanto-juvénile à destination d’enfants confiés à l’ASE va se mettre en place en septembre 2022.

10.2.1 La prise en charge des enfants et jeunes adolescents

Les deux seuls pôles de psychiatrie infanto-juvénile de l’établissement structurent l’offre de soins départementale : le pôle Vendée Océan et le pôle Vendée Terre disposent d’équipements sur le

territoire (121 places d'hôpital de jour, 15 CMP, 12 places d'accueil familial thérapeutique) et répondent aux besoins d'une file active ambulatoire de 3 347 patients en 2021.

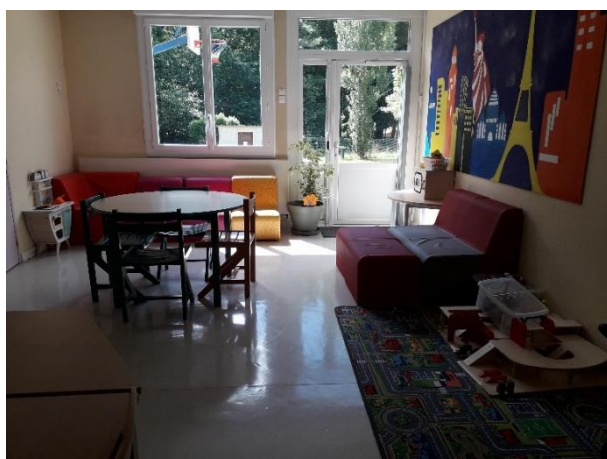
Le pôle Vendée Océan dispose de deux unités d'hospitalisation temps plein pour les 0-16 ans : Petit Hans 1 et 2 dotées respectivement de huit et quatre lits, dont la file active en 2021 était de 84 patients et le taux d'occupation de 52,08 %, avec une durée moyenne d'hospitalisation en 2021 de 27,15 jours.

Le pôle Vendée Terre dispose d'une unité d'hospitalisation temps plein pour les 0-14 ans, la maison du Petit Victor dotée de onze lits (mais dont trois lits ont été gelés pendant la pandémie de Covid 19 et non réouverts en juillet 2022), dont la file active en 2021 était de 24 patients et le taux d'occupation de 32,58 %, avec une durée moyenne d'hospitalisation en 2021 de 54,50 jours.

L'unité Petit Hans 1 fonctionne sept jours sur sept et peut accueillir le week-end des patients en urgence ou des patients des unités Petit Hans 2 du pôle Vendée Océan et Petit Victor du pôle Vendée Terre, qui ne sont ouvertes que du lundi au vendredi.

Les locaux de ces deux pôles, datant de la fin du XX^{ème} siècle, tous de plain-pied, sont disséminés dans une zone hors de l'enceinte de l'EPSM ainsi que ceux de l'école des Buissonnets dont les enseignants de l'Education nationale accueillent en séquentiel certains des enfants ou adolescents pris en charge en hospitalisation temps plein ou dans les HDJ.

Chacune des trois unités d'hospitalisation dispose de lieux de vie commune et d'activités lumineux et bien équipés, de chambres non dotées de salles de bains et de toilettes originellement conçues pour plusieurs mais dans lesquelles ne reste qu'un seul lit, de salles de bains partagées entre deux à quatre patients et d'un vaste jardin intérieur largement doté de jeux d'extérieur, de vélos, de skate-boards et permettant des activités de jardinage.



Salon de l'unité petit-Hans-1



Une chambre de l'unité Petit-Victor

Les effectifs médicaux sont très différents entre les deux pôles : au pôle Vendée Océan, 7,2 ETP sont budgétés dont 5,9 ETP sont pourvus ; tandis qu'au pôle Vendée Terre, 5,16 ETP sont

budgetés dont 1,92 ETP pourvus. Malgré ces disparités, la présence médicale est assurée du lundi au vendredi dans les unités d'hospitalisation temps plein par au moins un psychiatre.

Les équipes de jour sont mixtes soignants/éducateurs, trois matin et après-midi à Petit Hans 1, deux matin et après-midi à Petit Hans 2, quatre matin et après-midi à Petit Victor. Les équipes de nuit sont spécifiques à chaque pôle et fixes, l'équipe de jour complétant le roulement. Des psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes, orthophonistes, assistants de service social complètent les équipes.

Tous les patients hospitalisés dans ces unités sont scolarisés, soit en séquentiel à l'école des Buissonnets, parfois pour quelques heures par semaine, soit dans leur collège de secteur. Ils participent également à des groupes de médiations thérapeutiques animés par des membres des équipes.

a) Unités Petit Hans 1 et 2 du pôle Vendée Océan

Au jour de la visite, les douze places sont occupées par des patients de 11 à 15 ans.

Les admissions sont effectuées en urgence lors de l'orientation d'un service de pédiatrie, ou de façon programmée pour des séjours de rupture lors de l'orientation d'un CMP. Les séjours ont une durée moyenne de trois semaines à un mois.

Un staff hebdomadaire en équipe pluriprofessionnelle permet d'aborder l'état clinique et les projets de soins de tous les patients.

Les parents sont associés au projet de soins de leur enfant, lors d'entretiens réguliers avec le médecin et de visites à domicile de l'équipe soignante pendant le temps d'hospitalisation de l'enfant. Une « semaine de rupture » était jusqu'à présent mise en place à l'admission de l'enfant durant laquelle celui-ci ne pouvait communiquer avec ses proches ni recevoir de visites. L'équipe vient d'en revoir le caractère systématique et a acté la nécessité d'en individualiser la pratique en fonction de la clinique. Les parents n'ont pas accès à l'unité pendant le temps d'hospitalisation de leur enfant, les visites s'effectuent dans un salon de visite situé dans le « bloc médical » voisin de l'unité Petit Hans 1. Les communications téléphoniques sont médiatisées ou non selon la situation de l'enfant et de sa famille. À l'unité Hans 1, quand un enfant est isolé en « pièce d'apaisement » (il s'agit d'une chambre d'isolement, *infra* et § 7.1), les parents en sont informés. Un projet de livret d'accueil des unités Petit Hans 1 et 2 destiné aux patients et à leurs parents est en cours.

i) Les règles de vie observées

La vie quotidienne des jeunes patients est émaillée de restrictions aux libertés individuelles qui ne sont pas toutes inscrites dans les « règles de vie » communes aux deux unités. Si celles-ci précisent que sont « strictement interdits » l'utilisation de supports numériques personnels et les « contacts physiques à connotation amoureuse ou sexuelle » (*cf.* § 6.6), il faut y ajouter pour l'unité petit Hans 1 l'obligation de porter des chaussons dans l'unité (qui ne s'applique qu'aux jeunes patients, pas aux soignants ni aux visiteurs), l'interdiction de sortir seul de l'unité, qui est d'ailleurs fermée en permanence, ainsi que la limitation de l'accès au jardin intérieur qui n'est accessible qu'en présence d'un soignant. Ces interdictions et obligations surajoutées aux règles de vie et non individualisées n'existent pas à l'unité Petit Hans 2. Or les patients susceptibles d'être orientés vers l'une ou l'autre unité en fonction des places disponibles, auront ainsi à subir des restrictions aux libertés individuelles à géométrie variable en fonction de leur affectation.

Pour les fumeurs, sur accord préalable des parents et en fonction de l'âge, un nombre de cigarettes quotidien est fixé par le médecin ; elles sont fumées à l'extérieur de l'unité, dans un moment où le patient est seul avec un soignant.

Contrairement aux unités d'adultes ou de grands adolescents, les portes des chambres ne sont pas équipées d'un badge permettant d'éviter les intrusions d'autres patients. Les armoires des chambres sont ou non fermées à clef sur décision médicale mais en tout état de cause les patients n'en détiennent pas la clé. Ils n'ont pas non plus la disposition de la télécommande qui règle l'ouverture et la fermeture des fenêtres de leur chambre.

Sur ces points, la direction de l'EPSM précise : « Pour les fenêtres et armoires il peut y avoir effectivement des restrictions en lien avec la clinique (risque suicidaire surtout). Les restrictions seront désormais individualisées et argumentées dans chaque dossier patient. Concernant les badges d'accès aux chambres pour la préservation de l'intimité, l'établissement en a passé commande et est en attente de réception des équipements ».

RECOMMANDATION 48

Les restrictions aux libertés individuelles des jeunes patients des unités Petit Hans 1 et 2 ne doivent être mises en œuvre que de façon individualisée et au regard de leur situation clinique. Les pratiques d'ouverture des portes des unités doivent être harmonisées.

Des badges individuels permettant de fermer la porte de sa propre chambre doivent être installés dans toutes les unités de psychiatrie infanto-juvénile.

Dans sa réponse, la direction de l'EPSM précise que : « Sur la fermeture des portes (...) La question a été mise en débat avec les équipes mais majoritairement leur avis reste en faveur du dispositif actuel sécurisant. En revanche, les accès au jardin, que ce soit au PH1 et PH2, sont libres en journée et les jeunes accueillis peuvent tout à fait bénéficier des espaces extérieurs dont nous disposons. (...) La question de l'ouverture de la porte d'entrée a été évoquée à nouveau en conseil de pôle le 11 avril et le protocole d'utilisation de la pièce d'apaisement sera retravaillé. L'équipe prend note que la fermeture de la porte d'entrée doit être justifiée de façon individuelle dans chaque dossier d'enfant concerné par la clinique ou la dangerosité de la route proche ».

ii) La gestion de la violence et de l'agitation

Selon les propos recueillis, les situations de violence et d'agressivité sont abordées de façon à privilégier la désescalade dans les deux unités. Pour ce faire, sont utilisés le jardin, le repos dans un fauteuil Sensit® Straight, une couverture lestée, le séjour dans une « pièce bulle » à Petit Hans 1 – dotée d'équipements apaisants (maison en mousse, siège hamac, colonne à bulles *Snoezelen*) – et dans une pièce d'apaisement à Petit Hans 2 – dotée d'un simple pouf mais son aménagement n'est pas terminé au moment de la visite – toutes deux restant ouvertes. Ces différents dispositifs facilitent le retour au calme après un épisode d'agitation. Les patients peuvent s'y rendre d'eux-mêmes ou sur invitation de l'équipe soignante et éducative. À l'unité Petit Hans 2, les soignants restent avec le patient et fixent pour lui des tranches de 15 mn, rendues visibles par une horloge. Cependant, malgré ces pratiques alternatives à l'isolement dans les deux unités, un local nommé « pièce d'apaisement » a été mis en place à l'unité Petit Hans 1 en 2018, en même temps que la « pièce bulle ». Cette « pièce d'apaisement » constitue une véritable CI en raison de son

installation, de son aménagement, et de son usage en espace fermé où le patient est seul. L'isolement des enfants doit être évité par tout moyen (cf. § 7.2.2).

Dans sa réponse, la direction de l'EPSM informe que : « Depuis la visite, des alternatives à l'usage de cette pièce ont été développées (atelier « zenitude », réaménagement et réassort en matériels de la pièce bulle/relaxation (commande validée par la direction en attente de livraison) ».

b) Unité la maison du Petit Victor du pôle Vendée Terre

La maison du Petit Victor est en pleine restructuration au moment de la visite du CGLPL. Auparavant internat thérapeutique de semaine accueillant onze enfants et adolescents pour plusieurs années, elle se transforme pour accueillir en soins intensifs huit enfants et adolescents de 7 à 14 ans en hospitalisation temps plein de semaine pour des durées de trois à quatre semaines. Les séjours sont soit programmés soit répondent à une situation de crise. Certains patients sont des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance (ASE) en séjour de rupture de leurs lieux d'hébergement en protection de l'enfance. Au jour de la visite, sept patients sont présents, âgés de 7 à 13 ans.

La prise en charge, encore largement axée sur le quotidien et la scolarité, a pour ambition d'être structurée autour des médiations thérapeutiques réalisées par l'équipe soignante et éducative, complétée de plusieurs figures professionnelles : psychomotricien, psychologue, orthophoniste. La présence médicale est assurée par deux psychiatres. Un staff hebdomadaire réunit toute l'équipe.

Les familles sont associées au projet de soins, notamment lors des échanges en début et fin de semaine quand elles viennent chercher leur enfant, et où elles sont accueillies dans un salon des familles garantissant la confidentialité des échanges.

L'unité est ouverte, et les restrictions aux libertés individuelles apparaissent limitées et adaptées à la situation clinique de chaque patient, à l'exception du téléphone portable qui est interdit. L'unité n'est pas dotée de règles de vie.

RECOMMANDATION 49

L'interdiction totale du téléphone portable pour les patients adolescents doit faire l'objet d'une réflexion pour en permettre une utilisation encadrée.

Dans sa réponse, la direction de l'EPSM rappelle les motifs d'interdiction d'accès des patients adolescents à leur téléphone portable et fait valoir que : « Un point phone est aménagé à l'entrée du service qui garantit la confidentialité des échanges. Les accès téléphoniques font toujours l'objet d'une mesure discutée et débattue avec chaque jeune et son psychiatre référent et font partie intégrante des soins proposés sur l'unité. (...) Le téléphone sans fil des soignants peut être mis à disposition si nécessaire et plus adapté. L'adolescent a accès à son téléphone personnel lors des visites, des permissions, des temps scolaires. L'espace téléphone est en cours de rénovation avec la création d'une cabine fermée qui offrira un meilleur confort acoustique aux utilisateurs. Les travaux seront terminés avant fin juin 2023 ». Il précise s'agissant de Petit Victor : « l'équipe travaille pour que cette décision ne soit plus une règle mais un principe individualisé de restriction en fonction du tableau clinique de l'enfant. (...) L'unité continue le travail sur

l'élaboration d'un livret d'accueil spécifique et sur des règles de vie au sein de l'unité du Petit Victor tenant compte des remarques du CGLPL ».

10.2.2 La prise en charge des adolescents

a) Le projet de l'unité

Le pôle de psychiatrie de l'adolescent assure la prise en charge de ceux âgés de 14 à 18 ans pour tout le département. Il dispose pour les soins ambulatoires d'un CMP à la Roche-sur-Yon, d'un lieu de consultation au sein de l'EPSM et d'un HDJ de douze places. La file active ambulatoire était de 768 patients en 2021.

Une unité de douze lits d'hospitalisation à temps plein – le centre de soins pour adolescents (CSA) – complète le dispositif. Sa file active de 2021 compte 75 patients avec un TO de 86,1 %.

Le pôle des adolescents et son unité d'hospitalisation constatent, depuis la période de la pandémie de Covid 19, une augmentation alarmante de patients adressés à la suite d'une tentative de suicide, avec des tableaux cliniques atypiques et d'une particulière gravité.

Les effectifs médicaux sont mieux pourvus que ceux d'autres pôles, y compris en psychiatrie infanto-juvénile, puisque 3,5 des 3,9 ETP de psychiatre budgétés sont pourvus, tous par des PH.

L'effectif de l'équipe soignante du CSA est constitué de deux soignants le matin, trois l'après-midi et deux la nuit (dont deux soignants en équipe fixe de nuit, le reste du roulement de nuit étant assuré par l'équipe de jour).

Les patients accueillis le sont uniquement en SL, hospitalisés à la demande des détenteurs de l'autorité parentale. Lors de la visite des contrôleurs, les patients présents étaient âgés de 14 à 17 ans.

Les deux psychiatres du CSA – un psychiatre et un pédopsychiatre – sont présents toute la semaine en journée, l'astreinte du samedi matin repose sur l'ensemble des psychiatres du pôle de psychiatrie de l'adolescent et non pas seulement sur les deux seuls psychiatres référents de l'unité d'hospitalisation complète. Ils reçoivent les patients en entretien et tiennent deux staffs hebdomadaires avec les soignants. Lors de ces derniers, l'équipe pluriprofessionnelle aborde la situation clinique et le projet de soins de tous les patients, les échanges avec la famille, examine les articulations en cours avec d'autres intervenants (scolarité, médico-social, protection de l'enfance) et organise les activités des patients, dont les ateliers thérapeutiques animés par des membres de l'équipe soignante. Lors de la visite des contrôleurs, les ateliers thérapeutiques prévus la semaine suivante étaient : médiation animale, « on se bouge », « bien-être », « 1,2,3 on pâtis » , atelier d'expression, pique-nique. Sur décision au cours du staff, chaque patient participe à un ou deux ateliers lors de la semaine suivante. Le projet de soins est construit avec la famille. Sur indication médicale, certains adolescents poursuivent leur scolarité. Des patients hospitalisés au CSA participent aux séjours thérapeutiques en mer sur un voilier.

Des réunions soignants-soignés se tiennent régulièrement.

b) Les locaux et les règles de vie

L'unité est installée dans un bâtiment ancien comportant deux niveaux. Les différentes portes d'accès sont fermées et la perspective d'une ouverture n'est pas à l'ordre du jour dans les locaux actuels qui sont situés dans la proximité immédiate d'une route fréquentée. Les salles d'activités sont fermées à clé et le jardin intérieur n'est accessible qu'en présence d'un soignant.



Salon



Salle de bien-être

Des restrictions aux actes de la vie quotidienne et aux relations avec l'extérieur sont systématiquement appliquées. Les professionnels invoquent pour les justifier la préservation de la sécurité des patients mais surtout les objectifs cliniques de l'hospitalisation dans cette unité visant à la séparation d'avec l'environnement, à un temps de répit pour l'adolescent et sa famille et à privilégier les temps collectifs. Pour autant, les règles de vie de l'unité ne sont pas portées à la connaissance des patients, seul un document « petit guide du CSA » à destination des soignants, énonce les règles à appliquer.

Dans sa réponse la direction de l'EPSM indique : « Un livret d'accueil spécifique au pôle de psychiatrie de l'adolescent est en cours de finalisation. Des patients y ont participé ».

Le téléphone portable et tout appareil numérique sont retirés. Les premiers jours de l'hospitalisation sont énoncés comme un temps de « rupture » où aucun contact avec l'extérieur n'est possible. La circulation des patients au sein de l'unité est étroitement organisée : le premier étage de l'unité, où se trouvent les chambres et des salles d'activités, est fermé de 10h à l'après déjeuner, puis de 14h30 à 17h, ce que certains patients trouvent trop limité, souhaitant se retrouver plus longuement dans leur espace intime. Pour les fumeurs, après accord parental, trois cigarettes quotidiennes sont possibles, fumées dans une petite cour où le patient est seul avec un soignant pour, selon les soignants, « contribuer au temps de prise en charge individuelle ».

L'unité est équipée d'une CI (cf. § 7.1.1) qui est fréquemment utilisée. Les pratiques d'isolement et de contention des patients du CSA, et leur caractère attentatoire aux droits fondamentaux sont traités au chapitre 7.

RECOMMANDATION 50

Les patients mineurs du CSA ne doivent pas être soumis à des restrictions drastiques et systématiques de liberté de circulation, d'accès à leur chambre et de disposition de leur téléphone portable.

Les règles de vie commune doivent faire l'objet d'une formalisation écrite associant les patients.

10.2.3 Les mineurs dans les unités pour adultes

Au jour de la visite du CGLPL, deux mineurs âgés de 17 ans étaient hospitalisés en SL à l'unité Littoral 2. La présence des mineurs dans ces unités est limitée à quelques cas par an mais leur

nombre a été indiqué comme étant est à la hausse⁶². C'est l'indisponibilité d'un lit au CSA qui conduit à l'orientation des mineurs dans l'unité de leur secteur de psychiatrie générale. Ce sont généralement des jeunes de 17 ans.

Quand le patient est connu du pôle de psychiatrie de l'adolescent, son psychiatre référent dans l'unité pour adultes se concerta avec son confrère pédopsychiatre mais le CSA ne participe pas à la prise en charge pendant l'hospitalisation. Un infirmier de pratique avancé présent depuis peu dans le pôle de psychiatrie de l'adolescent est, notamment, en charge de faire le lien pour le suivi des mineurs dans les unités pour adultes.

Quand un patient est proche de la majorité ou que sa sortie d'hospitalisation est proche, il est maintenu au sein de l'unité adulte où il a été admis, même si une place se libère au CSA, afin de privilégier la continuité de la prise en charge. Le suivi ambulatoire est réalisé par le pôle de psychiatrie de l'adolescent à l'issue de cette hospitalisation, s'il est toujours mineur.

Les équipes soignantes font preuve d'une vigilance particulière en prenant en compte la vulnérabilité de ces patients, qui ne sont pas placés en CI. Cependant, un des patients mineurs présents lors de la visite avait été placé en isolement pendant la première semaine de son hospitalisation, alors qu'il était hospitalisé en SL (cf. § 7.2). La direction de la qualité souhaite élaborer, en lien avec le pôle de psychiatrie des adolescents, un protocole concernant l'admission des mineurs en psychiatrie adultes, avec un âge plancher de 16 ans et des consignes pour la prise en charge : une chambre individuelle à proximité du poste soignant, une vigilance sur les temps collectifs notamment.

RECOMMANDATION 51

Aucun mineur ne doit être hospitalisé dans une unité pour adultes.

Dans sa réponse, la direction de l'EPSM estime que cette recommandation « est irréaliste au vu des tableaux cliniques des adolescents et de l'augmentation des files actives adolescentes depuis 2020. La nécessité d'hospitaliser un adolescent en situation d'urgence psychiatrique peut conduire à son hospitalisation en unité de psychiatrie adulte lorsqu'il n'y pas de place en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ».

10.2.4 La prise en charge des adolescents déficients intellectuels et autistes

L'unité Gingko de la fédération Mosaïque dispose de huit lits pour accueillir en hospitalisation à temps plein des adolescents et jeunes adultes présentant une déficience intellectuelle moyenne et profonde avec troubles du comportement et troubles psychiatriques associés, et des patients autistes. Des patients ont des prises en charge séquentielle en établissement médico-social (instituts médico-éducatifs). Certains sont confiés à l'aide sociale à l'enfance (ASE) et n'ont plus de famille d'accueil, aucune préparation à la sortie n'est engagée par l'ASE avant la majorité.

Au jour de la visite, huit patients sont présents, âgés de 13 à 21 ans.

La présence médicale est assurée par un psychiatre à 0,40 ETP. L'équipe de jour est composée matin et après-midi d'au moins un infirmier et un aide-soignant ou accompagnant éducatif et

⁶² L'établissement n'a fourni aucune donnée chiffrée.

social⁶³ plus un soignant de journée. Cet effectif est décrit comme insuffisant. L'équipe de nuit composée de deux soignants est commune à l'unité pour adolescents et aux deux unités pour adultes de la fédération Mosaïque.

L'unité est fermée. Les soins psychiatriques sont assurés : le psychiatre voit les patients toutes les semaines selon des modalités adaptées à la clinique de chacun (échange verbal ou non, jeux, etc.). La psychologue et l'ergothérapeute suivent les patients et coaniment avec les soignants des activités thérapeutiques collectives, mais il manque du temps de psychomotricité. Les IDE assurent également des temps de prise en charge individuelle des patients (jeux, balnéothérapie, sorties).

10.3 LES PERSONNES DETENUES SONT SYSTEMATIQUEMENT MISES A L'ISOLEMENT

L'accueil de personnes détenues à l'EPSM de Vendée est rare : trois en 2021. Deux en provenance de la maison d'arrêt (MA) de la Roche-sur-Yon et une de celle de Fontenay-le-Comte.

Dans le cadre d'un protocole de fonctionnement signé entre l'administration pénitentiaire et le centre hospitalier Mazurelle, un mi-temps d'IDE est mis à disposition dans chacune des deux MA. Un médecin psychiatre intervient également au sein de ces établissements pénitentiaires une matinée par semaine. C'est lui qui a la possibilité de poser l'indication d'une hospitalisation en soins psychiatriques. Le transfèrement de la prison à l'hôpital est alors effectué par une ambulance équipée de trois soignants. L'escorte est assurée par un véhicule de police ; la personne détenue est menottée par devant mais n'est pas entravée sauf prescription médicale. Au retour, de l'hôpital à la prison, c'est un fourgon de l'administration pénitentiaire qui prend en charge le trajet avec, si nécessaire, une escorte policière selon le niveau estimé de dangerosité.

Pendant leur séjour dans les unités Boccage ou Littoral, les personnes détenues sont systématiquement mises à l'isolement (cf. § 7.2.1b).

Le patient détenu reste en pyjama pendant toute la durée de son hospitalisation. Sur prescription médicale, il peut accéder au sas de sa chambre ouvert sur un patio qui lui permet de prendre l'air et éventuellement de fumer. Ponctuellement, le patient détenu peut être autorisé à partager un repas avec d'autres patients de l'unité.

Les droits de visites et de téléphoner – d'après les témoignages des soignants – ne sont pas maintenus pendant l'hospitalisation.

⁶³ La formation et le diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social résultent de la fusion des formations d'aide médico-psychologique, d'auxiliaire de vie scolaire et d'auxiliaire de vie sociale.

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